Pilot keten PsychoGeriatrie/3D observatie
Regio Rotterdam

Rapport monitoring en evaluatie onderzoek

Susan Jedeloo
Jacomine de Lange
September 2012

Hogeschool Rotterdam
Kenniscentrum Zorginnovatie
T.a.v. Susan Jedeloo
Postbus 25035
3001 HA Rotterdam
T 010 – 7945125
s.jedeloo@hr.nl

Onderzoek en innovatie binnen Hogeschool Rotterdam zijn nu gebundeld en van een duidelijke focus voorzien. De lectoraten die voorheen onderdeel uitmaakten van Instituut voor de Gezondheidszorg (IvG): Participatie, Arbeid en Gezondheid, Transities in Zorg, Eerstelijnszorg, Wijkzorg, Samenhang in de Ouderenzorg en Verloskunde & Public Health zijn tegenwoordig ondergebracht in Kenniscentrum Zorginnovatie.

Het Kenniscentrum Zorginnovatie wil een gezichtsbepalend en gezaghebbend kenniscentrum aan Hogeschool Rotterdam zijn waar innovatief en hoogwaardig praktijkgericht onderzoek verricht wordt rond innovatie van zorg. Het Kenniscentrum werkt aan drie thematische onderzoekslijnen: zelfmanagement en participatie, samenhang in de zorg en evidence based care. Dwars op deze drie lijnen staat de invalshoek Zorginnovatie met technologie. www.kenniscentrumzorginnovatie.nl.

Dankwoord

Voor u ligt de rapportage over het project 'Evaluatie Pilot PG/3D observatie regio Rotterdam Rijnmond'. Bij de uitvoering van het evaluatieonderzoek zijn vele mensen betrokken die wij van harte willen danken voor hun inzet.

Aan dit project hebben 12 studenten van de Hogeschool Rotterdam meegewerkt. In pilotfase 1 (periode februari – juli 2011) van het onderzoek hebben 3 studenten dit gedaan in de vorm van een afstudeeronderzoek. **Edwin Wilschut** (verpleegkunde) heeft zich bezig gehouden met de opzet van het monitoringsonderzoek en de nulmetingen verricht. **Chantal van Nes** en **Stephen Klaassen** (beiden verpleegkunde) hebben de professionals betrokken bij de keten geïnterviewd over het Zorgpad.
In pilotfase 2 (periode september 2011 – januari 2012) van het onderzoek hebben de studenten onderzoek verricht in de vorm van een minorproject voor de Minor Chronisch Zieken, de Wetenschappelijk Doorstroom Minor of de Minor Innovatief Klinische Zorg. **Michelle de Raaf** (ergotherapie) en **Marlène de Vrede** (logopedie) hebben zich gericht op de evaluatie van de ketensamenwerking. **Daniel Roza** en **Loraine van Els** (verpleegkunde) hebben het monitoringsonderzoek voortgezet. **Marnie Elsenburg** en **Victoria Hamming** (beiden logopedie) hebben de casestudies en interviews met cliënten en mantelzorgers uitgevoerd. **Céline Wandel, Daphne Visser** (beiden verpleegkunde) en **Mariska Kerkhof** (Sociaal Pedagogische Hulpverlening) hebben zich gericht op de zorgpaden binnen Laurens en Aafje.

Speciale dank gaat uit naar projectassistent **Laila Oumansour,** student van het instituut Beleid en Management van de Gezondheidzorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij is begonnen als stagiaire op dit project en heeft daarna haar werkzaamheden als student assistent voortgezet.
Mirella Minkman, Programmaleider Kwaliteit en Innovatie Ouderenzorg/ Onderzoeker Ketenzorg bij Vilans, danken wij voor haar advies betreffende het door haar ontwikkelde 'Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg' dat we hebben gebruikt bij de evaluatie van de ketensamenwerking.

De opdrachtgever voor dit project en trekker van de ketensamenwerking is **André Vis** (manager patiëntlogistiek) van het Sint Franciscus Gasthuis (SFG). **Fréderique Hasslinghuis** (afdelingsmanager patiëntlogistiek SFG) was contactpersoon voor het monitoringsonderzoek. Vanuit **Aafje** zijn **Viona Lodder** en **Hanneke Luijendijk** (beleidsadviseurs) de aanspreekpunten geweest, vanuit Laurens waren dit **Irma Jeremiasse** (Ketencoördinator Laurens Zuidoever), **Annelies Metselaar** en **Femmy van der Kraan** (Klantadviseurs).

Vanuit het Kenniscentrum Zorginnovatie was **Jacomine de Lange** (lector Transities in Zorg) verantwoordelijk lector. **Marleen Goumans** (lector Samenhang in de Ouderenzorg), **Connie Klingeman** (onderzoeker en Hogeschool Docent) en **Hanny Groenewoud** (senior onderzoeker en docent) waren betrokken bij de begeleiding en uitvoering van verschillende deelprojecten.

Het evaluatieonderzoek is mede mogelijk gemaakt met subsidie van de **Stichting Coolsingel**.

Veel dank gaat tevens uit naar de respondenten; de cliënten en hun mantelzorgers en de betrokkenen bij de keten, die enthousiast waren over het onderzoek en graag hun ervaringen met ons deelden.

Dr. Susan Jedeloo (Senior onderzoeker)
Dr. Jacomine de Lange (Lector)

Rotterdam, september 2012

Inhoudsopgave

Dankwoord		3
Samenvatting		7
1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding voor het onderzoek	9
1.2	Opbouw van de rapportage	10
2	Opzet evaluatieonderzoek	11
2.1	Setting van de Pilot 'Keten PG/3D Observatie' Regio Rotterdam	11
2.2	Vraagstelling voor het monitorings- en evaluatieonderzoek	11
2.2	Verbetertraject	12
2.4	Bijeenkomsten	12
3	Monitoring	13
3.1	Inleiding	13
3.2	Methoden	13
3.3	Resultaten	16
3.4	Discussie, conclusie en aanbevelingen	23
- Casus 1 -		27
4	Ervaringen van betrokken zorgprofessionals met kwetsbare ouderen en implementatie van het PG-3D Zorgpad - Pilotfase 1	31
4.1	Inleiding	31
4.2	Methoden	31
4.3	Resultaten	31
4.4	Discussie, conclusie en aanbevelingen	35
- Casus 2 -		37
5	Ervaringen met het Zorgpad PG-3D-observatieafdeling in Aafje en Laurens - Pilotfase 2	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Methoden	41
5.3	Resultaten	42
5.4	Discussie, conclusie en aanbevelingen	51
- Casus 3 -		55
6	Ervaringen van cliënten en mantelzorgers die ingestroomd zijn in ´het Zorgpad PG-3D observatie Rotterdam Rijnmond´ - Pilotfase 2	59
6.1	Inleiding	59
6.2	Methoden	59
6.3	Resultaten	61
6.4	Discussie, conclusie en aanbevelingen	62
- Casus 4 -		63
7	Ketenkwaliteit van het Zorgpad PG-3D-observatie Rotterdam Rijnmond - Pilotfase 2	67
7.1	Inleiding	67
7.2	Methoden	67
7.3	Resultaten	68
7.4	Discussie, conclusie en aanbevelingen	71
8	Discussie, conclusie en aanbevelingen	75
Literatuur		81
Bijlage 1: Zorgpad PG-3D Observatie versie 2.0 per 1 februari 2011		83

Samenvatting

Voor oudere patiënten die (vaak acuut) worden opgenomen in het ziekenhuis voor een somatische ingreep en bij wie een vermoeden bestaat van psychogeriatrische problemen waardoor ze niet aansluitend aan de behandeling terug kunnen naar hun thuis, is de kwaliteit en continuïteit van (na)zorg vaak onvoldoende. Het Sint Franciscus Gasthuis en verpleegzorginstellingen Laurens en Aafje zijn daarom het project "pilot Keten PG-3D observatie Regio Rotterdam" gestart.

De keten heeft als doel om (acuut) opgenomen oudere patiënten met verdenking op een psychogeriatrisch ziektebeeld zoals dementie, delier, of depressie (3D) zo kort mogelijk in het ziekenhuis te houden na de medisch specialistische interventie en zo snel mogelijk een juiste plek met de juiste diagnostiek, behandeling en zorg aan te bieden, met als uiteindelijk doel verbetering van de kwaliteit van zorg voor deze patiëntengroep en verbetering van de efficiency. In de vorm van een pilot (februari 2011- april 2012) werd de keten verder ontwikkeld en geïmplementeerd in de praktijk. De pilot werd mede gefinancierd door de Stichting Coolsingel.

Het Kenniscentrum Zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam heeft in de periode februari 2011 – februari 2012 de pilot ondersteund met een monitoring- en evaluatieonderzoek zodat de werkgroep indien nodig tussentijds de werkwijze kon verbeteren en bijstellen (plan-do-study-act cyclus). Daarnaast wilde men weten of werken volgens de ketenafspraken ook daadwerkelijk een verbetering is en wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn in de samenwerking. De pilot met evaluatieonderzoek bestond uit een periode van twee maal een half jaar (pilotfase 1 en pilotfase 2). Tussentijds vonden er projectgroepbijeenkomsten plaats waarin het verloop van de pilot is besproken o.a. aan de hand van het monitoring- en evaluatieonderzoek.

Het monitorings- en evaluatieonderzoek bestond uit verschillende deelonderzoeken en activiteiten.

- Verzamelen van keteninformatie van patiënten die vanaf 1 februari 2011 tot 31 januari 2012 bij het SFG zijn ingestroomd in de pilot. Dit betrof data als achtergrondkenmerken, doorlooptijden, indicatiestelling, overdrachtsinformatie. Er zijn 62 patiënten ingestroomd in de pilot.
- In pilotfase 1 zijn de ervaringen van betrokken zorgprofessionals met kwetsbare ouderen en met de implementatie van het PG-3D Zorgpad onderzocht. Er zijn hiervoor 14 zorgprofessionals geïnterviewd.
- In pilotfase 2 zijn de werkzaamheden op de observatieafdeling in het verpleeghuis in kaart gebracht doormiddel van interviews met betrokken personeel en het verrichten van dossieronderzoek. Bij Aafje zijn 13 zorgprofessionals van verschillende disciplines geïnterviewd en zijn 9 dossiers gelegd langs het 'Aafje-Zorgpad PG-3D observatieafdeling'. Bij Laurens zijn 2 respondenten geïnterviewd.
- Om inzicht te krijgen in de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met het doorlopen van de keten, zijn 5 casestudies uitgevoerd. Hiervoor zijn 4 cliënten, 4 mantelzorgers en 2 zorgverleners geïnterviewd. Vier casebeschrijvingen zijn tussen de hoofdstukken opgenomen in dit rapport.
- Om op een systematische wijze inzicht te krijgen in de ontwikkeling van en de samenwerking binnen de keten is aan de hand van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) de keten geëvalueerd. Hiervoor hebben 14 betrokkenen bij de ketenontwikkeling een web-based enquête ingevuld.

Dataverzameling heeft plaatsgevonden door studentonderzoekers van de Hogeschool Rotterdam (verpleegkunde, ergotherapie, logopedie, sociaal pedagogische hulpverlening) in het kader van afstudeer- en minorprojecten, ondersteund door een student-assistent, senior onderzoeker en contactpersonen in de praktijk.

De resultaten van de monitor laten zien dat de populatie een kwetsbare groep ouderen betreft. De leeftijd (gemiddeld 83 jaar variërend van 69-94 bij opname) is hoog en de beperkingen voor en tijdens opname zijn groot. Het aantal patiënten dat instroomt in het pad is kleiner dan het verwachtte aantal van 80 per jaar. Er zijn 62 patiënten in 1 jaar ingestroomd waarvan 1/3 met GGZ-diagnose. Bij de patiënten is voornamelijk sprake van geheugenstoornissen, weinig delier en depressie en de groep allochtone ouderen lijkt onder vertegenwoordigd. Van de 62 patiënten die het PG-3D pad zijn ingestroomd zijn er 24 overgeplaatst naar Aafje-Schiehoven, 16 naar Laurens-Stadszicht (samen 40). Er zijn 22 patiënten naar andere instellingen gegaan. Bij een deel van de 40 patiënten die naar Aafje of Laurens zijn gegaan was

de diagnose reeds gesteld. Deze patiënten hoorden eigenlijk niet in het PG-3D pad en enkelen gingen bij opname in het verpleeghuis rechtstreeks naar een PG-afdeling.
Voor zover bekent zijn 5 (allen Aafje) van de 40 patiënten is uiteindelijk naar huis gegaan. Daarnaast zijn patiënten overleden, verblijven nog op de observatieafdeling of zijn opgenomen in een verpleeg- en of verzorgingshuis.

De 62 bij het SFG ingestroomde patiënten verblijven gemiddeld 17 dagen in het SFG met een minimum van 6 en maximum van 43 dagen. Zowel uit de monitoring, de casestudies en het dossieronderzoek bij Aafje blijkt dat een diagnose binnen 6 tot 3 maanden wordt gesteld maar dat de doorstoom vanuit de observatieplek naar een vervolgvoorziening of thuis vaak stagneert. Patiënten blijven hierdoor regelmatig langer dan de volgens het zorgpad beoogde 3 maanden op de afdeling.

Bij familie en patiënten is er weinig bekendheid met het zorgpad. Dit blijkt zowel uit de interviews met zorgverleners als de casestudies waarbij patiënten en mantelzorgers zijn geïnterviewd. Over het algemeen is de patiënt tevreden over de geleverde zorg. Soms is het voor patiënt en omgeving onduidelijk dat het gaat om een tijdelijke opname. In de praktijk blijkt de tijdelijke opname vaak ook langer te duren (geen plek in vervolgvoorziening, toch niet opgenomen op observatieafdeling maar andere plek). Dit wordt bevestigd door de resultaten van de monitoring en casestudies. Familie en patiënt willen, om verschillende redenen, niet altijd opgenomen worden bij Aafje of Laurens maar hebben een voorkeur voor andere instellingen.

Alvorens de pilot uit te breiden in de regio zou de werkgroep zich verder moeten bezinnen op de doelgroep en doelstelling van de pilot. Op de werkvloer, zowel binnen het ziekenhuis als in de V&V instellingen is nog veel onbekendheid met de doelstelling van de pilot en de taken/verloop binnen de keten. Er is behoefte aan meer duidelijkheid en commitment aan het zorgpad binnen en tussen de organisaties. Er zijn ook knelpunten benoemd bij de in- en uitstroom van de keten die verder uitwerking behoeven alvorens andere instellingen in de regio bij de pilot te betrekken.
De keten bevindt zich volgens de fasen van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) nog in fase 1 de initiatief- en ontwerpfase. Met een aantal concrete stappen zouden de nog niet geïmplementeerde elementen uit deze fase kunnen worden uitgewerkt waarna ook fase 2, de experiment- en uitvoeringsfase snel kan worden afgerond omdat al een aantal elementen uit deze fase gerealiseerd zijn. Het zorgpad/ de werkwijze kan dan worden uitgerold naar andere ziekenhuizen en V&V locaties. Een beperktere monitoring- en evaluatie zou dit proces kunnen ondersteunen.

De pilot heeft laten zien dat dataverzameling binnen de keten moeizaam verloopt. Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen. Gegevens over een patiënt worden niet centraal verzameld (zijn niet patiëntvolgend), dossiers zijn vaak niet compleet waardoor juiste gegevens met betrekking tot een case moeilijk zijn te achterhalen en er zijn veel personen (in wisselende samenstelling) bij de zorg en keten betrokken. De uiteindelijk beperkte omvang van de pilotgroep maakt dat de gevonden gegevens met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. De resultaten geven vooral aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling van de keten.

1. Inleiding

1.1. Aanleiding voor het onderzoek

Voor oudere patiënten die (vaak acuut) worden opgenomen in het ziekenhuis voor een somatische ingreep en door psychogeriatrische problemen niet aansluitend aan de behandeling terug kunnen naar hun thuis, is de kwaliteit en continuïteit van (na)zorg vaak onvoldoende. Zij zijn op een observatieafdeling van een verpleeghuis beter op hun plaats voor diagnostiek en behandeling. Sint Franciscus Gasthuis, Laurens en Aafje willen daarom een zorgketen opzetten voor deze doelgroep.
Doel van het project "pilot Keten PG-3D observatie Regio Rotterdam" is om (acuut) opgenomen oudere patiënten met verdenking op een psychogeriatrisch ziektebeeld zoals dementie, delier, of depressie zo kort mogelijk in het ziekenhuis te houden na de medisch specialistische interventie en zo snel mogelijk een juiste plek met het juiste aanbod van diagnostiek, behandeling en zorg aan te bieden, met als uiteindelijk doel verbetering van de kwaliteit van zorg voor deze patiëntengroep en verbetering van de efficiency.
Bij het realiseren van de keten staan twee doelen centraal:

1. Kwalitatief; Bevorderen van de kwaliteit van zorg aan kwetsbare ouderen en voorkomen dat zij in een negatieve spiraal terecht komen door transities van ouderen met een vermoeden van 3D-problematiek op het juiste moment naar de juiste plaats in de keten.
2. Efficiency; Voorkomen van onnodige observaties en behandeltrajecten op een verkeerde plaats (ziekenhuis) waardoor schaarse capaciteiten niet goed worden ingezet.

Monitoring en evaluatie pilot

Het Kenniscentrum Zorginnovatie van de Hogeschool Rotterdam is gevraagd om de pilot te ondersteunen met een monitoring en evaluatieonderzoek (een kwalitatief en efficiency onderzoek). De werkgroep is per 1 februari 2011 gestart met de voorbereiding van de pilot en wil deze monitoren zodat er tussentijds kan worden verbeterd en bijgesteld. Daarnaast wil men weten of werken volgens de ketenafspraken ook daadwerkelijke een verbetering is en wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn in de samenwerking. De pilot met evaluatieonderzoek bestaat uit een periode van twee maal een half jaar. Tussentijds vinden er projectgroepbijeenkomsten plaats (Ketenpartners inclusief samenwerkingspartners projectaanvraag) waarin het verloop van de pilot wordt besproken o.a. aan de hand van het monitoring- en evaluatieonderzoek.

Situatie voor start pilot 1 februari 2011

Binnen het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) worden op jaarbasis de afgelopen jaren naar schatting gemiddeld 80 oudere patiënten opgenomen voor een somatisch behandeling waarna door psychogeriatrische "complicaties" ontslag naar thuis niet aansluitend mogelijk is. Het traject om te komen tot de juiste diagnostiek, het verkrijgen van de indicatie en het vinden van een beschikbare plek in een verpleeghuis duurt gemiddeld zo'n 14 dagen. Het SFG beschikt niet over (psycho-) geriatrisch klinische behandelcapaciteit, dus patiënten met geriatrische klachten kunnen niet in het SFG verder behandeld worden. Knelpunten die op dat moment door het SFG ervaren worden zijn:

- In het ziekenhuis, waar alles steeds sneller en medisch technischer er aan toegaat worden patiënten met psychogeriatrische complicaties tekortgedaan. Er kan niet adequaat op hun klachten worden gereageerd en de omgeving draagt niet bij aan het herstel. De benodigde competentie hiervoor is niet aanwezig.
- De patiënten houden bedden bezet in het ziekenhuis terwijl ze uit medisch specialistisch oogpunt zijn uitbehandeld. Dit hangt samen met:
    - Het traject van indicatiestelling, dat vaak (te) lang duurt.
    - Beschikbaarheid van bedden in de keten.
- Ook de DBC financiering en gereguleerde marktwerking zorgen ervoor dat de financiering van deze categorie patiënten steeds meer onderwerp van discussie wordt.
- Bij een gemiddelde van 80 patiënten met een gemiddelde opnameduur van 14 **(extra)** dagen kunnen veel opname dagen gewonnen worden.

Gewenste situatie
Het SFG zou graag direct aansluitend aan de somatische behandeling de psychogeriatrische diagnostiek overlaten aan de verpleeghuizen (V&V sector), waar de patiënt de juiste zorg kan ontvangen. Ouderenzorginstellingen Aafje en Laurens willen deze taak op zich nemen. Naast revalidatie kan observatie en diagnostiek in het verpleeghuis plaatsvinden. Hiervoor wordt een tijdelijke indicatie (ZorgZwaartePakket 9) afgegeven door het CIZ (Centraal Indicatieorgaan Zorg). Na diagnostiek kan de juiste (vervolg)indicatie worden afgegeven waarna een passend zorgaanbod kan worden opgesteld. Een belangrijk logistiek doel is, dat wanneer door de specialist in het ziekenhuis is vastgesteld dat verdere observatie nodig is om tot de juiste indicatie-zorgvraag te komen, dit direct aansluitend aan de ziekenhuisopname kan worden geleverd. Een ambitie van de werkgroep is om, bij een positieve evaluatie, de bevindingen en keten verder te implementeren in de regio Rotterdam (uitbreiding naar andere ziekenhuizen en locaties V&V sector).

Keten bij aanvang pilot
Om de gewenste situatie te bereiken is bij aanvang van de pilot in het SFG reeds een zorgpad ontwikkeld voor oudere patiënten met verdenking op een *Psychogeriatrische (PG)* [1] aandoening zoals *Dementie, Delier of Depressie (3D)* (zie bijlage 1). Het zorgpad is gericht op max. 6 [2] ligdagen somatische zorg inclusief gegarandeerd plaatsingsmoment op het moment dat de patiënt medisch stabiel is (vergelijkbaar met het Rotterdam Stroke Service (RSS)-principe). Het zorgpad is beschreven en ontwikkeld in samenwerking met diverse professionals (psychiater, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen en management). Nog niet de hele keten is beschreven, het pad na verlaten van het ziekenhuis is nog niet opgenomen. De V&V sector hanteert een behandelplan behorend bij deze patiëntencategorie. Bij start van de pilot is Aafje bezig met het opstellen van een eigen intern zorgpad (nu te vinden in bijlage 2).

1.2. Opbouw van de rapportage
In hoofdstuk 2 gaan we verder in op de opzet en methoden van het monitoring- en evaluatieonderzoek. In de afzonderlijke hoofdstukken over de diverse deelonderzoeken zullen de methoden voor het specifieke onderzoek verder worden toegelicht. Ook zijn van diverse deelonderzoeken onderzoeksverslagen door de studentonderzoekers gemaakt. Hierin zijn gebruikte instrumenten zoals vragenlijsten en topiclijsten terug te vinden.
Hoofdstuk 3 beschrijft het monitoringonderzoek. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de ervaringen van betrokken zorgprofessionals met kwetsbare ouderen en implementatie van het PG-3D Zorgpad in pilotfase 1 beschreven. In hoofdstuk 5 wordt ingezoomd op de ervaringen met en het verloop van het PG-3D zorgpad op de observatieafdeling in Aafje en Laurens. De 'Ervaringen van cliënten en mantelzorgers die ingestroomd zijn in Zorgpad PG-3D-observatie Rotterdam Rijnmond' worden beschreven in hoofdstuk 6**.** Aan de hand van dit onderzoek zijn een aantal casusbeschrijvingen gemaakt die tussen de hoofdstukken worden weergegeven. In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op de ontwikkeling van de keten en de ketensamenwerking volgens betrokken partners. Dit is in kaart gebracht aan de hand van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg. In het laatste hoofdstuk worden de resultaten uit de diverse hoofdstukken samengepakt en bediscussieerd, resulterend in aanbevelingen voor de ketenpartners.

[1] De PG patiënt is de psychogeriatrische patiënt. Deze kan dementie hebben of een ander psychiatrisch ziektebeeld (alles omvattend). Van 3D wordt gesproken wanneer de patiënt verdacht is van Dementie/Delier/Depressie (3D) maar er nog geen definitieve diagnose gesteld is en verder onderzoek nodig is.
[2] Bij de uitwerking blijk dat Consultair Verpleegkundige/Geriater (GGZ-Delftland)/specialist ouderengeneeskunde niet werken in het weekend. Het proces wordt de eerstvolgende werkdag opgepakt.

2 Opzet evaluatieonderzoek

2.1. Setting van de Pilot 'Keten PG/3D Observatie' Regio Rotterdam

Om de keten vorm te geven hebben de deelnemende ketenpartners[3] besloten na een voorbereidende fase van februari tot en met mei, per 1 mei 2011 formeel te starten met een pilot van twee maal een half jaar (zie ook bijlage 1).
Doel is om patiënten boven de 65 jaar met een vermoeden van 3D-problematiek die somatisch stabiel zijn binnen zes werkdagen na opname (of wanneer medisch specialistisch klaar) vanuit het SFG over te kunnen plaatsen naar een open of gesloten revalidatie-afdeling van een verpleeghuis (binnen Aafje of Laurens), waar verdere observatie en diagnostiek en behandeling plaatsvindt en bekeken wordt wat de best passende uiteindelijke plaats is voor de patiënt: thuis, verzorgingshuis of verpleeghuis.

In de pilotfase zijn de deelnemende partijen:

- Sint Franciscus Gasthuis
- Noordoever: Laurens en Aafje.
    - De locatie van Aafje is de open instelling: verpleeghuis Schiehoven .
    - De locatie van Laurens is psychogeriatrische verpleeghuis Stadzicht (plaatsing alleen met BOPZ) die naar verwachting rond de zomer ook open plekken gaat realiseren.

Binnen de keten is de mogelijkheid tot wel of geen BOPZ Besluit opgenomen. Dit besluit dient op tijd te leiden tot een BOPZ afgifte die binnen 24 tot 48 uur kan worden afgegeven. Dit is een aandachtspunt voor GGZ Delfland (SFG) en de specialist ouderengeneeskunde die deze BOPZ-verklaring verzorgen (CIZ geeft de indicatie af). Verder maken de ketenpartners afspraken over de eventuele doorplaatsing van een klant vanuit Aafje naar Laurens als de klant die vanuit het ziekenhuis op een open plek in Schiehoven geplaatst is, toch op een gesloten afdeling blijkt thuis te horen. Na de pilotfase zal de keten uitgebreid worden met meerdere partners in de regio Rotterdam.

2.2. Vraagstelling voor het monitoring- en evaluatieonderzoek

De vraagstelling voor het evaluatieonderzoek luidt:

> *Hoe verloopt de transfer van patiënten met verdenking van een PG/3D diagnose vanuit het ziekenhuis naar een tijdelijke verpleeghuisopname en van daaruit naar huis, verzorgingshuis of permanente verpleeghuisopname voor en na invoering van de ketenzorg?*

Deelvragen zijn:

1. Wat is de omvang van de patiëntengroep en wat zijn de kenmerken van deze patiënten? (zoals zwaarte problematiek, leeftijd, BOPZ, comorbiditeit)
2. Vindt de transfer conform ketenafspraken plaats?
    - op het juiste moment (inschatting transferdatum vs daadwerkelijke transferdatum, binnen 6 werkdagen na opname mits patiënt medisch stabiel is)
    - naar de juiste plaats in de keten volgens de verschillende betrokkenen (ziekenhuis, verpleeghuis, patiënt en familie)
3. Wat zijn de resultaten van het verloop door de keten? Hoeveel patiënten krijgen in het verpleeghuis daadwerkelijk een PG-diagnose? Worden er ook patiënten gemist? Wat is het percentage patiënten dat uiteindelijk terug naar huis kan?
4. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor een succesvol doorlopen van de keten? Hierbij is o.a. aandacht voor
    - Logistieke aspecten en ketenregie
    - Beschikbaarheid plaats (ketenafspraken)
    - Rol trajectbegeleiding voor, tijdens en na opname
    - Rol en taak ziekenhuis: medisch, psychosociaal, verpleegkundig
    - Rol en taak verpleeghuis: medisch, psychosociaal, verpleegkundig

[3] Deelnemende Ketenpartners: SFG, Laurens, Aafje, CIZ, Zorgkantoor Achmea.

- Interprofessionele samenwerking
- Ervaringen van familie en cliënt
- Financiering en indicatiestelling in de verschillende fases
- Kosten psychogeriatrische diagnostiek (neuropsychologisch onderzoek, CT, MRI scan, e.d.) – indien te achterhalen
- Verloop informatievoorziening/communicatie van en door: ziekenhuis, verpleeghuis, cliënt, familie

5. Is de kwaliteit van zorg verbeterd volgens cliënten en professionals?
6. Is er sprake van efficiency winst?

2.3. Verbetertraject

Het monitorings- en evaluatie onderzoek van de pilot sluit nauw aan bij de theorie van het Nolan-verbetermodel dat de achtergrond vormt voor het project. De methode bestaat uit de Plan-Do-Study-Act cyclus als verbeteraanpak: plan van aanpak maken (plan), beginnen met invoeren van andere werkwijze (do), het verrichten van metingen (study), met als doel het bijsturen van het veranderproces en het bewaken van de realisatie van de doelen (act) (Van Splunteren et al., 2003).

De pilot met evaluatieonderzoek bestaat uit een periode van twee maal een half jaar, in dit rapport pilotfase 1 en pilotfase 2 genoemd. Pilotfase 1 richt zich met name op opzetten van de monitor en het opstarten van het zorgpad. In pilotfase 2 wordt het zorgpad verder geïmplementeerd, geëvalueerd en aangepast. Tussentijds vinden er projectgroepbijeenkomsten plaats (Ketenpartners inclusief samenwerkingspartners projectaanvraag) waarin het verloop van de pilot wordt besproken o.a. aan de hand van het monitoring- en evaluatieonderzoek en het project wordt bijgesteld.

2.4. Bijeenkomsten

Er zijn 7 projectgroepbijeenkomsten geweest. Bij iedere bijeenkomst was de hoofdonderzoeker van het evaluatieonderzoek aanwezig. Daarnaast ging of de projectassistent van het evaluatieonderzoek en/of studentonderzoekers mee naar de bijeenkomsten om verslag te doen van de voortgang en input te geven aan de ketenpartners.

Daarnaast hebben er 2 bijeenkomsten plaatsgevonden met werknemers van de betrokken ketenpartners waar over het evaluatieonderzoek is gerapporteerd.

- Op 27 juni 2011 bij Aafje Schiehoven is gepresenteerd over pilotfase 1 (interviews zorgverleners en nulmeting en opzet monitoring)
- Op 26 januari 2012 is in het SFG gepresenteerd over pilotfase 2, hierbij hebben de hoofdonderzoeker en de studenten die verschillende deelonderzoeken hebben uitgevoerd diverse presentaties gegeven (monitoring, case-studies cliënten ervaringen, zorgpaden binnen Laurens & Aafje).

3 Monitoring

3.1. Inleiding

Doel van dit deelonderzoek is om inzicht te krijgen in de kwaliteit en efficiëntie van de nieuwe werkwijze (deelvragen 1 t/m 3, pagina 9). Aan de hand van door de werkgroep vastgestelde indicatoren wordt de keten geëvalueerd en wordt inzicht verkregen in de belangrijkste verbeterpunten. Op de bijeenkomsten van de werkgroep zijn tussentijdse overzichten van de gegevens gepresenteerd en besproken waarna, indien nodig, bijstelling in het proces van de pilot plaatsvond en de registratie eventueel werd aangepast.

Een uitgebreide rapportage over de nulmeting en de totstandkoming van het monitoringsinstrument van dit onderzoek is te lezen in het eindverslag van Wilschut (2011). Over de metingen T1 t/m T3 zijn, voor intern gebruik, diverse factsheets vervaardigd en is een tussenrapportage gemaakt door Roza & Van Elz (2012).

3.2. Methoden

3.2.1. Vaststellen indicatoren en ontwikkeling monitoringsinstrument

In overleg met de werkgroep is bepaald welke indicatoren geregistreerd worden. Uitgangspunt hierbij was het voorgestelde zorgpad voor de keten. Voor een uitgebreid verslag van de ontwikkeling van het meetplan (zie Wilschut 2011). Data van alle stappen uit het stroomdiagram (zie bijlage 1) zijn in het monitoringsinstrument verwerkt.

Meetplan SFG

In februari 2011 is een bijeenkomst geweest met de afdelingsmanager zorg van het SFG om inzicht te krijgen in de verschillende registratie- /rapportagesystemen die het SFG gebruikt en om inzicht te krijgen waar welke informatie te vinden is. Het SFG gebruikt de volgende registratie- /rapportagesystemen:

- <u>EVD (Elektronisch Verpleegkundig Dossier):</u>
  Het SFG is bezig met het invoeren van het EVD binnen het ziekenhuis. In februari 2011 wordt alleen op de afdeling 'neurologie' en 'heelkunde' gebruik gemaakt van dit digitale systeem. In het EVD zijn de onder andere volgende gegevens te vinden:
  - Uitgebreide anamnese inclusief geheugenvragen,
  - Verpleegkundige rapportage,
  - Multidisciplinaire rapportage.
- <u>VPD (Verpleegkundige Patiënten Dossier):</u>

1. Op de verpleegafdelingen van het SFG uitgezonderd 'neurologie' en 'heelkunde' wordt gewerkt met een papieren VPD. In de anamnese zijn ook vragen met betrekking tot geheugenproblematiek opgenomen.

- <u>Transfer verpleegkundige dossier</u>:

2. De handgeschreven rapportage van de transferverpleegkundige. In dit dossier zijn alle zaken met betrekking tot realiseren van nazorg beschreven. In dit dossier zou op een later meetmoment van het onderzoek te vinden moeten zijn of en wanneer een patiënt in het PG/3D pad is gestart.

- <u>Bureau Nazorg dossier</u>:

3. Dit lijkt hetzelfde dossier als het Transfer Verpleegkundige Dossier. Deze werd door de afdelingsmanager wel als apart document genoemd. Dit digitale dossier betreft onder andere een handmatige registratie van gegevens door het secretariaat.

- <u>ChipSoft:</u>

4. Een ziekenhuis informatie systeem. In dit programma kunnen gegevens met betrekking tot onder andere opname- en ontslag data, ontslagbestemming, nationaliteit en burgerlijke staat gevonden worden.

- <u>Point</u>:

5. Een digitaal programma dat wordt getest op drie afdelingen (heelkunde, orthopedie en MDL). Als dit programma correct wordt toegepast dient het ter vervanging van de rapportage van Bureau Nazorg en het CIZ. Het is een real-time programma waar verschillende gezondheidzorg- gerelateerde organisaties bij aangesloten zijn en op die manier gegeven kunnen delen. Het SFG, Aafje, Laurens, CIZ, etc. zijn bij dit programma aangesloten.

- <u>POOGI / TOC(Theorie Of Constrains):</u>

6. Dit is een programma wat de 'vertraging' van patiënten monitort. In dit programma wordt door de verschillende disciplines aangegeven wat er gedaan wordt. De mogelijke vertraging wordt berekend op basis van de Verwachte

Ontslag Datum (VOD) en de tijdsduur van 'taken' of doelen die gesteld zijn. Per 'taak' moet worden aangegeven hoeveel dagen het duurt voordat de doelstelling van de taak bereikt wordt. De VOD mag alleen gewijzigd worden op basis van medische gronden.

Op basis van de gegevens die genoteerd worden in deze documenten en op basis van de checklist van het PG-3D pad en het stroomschema (zie bijlage 1) is een opzet gemaakt voor het meetplan voor het SFG.

Tabel 3.1: Kwetsbaarheidsvariabelen opgenomen in het meetplan van het SFG.

Variabelen	Kenmerk van kwetsbaarheid
- Leeftijd	Leeftijd van 65+
- Burgerlijke staat	Verlies van een partner, eenzaamheid
- Samenstelling huishouden	Eenzaamheid
- Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen	Afhankelijkheid, verminderde mobiliteit
- Ontvangen zorg voor opname	Zorgafhankelijkheid
- Sprake van multimorbiditeit	Comorbiditeit
- Valrisico	Verhoogd valrisico

De variabelen beschreven in Tabel 3.1 zijn in het meetplan van het SFG opgenomen om een duidelijk beeld te krijgen van de kenmerken van de patiëntenpopulatie die in het PG/3D zorgpad terecht komen. Tijdens een tweede bezoek aan het SFG zijn de antwoordmogelijkheden gecontroleerd met de registratie- /rapportagesystemen en is het meetplan aangevuld.

Meetplan V&V sector

Tijdens een overleg met alle ketenpartners hebben verantwoordelijke personen van Aafje en Laurens aangegeven dat zij gezamenlijk een opzet hadden gemaakt voor een meetplan voor de V&V sector. In dat meetplan waren de volgende onderdelen opgenomen:

- Datum vooraanmelding door het ziekenhuis,
- Reden van opname die door het ziekenhuis wordt gegeven,
- Opname datum,
- ZZP bij binnenkomst uit het ziekenhuis,
- Observatiediagnose,
- Datum uitstroom,
- Bestemming klant (thuis, vervolgvoorziening)
- Met welke ZZP is de klant naar huis/ vervolgvoorziening gegaan?

Tijdens het overleg met de ketenpartners is als knelpunt aangegeven dat regelmatig de overdracht van patiënten incompleet was. Hiermee werd bedoeld dat er belangrijke gegevens misten in de informatievoorziening vanuit het ziekenhuis naar de V&V sector. Dit knelpunt was nog niet opgenomen in de opzet van het meetplan voor de V&V sector en is daarom toegevoegd aan de meetplan- variabelen. Een volledige overdracht moet volgens het SFG, Aafje en Laurens de volgende onderdelen bevatten:

- Brief medisch specialist,
- Brief GGZ (bijv. CPV'er)
- Laboratorium uitslagen (voor zover van toepassing),
- ECG uitslagen (voor zover van toepassing),
- Paramedische overdracht,
- Verpleegkundige overdracht,
- Psychologische testuitslagen (voor zover van toepassing),
- Andere documenten indien van toepassing.

Half mei 2011 heeft een kennismakingsgesprek plaatsgevonden met twee beleidsadviseurs en een applicatiebeheerder van Aafje. In dit gesprek is aangegeven dat er soms gebruik wordt gemaakt van externe diagnostiek voor het

diagnosticeren van een psychiatrische aandoening (GGZ). Deze variabele is in overeenstemming toegevoegd aan de variabelen van het meetplan voor de V&V sector.

Privacygevoelige gegevens
In het meetplan van het SFG zijn variabelen zoals Naam, patiëntnummer, geboortedatum en contactgegevens opgenomen. Deze gegevens zijn privacygevoelig maar zijn nodig om:

1. Het zorgtraject van de patiënt te kunnen volgen in het ziekenhuis en na ontslag uit het ziekenhuis,
2. Inzicht te krijgen in de kenmerken van de onderzoekspopulatie,

Maatregelen die genomen zijn om de privacy te waarborgen zijn:

- Tekenen geheimhoudingsverklaring.
- De naam en de contactgegevens worden alleen genoteerd in een apart dossier, het schaduwdossier.
- De geboortedatum wordt alleen genoteerd in het schaduwdossier. Voor het onderzoek wordt de 'leeftijd bij opname' gebruikt.
- Het patiëntnummer wordt alleen genoteerd in het schaduwdossier. Dit patiëntnummer wordt voor het onderzoek omgezet naar een onderzoeksnummer.

Het onderzoeksnummer dat in het ziekenhuis is toegekend aan de patiënten wordt voor het verzamelen van de data bij Schiehoven en Stadzicht gebruikt om de traject gegevens te koppelen. Bij het verzamelen van data in de V&V sector wordt geen privacy gevoelige data geregistreerd.

3.2.2. Dataverzameling

De registratie is grotendeels uitgevoerd door studenten van de HBO-V en een student-assistent. De gegevens binnen het SFG en Laurens werden door de studentonderzoekers verzameld, binnen Aafje werden de gegevens door een medewerker verzameld en werden de registratieformulieren aan de onderzoekers overgedragen. De gegevens zijn door de onderzoekers ingevoerd in een centraal SPSS bestand.
Dit maakte het mogelijk om op ieder gewenst moment een overzicht te krijgen van het verloop van de pilot. Op de bijeenkomsten van de werkgroep kunnen tussentijdse overzichten van de gegevens worden gepresenteerd en besproken waarna, indien nodig, bijstelling in het proces kan plaatsvinden (volgens de plan, do, study, act-cyclus).

Data voor de pilot zijn verzameld van patiënten die tussen 1 februari 2011 en 31 januari 2012 bij SFG zijn ingestroomd in het PG3D. De periode is verdeeld in eenheden van 3 maanden. Er is gemeten tot mei 2012 om ook het traject van de patiënten ingestroomd aan het eind van T4 nog te kunnen monitoren.
Instroom:

0 = T0= 1 november 2010 – 31 januari 2011 (nulmeting)
1 = T1= 1 februari 2011 – 30 april 2011 (voorbereidingsfase)
2 = T2= 1 mei 2011 – 31 juli 2011
3 = T3= 1 augustus 2011 – 31 oktober 2011
4 = T4= 1 november 2011 – 31 januari 2012

De dataverzameling is gestopt op 2 mei 2012 en dit betreft patiënten die tot 31 januari in het pad zijn ingestroomd. Op dat moment zijn er in totaal over 76 personen gegevens verzameld. Dit betreft 14 patiënten voor T0 (periode voor start pilot) en 62 patiënten binnen de pilot. De T0 was vooral bedoeld voor ontwikkeling van de monitoring (T1-T4). Gezien de inclusie van het aantal patiënten en wijze van verzameling van de gegevens (2 afdelingen vs. SFG breed) van T0 is een vergelijk met de pilotperiode (T1-T4) niet goed mogelijk. Daarom worden hier alleen de gegevens voor de pilot-periode gepresenteerd. Voor de resultaten van de ´nulmeting´ zie Wilschut 2012.

3.2.3. Analyse

Voor de analyses is gebruik gemaakt van het Statistical Software Package IBM SPSS Statistics 18. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van descriptieve statistieken. Vergelijking is gemaakt doormiddel van Anova toetsen of gepaarde T-Test waar relevant.

3.3. Resultaten

Allereerst worden de resultaten gepresenteerd over de groep cliënten die in het SFG het PG-3D pad zijn ingestroomd. Daarna wordt besproken welke cliënten zijn doorgeplaatst naar Aafje-Stadzicht en Laurens-Schiehoven. Voor beide instellingen worden de resultaten weergegeven inclusief het traject voor deze specifieke groep in het SFG.

3.3.1. Respons

In totaal zijn in de periode 1 februari 2011 – 31 januari 2012 62 respondenten in het pad ingestroomd.

Tabel 3.22: Inclusie per meetperiode door het SFG, n (%)

T1	T2	T3	T4	Totaal T1-T4
19 (31)	14 (23)	17 (27)	12 (19)	62 (100)

3.3.2. Gegevens tijdens opname in het SFG

Redenen opname

Redenen voor opname zijn zeer divers, er spelen vaak ook meerdere zaken tegelijk. Een beeld van ´Algehele malaise´ waarbij dehydratie, kortademigheid/benauwdheid, urineweginfecties, duizeligheid en verwardheid een rol spelen (18%) is vaak de beschrijving die wordt gegeven. Luchtweginfecties zijn ook vaak een reden voor opname (16%). Ook ´Vallen´ wordt genoemd als belangrijke reden voor opname (12%) of een fractuur (bijvoorbeeld als gevolg van vallen) 13%, of collaps (10%). Ook een herseninfarct/ischemie komt veel voor (16%). Onder overig (15%) valt o.a. diabetesvoeten, uro-sepsis, obstipatie, totale heupprothese.

GGZ diagnose en geheugenproblematiek

- Een belangrijk criterium voor opname in het ´PG-3G zorgpad´ is dat de patiënt bij opname in het SFG nog geen GGZ-diagnose heeft (Dementie, Depressie, Delier). Patiënten met een diagnose hoeven immers niet voor verdere diagnose naar een observatieafdeling. Uit de monitoring blijkt dat een groot deel van de patiënten die worden gekwalificeerd voor het zorgpad wel al een GGZ-diagnose hebben voor opname (Tabel 3.3). Van de 62 gevallen is er 26 keer sprake van een GGZ-diagnose voor opname (ruim 40%). Dit aantal neemt toe tot T3 en bij T4 weer iets af.
- De geheugenproblematiek is in de meeste gevallen wel bevraagd (driekwart) maar niet altijd op de dag van opname zoals beschreven in het zorgpad. In het EVD wordt soms een toelichting gegeven en in het transferdossier wordt er vaker en uitgebreider iets over opgeschreven

Tabel 3.3: GGZ-diagnose & Geheugenproblematiek bij opname

Variabelen	Antwoordopties	T1 n (%)	T2 n (%)	T3 n(%)	T4 n(%)	Totaal T1-T4 n (%)	N T1-T4
Patiënt heeft op moment van opname een GGZ-diagnose	❒ Ja* ❒ Nee	4(21.1) 15 (78.9)	5 (35.7) 9 (64.3)	11 (64.7) 6 (35.3)	6 (50.0) 6 (50.0)	26 (41.9) 36 (58.1)	62
Geheugen problematiek bevraagd	❒ Ja ❒ Nee/ missing	17 (89.5) 2 (10.5)	14 (100) 0	14 (84.9) 3 (17.6)	10 (83.3) 2 (16.7)	55 (88.7) 7(11.3)	62
Geheugen problematiek bevraagd op opname dag	❒ Ja ❒ Nee/Missing	18 (94.7) 1 (5.3)	9 (64.3) 5 (35.7)	11(67.7) 5 (32.3)	10 (83.3) 2 (16.7)	48 (77.4) 14 (22.6)	62

**In vrijwel alle gevallen gaat het om (beginnende)dementie/Alzheimer,1 keer om een bipolaire stoornis en 1 keer om schizofrenie.*

Achtergrondvariabelen

De leeftijd van patiënten opgenomen in het PG-3D Zorgpad varieert van 69 tot 94 jaar met een gemiddelde van 83 jaar (Tabel 3.4). Er zijn gemiddeld iets meer vrouwen in het pad ingestroomd. Ruim de helft van de patiënten is alleenstaand. 9 mensen wonen bij opname al in een verzorgings-/ of verpleeghuis (en de vraag is of deze dan wel in het PG-3D pad horen), zie ook paragraaf ´Verblijf in het SFG en ontslag naar vervolgvoorzieningen´.

Tabel 3.4: Achtergrondgegevens van patiënten

Variabelen	Antwoordopties	T1	T2	T3	T4	Totaal T1-T4	N T1-T4
Geslacht	❒ Man ❒ Vrouw	8 (42.1) 11 (57.9)	7 (50.0) 7 (50.0)	5 (52.9) 4 (52.9)	5 (41.7) 7(58.3)	29 (46.8) 33 (53.2)	62
Leeftijd	Gemiddelde (sd, range)	80.5 (6.6) (69-92)	84.5 (5.1) (75-91)	83.9 (6.6) (71-94)	82.1 (6.5) (69-90)	82.6 (6.4) (69-94)	62
Nationaliteit	❒ NL ❒ Anders*	18 (94.7) 1 (5.3)	13 (92.9) 1 (7.1)	17 (100) 0 (0)	9 (75.0) 3 (25.0)	57 (91.9) 5 (8.1)	62
Samenstelling Huishouden	❒ Alleenstaand ❒ Met partner ❒ Met gezin ❒ Anders	8 (42.1) 10 (52.6) 1 (5.3) 0	6(46.2) 5(38.5) 0 2(15.4)	10 (58.8) 7(41.2) 0 0	10 (83.3) 2 (16.7) 0 0	34 (55.7) 24 (39.3) 1 (1.6) 2 (3.3)	61
Woonsituatie	❒ Zelfstandig ❒ Aanleunwoning / serviceflat ❒ Verzorgingshuis/ Verpleeghuis	16 (88.9) 2 (11.1) 0	11 (84.6) 0 2 (15.4)	10 (66.7) 1 (6.7) 4(26.7)	5 (50.0) 2 (30.0) 3 (30.0)	42 (75.0) 5 (8.9) 9 (16.1)	56

**Hierbij gaat het om patiënten van Belgische, Arubaanse, Kaapverdiaanse, Indonesische en Arubaanse afkomst.*

Gezondheid gerelateerde gegevens

In 55 gevallen (zie Tabel 3.5) is geregistreerd dat er sprake is van 1 of meerdere chronische aandoeningen. In 18 (33%) gevallen betreft het 2 chronische aandoeningen en bij 14 (25.0) patiënten betreft het 3 of meer chronische aandoeningen. In 38 gevallen is benoemd dat er sprake is van een valrisico voor of tijdens opname.

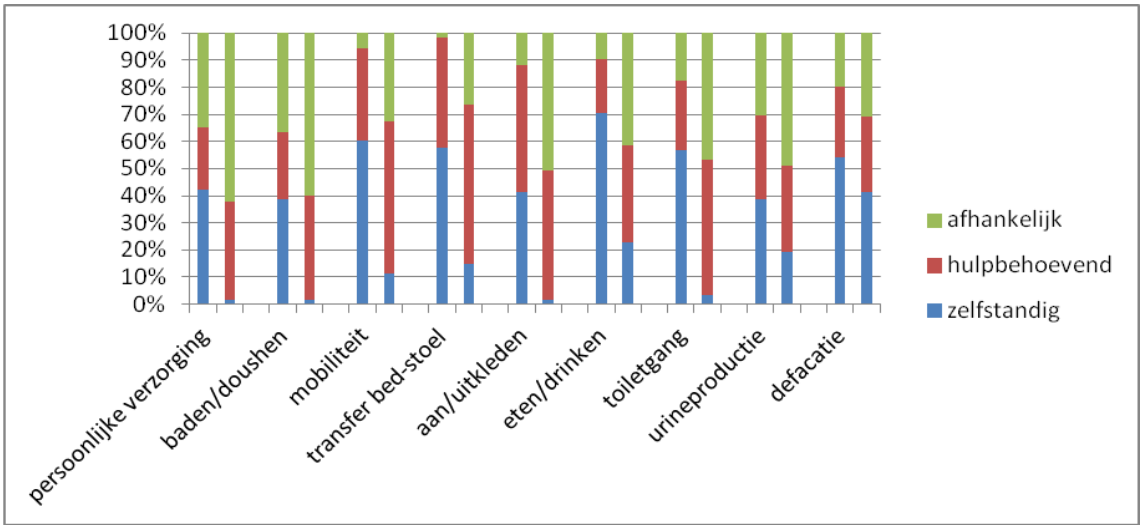
Tabel 3.5: Chronische aandoeningen en aanwezigheid valrisico (n, (%))

Variabelen	Antwoordopties	T1	T2	T3	T4	Totaal T1-T4	N T1-T4
1 of meerdere Chronische aandoening(en)	Aanwezig Geen Onbekend	15 (78.9) 2(10.5) 2(10.5)	11 (78.6) 3 (21.4)	17 (100)	12 (100)	55 (88.7) 5 (8.1) 2 (3.2)	62
Valrisico voor of tijdens opname	Benoemd Niet benoemd	5 (26.3) 14 (73.7)	9 (64.3) 5 (35.7)	13 (76.5) 4 (23.4)	11 (91.7) 1 (8.3)	38 (61.3) 24 (38.7)	62

ADL bij opname versus bij aanmelding bureau nazorg

Op 9 ADL-aspecten is in de status van de patiënt genoteerd of deze afhankelijk, hulpbehoevend of zelfstandig functioneerde. De gegevens zijn genoteerd bij opname en bij aanmelding bureau nazorg en worden in Figuur 1 vergeleken. Voor alle aspecten is de situatie 'bij aanmelding bureau nazorg' significant verslechterd ten opzichte van 'de situatie voor opname' ($p<0.01$, gepaarde t-toets, n varieert van 47-52).

Figuur 3.1: ADL bij opname versus bij aanmelding bureau nazorg (%)



Betrokkenheid Consultair Psychiatrisch Verpleegkundige en andere disciplines

- Volgens het PG-3D pad zou de Consultair Psychiatrisch Verpleegkundige (CPV) altijd betrokken moeten worden (op Dag 1, zie bijlage 1). In bijna driekwart van de gevallen (72.9%) is geregistreerd dat er een psychiater of een CPV berokken is (Tabel 3.6). In 2 van de 59 gevallen is tijdens het verblijf in het SFG een Geriater betrokken (waarbij in 1 geval daarnaast ook de CPV/psychiater). In 4 gevallen (elke periode 1 keer) is een psycholoog betrokken.
- Andere disciplines die regelmatig bij deze patiëntengroep zijn betrokken zijn de ergotherapeut (20.3%), fysiotherapeut (74.6%), logopedist (18.6%) en diëtist (32.2%).
- In Tabel 3.6 is te zien dat in 35 gevallen de datum van aanvraag van een consult psychiatrie is genoteerd. Het aanvragen van het consult lijkt over het algemeen samen te vallen met de start van het PG-3D pad (zie ook 3.9). De aanvraag vindt zowel voor als na het eerste contact met Bureau Nazorg plaats (variërend van 7 dagen voor als na start van het PG-3D pad).

Tabel 3.6: Betrokkenheid psychiater of consultatief verpleegkundige

Variabelen	Antwoordopties	T1 n (%)	T2 n (%)	T3 n(%)	T4 n(%)	Totaal T1-T4 n (%)	N T1-T4
een psychiater of een consultatief psychiatrisch verpleegkundige berokken	❒ Ja ❒ Nee	15 (88.2) 2 (11.8)	11 (78.6) 3 (21.4)	9 (56.3) 7 (43.8)	8 (66.7) 4 (33.3)	43 (72.9) 16 (27.1)	59
Aantal dagen na start PG-3D pad?*	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n					0.43 (3.4) 0 (-7-7) 35	35

**startdatum is het eerste contact met Bureau Nazorg, de betrokkenheid vindt zowel voor als na het eerste contact met Bureau Nazorg plaats*

Verblijf in het SFG en ontslag naar vervolgvoorziening

Over het geheel genomen komt ruim een kwart van de patiënten die instromen in het PG-3D pad van de afdeling Neurologie. De instroom per afdeling verschilt per periode. De afdeling Oncologie levert bijvoorbeeld tijdens T2 ruim 40% van de patiënten, tijdens T3 maar 1 patiënt (Tabel 7).

Tabel 3.7: Verblijf in het SFG en ontslag naar vervolgvoorzieningen

Variabelen	Antwoordopties	T1 n (%)	T2 n (%)	T3 n(%)	T4 n(%)	Totaal T1-T4 n (%)	N T1-T4
Afdeling SFG	❒ Heelkunde 1 (Trauma/ Urologie)	2 (10.5)	1 (7.1)	1 (5.9)	1 (8.3)	5 (8.1)	62
	❒ Heelkunde 2 (Vaat/Long)	1 (5.3)	-	1 (5.9)	-	2 (3.2)	
	❒ Neurologie	3 (15.8)	4 (28.6)	5 (29.4)	4 (33.3)	16 (25.8)	
	❒ Orthopedie	1 (5.3)	-	-	-	1 (1.6)	
	❒ Maag Darm Lever (MDL)	2 (10.5)	-	1 (5.9)	-	3 (4.8)	
	❒ Reuma/ Nefrologie	3 (15.8)	2 (14.3)	1 (5.9)	3 (25.0)	9 (14.5)	
	❒ Oncologie	-	6 (42.9)	1 (5.9)	2 (16.7)	9 (14.5)	
	❒ Interne 1	-	-	1 (5.9)	-	1 (1.6)	
	❒ Longziekten	4 (21.1)	1 (7.1)	1 (5.9)	1 (8.3)	7 (11.3)	
	❒ HVZ/CCU	3 (15.8)	-	5 (29.4)	-	8 (12.9)	
	❒ Cardiologie				1 (8.3)	1 (1.6)	
Ontslag naar	❒ Laurens (Stadzicht)	4 (21.1)	6 (42.9)	4 (23.5)	2 (16.7)	16 (25.8)	62
	❒ Aafje (Schiehoven)	9 (47.4)	7 (50.0)	5 (29.4)	3 (25.0)	24 (38.7)	
	❒ Anders:	6 (31.6)	1 (7.1)	8 (47.1)	7 (58.3)	22 (35.5)	
Anders	❒ Humanitas/Acropolis	4	-	2	2	8	22
	❒ Laurens Schutse	1	-	1	-	2	
	❒ Laurens Oudelandshof	-	1	1	1	3	
	❒ Pniël	1	-	1	1	3	
	❒ Borgsate	-	-	-	1	1	
	❒ Arcadis	-	-	1	-	1	
	❒ Koningshof	-	-	1	-	1	
	❒ Wilgenborg	-	-	1	-	1	
	❒ Albrechtskolk, Delfshaven	-	-	-	1	1	
	❒ Particulier VPH	-	-	-	1	1	

- Bij ontslag valt op dat slechts 40 patiënten (64.5%) zijn doorgestroomd naar Laurens-Stadzicht of Aafje-Schiehoven. Het percentage dat elders heen gaat loopt op gedurende tijd tot bijna 60% tijdens T4 (zie ook paragraaf X).
- Van **de negen patiënten die bij opname** in verzorgingshuis/verpleeghuis woonden (zie Tabel 3.4) zijn er 4 naar Laurens-Stadzicht gegaan en 3 naar Aafje-Schiehoven. 1 patiënt is naar Arcadis gegaan en 1 ter overbrugging naar Borgstate. De negen patiënten zijn niet (direct) teruggegaan naar het verzorgings-/verpleeghuis waar ze woonden. Dus van de 22 patiënten die elders zijn geplaatst betreft het slechts 2 cliënten die al bij opname uit een verzorgings-/ of verpleeghuis kwamen. Onduidelijk is waarom de 20 andere patiënten niet bij Laurens-Stadzicht of Aafje-Schiehoven zijn geplaatst.

Zorgzwaarte pakket (ZZP) bij opname in het SFG en ontslag naar vervolgvoorziening
Een belangrijk onderwerp in het PG-3D pad is de indicatiestelling en bijbehorend Zorgzwaarte pakket (zie bijlage 1 en volgende paragraaf). Voor uitleg over de betekenis van de ZPP´s zie Zorgzwaarte pakketen V&V 2012.

- Van 13 patiënten is bekend dat zij bij opname al een ZZP indicatie (zie Tabel 3.8) hebben.
- Bij ontslag (n=61) heeft bijna de helft van de patiënten een ZZP 5 en de andere helft een ZZP 9 (zie Figuur 2 en Tabel 8). Bij ZZP 9 is niet genoteerd of dit om ZZP 9a (Geriatrische revalidatiezorg) of ZZP 9b (Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging) gaat. De meeste ZZP 9 indicaties worden tijdens T1 afgegeven, dit neemt in aantal en percentage af.

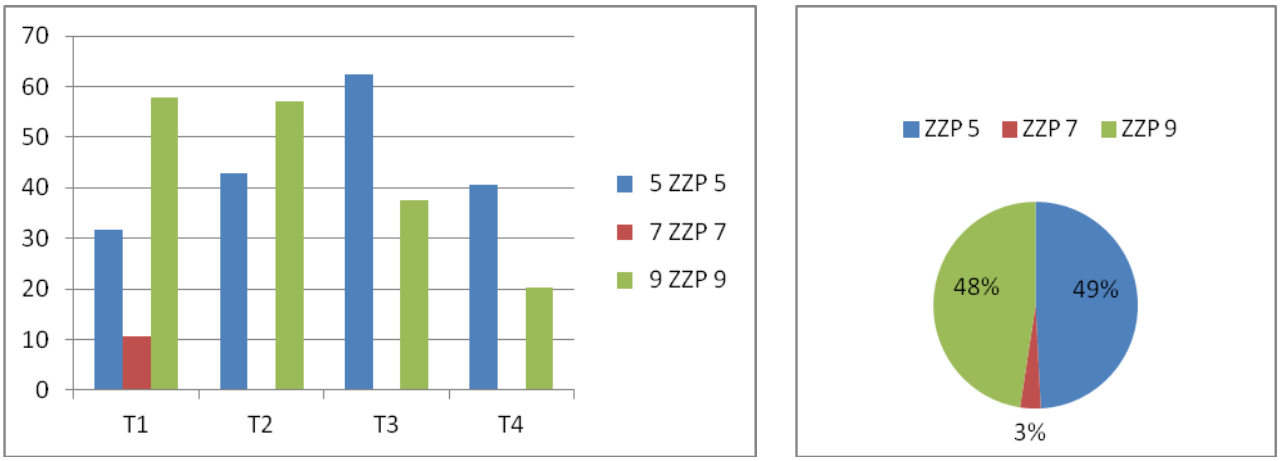
Tabel 3.8: ZZP bij opname in het SFG en bij ontslag naar vervolgvoorziening

	Bij opname N=13	Bij ontslag N=61
ZZP 2 - beschut wonen met begeleiding en verzorging	2	-
ZZP 3 - beschut wonen begeleiding en intensieve verzorging)	1	-
ZZP 4 - beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	4	-
ZZP 5 - beschut wonen met verpleging en verzorging	6	30
ZZP 7 - beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	-	2
		-
ZZP 9 – 9a Geriatrische revalidatiezorg 9b Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	-	29

SIP-procedure, BOPZ en CIZ
Volgens het PG-3D pad is het de bedoeling dat de transferverpleegkunidge op (werk)**dag 6** de ZZP-indicatie afgeeft middels de SIP (Systeem Indicatie Procedure). Uitplaatsing is mogelijk voor verdere observatie & diagnostiek mits de somatische behandeling medisch is afgerond. Omdat de somatische revalidatie op de voorgrond staat (tenzij er al een PG indicatie in de thuissituatie is afgegeven) zou volgens het PG-3D pad een ZZP 9 voor revalidatie en herstel moeten worden afgegeven zonder of met BOPZ

- In 28 gevallen is er een indicatie afgegeven door de transferverpleegkundigen middels de SIP, 1 keer een ZZP5 en 27 keer een ZZP 9 (waarvan 3 keer terwijl er sprake is van BOPZ indicatie).
- In 35 gevallen is door Bureau Nazorg een consult bij het CIZ gevraagd, er werd 33 keer een BOPZ indicatie afgegeven.
- Van de 33 keer dat een BOPZ-indicatie noodzakelijk was is 2 keer een ZZP9, 2 keer een ZZP 7 en is 28 keer een ZZP 5 geïndiceerd.

Figuur 3.2: Zorgzwaarte pakket bij ontslag (n=61), totaal en per meetmoment (%)



Doorlooptijden in het SFG

Het vaststellen van de startdatum van het PG-3D-pad bleek soms lastig te achterhalen. Welk moment wordt hiervoor gekozen? Soms zijn er al acties in gang gezet die behoren bij het pad terwijl de patiënt nog niet bij Bureau Nazorg (BN) is aangemeld. Er is daarom een variabele gemaakt: 'Eerste contact met BN' op basis van datum vooraanmelding BN (indien genoteerd) of de datum 'transferaanvraag ontvangen bij BN'. Hier is uitgegaan van de vroegste datum (Dag 0/ start traject PG-3D pad).

De 62 patiënten ingestroomd in het pad verblijven gemiddeld 17 dagen in het SFG met een minimum van 6 en maximum van 43 dagen. Als het gaat om het aantal dagen tot de verwachte ontslag datum (VOD) dan is dit een stuk lager, gemiddeld ruim 9 dagen met een maximum van 34 dagen. Het gemiddeld aantal dagen tussen VOD en werkelijke ontslagdatum is gemiddeld 7 variërend van 0 tot 20 dagen.

Het duurt gemiddeld 7 dagen (variërend van 1 tot 36 dagen) na opname voordat het PG-3D pad wordt gestart. Het aantal dagen tussen start van het PG-3D pad en verwachtte ontslagdatum (VOD) is gemiddeld 3 dagen. Dit aantal dagen varieert van -2 tot 15. Dit wil zeggen dat in sommige gevallen de patiënt pas is aangemeld nadat de verwachtte ontslagdatum is gepasseerd. Uit de registratie is niet te achterhalen waarom dit zo is. Het zou kunnen zijn dat er aan het eind van de verwachtte opnametijd problemen zijn ontstaan (zoals het krijgen van een delier) waardoor de patiënt daarna is aangemeld bij BN en is ingestroomd in het pad.
Na start duurt het gemiddeld 10 dagen (variërend van 2 tot 28) voordat de patiënt het SFG verlaat. Het informeren van de zorgaanbieder vindt tussen dag 3 en 4 na start van het PG-3D pad plaats (variërend van 0 tot 21 dagen). Volgens protocol dient de zorgaanbieder op (werk)dag 2 geïnformeerd te worden over de VOD en op (werk)dag 5 over de werkelijke ontslagdatum. Tussen het informeren van zorgaanbieder over de ontslagdatum en het daadwerkelijke ontslag zit zo'n 6 a 7 dagen, variërend van 0-26 dagen.

Tabel 3.9: Doorlooptijden SFG per meetmoment

Variabelen	Antwoordopties	T1	T2	T3	T4	Totaal T1-T4
Dagen in SFG	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n	16.9 (8.8) 15 (6-35) 19	18.6 (8.0) 16.5 (7-40) 14	16.3 (9.1) 13 (6-43) 17	16.1 (6.3) 15.0 (8-31) 12	17.0 (8.2) 15.3 (6-43) 62
Dagen Opname tot VOD	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n	10.6 (6.5) 9.0 (3-27) 16	11.0 (9.4) 7.0 (3-34) 11	7.7 (5.1) 6.2 (0-19) 16	8.1 (5.1) 6.5 (2-19) 12	9.3 (6.9) 6.9 (0-34) 55
Dagen VOD tot Ontslag SFG	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n	5.1 (4.1) 5.5 (0-14) 16	8.7 (5.0) 7.3 (1-18) 11	6.9 (3.6) 6.5 (0-14) 16	8.0 (4.1) 7.3 (4-20) 12	7.0 (4.3) 6.7 (0-18) 55
Dagen opname tot start* pad PG3D	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n	8.2 (7.0) 6.0 (1-28) 18	7.3 (8.3) 5.0 (1-34) 14	7.8 (8.9) 4.0 (1-36) 17	4.8 (4.4) 3.5 (1-7) 12	7.2 (7.4) 5.0 (1-36) 60
Dagen start* pad PG3D tot ontslag SFG	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n	9.9 (5.3) 8.0 (2-21) 17	11.3 (6.0) 11.0 (2-22) 14	8.5 (3.4) 8.0 (4-17) 17	11.3 (6.2) 9.5 (6-28) 12	10.1 (5.2) 8.0 (2-28) 60
Dagen start pad PG3D tot VOD	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n					2.7 (3.3) 2(-2-15) 53
Dagen start pad PG3D en informeren van zorgaanbieder over ontslag	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n					6.5 (4.9) 6 (0-26) 60
Dagen tussen informeren zorgaanbieder en daadwerkelijk ontslag	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n	5.4 (4.7) 4 (1-21) 19	3.3 (3.4) 1.5 (1-13) 14	3.5 (2.0) 4 (0-7) 17	2.7 (2.0) 2.5 (0-7) 12	3.9 (3.5) 3 (0-21) 62
Dagen opname tot aanvraag consult psychiatrie	Gemiddelde (sd) Mediaan (min-max) n	11.2 (6.9) 10.0 (3-27) 11	4.6 (2.1) 6 .0(2-7) 7	10.3 (9.6) 8.0 (2-33) 9	4.1 (2.4) 3.5 (2-8) 8	8.0 (7.0) 6.0 (2.33) 35

* *als start is de eerste contactdatum met Bureau Nazorg genomen, Sd= standaard deviatie, Mediaan=het midden van de verdeling*
VOD=verwachte ontslagdatum NB het kan zijn dat onderdelen in het pad reeds worden uitgevoerd alvorens patiënt is aangemeld bij Bureau Nazorg.
In het Zorgpad wordt uitgegaan van werkdagen, in deze gegevens zijn ook de weekenden meegenomen en gaat het op opname dagen

3.3.3. Gegevens per instelling waar patiënt met ontslag uit SFG naartoe is gegaan

Als we kijken naar de doorlooptijden voor patiënten die zijn doorgestroomd naar Aafje-Schiehoven, Laurens-Stadzicht of ´Overig´, dan lijkt het erop dat de populatie die naar Aafje is gegaan gemiddeld langer in het SFG verblijft. Ook duurt het langer voordat het PG-3D pad gestart wordt. Het aantal dagen tussen informeren van de zorgaanbieder en daadwerkelijk ontslag is bij 'Overig' het grootste en het aantal dagen tussen start PG3D pad en overplaatsing het kleinst (Tabel 3.10), het is onduidelijk waarom dit zo is.

Van de 62 patiënten ingestroomd in het PG-3D pad zijn er 24 overgedragen aan Aafje-Schiehoven, 16 aan Laurens-Stadszicht en zijn 22 patiënten naar overige voorzieningen gegaan.

Redenen waarom men naar elders is overgeplaatst (groep overig):
Dit is voor een aantal patiënten beschreven:

- Soms bleek er geen plek te zijn op de observatieafdeling van Aafje of Schiehoven.
- Soms was er wel plek maar weigerde de patiënt of familie omdat zij voorkeur hadden voor andere instelling (op basis van geloof, afstand).
- Ook gebeurt het dat tijdens het traject, terwijl aanvraag bij observatieafdeling al is gedaan, men er nog achter komt dat een diagnose al gesteld is en men in ander verpleeghuis verblijft.

Tabel 3.10: Doorlooptijden per instelling waar patiënt naartoe is gegaan

Variabelen	Antwoordopties	Aafje Schiehoven N=24	Laurens Stadzicht N=16	Overig N=22
Dagen in SFG	Gemiddelde (sd)	20.4 (8.7)	15.2 (7.5)	14.5 (6.9)
	Mediaan (min-max)	17.5 (10-43)	13 (7-35)	12.5 (6-30)
	n	24	16	22
Dagen Opname tot VOD SFG	Gemiddelde (sd)	12.5 (6.8)	6.6 (4.5)	7.5 (6.2)
	Mediaan (min-max)	11 (5-34)	5.5 (2-17)	6 (0-27)
	n	22	14	19
Dagen VOD tot Ontslag SFG	Gemiddelde (sd)	7.1 (5.2)	7.4 (3.8)	6.6 (3.4)
	Mediaan (min-max)	6 (0-20)	6.5 (1-14)	7 (0-13)
	n	22	14	19
Dagen opname tot start* pad PG3D SFG	Gemiddelde (sd)	9.3 (9.0)	5.1 (4.6)	6.4 (6.6)
	Mediaan (min-max)	6 (2-36)	4 (1-17)	4 (1-28)
	n	24	15	21
Dagen start* pad PG3D tot ontslag SFG	Gemiddelde (sd)	11.1 (6.3)	10.6 (5.1)	3.7 (4.4)
	Mediaan (min-max)	8.5 (3-28)	9.0 (2-21)	3.0 (0-21)
	n	24	15	21
Dagen tussen informeren zorgaanbieder en daadwerkelijk ontslag SFG	Gemiddelde (sd)	4.1 (3.2)	3.7 (2.3)	8.6 (3.3)
	Mediaan (min-max)	3(1-13)	3.5 (1-8)	8 (2-15)
	n	24	16	22

Tijdens het verblijf in het SFG- per patiëntengroep (Tabel 3.11) valt op dat:

- van de patiënten die naar Aafje zijn gegaan niemand bij opname in het SFG een GGZ-diagnose had, voor Laurens en 'Overig' was dit ruim de helft.
- alle patiënten die naar Aafje bij ontslag uit het SFG via de SIP-procedure zijn geïndiceerd, bij de andere twee groepen zijn dat er maar enkelen.
- alle patiënten die naar Aafje zijn gegaan een ZZP 9 hebben gekregen, bij de andere twee groepen hebben de meeste patiënten een ZZP 5 ontvangen bij ontslag uit het SFG

Tabel 3.11: Gegevens tijdens SFG-traject per patiëntengroep (Aafje, Stadzicht, Overig)

Variabelen	Antwoordopties	Aafje Schiehoven N=24	Laurens Stadzicht N=16	Overig N=22
GGZ -diagnose		geen	11	15
Geslacht	Man	12	9	8
	Vrouw	12	7	14
Leeftijd	Gemiddeld (Sd)	83.0 (6.9)	83.4 (6.0)	81.8 (6.2)
	Min-max	69-94	74-94	69-90
Niet Nederlands		2	-	2
Burgerlijke staat	Weduwe	12	6	12
	Gehuwd/geregistreerd partner	1	7	10
	Gescheiden	4	-	-
	Ongehuwd	8	3	-
	Onbekend	1	-	-
Wonend in verpleeg/verzorgingshuis		3	3	2
Chronische aandoeningen	Ja	23	12	20
	Nee	1	4	1
	Onbekend	-	-	1
SIP	Ja	23	2	3
ZZP voor opname	Ja	5	3	5
	Nee	15	9	-
	onbekend	4	4	6
ZZP bij ontslag SFG	ZZP 5	-	12	18
	ZZP 7	-	1	1
	ZZP 9	24	3	2
	onbekend			1

Tijdens het traject na het SFG (Tabel 3.12) valt op dat:

- bij Aafje voor meer dan de helft van de patiënten een reden voor opname een Delier is.
- de patiënten bij Laurens zijn verdeeld over meerdere afdelingen
- de informatieopdracht vanuit het SFG veelal niet aansluit op de behoeft van Laurens en Aafje
- er weinig patiënten uiteindelijk naar huis zijn gegaan, 5 bij Aafje, geen bij Laurens
- Bij Laurens-Stadzicht heeft bij een aantal patiënten geen observatie plaatsgevonden en is de patiënt direct naar een andere afdeling van Laurens gegaan (Rooslaan, Daliahlaan 2x) en ontvangen daar chronische zorg'. Anderen zijn na diagnose naar een andere afdeling van Laurens gegaan of naar Humanitas. Ook zijn er nog patiënten in zorg.

3.4. Discussie, conclusie en aanbevelingen

De resultaten van de monitor laten zien dat de populatie inderdaad een kwetsbare groep ouderen betreft. De leeftijd is hoog en de beperkingen voor en tijdens opname zijn groot, er is veelal sprake van 1 of meerdere chronische aandoeningen.

De groep die naar Laurens wordt doorgeplaatst lijkt kwetsbaarder te zijn dan die van Aafje. Geen van deze ouderen gaat terug naar huis: men is overleden of wordt doorgeplaatst voor permanente bewoning in een verzorgings- of verpleeghuis. Dit is ook de groep die bij opname vaak al een GGZ-diagnose heeft (dementie), er is sprake van een BOPZ-opname.

De toename van het aantal mensen met een GGZ-diagnose die in het pad worden opgenomen zou verklaard kunnen worden uit het feit dat enerzijds het zorgpad meer bekendheid krijgt en meer patiënten hierin worden opgenomen maar dat de criteria nog niet goed worden toegepast. Ook zou het zo kunnen zijn dat ondanks een 'GGZ'-diagnose verdere diagnostiek en observatie noodzakelijk is. Toch ziet men aan de gegevens bij Laurens dat de patiënt niet altijd op de observatieafdeling wordt opgenomen ondanks dat hij/zij in het PG-3D-pad is ingestroomd met reden dat de diagnose al is gesteld. Voor de pilot zou dan genoteerd moeten worden dat de patiënt het PG-3D-pad verlaat.

De meeste ZZP 9 indicaties worden tijdens T1 afgegeven, dit neemt in aantal en percentage af. Dit is onder meer te verklaren uit het feit dat er bij start van het project onterecht door de Ketenpartners ervan uit is gegaan dat men ten behoeve van de pilot voor deze patiënten een ZZP 9 kan afgeven. Tijdens de bijeenkomsten bleek dat dit wettelijk vanuit het CIZ niet kon worden gesteund. Echter alle patiënten die opgenomen zijn bij Aafje Schiehoven hebben vanuit het SFG een ZZP 9 ontvangen, 1 patiënt is ook met een ZZP 9 naar een vervolgvoorziening gegaan. Bij Laurens hebben de meeste patiënten een ZZP 5 gekregen, een deel van de patiënten is niet op de observatieafdeling opgenomen maar (meteen) overgeplaatst naar permanent verblijf en uiteindelijk kon geen van de patiënten naar huis. De vraag is of de patiënten geen ZZP 9 kregen omdat er geen zicht was op herstel/ revalidatie en indicatie permanent verblijf (ZZP 5 of 7) ook gerechtvaardigd is. Of is het zo dat omdat de patiënt geen ZZP 9 kreeg en daarmee geen revalidatie de kans op herstel en revalidatie klein is. De vraag is of dit ligt aan de mate van kwetsbaarheid, aan de BOPZ, of aan het beleid van het verpleeghuis.

Een ander opvallend gegeven is dat de patiënten die naar elders zijn gegaan vergeleken met de andere twee groepen relatief veel minder dagen tussen start PG-3D traject en ontslag hebben (4 dagen t.ov. 11 voor Aafje en Schiehoven). Naar de reden hiervan zou verder onderzoek gedaan kunnen worden.

Data verzameling

De dataverzameling verliep moeizaam. Naast dat veel patiënten zijn overleden zijn dossiers moeilijk op te vragen. Met name in de verpleeghuizen was dit geval. Als reden werd gegeven dat dit kwam door de overdracht naar andere afdelingen en/of onduidelijkheid/onbekendheid met het project PG3D. Veel informatie kon bij Laurens enkel uit Plancare worden gehaald en niet uit een papieren dossier. Bij Aafje werden de gegevens door de werknemers zelf aangeleverd. Dit was moeilijk te plannen waardoor er vertraging in dataverzameling optrad. Ook hier ondervond men moeilijkheden bij het opvragen van dossiers en het achterhalen van de betreffende patiënten.

Tabel 3.12: Gegevens na SFG-traject voor patiëntengroep Aafje en Stadzicht

Variabelen	Antwoordopties	Aafje Schiehoven N=24	Laurens Stadzicht N=16
Reden opname	Vermoeden van: Delier Dementie Depressie Anders Onbekend	15 6 - 2 2	2 12 1 - 1
Afdeling opname na overdracht uit SFG		Hoog 1 = 22 Hoog 2 = 2 Onbekend = 1	Crocuslaan = 8 Dahlialaan = 2 Rooslaan = 4 Hyacintlaan =1 Tulplaan = 1 **1 persoon is opgenomen op een open afdeling, 15 op een gesloten afdeling*
Informatie bij overdracht compleet?	Ja Nee Onbekend	1 17 6	7 1 8
Wat ontbreekt?		brief medisch specialist, geen Lab en ECG uitslagen, veelal alleen verpleegkundig dossier aanwezig	brief medisch specialist, geen Lab en ECG uitslagen/ door Stadzicht zelf gedaan, paramedische overdracht of verpleegkundigdossier pas later gefaxt
Gebruik externe diagnostiek bij vaststellen diagnose	Ja	12	13
Definitieve geriatrische diagnose	Dementie Depressie Anders Onbekend	9 1 3 -	15 - - 1
Voorgestelde behandeling	Revalidatie Kort verblijf Permanent verblijf	4 4 8	
Naar huis	Ja	5 Vijf patiënten zijn naar huis gegaan, enkelen zijn overleden, anderen zijn naar een ander verpleeg- verzorgingshuis gegaan of men is in Schiehoven gebleven (voor verdere observatie of andere afdeling) gebleven, 1 patiënt is naar het Vlietlandziekehuis gegaan.	- Geen van de patiënten is naar huis gegaan (10 nee, 6 niet van toepassing).
ZZP bij ontslag naar vervolgvoorziening	ZZP 3 ZZP 5 ZZP 6 ZZP 7 ZZP 9 niet van toepassing onbekend	1 9 1 - 1 - 7	- 12 - 1 3 - -
Ontslagdatum		Voor 14 patiënten is een ontslagdatum genoteerd	Voor 1 patiënt is een ontslagdatum genoteerd (naar Humanitas, was in Laurens ter overbrugging)

In Laurens heeft men gedurende T3/T4 te kampen gehad met een virus waardoor geen opname heeft plaatsgevonden. In Laurens zijn de meest patiënten zijn niet overgeplaatst naar elders, maar overleden of naar een andere afdeling binnen Stadzicht gegaan. In sommige gevallen gingen de patiënten vanuit het SFG rechtstreeks naar een PG-afdeling en vond er dus geen observatie plaats (waar een diagnose extern gesteld is). Deze patiënten hoorden eigenlijk niet in het PG-3D pad.

Vervolg

De dataverzameling was een dynamisch proces, wat inhield dat op verschillende meetmomenten gegevens van de dan ingestroomde patiënten in het pad werden verzameld, ook als nog niet het gehele pad was doorlopen. Enerzijds gaf dit direct informatie over patiënten in de keten, echter dit maakte de dataverzameling ook verwarrend. Door het onderzoek werd ook duidelijk hoe versnipperd gegevens van patiënten worden geregistreerd en dat essentiële informatie vaak ontbreekt. Het was vaak niet te achterhalen of iets niet van toepassing is of dat het niet geregistreerd is.

- Bij een vervolg zouden de over 1 patiënt **gegevens met betrekking tot het PG-3D-pad per patiënt verzameld moeten worden op een centraal punt** op de volgende momenten: a. Dag verlaten patiënt SFG, b. Dag verlaten observatieafdeling, c. Dag verlaten vervolgvoorziening en d. tussentijds bij overlijden of verlaten pad om andere redenen.
- Voor vervolg van de monitoring zou een **registratieformulier** gemaakt kunnen worden dat door Bureau Nazorg aan het dossier wordt toegevoegd en ingevuld en na overplaatsing wordt overgedragen. De ketenpartners kunnen zelf de benodigde gegevens direct noteren zodat deze niet meer achteraf in de status hoeven worden gezocht en de gegevens eenduidig worden verzameld.
- Interessant zou zijn te weten wat er met de patiënten is gebeurd die naar elders zijn gegaan. Ook voor deze patiënten zou het **registratieformulie**r na overdracht kunnen worden ingevuld en na een vastgestelde periode verzameld.
- Voor het monitoren en stellen van doelen is het **eenvoudiger te spreken van opnamedagen dan van werkdagen**, zoals nu beschreven in het SFG-PG-3D zorgpad. Vertraging in het pad kan ook veroorzaakt worden doordat acties in het weekend niet doorlopen, ook hier zit ruimte voor verbetering.

Casus 1

Aafje Schiehoven

- Cliënt: Mevrouw Sonneveld

Mevrouw Sonneveld is een dame van 75 jaar. Ze is al 52 jaar gelukkig getrouwd en heeft twee kinderen. Haar man, ook 75, heeft een eigen bedrijf. Mevrouw Sonneveld heeft op jonge leeftijd haar ouders verloren, en is na de lagere school meteen gaan werken. Ze heeft onder andere in de horeca gewerkt en als verkoopster in een winkel. Mevrouw Sonneveld omschrijft zichzelf als iemand die gauw tevreden is. Voor haar kwaliteit van leven geeft ze een zeven, voor de hoeveelheid liefde in haar leven een tien.

- Mantelzorger: Mevrouw Hart, haar dochter

Mevrouw Hart, 53 jaar, is de dochter van mevrouw Sonneveld. Mevrouw Hart is van Nederlandse komaf en geeft aan geen bepaalde religie te hebben. Ze heeft een lagere beroepsopleiding gevolgd en is tegenwoordig huisvrouw. Ze is zowel mantelzorger als eerste contactpersoon van haar moeder.

- De zorgcoördinator van de observatieafdeling

Situatie voor opname

Mevrouw Sonneveld woonde thuis met haar man. Ze had last van een evenwichtsstoornis, waardoor ze vrij vaak viel. Dit werd steeds erger en op een gegeven moment kon ze zich niet meer opvangen. Mevrouw Sonneveld ging niet meer alleen over straat vanwege haar evenwichtsstoornis. Na een aantal hartinfarcten kreeg ze in januari 2010 hersenstaminfarct. Haar dochter, mevrouw Hart was hierbij aanwezig en heeft het er erg moeilijk mee gehad. *"Vreselijk, dat je opeens 'knak' ziet, en haar bijna dood ziet gaan."* Ze is opgenomen geweest in SFG, maar mocht al snel weer naar huis. Ze bleef veel vallen, haar gezondheid ging achteruit. Haar dochter kwam drie dagen in de week naar haar toe. Ze zag dit niet zozeer als mantelzorg, maar meer als gezelschap houden. Ze had een keer per week hulp in de huishouding

Opname in SFG: aantal dagen onbekend

Mevrouw Sonneveld werd in april 2011 opgenomen met een ernstige longontsteking waarbij ze volgens haar dochter 'compleet is doorgedraaid'. *"Ze zei rare dingen, ze zag rare dingen.."*, vertelt mevrouw Hart. De verpleegkundigen op de afdeling wisten niet hoe ze met de problematiek van mevrouw Sonneveld om moesten gaan en bonden haar vast. Er werd gedacht aan een delier. In korte tijd zag mevrouw Hart haar moeder veranderen en veel afvallen. De medische zorg vond ze perfect.
Mevrouw Sonneveld zelf weet daar niet veel meer van omdat ze erg ziek was. Ze heeft al vaak in het SFG gelegen en is er erg positief over, *"Franciscus is mijn ziekenhuis, oh 't is geweldig."* Van haar laatste opname kan ze zich alleen nog herinneren dat mensen vreselijk bezorgd om haar waren en dat ze de verpleegsters zo lief vond. Ze wil zich ook niet alles meer herinneren, omdat ze naar de toekomst wil kijken in plaats van naar een moeilijke periode die achter haar ligt.

Overgang naar Observatieafdeling

Binnen een paar dagen nadat de longontsteking over was, is mevrouw Sonneveld naar Aafje Schiehoven gegaan. De overdracht van het SFG met betrekking tot mevrouw Sonneveld was standaard volgens de zorgcoördinator. De overdracht bevatte een verpleegkundige overdracht en een verslag van de CPV. Er stond in dat mevrouw een delier had, en mogelijk dementie. De bevindingen in het SFG kwamen overeen met die van de observatieafdeling.
De dochter vertelt dat ze In het SFG weinig informatie over het Zorgpad PG-3D gekregen heeft. Ze heeft ook geen folder ontvangen, maar dat vindt ze geen probleem omdat het volgens haar niet de taak van het SFG is.

Mevrouw Hart vond het verschrikkelijk dat haar moeder naar Aafje Schiehoven moest, *"ik heb m'n ogen uit m'n kop gejankt, vreselijk, maar toen was ze er ook slecht aan toe*

Het opnamegesprek ging gepaard met veel emoties waardoor mevrouw Hart het zich niet helemaal meer kan herinneren. Na afloop kreeg ze een map met informatie over de observatieafdeling mee. Deze informatie was voldoende en duidelijk, maar ze miste specifieke informatie over ziektebeelden, zoals delier. De familie heeft daar veel zelf over opgezocht op internet. Bij de opname werd gezegd dat mevrouw Sonneveld op de observatieafdeling zou worden opgenomen om te revalideren en geobserveerd te worden, en ongeveer zes maanden zou blijven (tot eind november).
Voor haar gevoel was mevrouw Sonneveld opeens op de observatieafdeling. *"Ik was de weg kwijt, ik was gek",* vertelt ze. Ze heeft vooral van anderen gehoord over de eerste tijd op de observatieafdeling; dat ze dement was, raaskalde, kwaadaardig tegenover zichzelf was en vreselijk huilde wanneer haar man 's avonds weg ging.

Observatieafdeling
Mevrouw Sonneveld is in totaal ongeveer acht maanden op de observatieafdeling gebleven.
De zorgverlener geeft aan dat mevrouw Sonneveld eerst een ZZP-9 had, maar *"ze scoorde zo slecht op alle testen dat we ook meteen dachten: die kan gewoon niet meer terug naar huis."* Haar ZZP-9 werd al gauw omgezet in een ZZP-5 met BOPZ. Wegens tekort aan personeel is het niet gelukt om binnen drie maanden een diagnose te stellen. De stappen van het zorgpad zijn wel uitgevoerd, maar er was meer tijd voor nodig
In juli is de diagnose vasculaire dementie vastgesteld. Volgens mevrouw Hart is dit onzorgvuldig gegaan en zodoende gelooft ze het ook niet
In augustus is mevrouw Hart gebeld door een verzorgende dat haar moeder ziek was. Op de afdeling vertelde een arts dat mevrouw Sonneveld waarschijnlijk zou overlijden, en de familie nam afscheid. Maar mevrouw Sonneveld overleed niet. De zorgcoördinator voelt zich daar nu ongemakkelijk over, maar aan de hand van de medische gegevens dacht men echt dat de cliënt zou overlijden.
Mevrouw Sonneveld heeft daarna Memotine gekregen, een redelijk nieuw medicijn voor mensen met dementie. "Daar is ze zo van opgeknapt, dat was echt bijzonder.", aldus de zorgcoördinator. Dat ze goed op de medicatie reageert, toont volgens de artsen aan dat ze echt vasculaire dementie had. Volgens mevrouw Hart is het eerder een bewijs dat er geen sprake was van dementie.
Vanwege de ZZP-5 mocht mevrouw Sonneveld nog maar twee keer per week fysiotherapie in plaats van vier keer, maar wanneer er tussendoor even tijd was werd ze toch geholpen.
Mevrouw Hart heeft zelf maatschappelijk werk aangevraagd voor haar moeder. Deze is twee keer bij mevrouw Sonneveld geweest, o.a. om in eenvoudige termen uit te leggen wat haar aandoening inhoudt en wat er gaat gebeuren. Mevrouw Sonneveld ziet de arts wanneer dat nodig is. De communicatie tussen verschillende disciplines is slecht volgens mevrouw Hart.

Mevrouw Hart heeft haar twijfels over het observeren op de observatie afdeling omdat ze alleen 's ochtends en 's avonds zusters ziet die haar moeder helpen met de verzorging. Over het algemeen is mevrouw Hart niet tevreden met de zorg, als voorbeeld noemt ze dat haar moeder soms niet op tijd naar de wc gebracht wordt en dat ze een keer een week lang dezelfde kleding aan had. Zeven dagen in de week gaat mevrouw Hart bij haar moeder op bezoek om het verzorgend personeel in de gaten te houden en om haar moeder gezelschap te houden. Want ook over de aandacht voor de mensen is ze niet tevreden.
Twee keer is het voorgekomen dat mevrouw Hart op vakantie gebeld werd met de mededeling dat haar moeder 'weg moest.' Navraag naar het hoe en wat bij terugkomst leverde niets op; op de afdeling wist men niet wie er had gebeld en waarom.
Volgens mevrouw Hart is mevrouw Sonneveld ten minste zes keer bestolen. Door lunches te betalen voor de hele afdeling probeert ze het personeel te beïnvloeden, *"ja, dat is dus omkopen: ik ben lief voor jou, dus dan ben jij lief voor mijn moeder."*

Mevrouw Sonneveld had nog nooit gehoord van de observatieafdeling bij Aafje, maar is er erg tevreden over. *"Het is geweldig. Je hebt hier de vrijheid en ze zijn allemaal jong en lief."* Het personeel van de afdeling ziet ze als familie. Tips voor verbetering heeft ze niet, haar visie is dat als je respect hebt voor anderen en beleefd bent, anderen jou ook goed behandelen. Wel mist ze haar man erg, na 52 jaar huwelijk zijn ze nu al bijna acht maanden uit elkaar.
Mevrouw Hart merkt op dat ze inmiddels, na acht maanden, een band heeft gekregen met het personeel en sommige bewoners. Het gaat nu best goed met haar moeder, volgens mevrouw Hart is dat dankzij de medicatie, fysiotherapie en doordat ze nu gewend is aan de afdeling.

En nu verder?
Mevrouw Sonneveld werd eerst geadviseerd naar een gesloten afdeling te gaan, maar later adviseerde men een open afdeling omdat het cognitief en fysiek zoveel beter met haar ging. Ze is op de wachtlijst gezet voor een open afdeling in een verzorgingshuis. Als dit te lang duurt, zou mevrouw Sonneveld als overbrugging naar een andere afdeling in Aafje Schiehoven moeten totdat er plek is. Mevrouw Hart is het daar niet mee eens, *"het is nu heel stabiel, en als je stabiliteit afpakt dan gaat het slechter."*

Terug naar huis
Nadat mevrouw zo opgeknapt was door de Memotine, bespreekt mevrouw Sonneveld met de zusters van de afdeling haar wens om terug naar huis te gaan, en overlegt ze wat daar nog voor nodig is. Ze is een beetje onzeker erover, maar haar man en zij werken samen als een team en ze kijkt er erg naar uit om weer thuis te zijn. Haar wens om terug naar huis te gaan is haar drijfveer om snel te revalideren en er hard voor te werken. Ze is een paar keer op proef naar huis gegaan en dat gaat goed. Ze wil niet meer kijken naar hoe slecht het eerst ging, maar naar de toekomst. Ze heeft een nieuwe hulp voor in de huishouding aangenomen die één of twee keer per week zal komen. Aankleden, wassen en douchen kan ze nu al alleen en zal ze thuis ook alleen doen. Ze is van plan om, als ze weer thuis is, twee keer per week terug te komen naar Aafje voor dagbehandeling.
Haar dochter twijfelt of haar moeder naar huis kan, maar vindt dat ze dat zelf moet ondervinden.

Met kerst is mevrouw op proefverlof gegaan en dat ging zo goed, dat mevrouw in januari echt terug naar huis is gegaan.

Tip
Als aanbeveling ter verbetering van het Zorgpad PG-3D geeft mevrouw Hart aan dat er meer personeel zou moeten worden aangenomen. Het liefst zou ze zien dat iedere huiskamer een activiteitenbegeleider krijgt. In het contact met de verzorgende zou ze meer informatie willen krijgen over hoe het met haar moeder gaat, en wat er gaat gebeuren.

Reflectie
- Doelgroep: het betreft een mevrouw met een kwetsbare gezondheid die in het ziekenhuis een delier krijgt en later gediagnosticeerd wordt met dementie, hoewel niet iedereen het daarover eens is.
- Doelstelling: observatie, diagnostiek en behandeling. Deze doelstelling wordt al snel omgezet in langdurig verblijf, later weer teruggedraaid naar opname verzorgingshuis en uiteindelijk in terug naar huis.
- Tijdspad: mede door het wisselende ziektebeloop, maar ook door personeelstekort is het tijdpad van drie maanden uitgelopen naar acht maanden.
- Revalidatie: er zijn twijfels over de mate van revalidatie op de afdeling.
- Initiatief dochter en patiënt: dochter heeft initiatief genomen tot inschakeling maatschappelijk werk. Patiënt heeft initiatief genomen om weer naar huis te kunnen.

4 Ervaringen van betrokken zorgprofessionals met kwetsbare ouderen en implementatie van het PG-3D Zorgpad - Pilotfase 1

4.1. Inleiding

Doel van dit deelonderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen van betrokken zorgverleners en professionals in de keten van het PG-3D Zorgpad in pilotfase 1 (deelvragen 4 en 5, p 9). Voor dit rapport wordt de belangrijkste aanbevelingen gegeven door de geïnterviewden weergegeven. Een uitgebreidere rapportage over de resultaten van de interviews is de lezen in de afstudeerscripties van Van Nes (2011) en Klaassen (2012).

4.2. Methoden

Voor dit onderzoek zijn zorgverleners en zorgprofessionals betrokken bij het PG-3D pad binnen het SFG, Laurens en Aafje geïnterviewd over hun ervaringen met en hun visie op zorg voor kwetsbare oudere patiënten en specifiek de PG-3D keten.

4.2.1. Werving participanten

Participanten waren zowel zorgverleners als leden van de managementteams. Voor de werving en selectie van participanten is een uitnodigingsmail met informatie over het onderzoek samengesteld. Deze werden door de contactpersonen voor de pilot in de drie instellingen verstuurd naar direct betrokkenen. De contactpersonen gaven waar nodig mondeling toelichting op het onderzoek.

4.2.2. Dataverzameling

Voor het semi-gestructureerde interview is een topiclijst ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek en input van ketenpartners (Van Nes, 2011 & Klaassen 2012). De interviews vonden plaats op de werkplek van de deelnemers en werden afgenomen door de studentonderzoekers en/of projectassistent. De interviews zijn opgenomen met een voice-recorder waarvoor toestemming is gevraagd bij de respondent. De interviews vonden plaats in mei 2011.

4.2.3. Data-analyse

De interviews werden getranscribeerd (letterlijk uitgetypt). Hierbij werd gebruik gemaakt het transcriptiesoftware programma F4 (www.audiotranskription.de). Van 1 interview is de audio opname mislukt. Van dit interview is een verslag gemaakt en ter goedkeuring aan de respondent voorgelegd. De interviews zijn door de studentonderzoekers handmatig geanalyseerd waarbij tekstfragmenten zijn gecodeerd en gerangschikt naar thema's relevant voor het beantwoorden van de vraagstelling.

4.3. Resultaten

Allereerst wordt ingegaan op de visie van de geïnterviewden op kwetsbare ouderen. Vervolgens worden aanbevelingen voor verbetering van de zorg voor deze groep en de implementatie van het PG-3D zorgpad weergegeven.

4.3.1. Respons

In totaal zijn 14 zorgverleners en professionals in de keten geïnterviewd, 8 werkzaam bij het SFG, 5 bij Aafje en 1 bij Laurens (zie Tabel 4.1). De werkervaring met de doelgroep is groot, werkervaring in de huidige functie varieert van enkele maanden tot enkele jaren.

4.3.2. Visie van professionals op kwetsbare ouderen

De geïnterviewde professionals zien als kwetsbare oudere een patiënt welke niet meer zijn eigen regie (zelfredzaamheid) kan voeren en hierdoor afhankelijk is geworden van de zorg. De leeftijdsafbakening is hierbij niet eenduidig. Het kan gaan op 50 plussers maar ook wordt 75 plus als indicatie gegeven. Echter volgens de meeste respondenten is niet de leeftijd van belang maar de manier hoe iemand functioneert en zelfredzaam is.

" Een Kwetsbare Oudere is iemand die volledig afhankelijk is van de zorg, met zijn leven afhankelijk is om het zo te zeggen van de zorg die hij wel of niet aangeboden krijgt, dat is altijd een kwetsbare groep."

Als oorzaak van het regieverlies worden verschillende invalshoeken weergegeven zoals dat regieverlies een combinatie is van zowel problemen op fysiek (bijvoorbeeld multi-morbiditeit) als ook op sociaal gebied. In tegenstelling tot het ziekenhuis SFG wordt vooral door de respondenten uit het verpleegtehuis veel belang gehecht aan de sociale problemen als veroorzaker van dit regieverlies

"Als je het verstaat onder sociaal maatschappelijk, zit daar naar mijn gevoel wel goede dingen in. Hoe goed heeft iemand een vangnet om zich heen. En onder sociaal valt dan natuurlijk de huisvesting onder, de buurt, ja een hoop"

Tabel 4.1 Achtergrond respondenten

Organisatie	Functie	Geslacht	Werkzaam binnen instelling/ afdeling
SFG	Afdelingsmanager Traumatologie/Urologie	V	Sinds 2004, 8 maanden in deze functie
SFG	Afdelingsmanager Longziekten	M	Sinds 1983 binnen instelling, sinds 2004 in deze functie
SFG	Afdelingsmanager Zorg	V	2.5 jaar in deze functie, 4 jaar binnen instelling
SFG	Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige	V	5 jaar
SFG	Zorgmanager patiëntenlogistiek	M	28 jaar binnen instelling, 10 jaar in deze functie
SFG	Senior Verpleegkundige afdeling traumatologie	V	20 jaar werkzaam binnen instelling
SFG	Transferverpleegkundige Bureau Nazorg 1	V	13 jaar binnen instelling, 8.5 in deze functie
SFG	Transferverpleegkundige Bureau Nazorg 2	V	Sinds 1996 werkzaam binnen instelling, in deze functie sinds 2004
Laurens	Ketencoördinator	V	8 maanden
Aafje	Specialist ouderen-geneeskunde 1	V	10.5 binnen instelling, 3 jaar op locatie Schiehoven.
Aafje	Specialist ouderen-geneeskunde 2	M	-
Aafje	Teammanager afdeling (interim)	V	Tijdelijk, half jaar
Aafje	Verpleegkundige afdeling	V	1 jaar binnen instelling, 3 maanden op afdeling
Aafje	Zorgadviseur 3D afdeling	V	1 maand op de afdeling, 12,5 jaar binnen organisatie

4.3.3. Verbeteringen die respondenten aangeven

Vergroot bekendheid met PG-3D Zorgpad

De betrokken zorgprofessionals vinden de ontwikkelde pilot goed. De meeste hebben wel vertrouwen in het pad. De implementatie is volgens hen echter te snel gegaan. Nog niet alle afdelingen waren geïnformeerd bij het starten van de pilot. De meeste afdelingen zijn over de pilot geïnformeerd door de afdelingsmanagers, die geïnformeerd zijn door de transferverpleegkundigen van bureau nazorg. Een van afdelingsmanagers denkt dat *"40% van de verpleegkundigen nog niet inhoudelijk op de hoogte is van het pad*.'' en *´Bij de artsen is weinig draagkracht."* Volgens de zorgmanager patiëntlogistiek "*is het best moeilijk om de gelegenheid te krijgen om betrokken zorgverleners en professionals te informeren en ze ook nog laten inzien hoe belangrijk het is om het zorgpad/proces te hanteren.''*

Onbekendheid met het pad bleek ook uit het feit dat bij Laurens ten tijde van de interviews (mei 2011) gedacht werd dat ze sinds de start van de pilot in februari 2011 nog geen klanten gehad. De vraag is of dit zo is:

''Als we in februari gestart zijn en we hebben nog geen aanmelding binnen gehad moeten we ons wel afvragen of dat zo is. Ik had verwacht dat er een bredere groep zou instromen die tijdelijk een veilige omgeving nodig hadden.''

Verbeter de anamnese en identificatie van patiënten voor het PG-3D pad

''Het pad loopt nog niet zoals gepland. Er wordt bij de anamnese nog geen start gemaakt met het PG-3D pad, de geheugenvragen worden niet gesteld en de anamnese wordt te snel gedaan. Waardoor het PG-3D pad pas in een latere fase wordt opgestart.''

Volgens het pad vindt een eerste screening plaats bij opname. Uit de interviews komt naar voren dat vooral de DOS en de Anamnese met de 3 geheugen vragen (deze zijn: Is er sprake van geheugenproblemen? Zo ja, hoe lang al? Is er al eerder onderzoek gedaan naar het geheugen?) gebruikt worden om patiënten te identificeren:

"Het begint bij de verpleegafdelingen vragen. Dus anamnese afnemen bij de opname dag en als het niet op de opnamedag kan een nieuw datum laten stellen van wanneer we dat dan wel gaan doen en dan vragen, heel gericht vragen naar problematiek omtrent geheugen". (afdelingsmanager BNZ SFG)

Echter ook ervaring en gevoel van de verpleegkundige spelen een grote rol bij het identificeren van patiënten voor het PG-3D zorgpad.

" Het is nu puur denk ik, de professionaliteit en de inschatting van de verpleegkundige of dit echt een groot risico op delier zou zijn." (Afdelingsmanager SFG)

Hierbij beveelt de CPV'er aan de DOS-score alleen op indicatie in te vullen. Een DOS-score is alleen relevant als er onduidelijkheid bestaat over wel/geen delier. Door het standaard bijhouden van de DOS-score hebben verpleegkundigen een extra taak wat eigenlijk niet altijd nodig is.

Geïnterviewden vinden dat de groep die zou moeten instromen in het PG-3D pad moeilijk te identificeren is. Het onderscheid tussen delier en de overige PG/3D problematiek is voor de zorgprofessionals een moeilijke en tijdrovende kwestie. Hierbij speelt ook een te beperkte kennis van PG/3D bij de verpleegkundige een rol. Maar ook *" Artsen zijn niet even goed geïnformeerd en ook niet even goed."*

Een mogelijkheid voor verbetering volgens een transferverpleegkundige is:

"Maar het mooie zou gewoon zijn dat het in alle systemen staat [formulier voor Zorgpad PG-3D]. *Nu is er een aparte bijlage, zeg maar bij de anamnese, dan de papieren anamnese; zijn er vragen in EVD (Elektronisch Verpleegkundig Dossier), waar ook nog niet iedere afdeling meewerkt en moeten ze toch ook doorklikken naar dat DOS."*

Echter, patiënten hoeven niet altijd bij binnenkomst in het ziekenhuis al PG-3D problematiek te vertonen, zoals een respondent uit het verpleeghuis weergeeft en dat maakt uit voor het startmoment van het pad:

….. dan zie je natuurlijk dat uh zo'n uh ziekenhuisopname eh luxerende factor is… He want je komt niet zomaar in het ziekenhuis Want dat is iets...ja ik weet niet of in dat het hele traject uh nog verder naar voren komt , maar uh het hele zorgpad uh daarvan benoem ik wel steeds die dag een of twee waarop he het hele pad gaat starten, … um dat is niet gelijk aan dag 1 of 2 van de opname want iemand komt ergens voor, en je moet dat he die heupfractuur moet je wel eerst repareren dan blijkt iemand in de war. … Die verwardheid is er niet altijd al tevoren ……

Een mogelijke oplossing die wordt aangedragen is die van het creëren van een centraal intakebureau, waarbij patiënten twee à drie weken voor opname gezien worden door een intakeverpleegkundige. De intakeverpleegkundigen nemen een volledige anamnese af en houden scorelijsten bij, om kwetsbare ouderen te screenen en de risicofactoren vooraf aan de medisch specialistische interventie te behandelen. Als voorbeeld wordt genoemd:

''Als een oudere kwetsbaar is op het gebied van voeding, wordt er eerst een consult voor de diëtist gedaan en wanneer de voedingstoestand geoptimaliseerd is wordt de patiënt opgeroepen voor opname, waardoor de uitlooptijd korter is.''

Verbeter informatie aan familie en patiënten
Sommige respondenten geven aan dat het zorgpad duidelijkheid brengt naar zowel de zorg professionals als ook naar de patiënten en diens familie.

> *"Ik hoop een grotere familietevredenheid, doordat we nog systematischer werken want dat proberen we wel maar dit helpt. En dan weet men ook waar men aan toe is". (SO Aafje)*

Echter de informatievoorziening en begeleiding van de patiënt kan ook worden verbeterd en hierin ziet men een duidelijke rol voor het ziekenhuis:

> *"Een klus voor het ziekenhuis. Ik vind dat je daarin aan de weg moet timmeren, en als dit een goed traject is, als dit goed voor de patiënt is, dan moet je daar vooral mee doorgaan en daarin de familie meenemen."*

Het proces kan voor de familie erg snel gaan. De CPV-er stuit soms op weerstand, bijvoorbeeld als het gaat om keuzemogelijkheden voor overplaatsing naar de observatieafdeling. Men heeft soms andere voorkeuren dan Aafje of Laurens. Bureau nazorg ervaart echter geen bezwaar van familie over de beperkte mogelijkheden. De transferverpleegkundige zegt: *''Ik heb geen afwijzende verzoeken gehad. Het wordt geaccepteerd.''*

Het belang van het betrekken van patiënt en familie wordt ook vanuit het verpleeghuis onderschreven:

> *Ja, het is altijd belangrijk met de familie over de patiënt te spreken. We bespreken welke ziekten heeft de patiënten, welke beperkingen en welke mogelijkheden? Verwachten als iemand beter worden of niet? En ook euh de familie vragen hoe gaat het met de patiënt, thuissituatie. Haalbaar of niet haalbaar. Hij komt bij ons[observatieafdeling] en dan verder, of kan terug naar huis of niet? Hier, ja samen met de familie moet goed bespreken en dan voor zeg maar, wat is beste voor de patiënt zelf. Ja, sommige families zeggen ja, de patiënt kan niet terug naar huis. Sommige mensen, ja zij willen graag die mensen terug naar huis, omdat ze dan sociaal bezig blijven. Dus afhankelijk, daarom gesprek met familie belangrijk. Ja.*

Verbeter de doorstoom van patiënten na de observatie
Een belangrijk punt voor verbetering is de doorstroom van patiënten vanuit de observatieafdeling naar een vervolgplek:

> *De doorstroom vanuit de observatieafdeling is nog niet helemaal goed geregeld, dat als wij klaar zijn, dat iemand dan ook hup direct op de meest geschikte plek komt die uh nodig voor hem is. Terug naar huis dat is het minst moeilijke. Daar moet dan een aanpassing, dat kan allemaal snel tegenwoordig. Maar dat is een grote categorie die uh niet terug naar huis kan. [Die moeten] naar een verzorgingshuis met aanvullende zorg bijvoorbeeld. Ja er zijn forse wachtlijsten, dat is natuurlijk heel akelig als je dan lang moet wachten want dan uh treed dat mechanisme van die zeg hospitalisatie uh uh in. Want dan is er weer een zuster die toch heel veel uh uh even doet in het hele systeem. Uh dus die aanwezige restcapaciteiten ..moeten we zelf misschien hier wat aan doen dat je daar dan heel erg een beroep uh op doet, maar dan zou de bouwkundige omgeving uh daar ook op aangepast moeten zijn uh …*
>
> *Maar daar lopen wij wel tegenaan want dat is natuurlijk ja als je klaar bent …....Dan wil je heel graag dat zo iemand uh op die goeie plek zit, die mensen zijn vaak zo oud, dus elke maand dat iemand zit te wachten, ja dat gaat me dan heel erg aan het hart hè. Laat staan dat iemand een jaar moet wachten…Dat kan wel gebeuren*

De betrokken professionals in de keten hebben als wens dat de beschikbare plekken binnen de V&V sector regionaal op te pakken.

Verbeter samenwerking in de keten
Door meerde professionals wordt de mening gedeeld dat ketenpartners meer in gesprek met elkaar dienen te gaan, om zaken beter op elkaar af te stemmen. Dit geldt ook voor de V&V instellingen onderling:

"…, dat je goed met elkaar in gesprek moet zijn. Wat doet het Franciscus nu wat doen wij? Dus daar heb ik erg veel behoefte aan om dat op elkaar aan te laten sluiten. Dat we met Stadzicht in gesprek gaan" (SO Aafje).

De specialist ouderengeneeskunde (Aafje) geeft aan dat ook de eigen interne zorgpaden verbeterd dienen te worden.

Meerdere respondent (SO, CPV) stellen voor om de specialist ouderengeneeskunde/ geriater in het pad in het SFG toe te voegen naast de huidige Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige.

Verbeter de financiering en indicatiestelling
Eén van de respondenten zou willen dat de indicatiestelling landelijk op een andere manier wordt georganiseerd, waarbij tijdelijk een hoge zorgindicatie wordt afgegeven. Zodat de observatie en diagnostiek elders buiten het ziekenhuis uitgebreid kan plaatsvinden en de kwaliteit van zorg hoog is.

4.4. Discussie, conclusie & aanbevelingen

Het doel van de keten PG-3D observatie is om de oudere patiënten met verdenking op een psychogeriatrisch ziektebeeld zoals dementie, delier, of depressie (3D) zo kort mogelijk in het ziekenhuis te houden na de medisch specialistische interventie en zo snel mogelijk een juiste plek met de juiste diagnostiek, behandeling en zorg aan te bieden, met als uiteindelijk doel verbetering van de kwaliteit van zorg voor deze patiëntengroep en verbetering van de efficiency. Een ander aspect om de zorg voor ouderen in het ziekenhuis te verbeteren is om het ziekenhuis meer ´ouder vriendelijk´ te maken. In Canada is er een 'ouder vriendelijke' benadering ontwikkeld die problemen met complicaties en functieverlies bij kwetsbare ouderen kan verminderen. Men zoekt het in toenemende mate in het 'geriatriseren' van andere specialismen in plaats van het opleiden van nog meer klinisch geriaters en nog meer gespecialiseerde verpleegkundigen. De CPV'er noemt in het interview ook als wens een geriater. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het oprichten van een geriatrieafdeling in het ziekenhuis voor deze groep patiënten.

De belangrijkste aanbevelingen vanuit de praktijk zijn:

- Vergroot kennis bij personeel door bijvoorbeeld bijscholingen en klinische lessen voor verpleegkundigen en artsen over het herkennen van kwetsbare ouderen patiënten in een ziekenhuis.
- Vergroot bekendheid met PG-3D Zorgpad
- Verbeter de anamnese en identificatie van patiënten voor het PG-3D pad
- Verbeter informatie aan familie en patiënten
- Verbeter samenwerking en communicatie in de keten
- Verbeter de doorstoom van patiënten na de observatie
- Verbeter de financiering en indicatiestelling

Casus 2

Aafje Schiehoven

- Cliënt: Meneer Nijpels

De heer Nijpels is zelf niet geïnterviewd omdat zijn zoon dat niet wilde. Hij is 87 jaar. Zijn vrouw is overleden. Sinds 12,5 jaar heeft hij een relatie met mevrouw Janssen, die tevens zijn mantelzorger is.

- Mantelzorger: Mevrouw Janssen, zijn partner

Mevrouw Janssen is 84 jaar en weduwe. Ze heeft de MULO gevolgd en is later op een kantoor gaan werken, daar deed ze de boekhouding. Na haar huwelijk is ze huisvrouw geworden, en later heeft ze vrijwilligerswerk gedaan bij de UWV. Sinds 12,5 jaar heeft ze een relatie met meneer Nijpels.

- Zorgcoördinator van de observatieafdeling

Voor opname

Meneer woonde zelfstandig in een bovenwoning zonder lift. In het weekend was mevrouw Janssen bij hem. Doordeweeks at hij bij haar. Wat zijn gezondheid betreft: hij had hartproblemen en vocht achter één van zijn longen. Hij kreeg huishoudelijke hulp maar had verder nergens hulp bij nodig. Ook reed hij nog zelf auto.

Opname in het SFG

In januari 2011 werd meneer Nijpels opgenomen nadat hij was gevallen. In het ziekenhuis bleek dat er vocht achter beide longen zat. Daarnaast bleek dat zijn nieren nog maar voor 30% functioneerden. De zorg in het ziekenhuis vond mevrouw Janssen goed, dit heeft ze altijd wel goed gevonden. In het ziekenhuis zat meneer Nijpels eerst in een rolstoel omdat hij na de val nog niet goed kon lopen, later liep hij met behulp van twee zusters. Het viel mevrouw Janssen op dat hij verward was wanneer hij wakker werd. Er werd over dementie gesproken, maar een hartspecialist en een andere dokter gaven een andere verklaring, aldus mevrouw Jansen. Zij vertelden dat er te weinig bloed naar zijn longen en hersenen ging doordat het bloed te langzaam stroomde. Dit veroorzaakt de verwardheid 's ochtends. Volgens mw. Janssen 'gaat zijn droom nog een tijdje door nadat hij wakker is'. *"Wat daar van waar is weet ik niet, maar dat heb ik zo aangenomen want ik vindt het een logische beredenering"*. De opname heeft ongeveer 12 dagen geduurd.

Overgang naar de observatieafdeling

Mevrouw Jansen heeft begrepen dat haar partner naar de observatieafdeling zou gaan om te oefenen met (trap)lopen en vanwege het 'warrige'. Mevrouw Jansen snapt niet goed dat ze niet eerst geprobeerd hebben om meneer Nijpels naar huis te laten gaan, aangezien hij veel meer thuiszorg kon krijgen dan hij voorheen had. Ze snapte wel dat de trap lastig was*, "maar als hij eenmaal thuis was zou hij desnoods op zijn achterwerk van de trap gaan."* Mevrouw heeft geen folder gekregen over het Zorgpad PG-3D en is verder weinig geïnformeerd.

Tijdens het opnamegesprek op de observatieafdeling is verteld dat hij er zes maanden zou verblijven om het (trap)lopen te oefenen en hem 'beter te maken'. Als dit goed ging zou hij weer naar huis kunnen. Mevrouw Janssen kreeg geen informatie over hoe men deze doelen precies wilde bereiken. Mevrouw Janssen vond het niet leuk dat haar partner naar Aafje Schiehoven moest*. "Ik vond het niet zo leuk, maar aan de andere kant dacht ik: het kan ook geen kwaad."*

Observatieafdeling

Na vijf dagen moest meneer Nijpels weer terug naar het SFG vanwege zijn nieren, hij kreeg een bloedtransfusie en keerde weer terug naar de observatieafdeling.

Meneer Nijpels zat in het begin van zijn verblijf op de observatieafdeling in een rolstoel. Mevrouw Janssen was het daar niet mee eens en nam contact op met de cardioloog van het SFG. Die vertelde dat hij juist moest lopen zodat het bloed 'en alles' gaat stromen. Toen mevrouw Janssen dit aan de fysiotherapeut van Aafje vertelde nam hij het niet aan van haar. Ze heeft toen nogmaals de cardioloog van het SFG gebeld en die heeft contact gehad met de arts van Aafje Schiehoven. *"Binnen twee dagen was hij de rolstoel uit, en liep hij met een rollator."*
Meneer Nijpels deelde op de observatieafdeling een tweepersoonskamer met een andere bewoner. Deze medebewoner had een delier en gilde veel, en dreigde hem te slaan omdat hij niet begreep wat deze op 'zijn' kamer deed. Zijn zoon heeft gevraagd of zijn vader naar een eenpersoonskamer mocht verhuizen, maar dit was niet mogelijk. Wat mevrouw niet fijn vond aan de afdeling is dat er kleding gestolen werd. Ze weet niet wie dit gedaan heeft, "e*r wordt ook gezegd dat de bewoners niet echt stelen, maar het gewoon pakken, ze snappen het niet.*'
De zorgcoördinator vindt meneer Nijpels een kwetsbare man met veel hart-, vaat- en longproblemen. Vanaf het begin zag men een dementiebeeld bij hem, maar het was moeilijk om de diagnose te stellen omdat er niet mee werd gewerkt aan testen. Zowel de partner als de zoons accepteerden de diagnose dementie niet. Uiteindelijk is de diagnose dementie (beginstadium) gesteld, maar mevrouw Janssen is het daar niet mee eens. Zij houdt zich liever aan het verhaal van de hartspecialist.

Hoe verder?
Na zes à zeven maanden hebben de partner en de zoon een gesprek gehad met het zorgteam van de observatieafdeling. Het zorgteam legde uit dat volgens hen meneer Nijpels het best op een gesloten afdeling kan wonen. Ze hadden hier al eerder over ingelicht moeten worden door een verzorgende, maar dat was niet gebeurd. Mevrouw Janssen schrok er erg van, omdat ze in haar vrijwilligerswerk bij het UVV heeft gemerkt dat ouderen die op een gesloten afdeling terecht komen *"binnen veertien dagen hartstikke dement zijn."* De familie wilde niet dat hij naar een gesloten afdeling zou gaan en is op zoek gegaan naar een andere woonvorm, en kwamen uit bij Het Emmahuis van Laurens. Cliënten hebben daar een eigen slaapkamer, badkamer en keuken met veel thuiszorg. Maar meneer Nijpels kon daar nog niet terecht wegens een wachtlijst, en kon ook niet langer op de observatieafdeling blijven. De familie wilde dat hij naar huis zou gaan, maar met de vele trappen was dat niet mogelijk. *"Als hij hier de gang over gestoken is, is hij al buiten adem, dus twee trappen omhoog gaat hem ook niet lukken.",* aldus de zorgcoördinator. De zorgverlener vond meneer Nijpels een vriendelijk man, die af en toe een geintje maakte. In de laatste periode van zijn verblijf op de observatieafdeling werd hij soms een beetje handtastelijk*. "Dan gaf hij wel eens een klap op je billen. 'Waar moet ik anders mijn lol vandaan halen?, zei hij dan."*
Het team van de observatieafdeling vond dat hij daar niet langer kon blijven en naar een gesloten afdeling moest. Hij heeft wel eens om drie uur 's nachts zijn koffer ingepakt, en wilde bij de receptie een taxi bestellen om naar huis te gaan. Zonder BOPZ is het moeilijk om zo iemand tegen te houden, aldus de zorgcoördinator. Het kwam steeds vaker voor dat hij er 's avonds van door wilde gaan, zijn veiligheid kon op de open afdeling niet meer gewaarborgd worden. De familie deed deze voorvallen af als 'verzinsels' volgens de zorgcoördinator. Er kwam een tweepersoonskamer vrij op de gesloten afdeling van Aafje Schiehoven. Zijn oudste zoon heeft dit geweigerd, vanwege de slechte ervaring van zijn vader met het delen van een kamer. Toen er twee maanden later een eenpersoonskamer vrij kwam heeft zijn zoon deze geaccepteerd.

En hoe gaat het nu?
Meneer woont nu vier maanden op de gesloten afdeling. In de eerste drie dagen is de mantelzorger enkele malen onjuist bejegend door het personeel van de afdeling. Ze heeft dit besproken met het hoofd van de afdeling en sindsdien is het personeel vriendelijker. Ze is tevreden over het hoofd van de afdeling. Mevrouw Janssen wil dat haar partner zo min mogelijk met de andere bewoners van de afdeling te maken heeft. *"Ik wil niet dat hij zo snel dement wordt, ik wil dat hij zo min mogelijk in de gezamenlijke huiskamer zit.* Ze gaat iedere middag op bezoek en ze eten samen in het restaurant, "*dan zit hij tussen de normale mensen*." Ook op deze

afdeling raakt er soms kleding kwijt. Volgens mevrouw Janssen wordt de kleding niet gestolen, maar leent personeel de kleding voor andere cliënten, doen het vervolgens in de was en dan komt het niet meer terug. Dit ondanks dat de kleding gemerkt is. Ze vindt het niet kunnen dat er wordt geleend zonder toestemming. 's Avonds legt ze de kleding klaar voor de volgende ochtend omdat ze er niet van op aan kan dat het personeel hem elke dag schone kleding aan doet. De klaargelegde kleren worden soms schoon in de was gegooid, en dan wordt er wat anders aangetrokken. *"Je ergert je wel eens, maar aan de andere kant zijn de medewerkers ook aardig."* Ze geeft meneer Nijpels 's avonds zijn medicatie, helpt hem met het vernevelen, smeert zijn benen en rug in en legt hem op bed. Het personeel waardeert dit en bedankt haar regelmatig. Op dit moment is ze wel tevreden met de gang van zaken. *"Het wordt wel een beetje erger, maar hij is het grootste deel van de tijd nog gewoon."*

Reflectie

- Doelgroep: het betreft een man met een kwetsbare gezondheid die zich thuis alleen kon redden.
- Doelstelling: observatie, diagnostiek op het gebied van dementie. De familie is verteld dat meneer op de observatieafdeling is om te leren traplopen en hem te revalideren. Het doel was dat hij daarna weer naar huis zou gaan.
- Tijdspad: er is na ongeveer zes maanden een diagnose dementie gesteld (omdat patiënt eerder niet wilde meewerken aan testen). Daarna is besloten dat meneer naar een gesloten psychogeriatrische afdeling moest. De familie was het met diagnose en plaatsing niet eens. Onduidelijk is in hoeverre hier verder overleg over is geweest en in hoeverre alternatieven overwogen zijn. De familie is niet regelmatig op de hoogte gesteld van vorderingen en plannen.
- Revalidatie: Onduidelijk of de doelstelling ook revalidatie was. De familie heeft aangedrongen op revalidatie om weer te gaan lopen. De cardioloog moest de staf daartoe overreden.
- Initiatief familie: partner heeft initiatief genomen tot looptraining. Partner laat patiënt zoveel mogelijk participeren aan normale activiteiten om achteruitgang tegen te gaan. Familie is zelf op zoek gegaan naar een passende woonvorm.

5 Ervaringen met het Zorgpad PG-3D-observatieafdeling in Aafje en Laurens - Pilotfase 2

5.1. Inleiding

In dit deelonderzoek wordt de huidige zorg die gegeven wordt aan psychogeriatrische (PG) cliënten met een vermoeden op een delier, depressie of dementie (3D) binnen twee Verpleeg- en Verzorgingsinstellingen (V&V); Aafje Schiehoven en Laurens Stadzicht onderzocht.
Doel van dit deelonderzoek is het in kaart brengen van de huidige- en gewenste situatie op de observatieafdeling PG-3D, binnen de V&V instellingen: Aafje Schiehoven en Laurens Stadzicht, en het doen van aanbevelingen voor verdere verbetering of invulling van het zorgpad.
De vraagstelling voor dit deelonderzoek was: 'Hoe verloopt de feitelijke zorg op de observatieafdeling PG-3D op de locaties Laurens Stadzicht en Aafje Schiehoven aan cliënten uit het Sint Franciscus Gasthuis en welke invloed heeft het Zorgpad hierop?'
Een uitgebreide rapportage van het onderzoek is te lezen in het eindverslag van het deelproject uitgevoerd door Kerkhof, Visser & Wandel (2012).

5.2. Methoden

Beide instellingen hebben een observatieafdeling PG-3D die patiënten vanuit het SFG aannemen. Binnen Aafje Schiehoven wordt bij deze cliënten het Zorgpad PG-3D (Aafje, 2011) gestart. Bij Laurens Stadzicht is men bezig met het ontwikkelen van een Zorgpad gericht op deze cliëntgroep. Dit deelonderzoek is daarom met name uitgevoerd binnen Aafje Schiehoven. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode oktober 2011-januari 2012.Om te onderzoeken hoe de feitelijke zorg op beiden observatieafdelingen PG-3D verloopt zijn interviews afgenomen met betrokken zorgprofessionals is een cliëntdossieronderzoek uitgevoerd.

5.2.1. Interviews met zorgprofessionals betrokken bij de observatieafdeling

Werving respondenten: De werving en selectie van participanten werd gedaan door de beleidsadviseur binnen Aafje Schiehoven. Zij heeft de disciplines die betrokken zijn bij het Zorgpad gemaild over het onderzoek met verzoek tot deelname.
Werkwijze interviews: De interviews zijn met twee interviewers (getrainde studenten) afgenomen. De ene persoon nam het interview af, terwijl de ander aantekeningen maakte. Indien nodig stelde ook de notulist vragen. Basis voor het interview waren de interviewvragen (Kerkhof, Visser & Wandel, 2012) en de 'Observatie checklist Aafje Schiehoven' (Kerkhof, Visser & Wandel, 2012) die aan de hand van het beschreven zorgpad voor dit onderzoek is ontwikkeld (Aafje, 2011). De checklist is een vereenvoudigde weergave van het Zorgpad aan de hand waarvan men kan zien welke processtappen door welke discipline zou moeten worden uitgevoerd. Op de checklist wordt genoteerd of daar volgens de geïnterviewde wel of niet voldoende aan wordt voldaan.

5.2.2. Dossieronderzoek

Voor Aafje Stadszicht is het Zorgpad voor de observatieafdeling beschreven (Aafje, 2011). De vraag is of het pad dat de cliënt doorloopt overeenkomt met het beschreven zorgpad. Om meer inzicht te krijgen in de werkwijzen op de observatieafdeling wordt het beschreven zorgpad vergeleken met de uitvoering in de praktijk. Hiervoor zijn zowel de zorgdossiers als de medische dossiers betrokken.
Selectie dossiers: De teammanager van de afdeling leverde een lijst met namen van cliënten betrokken bij het Zorgpad PG-3D aan. Van negen cliënten zijn de zorgdossiers volledig bekeken. Voor andere cliënten was dit niet mogelijk i.v.m.: overlijden, niet afkomstig uit SFG.
Uitvoering: Voor de analyse van de dossiers is de eerder genoemde 'Observatie checklist Aafje Schiehoven' gebruikt. Per onderdeel is gekeken of er per cliënt wel of niet aan voldaan werd.

5.3. Resultaten

Allereerst worden de resultaten van het dossieronderzoek bij Aafje Schiehoven beschreven. Daarna wordt ingegaan op de ervaringen van de betrokken disciplines bij de observatieafdeling en het Zorgpad PG-3D binnen Aafje Schiehoven. Vervolgens wordt ingegaan op de ervaringen met de observatieafdeling bij Laurens Stadzicht. Daarna volgt een discussie en conclusie.

5.3.1. Dossieronderzoek Aafje Schiehoven

In totaal is van negen cliënten nagegaan hoe de feitelijk zorg op de observatieafdeling PG-3D locatie Aafje Schiehoven is verlopen. In Tabel 5.1 is weergegeven welke stappen conform het beschreven Zorgpad zijn doorlopen. Daarna word per stap ingegaan op de bevindingen uit de dossiers. In sommige gevallen was de betreffende informatie niet terug te vinden in het dossier en is dit als ‘ niet voldaan’ gescoord. Er zijn geen verdere achtergrondgegevens van de cliënten genoteerd.

Tabel 5.1: Overzicht cliëntendossier onderzoek

Taken per discipline	Voldaan	Niet voldaan
Aanmelding - dag 1		
Verzorgende voert het opnamegesprek	9	1
Verzorgende maakt het zorgleefplan (zlp)	8	-
Arts / Nurse practitioner voert het opnamegesprek	9	-
Arts doet lichamelijk onderzoek	9	-
Arts stelt een voorlopig behandelplan op.	9	-
De fysiotherapeut maakt kennis met de klant en verstrekt eventuele (benodigde) adviezen en hulpmiddelen.	6	3
De ergotherapeut maakt kennis met de klant en verstrekt eventuele (benodigde) adviezen en hulpmiddelen.	3	6
Dag 2		
De arts doet lichamelijk onderzoek	5	3
Behandelaars starten interventies op.	8	1
De teammanager plant de klant in op de eerst volgende klantbespreking.	9	
De DOS wordt ingevuld door de verzorging.	5	4
Dag 3		
De DOS wordt ingevuld door verzorgende.	5	4
De geïndiceerde behandelaars starten hun interventies.	7	2
Dag 4		
De DOS wordt ingevuld door verzorgende.	4	5
Dag 5		
De uitslag van de DOS wordt besproken door verzorgende en arts. Als dit geen delier laat zien vraagt de arts een MMSE aan.	5	4
Eerste week		
De maatschappelijk werker neemt een heteroanamnese af.	0	9
De psycholoog maakt kennis met de klant.	0	9
Na één week		
In de klantbespreking wordt een multidisciplinair zorgleefplan opgesteld.	7	2
Eventueel vervolg onderzoeken worden afgesproken.	7	2 (was n.v.t)
Week zes tot drie maanden		
In de klantbespreking wordt een diagnose gesteld en een advies voor de toekomst geformuleerd.	9	-
Naar aanleiding van de uitkomst vindt een familiegesprek plaats	9	-

Aanmelding cliënt – dag 1

Op de eerste dag voert de verzorgende het opnamegesprek en maakt naar aanleiding daarvan een zorgleefplan. In de praktijk lijkt dit eerste gedeelte van het traject goed te verlopen. Het opnamegesprek vindt altijd op dag 1 plaats. Het zorgleefplan wordt ook vrijwel altijd gelijk opgesteld. Bij drie van de negen cliënten werd in het verpleegkundig dossier een zorgleefplan gevonden dat nog niet volledig was ingevuld. Het wordt dus wel opgesteld, maar bij een aantal cliënten is het eigenlijk nog niet af.

Naast dat de verpleegkundigen een opnamegesprek voeren behoort ook de arts een opnamegesprek en lichamelijk onderzoek uit te voeren op dag 1. De arts moet volgens het Zorgpad PG-3D een behandelplan starten. Bij alle cliënten, waarvan het traject is onderzocht, is te zien dat dit altijd op dag 1 word uitgevoerd.

Het behandelplan wordt kort in het verpleegkundig dossier beschreven zodat de verpleegkundigen van de observatieafdeling hier mee verder kunnen. Deze was niet altijd volledig ingevuld door de arts. Volgens het Zorgpad zouden op dag 1 de disciplines fysiotherapie en ergotherapie kennis moeten maken met de cliënt. Eventueel worden er dan al adviezen en / of hulpmiddelen door hen ingezet bij de cliënt.

Tabel 5.2: Fysiotherapeut

Dag waarop de fysiotherapeut contact legt met cliënt in de praktijk								
Cliënt 1	Cliënt 2	Cliënt 3	Cliënt 4	Cliënt 5	Cliënt 6	Cliënt 7	Cliënt 8	Cliënt 9
Dag 7	Dag 1	Dag 1	Dag 1	Dag 1	Dag 4	Dag 4	X	Dag 1

X= Cliënt weigert therapie

Uit het schema hierboven is op te maken dat over het algemeen de fysiotherapeuten op dag 1 kennis maken met de cliënt. Bij drie van de negen cliënten vindt de kennismaking later plaats. Wat hiervan de reden is is niet uit de dossiers op te maken.

Tabel 5.3: Ergotherapeut

Dag waarop de ergotherapeut contact legt met cliënt in de praktijk								
Cliënt 1	Cliënt 2	Cliënt 3	Cliënt 4	Cliënt 5	Cliënt 6	Cliënt 7	Cliënt 8	Cliënt 9
X1	Dag 1	Dag 1	Dag 4	Dag 2	Dag 2	Dag 4	X2	Dag 4

X1= Ergotherapeut geen contact gehad met cliënt.
X2= Cliënt weigert therapie

Bij twee cliënten van de negen heeft de ergotherapeut op dag 1 kennisgemaakt met de cliënt. Bij cliënt 1 heeft de ergotherapeut geen contact gehad met de cliënt. De reden hiervan is onbekend.

Op de observatieafdeling – dag 2
Volgens het Zorgpad PG-3D doet de arts op de tweede dag nogmaals lichamelijk onderzoek. Bij drie cliënten was niet terug te vinden of dit gebeurd was. Bij de overige cliënten was dit wel op dag 2 uitgevoerd. Bij één cliënt was het lichamelijk onderzoek al volledig op dag 1 uitgewerkt. Van drie cliënten is hierover niks in de dossiers teruggevonden.

Aandachtspunten:

- Betrokken behandelaars, indien van toepassing, dienen hun interventies op te starten. Of en wanneer dit gebeurd is moeilijk na te gaan. Dit mede doordat bij iedere patiënt andere behandelaars zijn betrokken. Uit de dossiers was voor de onderzoekers moeilijk op te maken welke behandelaars precies bij de desbetreffende patiënt werden betrokken en wanneer zij interventies opstarten. Dit werd niet altijd vermeld in de dossiers.
- Het doel is dat de cliënt zo snel mogelijk besproken zal worden. In de dossiers is niet terug vinden dat de teammanager dat heeft aangevraagd. Wel is uit de verslagen van de klantbesprekingen op te maken dat zij zo snel mogelijk werden besproken. Alle cliënten werden in de eerstvolgende klantenbespreking besproken. Dit werd tijdens het multidisciplinair overleg gerapporteerd in de gezamenlijke agenda.

Dag 2 3,4,5: invullen van de DOS (Delirium Observatie Score)
Op dag twee wordt gestart met het invullen van de DOS-score.

Tabel 5.4: DOS-score

Invullen DOS-score – dag 2								
Cliënt 1	Cliënt 2	Cliënt 3	Cliënt 4	Cliënt 5	Cliënt 6	Cliënt 7	Cliënt 8	Cliënt 9
Dag 2	Dag 2	Dag 2	Dag 2	Dag 4	Dag 3	Dag 5	Dag 2	Dag 5

Bij vijf van de negen patiënten word de DOS-score voor het eerst op dag twee ingevuld. Bij vier van de negen patiënten is het uitvoeren van de DOS-score niet op tijd gestart, het gaat hierbij om een paar dagen. Dit kan in het begin stadium van het Zorgpad al voor eventuele vertraging zorgen.
Als vervolg op dag twee moet ook op dag drie een DOS-score worden afgenomen. Bij de vier cliënten waarbij te laat was gestart werkt dit door in het proces van het wederom afnemen van de DOS-score. Bij cliënt negen is maar één DOS-score formulier gevonden.
Volgens het Zorgpad wordt op dag vier de derde en laatste DOS-score afgenomen. In de praktijk wordt deze ook later nog afgenomen, bijvoorbeeld wanneer bij de cliënt een delier nog niet kan worden uitgesloten.

In het Zorgpad staat beschreven dat de DOS-score wordt besproken door verzorgenden en arts op dag 5. Als dit geen delier laat zien vraagt de arts een MMSE test aan. De MMSE test wordt door een testassistent (HBO - Psycholoog) uitgevoerd bij de cliënt. De diagnostiek wordt uitgevoerd door de psychologen en meestal in overleg met de arts.
Bij één cliënt waren de gegevens zowel in het verpleegkundig- als medisch dossiers niet terug te vinden. Bij vier cliënten was er met de MMSE op tijd gestart. Bij de overige vier cliënten was de MMSE pas één tot twee maanden na opname ingevuld.

Op de observatieafdeling – In de eerste week
De maatschappelijk werker en de psycholoog zouden volgens het Zorgpad in de eerste week kennis moeten maken met de cliënt. In de dossiers is bij geen cliënt gevonden dat de maatschappelijk werker contact heeft gehad met de cliënt / familie van cliënt. De reden hiervan is onbekend.

Op de observatieafdeling – Na één week
- Na één week wordt volgens het Zorgpad het multidisciplinair zorgleefplan opgesteld voor de cliënt. Er is slechts bij een cliënt gevonden dat het zorgleefplan later werd opgesteld, namelijk in week vijf. Bij de rest van de cliënten was alles na één week opgesteld.
- Na de eerste week moet volgens het Zorgpad ook eventuele onderzoeken worden afgesproken voor de cliënt. Ook dit onderdeel wordt goed uitgevoerd. In alle gevallen zijn er, indien nodig, vervolg onderzoeken gestart.

Op de observatieafdeling – zes weken tot drie maanden
In het laatste gedeelte van het traject van de cliënt zouden er volgens het Zorgpad nog twee onderdelen moeten worden doorlopen. In de klantenbespreking wordt een diagnose gesteld op basis van de observaties van de voorgaande weken. Op basis daarvan wordt een advies gegeven voor de toekomst. Naar aanleiding van deze uitkomst zal er een familiegesprek plaatsvinden met betrekking tot de gestelde diagnose en het advies voor de toekomst.
- Uit het dossieronderzoek blijkt dat over het algemeen binnen zes weken tot drie maanden een diagnose wordt gesteld. Er wordt ook een uiteindelijk advies gegeven.

Op de observatieafdeling – Na drie maanden
Het steven is om voor de cliënt na drie maanden een nieuw onderkomen te hebben gezocht op basis van de gestelde diagnose. Echter slechts één van de negen cliënten heeft het traject volledig doorlopen binnen drie maanden.

Tabel 5.5: Afronding Zorgpad PG-3D traject

Client	Wanneer is het traject afgrond?	Behaald
Cliënt 1	Na vijf maanden werd de cliënt overgeplaatst.	X
Cliënt 2	Diagnose na drie maanden, maar nog niet afgerond	X
Cliënt 3	Cliënt uitbehandeld. Is vijf maanden op de afdeling en staat op de wachtlijst.	X
Cliënt 4	Binnen drie maanden afgerond.	✓
Cliënt 5	Cliënt uitbehandeld. Is vier maanden op de afdeling en staat op de wachtlijst.	X
Cliënt 6	Niet terug kunnen vinden	-
Cliënt 7	Cliënt is vier maanden op de afdeling. Diagnose net vastgesteld.	X
Cliënt 8	Cliënt is vier maanden op de afdeling. Nog geen diagnose vastgesteld.	X
Cliënt 9	Cliënt is nog maar één maand op de afdeling.	N.v.t

X= niet behaald, ✓wel behaald

5.3.2. Resultaten interviews met zorgprofessionals betrokken bij de observatieafdeling

In totaal zijn er bij Aafje Schiehoven 13 betrokkenen met de volgende achtergrond/disciplines geïnterviewd:

- Ergotherapie (1 interview met 2 ergotherapeuten)
- Psychologie (1 interview met 2 psychologen)
- Fysiotherapie (1 interview met 2 psychologen)
- Maatschappelijk werk (1 interview met maatschappelijk werkende en stagiaire)
- Teammanager
- Logopedie
- Specialist ouderengeneeskunde
- Twee Verpleegkundige niveau 4 van de afdeling

Officieel staat de discipline logopedie niet in het Zorgpad PG-3D beschreven. De logopediste was toch ingedeeld als persoon om te interviewen omdat bij sommige cliënten tijdens hun verblijf op de observatieafdeling een logopedist wordt ingeschakeld. De logopedie kan daardoor als discipline toch onderdeel uitmaken van het Zorgpad.

Ergotherapie

Volgens het Zorgpad maakt de ergotherapeut op de eerste dag kennis met de PG-3D cliënt. Op basis van deze eerste kennismaking maken ze een inschatting van hun eventuele aankomende interventies. Uit het interview kwam naar voren dat de kennismaking meestal plaatsvindt in de eerste week.

- Er wordt bewust gekozen om dit niet plaats te laten vinden op dag 1, omdat deze dag voor de cliënt en familie vaak al erg druk is. Tijdens de eerste cliëntbespreking die plaats hoort te vinden aan het einde van de eerste week krijgen de ergotherapeuten meer informatie over de cliënten.
- De ergotherapeuten letten op het cognitief functioneren van de cliënt, dit doen zij door middel van verschillende testen. De ergotherapeuten vinden dat ze te weinig tijd hebben voor het uitvoeren van hun werkzaamheden. Ze moeten rekening houden met de Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) van cliënten en zijn veel tijd kwijt met het observeren van het cognitief functioneren van de cliënten.

Goede punten van de observatieafdeling PG-3D die de ergotherapeut in het interview aangaf:

- Cliënten zijn over het algemeen tevreden over de ergotherapie.
- De communicatie tussen de verschillende disciplines verloopt goed en er is regelmatig overleg.
- De ergotherapeuten vinden het goed dat het Zorgpad er is, alleen is het nog niet bij iedereen bekend en daardoor soms niet ''tastbaar''. ''Er is zeker wel een stijgende lijn te zien. De laatste tijd wordt de Delier Observatie Screening (DOS) en de Mini-Mental State Examination (MMSE) steeds beter ingevuld''.

Verbeteringen en aanbevelingen die de ergotherapeuten hadden:

- Het is onduidelijk welke cliënten bij het Zorgpad PG-3D traject horen, welke cliënten dus uit het SFG komen, dit zouden zij graag duidelijk in een overzicht willen hebben.

- Ze zouden graag bij de eerste cliëntbespreking het doel van opname voor ogen willen hebben, zodat zij hun behandelplan hierop kunnen afstemmen.
- Graag zouden zij elektronisch willen rapporteren zodat alle disciplines elkaars bevindingen terug kunnen lezen.
- Ze willen strengere controle op de uitvoering van het Zorgpad. Een persoon die dit in de gaten houdt en mensen erop aan spreekt.

Psychologie
Volgens het zorgpad zit een psycholoog zit bij de cliëntbesprekingen of heeft eerder contact met de cliënt op verzoek van de arts. In het interview kwam naar voren dat de psycholoog in de eerste week nog geen contact heeft met de cliënt, zij zouden dit wel graag willen want zij zien daar de meerwaarde van in. Bijvoorbeeld de MMSE wordt door een test assistent (HBO - Psycholoog) uitgevoerd bij de cliënt. De diagnostiek wordt uitgevoerd door de psychologen en meestal in overleg met de arts. De verslagen vanuit het SFG, zoals o.a. de voorgeschiedenis en het Consultatief Psychologisch Verslag (CPV) worden meegestuurd, zodat ze door middel van deze verslagen een beeld kunnen vormen van de cliënt. In het SFG wordt soms ook een MMSE test afgenomen bij een cliënt, graag zouden de psychologen van Aafje Schiehoven niet alleen de uitkomsten van deze test ontvangen, maar de gehele testresultaten.

De psychologen vinden het gebruik ‘ van het Zorgpad op de observatieafdeling PG-3D’ nuttig. Ze vinden wel dat er een verschil is tussen theorie en praktijk. In het Zorgpad staan niet alle taken van de psycholoog opgenomen. Er wordt dus veel van hen verwacht, maar ze hebben vaak niet overal tijd voor. De psychologen vragen zich ook af of de verzorging voldoende kennis en kunde heeft om de cliënten van de PG-3D afdeling te kunnen begeleiden / observeren. Weet de verzorging wel wat ze moeten observeren? De psychologen denken dat er veel kennis in huis is, maar dat er nog te weinig gebruik van gemaakt wordt.

Verbeteringen en aanbevelingen die de psychologen hadden:
- Het digitaliseren van de rapportage / cliëntdossiers.
- Het is onduidelijk welke cliënten bij het Zorgpad PG-3D traject horen, welke cliënten dus uit het SFG komen, dit zouden zij graag duidelijk in een overzicht willen hebben.
- De cliëntbesprekingen verlopen nogal rommelig, deze zouden ze graag beter georganiseerd willen zien.
- Ze zouden graag een beter communicatie willen met de verzorgenden en verpleegkundigen van de afdeling.

Fysiotherapie
De fysiotherapeut maakt volgens het zorgpad op de eerste dag kennis met de cliënt. Dit is standaard bij iedere cliënt. Daarna zal, afhankelijk van de bevindingen, voor iedere cliënt een individueel behandelplan op worden gesteld. De fysiotherapeut krijgt een verwijzing van de arts rond de derde dag.

Goede punten van de observatieafdeling PG-3D die de fysiotherapeuten in het interview aangaven:
- Zorgpad is overzichtelijk.
- Verschillende disciplines worden volgens de fysiotherapeuten snel ingeschakeld. De communicatie tussen de verschillende disciplines vinden zij: ‘op zich wel goed’. Zij hebben vooral veel ‘wandelgang contacten’, wat soms ook rommelig kan zijn.
- Het aanstellen van de zorgcoördinatoren op de afdeling vinden zij een goed initiatief.
- Dat het zorgplan als leidend wordt gehouden, vinden zij goed.

Verbeteringen en aanbevelingen die de fysiotherapeuten hadden:
- Het digitaliseren van de rapportage / cliëntdossiers.
- De verzorging zou de cliënten meer moeten motiveren gericht op mobilisatie.

- De informatie van uit het Sint Franciscus Gasthuis is vaak onvoldoende. Een duidelijke overdracht ontbreekt waardoor de fysiotherapeuten veel tijd kwijt zijn aan het achterhalen van informatie.
- Op de afdeling zouden de fysiotherapeuten graag meer aanpassingen willen zien. Hierbij denken zij aan een kalender op elke huiskamer, namen + foto van de verzorging op een whiteboard, pictogrammen op het toilet e.d.
- Wanneer de fysiotherapeuten veel cliënten in behandeling hebben, komen zij soms tijd te kort voor het rapporteren.

Maatschappelijk werk
In het zorgpad staat beschreven dat de maatschappelijk werker, in de eerste week van de opname van een cliënt, contact opneemt met de cliënt. De taak van de maatschappelijk werker is om een heteroanamnese af te nemen. In het verdere traject is zij ook aanwezig tijdens de cliëntbespreking. Afhankelijk of een cliënt meer hulp nodig heeft van de maatschappelijk werker is zij wel of niet betrokken in het actieplan van een cliënt.

De maatschappelijk werker vindt dat het zorgpad er op papier erg mooi uit ziet maar dat het beeld niet klopt met de realiteit. In de praktijk werkt het niet. Zelf neemt ze twee tot drie dagen na de opname van de cliënt contact op met de familie om een afspraak te maken voor een heteroanamnese. In de praktijk ziet zij de cliënt / familie vaak pas na veertien dagen. Dit gesprek duurt ongeveer twee uur. Zelf geeft ze aan dat ze zo laat in contact komt met de cliënt / familie doordat ze te weinig tijd heeft. In totaal werkt zij achttien uur binnen de instelling Aafje Schiehoven. Hierbij staat zij op twee intensieve afdelingen. Zij geeft aan dat het in eerste instantie de bedoeling zou zijn dat deze uit maximaal 21 cliënten zou bestaan. In de praktijk is dit opgelopen tot 30 cliënten. Voor 60 cliënten heeft zij dus 18 uur de tijd. Hiervan gaat al acht uur op aan de MDO's die wekelijks plaatsvinden. Zelf zou zij achttien uur aan de cliënten zelf willen besteden. Maar er moet ook een gesprek met de familie worden afgesproken. Hierdoor ben je ook afhankelijk van de tijd die de familie heeft.

Goede punten van de observatieafdeling PG-3D die de maatschappelijk werker in het interview aangaf:
- De afdeling zelf vindt de maatschappelijk werker goed functioneren. Het is een afdeling met veel en complexe problematiek.
- Uiteindelijk word alles goed besproken in het MDO.

Aanbevelingen / verbeterpunten die de maatschappelijk werker aangaf in het interview:
- Zelf meer tijd kunnen besteden aan de cliënt. Minimaal achttien uur in de week.
- Eerder in contact komen met de cliënt. Het liefst binnen een week.
- Veel tijd kwijt aan administratie. Ze gaf aan dat ze dit moet bijhouden in de computer en het zorgdossier van de cliënt, dit is dubbel werk. Haar voorkeur gaat uit naar een elektronisch cliënten dossier.
- De maatschappelijk werker gaf aan dat ze eigenlijk ook meer op de afdeling zelf wil komen. Op deze manier hoort ze meer bij het team en voelen de cliënten zich meer bij haar op zijn gemak.

Teammanager observatieafdeling
De teammanager maakt meestal binnen de eerste 24 uur kennis met de cliënt en is aanwezig bij het opnamegesprek en bij alle cliëntbesprekingen. De teammanager vindt dat het team op professionele wijze zorg verleent en dat het team erg betrokken is bij de cliënten. Wat hij erg positief vond is dat sommige cliënten goed opknappen op de afdeling.

De teammanager beschrijft het Zorgpad als overzichtelijk en duidelijk. Hij is een voorstander van het Zorgpad. Hij heeft wel het vermoeden dat er te snel is gestart met het Zorgpad, waardoor niet alles gestructureerd verloopt. Hij vindt dat er een groot verschil is tussen de praktijksituatie en het schriftelijke Zorgpad. Zo is er niet gekeken naar de medewerkers / expertises die werken op de afdeling, is er niet gekeken of er bijscholing nodig is voor de medewerkers en is er niet gekeken naar het verloop van de disciplinaire samenwerking.

Goede punten van de observatieafdeling PG-3D die de teammanager in het interview aangaf:

- Sinds kort is er een spreekuur opgezet bedoeld voor de cliënt en eventuele contactpersonen. Ze kunnen hier terecht voor vragen en onduidelijkheden. Dit spreekuur is nog maar pas opgezet en kan telefonisch worden bereikt. Het lijkt goed te werken.

Aanbevelingen / verbeterpunten die werden gegeven door de teammanager:

- Cliëntbesprekingen moeten meer gestructureerd en overzichtelijker worden. Daarnaast zijn de cliëntbesprekingen erg paramedisch gericht, terwijl het totaal plaatje van de cliënt helder moet worden.
- Als er een MDO plaats vindt over een cliënt, is de cliënt hierbij niet aanwezig. De teammanager zou graag zien dat de cliënt hier zelf ook bij aanwezig is. (dit wordt al langzaam aangepast op de afdeling)
- Kijken naar de kennis en kunde op de afdeling. Meer bijscholing, meer klinische lessen e.d. Letten op de bejegening en meer belevingsgericht werken. Kijken naar de cultuurverschillen binnen de afdeling en wat voor invloed dit heeft op de zorg.
- Zou de doorstroom graag sneller zien. Nu moeten cliënten lang wachten voordat ze kunnen worden overgeplaatst.
- Een nauwere samenwerking met de behandelaars. Een nauwere samenwerking met Laurens Stadzicht, over waar welke cliënt te plaatsen.

Logopedist

Als de cliënt bij binnenkomst slikproblemen heeft wordt de logopedist direct ingeschakeld. Als de logopedist wordt ingeschakeld voor de spraak bij de cliënt, is dit meestal na twee weken.

De logopedisten werken met eigen protocollen. Zij zijn verder niet betrokken bij het Zorgpad PG-3D. De logopediste gaf aan dat ze er weinig over wist en dat ze ook geen idee had waar ze het Zorgpad op papier kon vinden. De logopedisten zijn alleen aanwezig bij cliëntbesprekingen als er een cliënt wordt besproken die bij hen een behandeling volgt. De samenwerking tussen de verschillende disciplines verloopt goed volgens de geïnterviewde. Als andere disciplines bij een cliënt merken dat de logopedist moet worden ingeschakeld wordt deze informatie door gegeven.

Aanbevelingen / verbeterpunten die werden gegeven door de logopedist:

- Meer betrokkenheid bij het Zorgpad. Voelt zich nu ‘een vergeten discipline’.
- Sommige medewerkers van de afdeling weten de logopedisten niet te vinden / in te schakelen.

Specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde (SO) is zelf nauw betrokken bij het Zorgpad PG-3D. De SO maakt op de opnamedag kennis met de cliënt. Dezelfde dag worden dan de anamneses afgenomen, lichamelijk onderzoek uitgevoerd, verwijzingen geschreven voor andere disciplines en een beleid gestart. De geïnterviewde SO gaf aan dat dit vrijwel altijd op dag één gebeurt. Soms wordt het wel eens dag twee, maar vrijwel nooit later.

Goede punten van de observatieafdeling PG-3D volgens de specialist ouderengeneeskunde:

- Het Zorgpad is systematisch.
- Heeft zelf voldoende tijd heeft om haar processtap van het Zorgpad uit te voeren.
- De disciplines zijn op de hoogte van elkaars werkzaamheden. Met behulp van het Zorgpad weten ze van elkaar wat wie op welk moment moet doen.
- Beschrijft het Zorgpad als een ‘mooi in elkaar hakend proces’.

Aanbevelingen / verbeterpunten die werden gegeven door de specialist ouderengeneeskunde:

- Doordat de overdracht van uit het SFG vaak onvolledig is gaat er veel tijd verloren aan het achterhalen van deze gegevens.
- Het onderdeel dat de psycholoog moet uitvoeren gebeurt in de praktijk vaak niet.
- Het onderdeel dat de maatschappelijk werker (heteroanamnese) moet uitvoeren gebeurt vaak in de praktijk niet.
- De omgeving van de cliënt (ofwel de afdeling) moet meer worden afgestemd op mensen met een delier. Bijvoorbeeld gebruik van pictogrammen, dagkalender e.d.
- De disciplines werken volgens haar onvoldoende doelgericht (met elkaar samen).
- Op somatisch gebied is de afdeling erg sterk, maar de cliënten worden te weinig geobserveerd op hun psychisch functioneren.
- Zeer weinig cliënten hebben na drie maanden de afdeling verlaten. De specialist ouderengeneeskunde gaf als aanbeveling dat misschien al eerder in het zorgproces tijdens de cliëntbespreking een einddatum kan worden gesteld. Op deze manier kan men met alle disciplines er naar streven om deze datum te behalen.
- Gedurende het proces is er erg weinig contact met de familie van de cliënt. In sommige gevallen was het zo dat de cliënt in principe naar huis of een andere instelling mocht. Doordat de familie pas op het laatste moment hiervan op de hoogte werd gebracht kan dit erg plotseling komen voor de familie. Vaak hebben de familieleden nog vragen of zijn ze het er niet mee eens. Dit proces kost daardoor nog veel tijd.
- Op het moment is het voor de medewerkers nog onvoldoende duidelijk welke cliënt(en) op de observatieafdeling vallen onder het Zorgpad PG-3D.
- Vaak word er wel een behandelplan opgesteld, maar is deze nog onvolledig.
- De specialist ouderen geneeskunde gaf aan dat er laatst sprake was van een virus op de afdeling. Hierdoor stagneerde het proces bij de cliënten. Eigenlijk zou dit niet mogen gebeuren.
- De cliëntenbespreking verloopt momenteel nog niet helemaal goed. Soms worden er cliënten besproken waarvan het eigenlijk niet nodig is volgens de specialist ouderengeneeskunde.

Verpleegkundigen niveau 4 van de observatieafdeling
De twee verpleegkundigen werkzaam op de observatieafdeling gaven aan dat ze weinig informatie hebben gekregen over het Zorgpad PG-3D en dat zij niet goed zijn voorgelicht. Het stappenplan is niet breed gepresenteerd. De verpleegkundigen gaven aan dat het voor hen niet duidelijk is welke cliënten bij het PG-3D Zorgpad horen. Ze krijgen soms foutieve meldingen vanuit het ziekenhuis, bijvoorbeeld cliënten waarbij al een diagnose is gesteld. De ergotherapeut en de fysiotherapeut nemen snel contact op met de cliënt. De psycholoog komt volgens het zorgpad pas in beeld wanneer deze wordt ingeschakeld door de arts.

Goede punten van de observatieafdeling PG-3D die de verpleegkundigen in het interview aangaven:
- Er zit meer structuur in het MDO en er wordt meer gekeken naar het einddoel voor de cliënt.
- DOS en MMSE worden goed ingevuld.
- Familie wordt vanaf het opnamemoment verteld dat het een tijdelijk verblijf is, anders kan dit later in het traject voor stagnatie zorgen.

Aanbevelingen / verbeterpunten die werden gegeven door de verpleegkundigen:
- Dat er duidelijk is wie bij het PG-3D Zorgpad hoort. Bijvoorbeeld door middel van een sticker bij de overdracht vanuit het ziekenhuis en stickers op de cliëntdossiers.
- De medewerkers van de afdeling voorzien van bijscholingen en klinische lessen.
- De medewerkers van de afdeling meer betrekken bij het Zorgpad.
- Maandelijkse evaluatie, over de cliënten die tot het Zorgpad horen, met de betrokken disciplines.
- Dat alle disciplines in de eerste week worden ingeschakeld.
- Beide verpleegkundigen gaven aan dat zij met 30 cliënten onvoldoende tijd en individuele aandacht kunnen bieden. Zij hebben zelf een voorkeur voor een splitsing van de afdeling. Waarbij een gedeelte alleen bestaat uit PG-3D Zorgpad cliënten.

5.4. Resultaten Laurens Stadzicht

Bij Laurens Stadzicht zijn de volgende disciplines geïnterviewd:

- Specialist ouderengeneeskunde
- Klantadviseur

5.4.1. Opnameproces van een cliënt die binnen komt in Laurens Stadzicht

Dit is proces is beschreven door de specialist ouderengeneeskunde (SO).

Vooraf. Voordat een 3D-cliënt naar Laurens Stadzicht komt, vindt de inschrijving plaats samen met de klantenadviseur. De overdracht vanuit het SFG mist geregeld bruikbare informatie. Een medische overdracht of een verpleegkundig overdracht staat meestal in een brief genoteerd.

Dag 1: Opname

- Wanneer een 3Dcliënt op dag 1 binnen komt in Laurens Stadzicht vindt er een *opname gesprek plaats met de specialist ouderengeneeskunde.* Deze arts checkt de *medicatie en doet een lichamelijk onderzoek* bij de cliënt. Daarnaast heeft de arts, indien mogelijk, een gesprek met de cliënt en de familie. Dit gesprek duurt ongeveer drie kwartier.
- Er wordt een *voorlopig zorgplan* opgesteld en er volgt een *psychologisch consult*. Er wordt dan gekeken naar de ernst van de cognitieve stoornissen en naar wat de cliënt nog kan.
- Als de arts een consult uitschrijft voor een bepaalde discipline, is de desbetreffende discipline de volgende dag bij de cliënt.
- De *fysiotherapeut* maakt ook op dag 1 kennis met de cliënt. De fysiotherapeut kijkt naar de balans en mobiliteit van de cliënt. Specifiek kijkt hij naar eventueel val gevaar bij de cliënt.

De cliënt verblijft gedurende de opname op de afdeling: Crocuslaan. Dit is een observatieafdeling waar 30 cliënten verblijven. Op de afdeling zijn drie huiskamersmet elk tien cliënten .

Elke week wordt tijdens het *multidisciplinair overleg* een huiskamer besproken. De SO vertelde dat toen hij werkzaam was op de observatieafdeling, het MDO een duidelijke structuur had. Er wordt o.a. besproken hoe de lichamelijke, cognitieve en psychosociale gesteldheid is van de cliënt, wat en hoeveel de cliënt eet en drinkt, hoe de toiletgang gaat en hoe de mobiliteit van de cliënt is. De SO hoopt dat men dit protocol blijft volgen, want het geeft handvatten voor de verpleging en andere disciplines. Met veel mensen kan een overleg soms rommelig verlopen.

In de negende week, van het verblijf op de observatieafdeling, wordt er gekeken hoe het met de cliënt gaat en of de cliënt eventueel weer naar huis kan.

Tussen week negen en twaalf vindt de ontslagprocedure plaatst. Dit wordt in een MDO met de betrokken familie besproken. Ontslag kan op drie verschillende manieren:

1 – Ontslag naar huis:
- met eventueel nazorg (thuiszorg)
- of proefverlof met de zekerheid dat een bed op de observatieafdeling 1 week vrij zal zijn als het proefverlof negatief uitpakt.

2 – Ontslag naar een verzorgingshuis

3 – Ontslag naar een verpleeghuis

Verblijft een cliënt langer dan twaalf weken op de observatieafdeling door bijvoorbeeld ziekte of andere omstandigheden dan wordt er een nieuwe indicatie aangevraagd bij Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het kan ook voorkomen dat een cliënt langer op de observatieafdeling verblijft omdat er geen plek is binnen de instelling of in een andere instelling. De cliënt komt dan op een wachtlijst.

Klantadviseur
De klantadviseur houdt zich bezig met de aanmeldingen en opnames van Laurens Stadzicht. Ze is aanwezig bij MDO's, ze organiseert voorlichtingsbijeenkomsten voor familie en regelt de vervolgtrajecten voor cliënten wanneer zij met ontslag mogen. Ze regelt bijvoorbeeld de thuiszorg voor een cliënt die thuis hulp nodig heeft. Deze klantadviseur geeft aan dat ze de laatste tijd erg veel kwijt is aan de administratieve taken en het registeren.

De klantadviseur heeft geen aparte taken binnen het PG-3D traject, maar draait wel mee op de observatieafdeling. Discussiepunten volgends de klantadviseur:

- PG-3D cliënten krijgen een herstelgerichte behandeling en dat komt niet terug in de beschrijving van het project. Een betere naam voor het traject zou volgens de klantadviseur zijn: PG-3D revalidatie.
- Een andere discussie gaat over het onderwerp de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) en de vrijwillige opname. Hier zet de klantadviseur haar vraagtekens bij, want kan het wel dat iemand met een vrijwillige opname wordt geplaatst op een gesloten afdeling?
- De observatieafdeling heeft geen apart protocol voor observatie van cliënten van het Zorgpad PG-3D. Ook hier zet ze haar vraagtekens bij want hoe moet men dan weten welke beperkingen de cliënt heeft en waar- op gelet moet worden?

In het algemeen zijn er weinig aanmeldingen voor dit Zorgpad binnen Laurens Stadzicht. De klantadviseur vertelde dat er op het moment van interview geen cliënten op de afdeling zijn die het PG-3D traject volgen. Ze vraagt zich af of het PG-3D traject wel tot zijn recht komt. Nu worden de bedden bezet door cliënten die geen PG-3D indicatie hebben, maar wat als er opeens cliënten zich aanmelden die wel een PG-3D indicatie hebben? De klantadviseur gaf aan dat ze niet wist dat het project PG-3D in februari gestart was, dit was pas later naar haar gecommuniceerd. Vanuit Laurens mist zij een beleidsmedewerker die het project aanstuurt. Ze heeft het gevoel dat veel werk op haar schouders neer komt. Wanneer dit project vervolgd wordt, en wat ook geldt voor andere projecten, vindt ze dat men eerst goed met elkaar moet overleggen en alles op papier moet zetten. Handig is om de volgende vragen helder te hebben om tot een specifiek eindproduct te komen:

- Wat is onze visie?
- Wat hebben we te bieden?
- Wat moet er gebeuren?
- Wat willen we bereiken?
- Wie willen we inzetten?

5.5. Discussie, conclusie en aanbevelingen

De meeste disciplines vinden het Zorgpad een goed initiatief, duidelijk en overzichtelijk. Wel gaven meerdere disciplines aan dat het Zorgpad nog niet goed is geïmplementeerd waardoor er nog veel onduidelijkheden optreden in de praktijk. Men vindt dat het beschreven zorgpad niet altijd overeenkomt met de praktijk. Over het algemeen is voor de verschillende disciplines duidelijk welke werkzaamheden van hem / haar verwacht worden.

Zowel uit het dossieronderzoek als de interviews is naar voren gekomen dat niet alle taken op moment zoals beschreven in het zorgpad worden uitgevoerd. Sommige taken moeten op de eerste en tweede dag worden uitgevoerd, maar dit is vaak niet haalbaar volgens de disciplines. Soms werden zaken uitgesteld om de cliënt en familie te ontlasten, op andere momenten heeft het niet volgen van het pad te maken met onbekendheid met het pad of gebrek aan tijd.

Gezien de problematiek van de patiënten zou je verwachten dat de psycholoog een grote rol zou spelen op de PG-3D afdeling. Uit het dossier onderzoek is echter gebleken dat de psycholoog weinig in beeld is. In het

interview met de psychologen vertelden zij dat ze vaak een lange wachtlijst hebben.

Hieronder worden de belangrijkste aanbevelingen voor verbetering van de observatieafdeling en het Zorgpad weergegeven.

Aanbevelingen Aafje Schiehoven
Communicatie en samenwerking zorgprofessionals intern:

- Voer een elektronisch patiëntendossier in.
- Zorg voor een betere communicatie met de verzorgenden en verpleegkundigen van de observatieafdeling PG-3D en andere disciplines.
- Zorg voor meer kennis en kunde op de afdeling: Verpleegkundigen zouden graag zien dat ook zij meer betrokken worden bij het Zorgpad PG-3D. Weinig verpleegkundigen op de afdeling weten überhaupt van het Zorgpad af. Te denken valt aan klinische lessen en / bijscholing belevingsgericht werken.
- Betrekken van logopedist in het zorgpad.
- Zorg dat zorgverleners elkaar weten te vinden
- Zorg dat de MDO's gestructureerd verlopen, dat iedereen op tijd aanwezig is en dat er een voorzitter wordt aangewezen. Zorg dat bij de cliëntbesprekingen alle professionals het einddoel voor ogen hebben, zodat verdere behandeling duidelijk is en zodat de disciplines meer doelgericht werken.

Communicatie en samenwerking zorgprofessionals extern:

- Het is nu nog onduidelijk welke cliënten bij het Zorgpad PG-3D traject horen, welke cliënten dus uit het SFG komen. Streef naar een duidelijk overzicht, zodat iedereen direct weet of een cliënt bij het Zorgpad hoort.
- De informatie overdracht vanuit het SFG moet verbeterd worden. Veel disciplines zijn tijd kwijt aan het achterhalen van informatie.
- Een nauwere samenwerking tussen het SFG en Laurens Stadzicht en Aafje Schiehoven als het gaat om het plaatsen van cliënten.
- Zorg voor een duidelijk aanspreekpunt en / of coördinerend persoon binnen de instelling die controle uitoefent over het Zorgpad PG-3D.

Communicatie en samenwerking met cliënt/familie:

- Zorg gedurende het zorgtraject voor meer contact met familie, dit kan een hoop onduidelijkheden voorkomen. Bespreek ontslag en overplaatsing tijdig met familie.
- Als er een MDO plaats vindt over een cliënt, (indien mogelijk) ook de cliënt laten participeren.

Inrichting Observatieafdeling:

- De afdeling zou meer moeten worden afgestemd op mensen met een delier, depressie en / of dementie. Suggesties voor aanpassingen op de afdeling: het creëren van herkenningspunten voor de cliënt. Bijvoorbeeld een kalender op elke huiskamer, namen + foto van de verzorging op een whiteboard, pictogrammen op het toilet / douche e.d.
- Onderzoek de mogelijkheden en wenselijkheid van het splitsen van de afdeling, waarbij één gedeelte alleen bestaat uit PG-3D cliënten.

Werkwijze observatieafdeling

- Stel duidelijke revalidatie doelen op, ook voor de verzorging.
- Besteed aandacht aan doorstroom van patiënten naar andere afdelingen of instellingen/ naar huis. Bijvoorbeeld door eerder in het proces tijdens cliëntbespreking een verwachtte einddatum te stellen waar naartoe gewerkt kan worden.
- De verzorging zou de cliënten meer moeten motiveren om te mobiliseren.

- Cliënten zouden meer geobserveerd moeten worden op hun psychisch functioneren (SO). De ergotherapeuten geven aan hier te weinig tijd voor te hebben.

Aanbevelingen Laurens Stadzicht

- Het Zorgpad PG-3D zal goed moeten worden geïmplementeerd binnen de instelling Laurens Stadzicht, te weinig mensen weten nu van het project af en / of te weinig mensen worden betrokken bij het project.
- Er moet goed en regelmatig overleg plaats vinden over het project.
- Er moet besproken worden of de revalidatie afdeling voor het PG-3D project wel noodzakelijk is, vanwege de weinige aanmeldingen.

Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

- Sterk aan het onderzoek binnen Aafje Schiehoven is dat er is geluisterd naar de meningen van de verschillende disciplines en er met behulp van dossieronderzoek is nagegaan of de handelingen beschreven in het zorgpad ook echt worden uitgevoerd.
- Voor Laurens Stadzicht is het onderzoek beperkt gebleven tot twee interviews waarbij het zorgpad wel globaal is beschreven.
- Een beperking is dat de onderzoekers zijn gestart met de interviews en pas nadat de meeste interviews waren afgenomen, zijn gestart met het dossieronderzoek. De resultaten van het dossieronderzoek leidden tot vragen die met de verschillende disciplines besproken hadden kunnen worden, waar nu echter geen tijd meer voor was.

Casus 3

Laurens, Stadzicht

- Cliënt: mevrouw Zwaan, is 91 jaar. Ze heeft vroeger gewerkt als inpakster in een fabriek. Mevrouw kan zich niet meer herinneren of ze getrouwd is of geweest is. Ze heeft twee zoons en denkt dat ze misschien ook nog een dochter heeft. Tot dik in de tachtig was ze erg actief en zelfstandig. Ze reisde veel met het openbaar vervoer, bijvoorbeeld naar Scheveningen of de dierentuin.
- Mantelzorger: haar zoon, de heer Zwaan, 53 jaar, is de oudste zoon van mevrouw Zwaan. Hij heeft de LTS gedaan en is daarna beheerder geworden van een sportvereniging. Hij heeft altijd in de buurt van zijn moeder gewoond. Zijn broer is voor zijn werk altijd op pad, zijn zus woont op een afstand van een half uur rijden, en zodoende zorgde hij het meest voor zijn moeder
- Professional: verzorgende van de observatieafdeling

Situatie voor opname

Half jaren negentig logeerde mevrouw Zwaan in het nieuwe huis van haar dochter, en is daar 's nachts van de trap gevallen. Meneer Zwaan ziet dat moment echt als een groot keerpunt in het leven van zijn moeder. *"Vanaf die tijd is het.. Ze werd bang, ze durfde de stad niet meer in, durfde niet meer met het openbaar vervoer." Ze* werd behandeld in het SFG. Nadat ze medisch stabiel was kon ze niet naar een verpleeghuis omdat er nergens plek was en heeft op een andere afdeling in het SFG moeten revalideren. Dat ging niet zo goed, er was weinig tijd voor mevrouw Zwaan en ze heeft lange tijd last gehad van doorligplekken op haar hielen. *"Dat vond ik toen niet zo netjes van het SFG eigenlijk."* Ongeveer tien jaar geleden is mevrouw Zwaan bij het RIAGG getest op dementie. Daar kwam uit dat ze een beginstadium van Alzheimer had, maar voorlopig nog wel thuis kon blijven wonen. De afgelopen jaren was meneer Zwaan elke dag bij zijn moeder. Mevrouw kreeg hulp voor persoonlijke verzorging en voor het huishouden. Haar zoon deed altijd boodschappen en kookte in het weekend voor haar en bleef dan voor de gezelligheid mee-eten, en belde haar regelmatig om te checken of alles wel oké was. De laatste maanden voor haar opname in het SFG sliep hij zelfs bij haar, om haar bijvoorbeeld 's nachts naar het toilet te helpen, ondanks dat dit zwaar was in combinatie met zijn werk. Mevrouw Zwaan vergat overdag te drinken, en ondanks alle goede zorgen heeft dit uiteindelijk tot een opname wegens dehydratatie geleid.

Opname in SFG

Meneer Zwaan heeft in het SFG gemeld dat zijn moeder bekend is met Alzheimer dementie en volgens hem heeft de psycholoog het dossier van het RIAGG opgevraagd. In het SFG is de teennagel van zijn moeder verwijderd, waarna ze er een opiumpleister op kreeg. Ze kreeg vervolgens waanideeën en het leek of ze aan het 'trippen' was. *"Het kon een bijwerking zijn van de pleister omdat ze wat minder eet.. dat ze misschien in de war zou raken, maar ze raakte helemáál in de war. Ze wist niet meer wie wij waren, probeerde dingen te pakken in de lucht."* Verder had hij wel het idee dat zijn moeder goed in de gaten werd gehouden en dat de verpleging op een juiste manier met haar om ging. Dat hij altijd mocht bellen, dag en nacht, gaf hem een gerust gevoel. Hij vindt dat het SFG de laatste jaren vooruitgang heeft geboekt; het is netjes, schoon, en hij is tevreden over de maaltijden 's middags.
Mevrouw Zwaan zelf zegt over haar ervaringen met de zorg in het SFG: *"Ik vond het allemaal wel goed. Ik ben niet zo veeleisend gelukkig."*

Overgang naar observatieafdeling

De hoofdzuster van het SFG hield de familie op de hoogte over de situatie van zijn moeder, hij kreeg folders met informatie, en na goed overleg is zijn moeder overgeplaatst naar Laurens Stadzicht.

Mevrouw Zwaan kwam daar binnen met een delier. In de overdracht vanuit het SFG werd als reden voor opname 'dehydratatie en algehele malaise' genoemd.
Bij opname op de observatieafdeling werd meneer Zwaan verteld dat zijn moeder op de observatieafdeling zou worden geobserveerd, en na overleg zou worden besloten of ze terug naar huis zou kunnen. Het was hem niet helemaal duidelijk of ze op dezelfde afdeling mocht blijven in het geval dat ze niet meer terug naar huis kon. De familie heeft mevrouw Zwaan bewust in de waan gelaten dat ze op een nabehandelingafdeling van het SFG zat.

Observatieafdeling
De verzorgende vertelt dat mevrouw vanuit het SFG omschreven werd als valgevaarlijk, maar volgens de zorgverleners van de observatieafdeling valt dat mee. In het SFG lag ze voornamelijk in bed, *"dan ben je instabiel als je weer moet gaan lopen. Maar hier begint ze meer te lopen."* Ze heeft alleen wat moeite met het gebruik van de po-stoel 's nachts, dan heeft ze wel kans om te vallen. Kort na binnenkomst is het delier van mevrouw 'weggetrokken'.
Het is de zorgverleners in Stadzicht niet bekend dat mevrouw Zwaan al eerder gediagnosticeerd was met dementie, zoals de mantelzorger aangaf.
Na twee maanden verblijf op de observatieafdeling werd de diagnose dementie gesteld. Het maakt meneer Zwaan verdrietig om te zien dat zijn moeder geestelijk achteruit gaat, zo verwart ze hem tegenwoordig met zijn broer. *"Ik had liever gehad dat ze gewoon thuis in bed was gestapt en.. niet meer wakker was geworden, dan dit."* Het zien van andere bewoners die in een verder stadium van dementie zitten dan zijn moeder, maakt hem bang voor wat hem nog te wachten staat.
Met de zorg op de afdeling is Dhr. Zwaan tevreden, hij ziet dat het goed gaat met zijn moeder en ze zit er altijd netjes bij wanneer hij op bezoek komt. Hij vindt de locatie goed bereikbaar, zo vlak bij de snelweg.
Ondanks alles is mevrouw Zwaan zelf tevreden met haar leven, haar motto is "*we zijn er nog."*. Gevraagd naar de reden dat ze hier zit, zegt ze: *"Omdat 't thuis zeker niet meer ging…"*
Mevrouw Zwaan denkt inderdaad dat ze momenteel op een soort revalidatieafdeling van het SFG verblijft. Ze vindt dat ze goed verzorgd wordt en vindt het fijn dat ze 'een zustertje' kan roepen wanneer ze iets niet helemaal zelf kan, zoals wassen, maar dat je dingen ook zelf mag doen wanneer je dat kan. *"Dat je een beetje zelfstandig, en als 't nodig is geholpen wordt. Dat vind ik ook wel prettig hoor."* Mevrouw Zwaan is blij dat het goed gaat met haar gezondheid en wacht nu maar af wat er gaat gebeuren, *"ik moet mijn tijd uitzingen."* Ze probeert haar medebewoners te steunen en ze een luisterend oor te bieden. Ze is blij dat ze niet de hele dag in bed moet liggen, maar aangekleed rond kan lopen. Koffie drinken en praten met anderen in de huiskamer vindt ze gezellig.
Volgens de verzorgende is ze tijdens haar verblijf op de observatieafdeling goed opgeknapt, ze eet en drinkt goed. *"Mevrouw is echt één van de beste eters hier."* Met de persoonlijke verzorging wordt ze volledig geholpen, maar ze kan wel zelf haar slaapkamer vinden, en geeft goed aan wanneer ze pijn heeft. Mevrouw Zwaan is volgens de verzorgende sociaal met medebewoners. *"Ze is echt rustig en vriendelijk, één van de rustigste bewoners."*

En nu verder?
Meneer Zwaan, zijn broer en zus hebben contact over de overplaatsing met de teammanager en een verzorgende. Er is een gesprek geweest met de familie, waarin werd uitgelegd dat het onverantwoord is als zijn moeder weer zelfstandig gaat wonen.
Meneer Zwaan had er eerst moeite mee dat zijn moeder niet terug naar huis kon, zijn broer en zus legden zich er al snel bij neer. Hij weet hoe gehecht zijn moeder was aan haar huis, buren en omgeving. Vooral in het begin wilde zijn moeder graag terug, en nog steeds vraagt ze wel eens wanneer ze naar huis mag. Haar kinderen antwoorden dan dat het nog niet mag van de dokter. Mevrouw Zwaan heeft drie maanden op de observatieafdeling verbleven en haar zoon is wel tevreden met die tijdsduur, *"Dan heb je ook nog even tijd om er wat over na te denken, al weet je ergens in je achterhoofd toch wel wat je te horen krijgt."* Mevrouw Zwaan zou meer dan een maand geleden al verhuizen naar de gesloten afdeling binnen Laurens Stadzicht, maar

wegens het NORO virus is dat uitgesteld. Omdat meneer Zwaan geen tijd en energie heeft om naast zijn baan ook elke dag voor zijn moeder te zorgen, hij tevreden is met de zorg bij Laurens Stadzicht en de locatie goed bereikbaar is, heeft hij zich er hierbij neergelegd. *"Het gaat toch om haar gezondheid en haar leven."*
Mevrouw Zwaan zegt dat niet weet waar ze na de observatieperiode naartoe gaat. Ze gaat ervan uit dat haar zoons daar over zullen beslissen en ze weet dat zij altijd goed voor hun moeder zorgen.
Het liefst wil ze een beetje zelfstandig wonen; *"Dat ze toezicht op je houden, maar dat je toch een beetje op je eigen mag wonen."* Mevrouw Zwaan is erg blij dat ze nog helder kan denken, *"Dat vinden m'n kinderen ook wel prettig, dat ze gewoon met me kunnen praten."*

Overgang naar een gesloten afdeling van Stadzicht
Zoals genoemd verblijft mevrouw Zwaan nog steeds op de observatieafdeling. Haar zoon verwacht dat er tussen deze afdeling en de gesloten afdeling van Stadzicht weinig verschil is, *"ik ben nog niet op de andere afdeling geweest, maar ik denk dat 't niet erg anders zal zijn als hier."*

Reflectie
- Doelgroep: Het betreft een mevrouw die volgens haar zoon al bekend was met de diagnose dementie en opgenomen is vanwege dehydratie en algehele malaise. Zij hoort dus eigenlijk niet tot de doelgroep PG3D, maar de keuze voor observatie wat voor haar de juiste plek was, was wel op zijn plaats.
- Doelstelling: Mevrouw Zwaan wil zelf graag zelfstandig wonen.
- Tijdspad: De laatste tijd thuis deed ze een groot beroep op de hulp van haar zoon, die zelf 's nachts bij haar bleef. Ondanks de aanwezigheid van veel informele zorg en professionele hulp van de thuiszorg is de toestand langzaam geëscaleerd in een toestand van algehele malaise. In het SFG heeft mevrouw een delier ontwikkeld mogelijk mede als gevolg van medicatie. Op de observatieafdeling is na twee maanden de diagnose dementie gesteld (terwijl die tien jaar geleden al gesteld was door de Riagg).
- Revalidatie: Mevrouw Zwaan is een van de rustigste bewoners van de afdeling, is sociaal en past zich gemakkelijk aan. Ondanks dat is besloten dat ze naar een gesloten afdeling moet. De familie heeft het hier eerst moeilijk mee, maar legt zich er toch bij neer.
- Initiatief familie: De familie heeft de nieuwe afdeling nog niet gezien. Mevrouw zelf weet niet precies wat er besloten is. Er is haar verteld dat ze nog in het Franciscus ligt. Er lijkt niet gewerkt te worden aan de transitie.

6 Ervaringen van cliënten en mantelzorgers die ingestroomd zijn in ´het Zorgpad PG-3D observatie Rotterdam Rijnmond´ - Pilotfase 2

6.1. Inleiding

Doel van dit deelonderzoek is om op inzicht te krijgen in de ervaringen van cliënten en mantelzorgers in de keten (deelvraag 4). Per case is ook een betrokken zorgverlener geïnterviewd over het Zorgpad PG-3D in het algemeen, de overdracht vanuit het SFG van cliënten die het zorgpad volgen, de intake op de observatieafdeling en de ontslagfase. Een uitgebreidere rapportage van het onderzoek is te lezen in het eindverslag van het deelproject uitgevoerd door de Elsenburg & Hamming (2012).

6.2. Methoden

Voor dit onderzoek zijn casestudies uitgevoerd bij cliënten van Aafje Schiehoven en Laurens Stadzicht. Een case bestaat uit de cliënt, een mantelzorger en zorgverlener. Indien mogelijk worden alle drie geïnterviewd. Voor elke doelgroep is een interviewprotocol opgesteld (zie Elsenburg & Hamming, 2012).

Participanten

Het onderzoek heeft betrekking op cliënten die het Zorgpad PG-3D volledig hebben doorlopen. Cliënten die niet voldeden aan de inclusiecriteria van het zorgpad maar het toch hebben doorlopen, zijn niet benaderd door de interviewers. Cliënten die het Zorgpad PG-3D volledig hebben doorlopen maar nog op de observatieafdeling verblijven in afwachting van doorstroming, werden wel benaderd.
De criteria waar de mantelzorgers aan moesten voldoen, is dat zij de eerste contactpersoon waren op het moment van opname. De zorgverleners die werden benaderd voor een interview moesten de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (E.V.V.'er) zijn van de betreffende cliënt. Op deze manier zijn de mensen geïnterviewd die werkelijk betrokken zijn geweest bij het proces.

Setting

Interviews met cliënten vinden plaats op de verblijfplaats van de cliënt. Bij interviews met mantelzorgers wordt de keuze aan de mantelzorger gelaten. Het kan zijn dat een mantelzorger het prettig vindt om het interview bij hem of haar plaats te laten vinden, maar het zou ook kunnen dat hij of zij liever naar de instelling komt waar de cliënt verblijft. Interviews met de zorgverleners vinden plaats op de werklocatie van de zorgverlener.

Voorbereiding

Ter oriëntatie hebben de studentonderzoekers (Elsenburg & Hamming) een dag meegelopen en een intake meegemaakt op de observatieafdeling bij Aafje Schiehoven. Zij hebben een rondleiding gehad op de observatieafdeling bij Laurens en een vergadering bijgewoond van de werkgroep PG-3D in het SFG.

Werving en selectie

Van tevoren werd afgesproken dat de studenten per organisatie vier casestudies zouden doen. Dit aantal werd gebaseerd op het tijdsbestek dat de onderzoekers ervoor hadden. Eén casestudy houdt drie interviews in: een interview met de cliënt, zijn/haar mantelzorger en de zorgverlener. Wanneer er voor alle cliënten een andere zorgverlener geïnterviewd zou moeten worden, zouden beide studenten twaalf interviews afnemen. Er werd rekening mee gehouden dat sommige cliënten dezelfde E.V.V.'er hadden.
Bij Aafje Schiehoven heeft de beleidsmedewerker, in overleg met de Specialist Ouderengeneeskunde, de cliënten en hun mantelzorgers geselecteerd. Bij Laurens heeft de teamleidster van de observatieafdeling dit gedaan. In overleg met deze partijen is er een brief opgesteld waarin uitgelegd werd wat de bedoeling was, en gevraagd werd of de cliënten en mantelzorgers wilden meewerken. Met de brief werd ook een toestemmingsformulier meegestuurd. De brief is verstuurd naar de eerste contactpersonen van de cliënten (zie bijlage 1 in Elsenburg & Hamming 2012).

Methode van dataverzameling
Er zijn interviewprotocollen opgesteld voor de cliënt, mantelzorger en zorgverlener aan de hand van verschillende topics, die staan voor de verschillende fasen in het Zorgpad PG-3D. De interviews zijn semigestructureerd; de vragen vormen de rode draad in het interview, maar er is ook veel ruimte voor het verhaal van de cliënt. Bij het onderzoeken van de ervaringen werd onderscheid gemaakt tussen vijf verschillende momenten: de beginsituatie, de opname, de observatieafdeling, de ontslagfase en de vervolgfase.
Indien mogelijk is eerst de mantelzorger geïnterviewd en vervolgens de cliënt. Cliënten met de diagnose dementie zullen bepaalde feiten niet meer weten. De interviewer kan de feiten weergegeven door de mantelzorger voorleggen aan de cliënt (bijvoorbeeld reden van opname in ziekenhuis of de verblijfsduur op de observatieafdeling). Het interview gaat niet zozeer om feiten, maar vooral om ervaringen. De opgestelde interviewprotocollen zijn goedgekeurd door de betrokken partijen bij Laurens en Aafje. De interviewers zijn getraind in het interviewen van cliënten met een cognitieve beperking.

De methode van data-analyse
Elk interview werd opgenomen en vervolgens volledig uitgetypt. Na het transcriberen werden de interviews gecodeerd, zodat de belangrijkste punten met betrekking tot de hoofd- en deelvragen eruit gefilterd konden worden. Er is gekeken naar de overeenkomsten en verschillen binnen een case, de overeenkomsten en verschillen tussen de ervaringen van cliënten en mantelzorgers, etc. Tot slot is er per case antwoord gegeven op de onderzoeksvragen.

6.3. Resultaten
Allereerst wordt ingegaan op de respons (6.3.1). Vier van de vijf casebeschrijvingen zijn te vinden tussen de hoofdstukken in dit rapport. De vijfde case was beperkt (zonder zorgverlener) en de uitgewerkte beschrijving is daarom niet opgenomen. In dit hoofdstuk zijn de bevindingen naar fase in het zorgpad weergegeven (6.3.2).

6.3.1. Respons
Aafje Schiehoven: Bij Aafje zijn vier brieven verstuurd aan de eerste contactpersonen van de cliënten. Twee van de vier mantelzorgers wilden niet meewerken omdat ze het te druk hadden. Een andere mantelzorger, een zoon van een cliënt, wilde pas telefonisch benaderd worden als hij het toestemmingformulier retour gestuurd had. Deze mantelzorger gaf daarnaast geen toestemming om zijn vader te interviewen. Het interview leek hem te belastend voor zijn vader, die erg in de war is.
Aan de beleidsmedewerker is gevraagd twee nieuwe mantelzorgers telefonisch te benaderen voor deelname aan het onderzoek. Eén mantelzorger wilde eerst overleggen met haar vader en gaf aan dat ze na twee weken gebeld mocht worden. Het is niet gelukt om contact op te nemen, omdat de telefoon niet werd opgenomen. Een andere mantelzorger wilde meedoen, maar had haar kleindochter nodig om te tolken. De kleindochter nam de telefoon niet op. Er zijn dus minder cliënten en mantelzorgers geïnterviewd dan vooraf verwacht was. Aan de observatieafdeling van Aafje Schiehoven is vervolgens gevraagd wie de E.V.V.'er was van voorgenoemde cliënten. De zorgcoördinator gaf aan dat zij wel mee wilde werken aan het interview.

Laurens Stadzicht: De zorgcoördinator heeft vier mantelzorgers gemaild met de vraag of ze aan het onderzoek mee wilden werken. Hier is door niemand op gereageerd. De studenten hebben toen de telefoonnummers van de betreffende mantelzorgers gekregen zodat ze zelf contact op konden nemen. Van deze vier mantelzorgers gaven er twee, een zoon en een nicht van de betreffende cliënten, toestemming voor een interview met henzelf en de cliënt. Eén mantelzorger nam nooit de telefoon op, en een vierde gaf alleen toestemming om zijn moeder te interviewen. Van de drie benaderde cliënten, kon er uiteindelijk maar één echt geïnterviewd worden. De andere twee wilden niet. Ze hebben op een paar vragen antwoord gegeven.
Bij het plannen van de interviews met de zorgverleners bleek dat veel voormalige E.V.V.'ers inmiddels niet meer op de afdeling werken. Daarom is ervoor gekozen een verzorgende te interviewen die werkte in de tijd dat de cliënten op de afdeling verbleven.

6.3.2. Cases

In totaal zijn er tien interviews afgenomen. Er zijn vier cliënten en vier mantelzorgers geïnterviewd. De mantelzorgers zijn een zoon, een dochter, een partner en een nicht van de betreffende cliënten. Samen met de interviews met de zorgcoördinator van Aafje Schiehoven en een verzorgende van Laurens Stadzicht, vormen deze interviews vijf cases. Twee cases hebben betrekking op cliënten van Aafje Schiehoven, drie cases op cliënten van Laurens Stadzicht. Vier van de vijf casebeschrijvingen zijn als intermezzo tussen de hoofdstukken in dit rapport weergegeven.

6.4. Discussie, conclusie en aanbevelingen

6.4.1. Beperkingen van het onderzoek

- Het leggen van contact met de betreffende cliënten en mantelzorgers was lastig en nam meer tijd in beslag dan gepland. Het verkrijgen van de gegevens ging via meerdere medewerkers die op verschillende dagen en locaties werkten. Doordat dit meer tijd in beslag nam, konden er minder interviews afgenomen worden. Volgens de planning zouden er 24 interviews afgenomen, in werkelijkheid zijn dat er tien geworden. De vraag is waarom het zo lastig was namen en gegevens van cliënten en mantelzorgers te achterhalen.
- Twee mantelzorgers gaven toestemming om henzelf en de cliënt te interviewen, maar toen de interviewers bij de cliënten kwamen bleken ze niet mee te willen werken.
- In sommige cases konden niet alle betrokkenen geïnterviewd worden. Hierdoor kunnen de betreffende cases niet vanuit alle oogpunten bekeken worden. Zo was er een mantelzorger die niet deel wilde nemen aan het interview, maar wel toestemming gaf om de cliënt te interviewen. Er was ook een geval waarin de situatie omgekeerd was; de mantelzorger wilde wel geïnterviewd worden, maar wilde niet dat zijn vader geïnterviewd werd, omdat die te verward zou zijn.

6.4.2. Aanbevelingen

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de ervaringen van de geïnterviewde cliënten, mantelzorgers en zorgverleners.

SFG

- Cliënten en mantelzorgers willen graag beter geïnformeerd worden over het Zorgpad PG-3D. Er is hier een folder van, instrueer personeel om deze folder daadwerkelijk mee te geven.
- Zorg voor een volledige overdracht, bij voorkeur met originele testresultaten en niet alleen uitslagen.
- Geef bij de overdracht duidelijk aan dat het een cliënt van het Zorgpad PG-3D betreft.
- Ga na of de cliënt al eerder gediagnosticeerd is met dementie, en geef de informatie hierover door bij de overdracht. Zo wordt voorkomen dat een cliënt op een observatieafdeling terecht komt terwijl hij eigenlijk op een gesloten afdeling thuis hoort.

Aafje Stadzicht

- Geef één of enkele keren per jaar voorlichting over de verschillende 3D beelden en de behandeling die daarbij hoort. Zorg dat degene die dit uit moeten voeren er tijd voor hebben.
- Organiseer (een) informatiemiddag(en) over het Zorgpad PG-3D waarin het personeel van de observatieafdeling leert wat het Zorgpad PG-3D inhoudt.
- Overleg met personeel van de afdeling of richtlijnen die in het Zorgpad PG-3D haalbaar zijn wat tijd en inspanning betreft.
- Geef cliënten en mantelzorgers duidelijk aan (mondeling en schriftelijk) dat de observatieafdeling een *tijdelijke* afdeling is.
- Geef duidelijk aan in het dossier, bijvoorbeeld met een sticker op de voorkant, of een cliënt het Zorgpad PG-3D volgt.

- Zorg voor goede communicatie met mantelzorgers en betrek hen bij het proces. Ze willen vaak helpen, dus probeer hen daarin te ondersteunen. Het open spreekuur dat Aafje Schiehoven binnenkort wil realiseren, is al een stap in die richting.

Laurens Schiehoven

- Organiseer (een) informatiemiddag(en) over het Zorgpad PG-3D waarin het personeel van de observatieafdeling leert wat het Zorgpad PG-3D inhoudt.
- Stel duidelijke richtlijnen op voor het personeel over het Zorgpad PG-3D.
- Geef cliënten en mantelzorgers duidelijk aan (mondeling en schriftelijk) dat de observatieafdeling een *tijdelijke* afdeling is.
- Geef duidelijk aan in het dossier, bijvoorbeeld met een sticker op de voorkant, of een cliënt het Zorgpad PG-3D volgt.
- Zorg voor goede communicatie met mantelzorgers en betrek hen bij het proces. Ze willen vaak helpen, dus probeer hen daarin te ondersteunen.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Cliënten en mantelzorgers die instromen in het Zorgpad PG-3D zouden direct gevraagd kunnen worden om mee te doen aan onderzoeken in de toekomst. Als deze gegevens goed bijgehouden worden is kan men bij een vervolgonderzoek sneller aan contactgegevens komen.
- Men kan cliënten en mantelzorgers per brief of e-mail informeren over een onderzoek, maar deze manieren zijn niet efficiënt wanneer er respons verwacht wordt. Het telefonisch benaderen van mantelzorgers is het meest effectief. Houd er rekening mee dat mensen de telefoon niet opnemen, en dat het kan gebeuren dat cliënten zich na een toezegging bedenken en toch niet mee willen werken.

Casus 4

Laurens, Stadzicht

- Cliënt: mevrouw Delfino is een dame van 72 jaar, ze weigerde mee te werken aan het interview. Wel heeft ze op enkele vragen antwoord gegeven. Vroeger is ze verpleegkundige geweest in verschillende ziekenhuizen.
- Mantelzorger: haar nicht Mevrouw Martina, is 42 jaar en woont in een stad op 100 km. afstand van Rotterdam. Ze heeft één kind en is alleenstaande moeder. Ze werkt in de thuiszorg. Haar hoogst genoten opleiding is Mavo. In het begin was haar ex-man de eerste contactpersoon van mevrouw Delfino, sinds de scheiding drie jaar geleden is mevrouw Martina de eerste contactpersoon. Ze is wel altijd betrokken geweest bij de zorg.
- Professional: verzorgende van de observatieafdeling.

Situatie voor opname

Volgens mevrouw Martina is haar tante altijd een zonderling type geweest. Mevrouw Delfino heeft geen partner en geen kinderen. Haar zus woont in de VS. Mevrouw Martina woont op meer dan een uur rijden afstand, en had nooit veel contact met haar tante. Af en toe ging ze er wel eens op bezoek, samen met haar toenmalige man. Ongeveer acht jaar geleden merkte ze dat haar tante steeds vreemder werd. Zo stopte ze bijvoorbeeld de luchtkanalen in huis dicht met stukjes stof, en liet ze elke nacht de kraan in de keuken stromen, omdat ze dacht dat haar buren haar wilden vergassen en vergiftigen. *"Wij dachten: misschien ligt het aan ons, of doet ze expres zo. Of misschien is ze gewoon gek aan het worden."* Aan dementie dachten ze niet. Haar tante werd de jaren erna steeds afhoudender, wilde geen bezoek meer ontvangen en nam steeds vaker de telefoon niet op. Mevrouw Martina had het druk met haar eigen leven, en stond er verder niet bij zo stil, totdat ze vijf jaar geleden werd gebeld door haar tante uit de VS, die vertelde dat mevrouw Delfino al maanden onbereikbaar was en voor niemand de deur meer open deed. Mevrouw Martina en haar partner gingen naar Rotterdam, lieten de politie het huis binnenvallen en troffen daar een ernstig verwaarloosde en verzwakte mevrouw Delfino. De mantelzorg intensiveerde, mevrouw Martina en haar partner moesten veel dingen regelen. De volgende dag werd mevrouw Delfino opgenomen bij Bavo Europoort, waar na verloop van tijd de diagnose dementie (gevorderd stadium) werd gesteld. Toch mocht mevrouw Delfino na een aantal maanden weer thuis wonen, omdat ze dat zo graag wilde. Mevrouw Martina was het hier niet mee eens. Haar tante kreeg iedere dag thuiszorg en één keer per week kwam een maatschappelijk werkster langs.

Opname in het SFG

Waarschijnlijk uit wantrouwen, heeft mevrouw Delfino haar medicatie niet ingenomen. Een half jaar nadat ze weer thuis kwam uit de Bavo is ze naar aanleiding van hartklachten gevallen in huis, en terecht gekomen in het SFG.

Mevrouw Martina was op het moment van opname in het SFG nog niet de eerste contactpersoon. Ze weet er niet heel veel meer van, en was er ook niet vaak. Ze vindt dat zij en haar toenmalige partner, die de eerste contactpersoon was, goed werden geïnformeerd over wat er aan de hand was met mevrouw Delfino. Mevrouw Delfino vond de zorg en de dokters in het SFG erg goed.

Overgang naar de observatieafdeling

Mevrouw Delfino kwam volgens de verpleegkundige op de observatieafdeling binnen met een delier. *"Ze heeft de eerste dag alles overhoop gehaald. Ze had heel haar kamer verbouwd en gooide met stoelen. Ja, dat was echt vreselijk."* Het is de zorgverleners niet bekend dat mevrouw Delfino al eerder gediagnosticeerd was met dementie.

Mevrouw Martina vond het prettig dat het SFG zelf telefonisch contact opnam. Ze was blij dat het SFG haar tante niet zomaar naar huis wilde laten gaan, zoals eerder wel gebeurd was, maar een verpleeghuis adviseerde.

Observatieafdeling

Mevrouw Martina heeft niet erg veel van de zorg gezien, maar ze kreeg de indruk dat het personeel vriendelijk was. Ze vond het belangrijk dat ze terecht kon met haar vragen. *"Ik wou toch bepaalde dingen weten over haar, en er was personeel aanwezig die mij dat allemaal kon vertellen. Of ze adviseerden dat ik beter een ander persoon kon bellen, en ze schreven 't op, en 't was gelijk geregeld."*

Mevrouw Martina vindt het wel vervelend dat er steeds spullen van haar tante kwijt raken, vooral na de overplaatsing van het ziekenhuis naar Laurens Stadzicht en de overplaatsing van de observatieafdeling naar de gesloten afdeling. Er raken regelmatig kledingstukken kwijt, leesbrillen, tandenborstels en allerlei andere spullen.

De zorgverleners van de observatieafdeling hebben mevrouw Martina regelmatig uitgenodigd voor besprekingen, maar vanwege de afstand kwam ze meestal niet. Ze wil geen 200 km rijden voor een gesprek van 30 min. Het contact verloopt daarom voornamelijk per mail. *"Dan sturen ze een mail van, 'wij zijn van die afdeling en hebben dit besloten', zo lees ik het dan. Als ik het er niet mee eens ben, bel ik terug. Maar de personen ken ik niet, ik spreek elke keer iemand anders."*

Mevrouw Delfino heeft drie maanden op de observatieafdeling verbleven. In het begin zat ze in een rolstoel, daarna liep ze met een rollator, *"en nu loopt ze gewoon. Ze is echt opgeknapt."* De verpleegkundigen kwamen er na verloop van tijd achter mevrouw Delfino vroeger ook verpleegkundige is geweest, en nog veel weet over medicijnen. Daarnaast was ze behulpzaam tegenover andere bewoners.

De zorgverlener weet niet precies welke diagnose er bij mevrouw Delfino is gesteld, volgens haar was het niet dementie.

Overgang naar gesloten afdeling

Na de observatieperiode is tegen mevrouw Delfino gezegd dat ze naar een verzorgingshuis zou mogen, maar *"ze heeft zelf besloten om hier te blijven, ze kon het wel aan maar ze wilde niet."* Mevrouw Delfino heeft op verschillende afdelingen rondgekeken, en zelf een afdeling uitgekozen om naartoe te gaan. Daar verblijft ze nu. Mevrouw Martina werd per mail geïnformeerd dat er was besloten haar tante over te plaatsen naar de gesloten afdeling en dat is gebeurd. Volgens mevrouw Martina is haar tante niet erg tevreden op de gesloten afdeling, *"ze vindt 't allemaal maar niks. Ze zit gewoon daar omdat ze daar moet zitten, maar ze is niet blij of tevreden."* Mevrouw Martina is op zich wel tevreden over de zorg, ze vindt het alleen erg grootschalig allemaal bij Laurens Stadzicht. Omdat ze nu in Laurens Stadzicht verblijft, wil mevrouw Delfino liever niet over de zorg binnen Laurens Stadzicht praten. Er zijn dingen waar ze echt niet tevreden over is, maar *"ik wil niemand kwetsen",* zegt ze. Pas *"als alles achter de rug is",* en ze ergens anders woont, mogen de interviewers terug komen om er met haar over te spreken. *"Ik hou m'n mening voor mezelf",* zegt mevrouw Delfino. Enkel 'goede kennissen' vertrouwt ze haar mening en gedachten toe. Ze zit hier volgens eigen zeggen *"om een bepaalde reden",* maar die wil ze de interviewer niet bekend maken.

Hoe nu verder?

In overleg met de afdeling is haar tante ingeschreven voor een wat kleinschaligere woonvorm, iets buiten Rotterdam. Ze heeft het ook aan haar tante voorgelegd, *"ze keek blij. Ze had er wel zin in, zo van: ja, als jij zegt dat het goed is."* Waar mevrouw Martina erg tegenop kijkt, is wat zij allemaal zal moeten gaan regelen voor haar tante wanneer haar iets overkomt. Ze vindt dat de instanties er allemaal erg onduidelijk over zijn en heeft geen idee wat haar nog allemaal te wachten staat.

Reflectie

- Doelgroep: Mevrouw Delfino was al bekend met dementie, was opgenomen geweest in de Bavo maar op eigen verzoek toch met hulp weer naar huis gegaan. Er was geen intensieve mantelzorg aanwezig.

Ondanks de professionele hulp is ze toch in een negatieve spiraal terechtgekomen en moest na een val in SFG opgenomen worden. Strikt genomen hoort ze niet tot de doelgroep omdat de diagnose dementie al gesteld was.

- Doelstelling: Observatie van wat voor haar verder mogelijkheden waren was wel op zijn plaats.
- Tijdpad: Op de observatieafdeling is ze in enkele maanden weer opgeknapt.
- Betrokkenheid familie: Met haar is overlegd wat ze verder wilde en haar keuze is gevolgd zonder overleg met de familie die niet heel betrokken was. De familie constateerde na enige tijd, toen bleek dat ze het niet naar haar zin had, dat de gesloten afdeling toch niet de juiste plek voor haar was en zocht een kleinschaliger woning waar ze nu op de wachtlijst staat.

7 Deelonderzoek Ketenkwaliteit van het Zorgpad PG-3D-observatie Rotterdam Rijnmond – Pilotfase 2-

7.1. Inleiding

Doel van dit deelonderzoek is om op een systematische wijze inzicht te krijgen op de ontwikkeling van de keten (deelvraag 4). Aan de hand van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) wordt de keten geëvalueerd en wordt inzicht verkregen in de belangrijkste verbeterpunten. Een uitgebreide rapportage van het onderzoek is te lezen in het eindverslag van het deelproject uitgevoerd door de Raaf & de Vreede (2012).

7.2. Methoden

Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK)

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) van Minkman, Ahaus en Huisman (2010). Het OMK is een breed toepasbaar kwaliteitsmodel dat in kaart brengt welke bouwstenen belangrijk zijn voor het realiseren van ketenzorg. Het model kan volgens gebruikers en ontwikkelaars gebruikt worden als evaluatie-instrument en monitoringsinstrument. Hierdoor ontstaat er zicht op de eigen verbetering en kan het OMK de basis vormen voor kwaliteitsbeleid.

Het OMK is gebaseerd op onderzoek en het model is in de praktijk gevalideerd (Minkman 2012). Het bestaat uit 89 concrete elementen die zijn samengebracht in negen clusters: cliëntgerichtheid, ketenregie- en logistiek, resultaatsmanagement, optimale zorg, resultaat gericht leren, multidisciplinair teamwerk, rollen taakverdeling, ketencommitment en transparant ondernemerschap. Verder beschrijft het model vier ontwikkelingsfasen waarmee zorggroepen hun ketenontwikkeling kunnen positioneren (Driessen 2011).

De vier fasen zijn:

- Fase 1: de initiatief- en ontwerpfase
- Fase 2: de experiment- en uitvoeringsfase
- Fase 3: de uitbouw- en monitoringsfase
- Fase 4: de verduurzamings- en transformatiefase

Op basis van onderzoek met experts is een top 10 van elementen per fase gemaakt (Minkman 2010). Dit zijn 38 elementen waarvan er twee in twee fasen terug komen. Deze lijst van 38 elementen is gebruikt voor dit onderzoek.

Ontwikkeling survey

Om de ontwikkeling van 'het Zorgpad PG-3D-observatie Rotterdam Rijnmond' in kaart te brengen is op basis van de 38 elementen van het OMK een online-vragenlijst ontwikkeld. Dit heeft plaatsgevonden in overleg met de ontwikkelaar van het OMK (dr. Mirella Minkman, Vilans). De vragenlijst is ingevoerd in het programma 'EvaSys-online survey' van de Hogeschool Rotterdam (www.evasys.hro.nl).

Inhoud survey

- Allereerst worden de achtergrondgegevens gevraagd.
- Daarna wordt de deelnemers gevraagd om op basis van de beschrijvingen van de vier fasen aan te geven in welke fase men vindt dat het project zich bevindt en toe te lichten waarom men dit vindt. Dit leidt tot een 'subjectieve inschatting van de fase'.
- Vervolgens worden de 38 element in willekeurige volgorde gepresenteerd. De respondent wordt gevraagd voor elk element te scoren of dit element aanwezig is of dat men van plan is hier aan te werken (ja, nee, van plan). Dit leidt tot een 'objectievere score' per fase.
- Vervolgens worden de elementen nogmaals gepresenteerd en wordt de respondent gevraagd welke elementen prioriteit hebben om mee aan de slag te gaan.

Analyse

- Bepalen van de ontwikkelfase op basis van scoring van de elementen: Wanneer de respondenten gemiddeld een element >70% met ja scoren wordt het betreffende element als geïmplementeerd beschouwd. Allereerst worden per element de percentages, ja/ nee en van plan bepaald. Als een element >70% 'Ja' heeft gescoord, dan is het element geïmplementeerd.
- Vervolgens wordt er gekeken naar de top 10 per ontwikkelingsfase. Uit onderzoek is '7'als goede indicator gekomen (Minkman, 2012). Wanneer er dus >7 elementen in fase 1 geïmplementeerd zijn, dan is deze fase voldaan en bevindt de keten zich in fase 2. Zijn er <7 elementen geïmplementeerd, dan kan de zorgketen niet al in de volgende ontwikkelingsfase zitten ook al zijn daar meerdere elementen wel geïmplementeerd. Duidelijk wordt dan ook aan welke elementen nog gewerkt moeten worden.
- Voor de analyses is gebruik gemaakt van IBM SPSS Statistics 18.

Selectie deelnemers

- Voor het invullen van de survey zijn direct betrokkenen bij de keten benaderd. Dit zijn medewerkers van Aafje, Laurens, het Sint Franciscus Gasthuis, het CIZ, Zorgkantoor Achmea en GGZ-Delftland. Het gaat hierbij om beleidsmedewerkers, zorgmanagers, consultatief verpleegkundige, psychiater, specialisten ouderengeneeskunde, klantadviseurs, afdelingsmanagers, transferverpleegkundigen, beleidsmedewerkers. De meeste deelnemers nemen tevens deel aan het zeswekelijkse PG-3D ketenoverleg. De lijst met potentiële deelnemers is voorgelegd aan de ketenpartners voor eventuele aanvullingen.
- De 17 betrokkenen werden via de mail uitgenodigd om de online-survey in te vullen en ontvingen hierbij een password. De online survey is voor het eerst verstuurd op 12/12/'11. In de begeleidende mail werd gevraagd of de genodigden deze vragenlijst voor 16/12/'11 wilden invullen. Op 19/12/'11 is een reminder gestuurd naar de genodigden die het onderzoek nog niet ingevuld hadden (13). Op 28/12/'11 is de tweede en laatste reminder verstuurd naar de overgebleven genodigden(10). De online survey is gesloten op 10/1/'12.

7.3. Resultaten

7.3.1. Respons

Van de 17 benaderden hebben er uiteindelijk 14 (82%) meegewerkt aan het evaluatieonderzoek. Hiervan waren er drie man en 11 vrouw. De leeftijd varieerde van 26 tot 51 jaar, gemiddeld 45 jaar. De hoogst genoten opleiding is bij 5 respondenten WO en bij 9 HBO. Van de respondenten zijn er 4 werkzaam in het Sint Franciscus Gasthuis, 3 in Aafje, 5 in Laurens, 1 bij het CIZ en 1 bij het Zorgkantoor.

7.3.2. Subjectieve inschatting fase

De meeste betrokkenen vinden, op basis van de beschrijvingen, dat de PG-3D Keten zich in fase 2, de Experiment- en uitvoeringsfase, bevindt (Figuur 7.1). Zoals één betrokkene het toelichtte: '*We zijn nog aan het evalueren en bijstellen. Ook de randvoorwaarden staan nog ter discussie dus de fase is ook nog niet afgerond. We experimenteren nog.*'

Figuur 7.1 Subjectieve inschatting ontwikkelingsfase OMK

Daarna is de vraag gesteld: 'Wat is er volgens u nodig om in de volgende fase te komen en in welk tijdbestek ziet u dit gebeuren?'. De antwoorden hadden betrekking op verkrijgen van *duidelijkheid* en vergroten van *betrokkenheid*:

Duidelijkheid
Wat in veel antwoorden naar voren komt is dat er meer duidelijkheid moet komen over:

- Aantallen patiënten
- Kwaliteitskenmerken
- Patiëntengroep
- Doelen van de keten
- Rolverdeling binnen de keten

Dit zijn bijna allemaal elementen die horen bij de Fase 1 van het ontwikkelingsmodel (zie ook Tabel 7.1). Dit geeft weer dat de betrokken zorgprofessionals wel inzicht hebben in wat er mist en waar aan gewerkt moet worden.

Betrokkenheid
Er wordt door de respondenten aangegeven dat er meer betrokkenheid moet zijn op de volgende punten:

- Streven naar blijvend commitment
- Goede aansturing vanuit betreffende organisaties
- Meer inzet management
- Meer initiatieven tot gezamenlijkheid

7.3.3. Indeling fase op basis van score elementen

In Tabel 7.1 worden per fase de 10 bijbehorende elementen gepresenteerd met daarbij het percentage respondenten dat aangeeft of het element is bereikt (Ja/ Nee) of dat men van plan is hier aan te gaan werken. In Tabel 7.1 is te zien dat voor fase 1 er van de 10 elementen 4 zijn geïmplementeerd (score ja >70%, grijs gearceerd). Dit geeft aan dat de zorgketen zich nog in Fase 1: de Initiatief en Ontwikkelingsfase bevindt.

Tabel 7.1. Score van de top 10 elementen per fase van het Ontwikkel Model Ketenzorg

	Fase 1: Initiatief en ontwikkelfase	**Ja**	**Nee**	**Planning**
1.1	Het vastleggen van de ambitie en doelen van de ketensamenwerking	71	21	7
1.2	De cliëntengroep omschrijven waarop de ketensamenwerking zich richt	71	-	29
1.3	Kenmerken van het gezamenlijke 'ketenproduct' benoemen en vaststellen	86	14	-
1.4	Zorg dragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties	50	25	25
1.5	Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat afspreken	25	58	17
1.6	Afhankelijkheden tussen de ketenpartners benoemen	64	36	-
1.7	Omschrijven welke taken en bevoegdheden leiding, coördinator, bestuur en adviesraden in de keten hebben	18	73	9
1.8	Afspraken maken over verwijzing en overdracht van cliënten binnen de keten	92	-	8
1.9	De samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken ketenpartners vastleggen	50	25	25
1.10	Afspraken maken over omgaan met en uitwisselen van cliëntgegevens	64	18	18
	Fase 2: de experiment- en uitvoeringsfase	**Ja**	**Nee**	**Planning**
2.1	Regulier direct contact tussen professionals in de keten realiseren	79	21	-
2.2	Gemeenschappelijke zorgplannen hanteren	7	79	14
2.3	Inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen die ketenbreed werkzaam zijn	23	69	8
2.4	Afstemming in de keten bereiken door wederzijds overleg tussen professionals	71	14	14
2.5	Gebruiken van evidence-based richtlijnen en standaarden	45	45	11
2.6	Monitoren van successen en resultaten gedurende de ontwikkeling van de keten	100	-	-
2.7	Afspraken maken over de ontslagplanning van cliënten	82	9	9
2.8	Werken in multidisciplinaire teams	82	9	9
2.9	Zorg dragen dat medewerkers in de keten zijn geïnformeerd over elkaars deskundigheid en taken	58	33	8
2.10	Informatie over de cliëntenstromen (aantallen, doorlooptijden) van de keten verzamelen	75	-	25
	Fase 3: de uitbouw- en monitoringsfase	**Ja**	**Nee**	**Planning**
3.1	Een systematiek hanteren van periodieke toetsing en evaluatie van afspraken, aanpak en resultaten	73	27	-
3.2	Flexibiliteit in het aanpassen van de ketenzorg voor individuele cliënten inbouwen	57	29	14
3.3	Registreren en analyseren van (bijna)fouten in de keten	30	50	20
3.4	Afspraken maken over het introduceren en integreren van nieuwkomers in de keten	15	62	23
3.5	Gezamenlijke scholingsprogramma's en leeromgevingen in de keten gebruiken	8	92	-
3.6	Cliëntenvertegenwoordigers betrekken bij verbetertrajecten in de keten (bijvoorbeeld door middel van cliëntenpanels)	-	73	27
3.7	Aandacht voor cliënten met multi- of co-morbiditeit inbouwen	67	17	17
3.8	Gezamenlijk kennis opdoen om innovaties in de ketenzorg te ontwikkelen	18	73	9
3.9	Koppelingen ontwikkelen tussen databases van ketenpartners	-	92	8
3.10	Het zichtbaar maken van de effecten van de ketensamenwerking op de productie van de ketenpartners	39	39	23
	Fase 4: de verduurzamings- en transformatiefase	**Ja**	**Nee**	**Planning**
4.1	Het gezamenlijk aanbieden van een ketencontract aan de financiers	33	50	17
4.2	Consequenties verbinden aan het al dan niet behalen van ketendoelen	-	100	-
4.3	Incentives inbouwen die behaalde en afgesproken kwaliteit belonen	-	100	-
4.4	Regulier bestuurlijk overleg houden met externe partijen (gemeente, inspectie, zorgverzekeraar)	64	27	9
4.5	Kennis delen over het doelmatig opzetten, verankeren en onderhouden van ketens met de deelnemende organisaties in de ketens	39	46	15
4.6	Gezamenlijke scholingsprogramma's en leeromgevingen in de keten gebruiken	8	92	-
4.7	Registreren en analyseren van (bijna)fouten in de keten	30	50	20
4.8	Het ontwikkelen van specifieke zorgprogramma's voor subgroepen binnen de keten	17	58	25
4.9	Overeenstemming bereiken tussen ketenpartners over het loslaten van domeinen	31	69	-
4.10	Budgetafspraken maken over de organisatie van de ketenzorg	20	80	-

Bij score > 70 is het betreffende element geïmplementeerd (grijs gearceerd). Bij 7 of meer geïmplementeerde elementen bevindt de keten zich in de volgende fase

Hoewel zes elementen van fase 2 als geïmplementeerd zouden kunnen worden beschouwd is een aantal essentiële elementen uit fase 1 nog niet geborgd. Belangrijke elementen hierbij zijn o.a.

- Omschrijven welke taken en bevoegdheden leiding, coördinator, bestuur en adviesraden in de keten hebben (element 1.7)
- Een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eindresultaat afspreken (element 1.5)
- De samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken ketenpartners vastleggen (element 1.9) en zorg dragen voor commitment van de leidinggevenden van de deelnemende organisaties (element 1.4)

Belangrijke punten voor het doorlopen van fase 2 zijn:

- Het hanteren van gemeenschappelijke zorgplannen. Hoe kan je aansluiten bij de persoonlijke doelen van de cliënten en gezamenlijk zorgplan vormgeven? (element 2.2.)
- Het inzetten van medewerkers die over de keten bezig zijn zou een element zijn om de geleverde zorg in de keten verder vorm te geven. Bijvoorbeeld door het inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen die ketenbreed werkzaam zijn (element 2.3)
- Een ander aandachtspunt is er voor zorg dragen dat medewerkers in de keten zijn geïnformeerd over elkaars deskundigheid en taken (2.9.).

7.3.4. Elementen die prioriteit hebben voor verdere ontwikkeling volgens onderzochten

Uit antwoorden op de vraag welke van de 38 elementen prioriteit hebben om verder te ontwikkelen is een top vijf samengesteld (Tabel 7.2). Opvallend is dat geen van deze elementen de eerste fase betreffen en integreren van nieuwkomers in de keten bovenaan staat, een element behorend bij fase 3. Een ander belangrijk aspect voor de ketenpartners is de financiering, een element behorend bij de verduurzamings- en transformatiefase (fase 4).

Tabel 7.2 Prioriteiten voor verdere ontwikkeling voorkeur onderzochten

Rang	Vragen	Fase OMK	Aantal keer ingevuld	Aantal stemmen voor prioriteit
1	13. Worden er afspraken gemaakt over het introduceren en integreren van nieuwkomers in de keten?	3	13	4
2	2. Is er direct contact tussen de professionals in de keten gerealiseerd?	2	14	3
3	5. Worden er gemeenschappelijke zorgplannen gehanteerd?	2	14	3
4	10. Worden de effecten van de ketensamenwerking op de productie van de ketenpartners zichtbaar gemaakt?	3	13	3
5	15. Is het ketencontract gezamenlijk aangeboden aan de financiers?	4	12	3

7.4. Discussie, conclusie en aanbevelingen

Een belangrijke discussie die door de ketenpartners gevoerd wordt, is die van de patiëntengroep voor wie het zorgpad bedoeld is en het wat de belangrijkste doelen zijn van het Zorgpad. Er wordt verder ingegaan op de financiering van de keten, een belangrijk vraagstuk voor de ketenpartners.

Doelgroep

Er lijkt nog geen eenduidigheid te zijn over de doelgroep voor wie het pad bedoeld is. Op basis van de open vraag 'Wat is volgens u de patiëntengroep waar het Zorgpad (de keten) zich op richt?' valt het volgende op:

- Sommige respondenten geven aan dat de patiënt nog geen diagnose moeten hebben (GGZ-diagnose) en anderen geven aan dat de patiënt wel al een diagnose mag hebben.
- De problematiek van de zorgvrager is niet duidelijk benoemd. Sommigen geven alleen Depressie, Delier, Dementie aan, anderen benoemen geheugenproblematiek, cognitieve problemen, somatische aandoening, een combinatie van somatische en psychische problematiek. lichamelijke en psychische zorgvraag.
- Sommigen geven aan dat er een revalidatietraject nodig is voor de zorgvrager, anderen geven aan dat er een observatieperiode nodig is.

Het vaststellen van de doelgroep is een belangrijk element van Fase 1: 'Initiatief- en Ontwerpfase' en is geformuleerd als: "Is de cliëntengroep waarop de ketensamenwerking zich richt helder omschreven?".
In Tabel 7.1 is te zien dat van de 14 respondenten 71.5 % (10 personen) 'Ja' heeft geantwoord, en 28.5% (4 personen) heeft benoemd dat dit nog in de planning staat. Dat de overduidelijke meerderheid heeft beantwoord dat dit duidelijk is, blijkt niet uit de antwoorden die zij gegeven hebben op de open vraag hierover.

Doelen van het Zorgpad
Er lijkt nog geen eenduidigheid te zijn over de doelen van het Zorgpad. Op basis van de open vraag 'Wat zijn de belangrijkste doelen van het Zorgpad?' valt het volgende op:

- Er zijn doelen die in vrijwel elk antwoord naar voren komen:
  - De zorgsoort (diagnostiek/behandeling/revalidatie)
  - Juiste zorg op de juiste plek
  - Snellere doorplaatsing
- Er zijn doelen die eenmalig/weinig aan bod kwamen
  - Terugkeer naar huis
  - Betere kwaliteit van zorg
  - Doelmatigheidswinst
  - Adequate financiering

Het vaststellen van de doelen en ambities van de ketensamenwerking is een belangrijk element van Fase 1: 'Initiatief- en Ontwerpfase'. Deze is geformuleerd als: "Zijn de doelen en de ambitie van de ketensamenwerking duidelijk vastgesteld?" In Tabel 7.1 is te zien van de 14 respondenten, 71.4 % (10 personen) 'Ja' heeft geantwoord, 7,1% (1 persoon) 'Nee' en 28,5 % (4 personen) heeft benoemd dat dit nog in de planning staat.
Op elementen als 'consequenties verbinden aan het niet behalen van ketendoelen' of 'het inbouwen van incentives voor het behalen van kwaliteitsdoelen' (beiden fase 4) wordt voor 100% 'Nee' geantwoord.

Financiering
Er is in twee elementen gevraagd naar factoren die te maken hebben met de financiering/financiën van het Zorgpad. Beide elementen behoren bij Fase 4.

- Budgetafspraken maken over de organisatie van de ketenzorg. Opvallend is dat vier ondervraagden dit element niet hebben beantwoord. Degene die dit element wel beoordeeld hebben, zijn verdeeld. De meerderheid (8 personen) heeft dit element met 'Nee' beoordeeld, maar 2 personen hebben dit toch met 'Ja' beoordeeld. (element 4.10)
- Het gezamenlijk aanbieden van een ketencontract aan de financiers. De helft van de onderzochten heeft dit element beoordeeld met 'Ja' terwijl de andere helft dit heeft beantwoord met 'Nee' en 'Staat nog in de planning'. Bij nadere analyse blijkt dat de onderzochten die dit element met 'Ja' hebben beoordeeld allemaal werkzaam zijn in Aafje en de andere persoon werkzaam is bij het CIZ. Dit verschil kan liggen aan het feit dat niet alle betrokkenen inzicht hebben in de financiering van het Zorgpad. (element 4.1)

Beperkingen van het onderzoek

- De ontwikkelde webbasedtool die alle 89 elementen bevraagd was niet beschikbaar voor dit onderzoek. Hierdoor zijn niet alle elementen bevraagd.
- De ruimte die beschikbaar was om antwoorden in te vullen in de online vragenlijst was beperkt waardoor bij sommige onderdelen respondenten wellicht belangrijke feedback/informatie niet hebben kunnen geven.

Conclusie en aanbevelingen

Hoe ver ontwikkeld is het Zorgpad PG-3D en op welke punten moet het Zorgpad nog verbeteren om deze zorgketen verder te kunnen laten ontwikkelen?
Uit de analyse van de enquête is gebleken dat het Zorgpad PG-3D zich in Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase, van het OMK. Het merendeel van de betrokken zorgprofessionals die de enquête hebben ingevuld zelf vonden dat het Zorgpad zich in de 2e ontwikkelingsfase bevindt.

Aanbevelingen

Aan de hand van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg worden de volgende aanbevelingen gedaan om ontwikkelfase 1 en 2 af te ronden:

Stel een protocol op waar de volgende punten duidelijk naar voren komen:

- Formuleer in één concrete zin de patiëntendoelgroep op wie deze zorgketen van toepassing is, zodat dit voor alle betrokkenen duidelijk is.
- Inventariseer de doelen die er volgens de betrokken zorgprofessionals gehaald moeten worden met het Zorgpad, zodat de doelenhiërarchie van het Zorgpad compleet en duidelijk is.
- Spreek consequenties af voor het al dan niet behalen van de doelen van de zorgketen.
- Benoem de afhankelijkheden tussen de ketenpartners op een heldere manier die voor alle betrokkenen duidelijk is.
- Omschrijf de taken en bevoegdheden die de leiding, coördinator, het bestuur en de adviesraden heeft/hebben op een manier dat er transparantie is voor de betrokkenen van het Zorgpad.
- Stel een samenwerkingscontract op zodat alle betrokken zorgprofessionals verantwoording hebben voor hun aandeel in deze zorgketen.
- Maak concrete afspraken die voor alle betrokkenen na te volgen zijn betreffende het uitwisselen van cliëntgegevens.

Gebruik het ontwikkelingsmodel Ketenzorg met de bijbehorende elementen, clusters en fases om vervolgstappen te kunnen blijven maken en stel dit alles op in een verbeterplan.

8 Discussie, conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de diverse deelonderzoeken gebundeld en besproken. Er worden aanbevelingen gegeven aan de ketenpartners voor de verdere ontwikkeling en implementatie van het Zorgpad PG-3D observatie Regio Rotterdam Rijnmond.

Doelgroep
Een eerste vraag was om inzicht te krijgen in de omvang en samenstelling van de doelgroep. Wie stroomt nu het PG-3D pad in? De resultaten van de monitor laten zien dat de populatie inderdaad een kwetsbare groep ouderen betreft. De leeftijd (gemiddeld 83 jaar variërend van 69-94 bij opname) is hoog en de beperkingen voor en tijdens opname zijn groot (en neemt toe), er is veelal sprake van 1 of meerdere chronische aandoeningen en weinig patiënten keren uiteindelijk terug naar huis.

- Uit de monitoring blijkt dat niet alle patiënten die gelabeld worden voor opname in het pad volgens de definitie daar in thuis horen. Ook uit de enquête (hoofdstuk 7) blijkt dat er veel onduidelijkheid is over aantallen patiënten en de doelgroep, dit wordt bevestigd in de diverse interviews.
- In een jaar tijd zijn 62 patiënten ingestroomd
  - een deel (1/3) van de ouderen blijkt al een diagnose dementie te hebben.
  - een deel van de ouderen (9 van de 62) wordt vanuit het verzorgingshuis/ verpleeghuis opgenomen

  Men zou deze groep als ´vals positieven´ kunnen labelen. Dit wil echter niet zeggen dat observatie voor het vaststellen van verder behandeling en/of revalidatie voor deze groep niet zinvol zou zijn. Bij deze groep gaat het echter niet om het stellen van een PG diagnose en is de vraag of terugkeer naar huis mogelijk is. De vraag is of een aparte observatieplek/ afdeling voor deze groep noodzakelijk is.
- Dit in ogenschouw nemend is het aantal patiënten dat instroomt in het pad kleiner dan verwacht; in een jaar tijd zijn 62 patiënten ingestroomd, waarvan 2/3 zonder eerdere GGZ-diagnose. Dit is ongeveer de helft van het aantal verwachtte aantal van 80 patiënten.
- Wat verder opvalt is dat er bij de patiënten voornamelijk sprake is van geheugenstoornissen, weinig delier en depressie.
- De groep allochtone ouderen lijkt onder vertegenwoordigd?

Zowel uit de interviews als uit de scores van de ketenzorgelementen (hoofdstuk 7) blijkt dat het afbakenen, concreet beschrijven en zichtbaar maken van de doelgroep aandacht behoeft.

Aanbevelingen:
- bezinning op de doelgroep

Doelstelling
Doel was om patiënten zo snel mogelijk uit het ziekenhuis te plaatsen voor verdere observatie en behandeling naar een observatieplek bij Aafje-Schiehoven of Laurens-Stadzicht. Na revalidatie zou de patiënt idealiter weer naar huis gaan.
Uit de monitoring blijkt:

- dat van de 62 patiënten die het PG-3D pad zijn ingestroomd er 24 zijn overgedragen aan Aafje-Schiehoven, 16 aan Laurens-Stadszicht (samen 40). Er zijn 22 patiënten naar overige voorzieningen gegaan.
- dat een deel van deze 40 patiënten uiteindelijk niet ter observatie is opgenomen (met name bij Laurens) vanwege eerder genoemde reden: diagnose was reeds gesteld.
- dat van de 40 patiënten er weinig uiteindelijk naar huis zijn gegaan: 5 patiënten van Aafje, geen van Laurens. Patiënten zijn overleden, verblijven nog op de observatieafdeling of zijn opgenomen in een verpleeg- en of verzorgingshuis.
- dat van de negen (van de 62) patiënten die bij opname in het SFG in het verzorgingshuis/verpleeghuis woonden niemand (direct) is teruggegaan naar het verzorgings-/verpleeghuis waar ze woonden.

Zowel uit de interviews als uit de scores van de ketenzorgelementen (hoofdstuk 7) blijkt dat het definiëren van de doelstelling van de keten aandacht behoeft.

Aanbevelingen:
- bezinning op de doelstelling
- en vervolgens aanpassing van de werkwijze aan de doelstelling, bv meer nadruk op diagnostiek, meer nadruk op revalidatie, meer nadruk op het vinden van een juiste plek, meer nadruk op terugkeer naar huis

Doorlooptijden
- De ligduur in het SFG lijkt voor de in het PG-3D pad ingestroomde groep (n=62) omlaag te zijn gegaan. De 62 patiënten verblijven gemiddeld 17 dagen in het SFG met een minimum van 6 en maximum van 43 dagen. Als het gaat om het aantal dagen tot de verwachte ontslag datum (VOD) dan is dit een stuk lager, ruim 9 dagen met een maximum van 34 dagen. Het gemiddeld aantal dagen tussen VOD en werkelijke ontslagdatum is gemiddeld 7 variërend van 0 tot 20 dagen. Dit lijkt niet significant veranderd gedurende de pilotperiode.
- Als we kijken naar de doorlooptijden voor de 40 patiënten die zijn doorgestroomd naar Aafje-Schiehoven, Laurens-Stadzicht of ´Overig´, dan lijkt het erop dat de populatie die naar Aafje is gegaan gemiddeld langer in het SFG verblijft. Ook duurt het voor deze groep gemiddeld langer voordat het PG-3D pad gestart wordt. Het is niet duidelijk hoe dit komt.
- Zowel uit de monitoring, de casestudies (hoofdstuk 6) en het dossieronderzoek bij Aafje (hoofdstuk 5) blijkt dat een diagnose binnen 3 tot 6 maanden wordt gesteld maar dat de doorstroom vanuit de observatieplek naar een vervolgvoorziening of thuis vaak stagneert. Patiënten blijven hierdoor regelmatig langer dan 3 maanden op de afdeling.

Aanbevelingen:
- Maak inzichtelijk hoe de transfer van de patiënt naar andere instellingen verloopt.
- Denk na over maatregelen om de doorstroom vanuit de observatieafdeling te vergroten. Bijvoorbeeld door het werken met een verwachte ontslagdatum waardoor geanticipeerd kan worden op doorplaatsing.

Bekendheid personeel met het zorgpad
- Uit de interviews en enquête komt naar voren dat de doelstelling van het PG-3D-pad voor diverse zorgprofessionals onduidelijk en/of onbekend is, zowel binnen het SFG als bij Laurens & Aafje. Dit is bij start van de pilot (feb-mei 2011, pilotfase I) als op ¾ van de pilot (november-december 2011, pilotfase II).
- Uit hoofdstuk 5 blijkt dat op de werkvloer (ergotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkenden) in de verpleeghuizen veel onduidelijkheid heerst over het zorgpad. Men weet niet dat de betreffende patiënt onderdeel is van de pilot en het pad of wat de inhoud ervan is.
- Uit de enquête onder de zorgprofessionals direct betrokken bij de ontwikkeling van het PG-3D pad heerst ook onduidelijkheid over de uitwerking van het pad. Er is behoefte aan meer duidelijkheid en commitment aan het zorgpad binnen en tussen de organisaties. Men heeft behoefte aan het maken van verdere samenwerkingsafspraken en creëren van commitment.
- Bekendheid verdwijnt met personeelswisselingen in verpleeghuizen.

Aanbevelingen:
- Vergroot de bekendheid op verschillende niveaus, met verschillende middelen, op verschillende momenten.
- Stel projectleiders aan en zorg voor vervanging bij overplaatsing/vertrek.

Familie, patiënten en het zorgpad

- Bij familie en patiënten is er weinig bekendheid met het Zorgpad. Dit blijkt zowel uit de interviews met zorgverleners als de casestudies waarbij patiënten en mantelzorgers zijn geïnterviewd.
- Uit de monitoring is niet op te maken in hoeverre de folder over het pad in het SFG wordt uitgedeeld (dit wordt niet goed geregistreerd).
- Soms is het voor patiënt en omgeving onduidelijk dat het gaat om een tijdelijke opname. In de praktijk blijkt de tijdelijke opname vaak ook langer te duren (geen plek in vervolgvoorziening, toch niet opgenomen op observatieafdeling maar andere plek). Dit wordt bevestigd door de resultaten van de monitoring en casestudies.
- Familie en patiënt willen, om verschillende redenen, niet altijd opgenomen worden bij Aafje of Laurens en hebben een voorkeur voor andere instellingen.

Aanbevelingen:

- Vergroot de bekendheid bij familie en patiënt en registreer welke informatie gegeven wordt.
- Betrek de familie gedurende het hele traject bij de voortgang en de besluiten.
- Betrek de familie tijdig bij het ontslag of de overplaatsing en bepaal de keuze gemeenschappelijk.

Uitvoering Zorgpad-SFG

De beschrijving van het Zorgpad is te vinden in bijlage 1. In het algemeen worden de stappen in het pad gevolgd maar niet altijd op de dag zoals aangegeven in de beschrijving. In het Zorgpad wordt gesproken over werkdagen. In de monitoring wordt gewerkt met data waarop activiteiten plaatsvinden waardoor cijfers betrekking hebben op opnamedagen. Verder is met name het opstarten van het traject tot het aanmelden bij Bureau Nazorg diffuus te noemen. Op deze beginstappen wordt hieronder ingegaan.

SFG-Opnamedag

- De geheugenproblematiek is in de meeste gevallen wel bevraagd (driekwart) maar niet altijd op de dag van opname zoals beschreven in het Zorgpad. In het EVD wordt soms een toelichting gegeven en in het transferdossier wordt er vaker en uitgebreider iets over opgeschreven. Het is niet duidelijk hoeveel mensen op grond van het bevragen van de geheugenproblematiek het pad verlaten en later al dan niet alsnog instromen vanwege geheugenproblematiek (vals negatief). Ook is niet bekend bij hoeveel mensen er al eerder onderzoek gedaan is naar het geheugen, dit opgevraagd is door de arts en er daarom geen CPV in consult is gevraagd. Wat dit laatste punt betreft lijkt het er juist op dat deze patiënten in het pad gebleven zijn (aantal patiënten bekend met dementie bijvoorbeeld).
- Uit de interviews uit pilotfase 1 blijkt dat de anamnese vaak snel en onvolledig wordt afgenomen. Er wordt nog weinig tot geen gebruik gemaakt van de geheugenvragen, scorelijsten en hetero-anamnese. Dit kan er toe leiden dat klachten minder snel aan het licht komen, maar ook dat familie van de patiënt slecht geïnformeerd zijn over de situatie. Het niet invullen van geheugenvragen door de verpleegkundige tijdens de anamnese leidt ertoe dat de CPV'er onvolledige informatie ontvangt.

Aanbevelingen:

- Kritisch kijken naar procedures voor anamnese en registratie daarvan.
- Bijscholingen en klinische lessen voor verpleegkundigen en artsen over het herkennen van kwetsbare ouderen patiënten in een ziekenhuis.

SFG-Start traject

- Een verpleegkundige van de afdeling dient een vooraanmelding te doen bij Bureau Nazorg. Dit gebeurt gemiddeld 7 dagen na opname van de patiënt (2-28 dagen).
- De vraag is of alle patiënten bij wie bij opname al geheugenproblemen zijn geconstateerd ook meteen zijn aangemeld (gemiste patiënten).

- Een depressie of delier kan zich ook later na opname ontwikkelen waardoor patiënten terecht pas later in hun opname worden aangemeld. Uit de monitoring is niet op te maken wanneer een delier plaats heeft gevonden en hoe snel daarna het traject in werking is gesteld. De registratie is nu niet transparant genoeg om dit goed te achterhalen.

SFG-(werk)dag 1

- In bijna driekwart van de gevallen (72.9%) is geregistreerd dat er een psychiater of een consulair psychiatrisch verpleegkundige berokken is.
- Uit de registratie is moeilijk op te maken op welke dag in het traject dit plaatsvindt. Dit kan zijn omdat het niet genoteerd is of omdat er een verschil zit tussen werkdagen en aantal opnamedagen.
- In 35 gevallen is geregistreerd dat er een aanvraag gedaan voor een consult, meestal op de dag van start van het pad (variërend van 7 opnamedagen voor tot na start van het traject).

Uitvoering Zorgpad bij Aafje en Laurens

Aanmelding en overdracht patiënt vanuit het SFG

- Zeker in pilotfase 1 was bij de verpleeghuizen niet altijd duidelijk welke patiënten gelabeld waren voor het PG-3D pad. Er is een aparte werkgroep ingesteld om in 2 bijeenkomsten verdere afspraken te maken en het Zorgpad bij te stellen.
- Een belangrijk verbeterpunt in de overdracht bleek ook de volledigheid van dossiers met betrekking tot testresultaten bij de patiënt. Men wil niet alleen de uitkomsten van bepaalde test ontvangen maar de gehele testresultaten. In pilotfase 2 is dit nog steeds een aandachtspunt.

Wat houdt precies de observatie en revalidatie bij Aafje en Laurens in?

- Bij start van de pilot was nog onbekend wat het zorgpad binnen Aafje en Laurens en de behandeling inhoud. Gedurende de pilot zou hier meer inzicht in moeten komen. Aafje heeft hiervoor een zorgpad op papier gezet (Aafje 2011), voor Laurens heeft dit aan het eind van de evaluatieperiode nog niet plaatsgevonden.
- Uit het onderzoek naar het Zorgpad bij Aafje (hoofdstuk 5) is de inhoud van de behandeling niet duidelijk geworden. Hoe wordt ADL-zelfstandigheid getraind, wordt er iedere dag 30 minuten bewogen, hoe ziet het activiteitenprogramma er uit, hoe wordt de voorbereiding op overplaatsing/terugkeer naar huis vormgegeven en hoe wordt het contact met familie onderhouden, vindt er familieondersteuning?
- Wel is inzicht gekregen in hoe verschillende disciplines van de observatieafdeling de pilot, de observatieafdeling en hun taken daarbinnen ervaren.

Aanbevelingen:

- Bezinning op het creëren/ in standhouden van een aparte unit voor deze doelgroep (Aafje Stadzicht)
- Indien de unit in stand gehouden wordt, de werkwijze meer toespitsen op observatie en revalidatie.
- Laurens: overweegt revalidatietraject thuis omdat gesloten setting niet geschikt is voor revalidatie: intensieve dagscreening met deeltijdbehandeling en zorg aan huis.

Indicatiestelling en financiering

- Een belangrijk aspect van de pilot is de financiering van de keten. Volgens de beschrijving van het zorgpad (bijlage 1) staat de somatische revalidatie op de voorgrond (tenzij er al een PG indicatie in de thuissituatie is afgegeven). Men had gedacht dat er meest een ZZP 9 voor revalidatie en herstel kon worden afgegeven met of zonder BOPZ. Gaandeweg de pilot bleek dat deze vooronderstelling door de ketenpartners onterecht is en wettelijk vanuit het CIZ niet werd gesteund.
- Uit de monitoring blijkt dat alle patiënten die opgenomen zijn bij Aafje Schiehoven vanuit het SFG een ZZP 9 hebben ontvangen, 1 patiënt is ook vanuit Aafje met een ZZP 9 naar een vervolgvoorziening gegaan. Bij Laurens hebben de meeste patiënten een ZZP 5 gekregen. Een deel van de patiënten is niet op de

observatieafdeling opgenomen maar (meteen) overgeplaatst naar permanent verblijf en uiteindelijk kon geen van de patiënten naar huis. De vraag is of de patiënten geen ZZP 9 kregen omdat er geen zicht was op herstel/ revalidatie en indicatie permanent verblijf (ZZP 5 of 7) ook gerechtvaardigd is. Of is het zo dat, omdat de patiënt geen ZZP 9 kreeg en daarmee geen revalidatie, de kans op herstel en revalidatie klein is.

- Uit de enquête onder ketenpartners blijkt dat het realiseren van een ketencontract dat gezamenlijk wordt aangeboden aan de financiers een prioriteit is voor verdere ontwikkeling van de keten (paragraaf 7.3.4). Dit is een aspect dat behoord bij fase 4 van de ontwikkeling van een keten (de verduurzamings- en transformatiefase).

Aanbevelingen:

- Uit het monitorringonderzoek valt niet op te maken of de geïndiceerde zorg passend is voor de benodigde en geleverde zorg binnen de instellingen. Hier is verder onderzoek voor nodig.

Ketenontwikkeling

Positionering van de ketenontwikkeling heeft plaatsgevonden aan de hand van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (zie hoofdstuk 7). Uit het deelonderzoek komt naar voren dat de keten zich bevindt in fase 1, de initiatief en ontwikkelfase. Een aantal belangrijke elementen die behoren bij deze fase moeten nog worden geborgd. Zo zijn er geen taken en bevoegdheden van leiding coördinator, bestuur en adviesraden omschreven (element 1.7). Hoewel er een initiatiefnemer is, is er geen formele coördinator, ook een bestuur of adviesraad ontbreekt. Deze zijn ook niet ingesteld, er zijn mondelinge afspraken tussen ketenpartners met een ketenpartner overleg in wisselende samenstelling (in functie en persoon). Uit het evaluatieonderzoek komt naar voren dat er meer behoefte is aan formalisering van de keten. Er is behoefte aan

- Commitment van leidinggevenden (op meerdere niveau´s)
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor resultaten
- Omschrijving van taken en bevoegdheden
- Duidelijk samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners (op zowel management niveau al op de werkvloer). Zorgdragen voor duidelijke overdracht bij wisselend personeel

Beperkingen onderzoek

- De pilot heeft laten zijn dat dataverzameling binnen de keten moeizaam verloopt. Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen. Gegevens over een patiënt worden op zeer veel verschillende plaatsen en niet centraal verzameld (zijn niet patiëntvolgend), dossiers zijn vaak niet compleet waardoor juiste gegevens met betrekking tot een case moeilijk zijn te achterhalen, er zijn veel personen (in wisselende samenstelling) bij de zorg en keten betrokken. De uiteindelijk beperkte omvang van de pilotgroep maakt dat de gevonden gegevens met enige voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. De resultaten geven vooral aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling van de keten.
- Gegevens van patiënten die onterecht niet zijn opgenomen in het pad konden niet in kaart worden gebracht. Ook de patiënten die niet naar Aafje of Laurens zijn doorgestroomd zijn door het beperkte onderzoek niet gevolgd
- Voor het monitoren en stellen van doelen is het eenvoudiger te spreken van opnamedagen dan van werkdagen, zoals nu beschreven in het SFG-PG-3D zorgpad. Vertraging in het pad kan ook veroorzaakt worden doordat acties in het weekend niet doorlopen, ook hier zit ruimte voor verbetering.

Aanbevelingen:

- Verzamel gegevens met betrekking tot het PG-3D-pad op een centraal punt op de volgende momenten: a. Dag verlaten patiënt SFG, b. Dag verlaten observatieafdeling, c. Dag verlaten vervolgvoorziening en d. tussentijds bij overlijden of verlaten pad om andere redenen.
- Maak hiervoor een registratieformulier die door Bureau Nazorg aan het dossier wordt toegevoegd en ingevuld en na overplaatsing wordt overgedragen. De ketenpartners kunnen zelf de benodigde gegevens

direct noteren zodat deze niet meer achteraf in de status hoeven worden gezocht en de gegevens eenduidig worden verzameld.

- Ook voor patiënten die naar een andere instelling gaan zou het registratieformulier na overdracht kunnen worden ingevuld en verzameld.
- Werk met opnamedagen in plaats van werkdagen

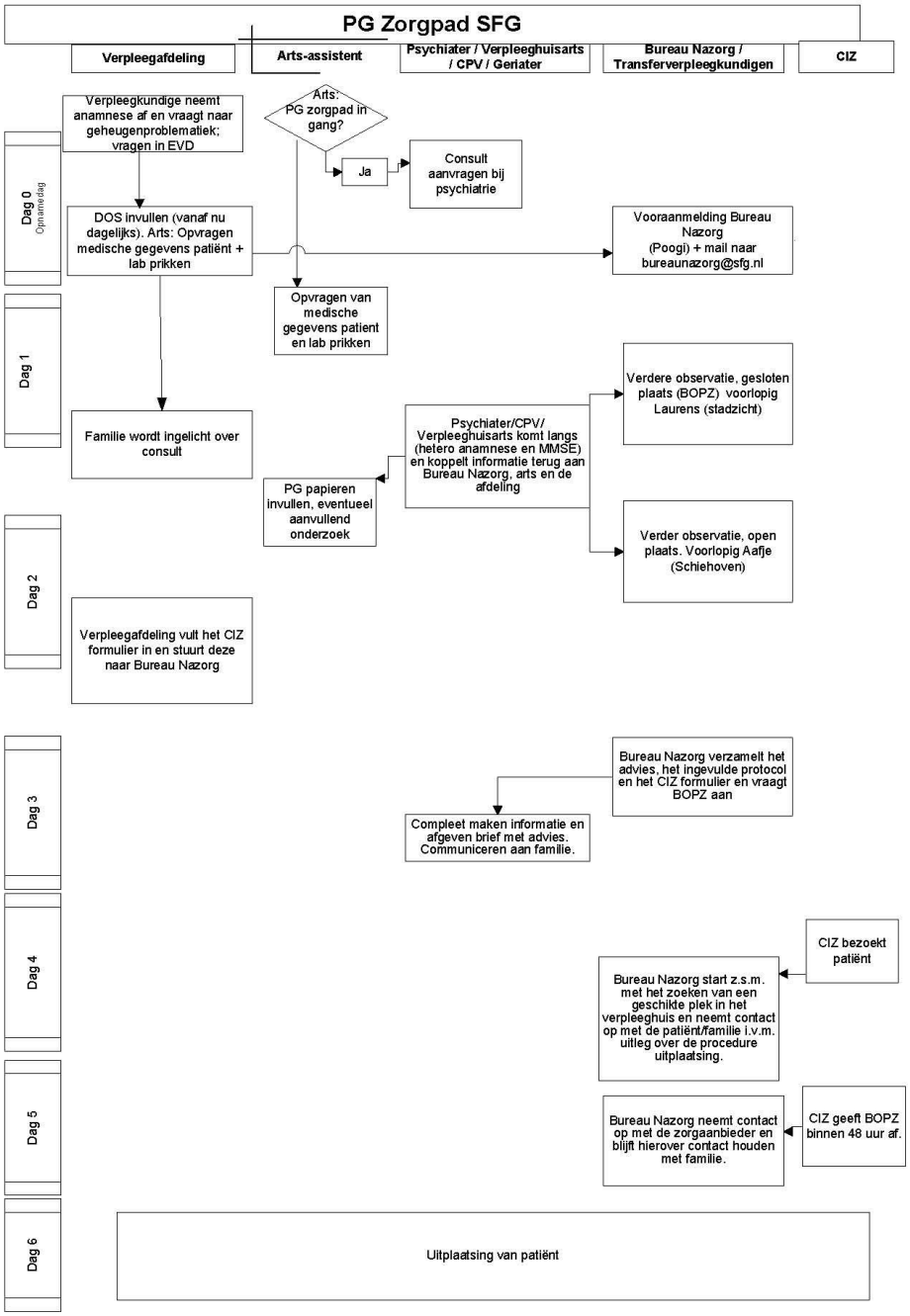
Bereiken van gewenste situatie

Een ambitie van de werkgroep is om, bij een positieve evaluatie, de bevindingen en keten verder te implementeren in de regio Rotterdam (uitbreiding naar andere ziekenhuizen en locaties V&V sector).
Het monitor- en evaluatieonderzoek laten zien dat de patiënt na de somatische behandeling in het SFG sneller wordt overgeplaatst naar de V&V sector voor verdere psychogeriatrische diagnostiek, revalidatie en behandeling dan voor de pilot. De resultaten van het monitorings- en evaluatieonderzoek vragen echter om een pas op de plaats. Alvorens de pilot uit te breiden in de regio zou de werkgroep zich verder moeten bezinnen op de doelgroep en doelstelling van de pilot. De patiënten opgenomen in het pad zijn divers, ze voldoen niet allen aan de voorafgestelde criteria. De omvang van de groep waarvoor de pilot is bedoeld is dan ook kleiner dan verwacht. Op de werkvloer is nog veel onbekendheid met de pilot en de taken/verloop in keten. Er zijn ook knelpunten benoemd bij de in- en uitstroom van de keten die verder uitwerking behoeven alvorens andere instellingen in de regio bij de pilot te betrekken.
De keten bevindt zich volgens de fasen van het Ontwikkelingsmodel Ketenzorg (OMK) nog in fase 1 de initiatief- en ontwerpfase. Met een aantal concrete stappen zouden de nog niet geïmplementeerde elementen uit deze fase kunnen worden uitgewerkt waarna ook fase 2, de experiment- en uitvoeringsfase snel kan worden afgerond en het zorgpad/werkwijze verder kan worden uitgerold naar andere ziekenhuizen en V&V locaties. Een beperktere monitoring- en evaluatie zou dit proces kunnen ondersteunen en verder inzicht geven in de kwaliteit en efficiency van de keten.

Literatuur

- Driessen, S. (2011). Zorggroep Synchroon brengt diabetesketen in beeld Ontwikkelingsmodel ketenzorg richt zich op verbeterpunten. DE EERSTELIJNS 25 nr. 6, juni/augustus.
- Elsenburg, M. & Hamming, V. (2012). Ervaringen Zorgpad PG-3D. Eindverslag minorproject 'Ervaringen van cliënten en mantelzorgers die ingestroomd zijn in het Zorgpad PG-3D'. Minor Chronisch Aandoeningen. Hogeschool Rotterdam.
- Fabbricotti, I.N. (2007). Zorgen voor zorgketens: integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens. Proefschrift. Optima: Rotterdam.
- Kerkhof, M., Visser D, Wandel, C. (2012). Beschrijving Zorgpad observatieafdeling PG-3D in de V&V instelling. Eindverslag minorproject. Minor Chronisch Aandoeningen. Hogeschool Rotterdam.
- Klaassen, S. (2012). Kwetsbare ouderen en PG/3D problematiek. Scriptie HBO-Verpleegkundige, Hogeschool Rotterdam.
- Minkman,M.M.N., Vermeulen, R. P., Ahaus, K.T.B. & Huijsman, R. (2009). A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. BMC Health Services Research 2011, 11:177. http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/177.
- Minkman, M.M.A. e.a. (2009). A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. International Journal for Quality in Health Care. Volume 21, Number 1: pp. 66–75
- Minkman, M.M.N. e.a. (2010). Het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg. Management en Organisatie, Nummer 5, september/oktober p. 26-43.
- Minkman, M.M.A. e.a.(2011). The implementation of integrated care: the empirical validation of the Development Model for Integrated Care. BMC Health Services Research 11:177
- Minkman, M.M.A. (2011). Developing Integrated Care. Towards a Development Model for Integrated Care. Proefschrift. Kluwer, Deventer.
- Nes, C. (2011). De ervaringen van betrokken zorgverleners en professionals met de transitie van kwetsbare ouderen met verdenking of risico op PG/3D. Scriptie HBO-Verpleegkundige, Hogeschool Rotterdam.
- Raaf, M. van der & Vreede, M. de (2012). Eindverslag minorproject 'Ontwikkeling van een instrument om de ketenkwaliteit van het Zorgpad PG-3D-observatie Rotterdam Rijnmond onder professionals te meten'. Minor Chronisch Aandoeningen. Hogeschool Rotterdam.
- Willschut, E. (2011). Het Zorgrecept onder de loep. Nulmeting van het evaluatieonderzoek naar de "Pilot keten PG/3D observatie regio Rotterdam". Scriptie HBO-Verpleegkundige, Hogeschool Rotterdam.
- Roza, D. & Van Els, L. (2012). Monitoring Zorgpad PG-3D Rotterdam-Rijnmond. Eindrapport Minorproject. Doorstroomminor, Hogeschool Rotterdam.

Bijlage 1: Zorgpad PG-3D Observatie versie 2.0 per 1 februari 2011



Transmuraal ketenzorgpad PG/3D
Het transmurale PG zorgpad heeft als doel patiënten met een somatische ingreep en een psychogeriatrisch beeld, zo spoedig als mogelijk in de zorgketen op het juiste moment, de juiste plek, door de juiste mensen zorg te verlenen.

Startdatum regionale pilot 1-2-2011
2x half jaar met halfjaarevaluatie en jaarevaluatie o.b.v. kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksresultaten.

Doel
Kwaliteitverhogen van zorgverlening aan deze groep meest kwetsbare ouderen door zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste professionals te gaan laten plaatsvinden.

uitgangspunt
Hierbij is uitgangspunt dat het ziekenhuis niet de geschikte plaats is voor psychogeriatrische zorgverlening maar slechts een interventiekliniek is voor somatische behandeling.
De somatische interventie en noodzakelijke medische en verpleegkundige zorgverlening is bepalend voor de opnameduur. Het PG ziektebeeld is hieraan ondergeschikt.

Nieuw in dit proces:
- Nieuw is dat het proces van observatie en diagnostiek niet op een ziekenhuisbed plaats hoeft te vinden, maar binnen de V&V sector op specifiek hiervoor gelabelde bedden.
- De definitieve diagnostiek en bijpassende indicatie e.a. wettelijke maatregelen zoals BOPZ kunnen in een later stadium dan nu buiten het ziekenhuis plaats vinden na observatie en diagnostiek op een open plek/3D plek.
- Het ziekenhuis doet middels een Geriater/psychiater/specialist Ouderen Geneeskunde onderzoek vroeg in het proces en stelt een hetero anemnsese op die ertoe bijdraagt dat waar nodig en gevraagd op dag 5 een indicatie door CIZ kan worden afgegeven. Dit kan met en zonder BOPZ.
- Uitplaatsing kan op dag 6 plaatsvinden naar de V&V sector mits de somatische behandeling medisch specialistisch is afgerond.

Voorwaarden voor uitvoering en nog te ondernemen acties
Indicatie CIZ; De somatische revalidatie staat op de voorgrond (tenzij er al een PG indicatie in de thuissituatie is afgegeven) D.w.z. dat er meest een **ZZP 9 voor revalidatie en herstel kan worden afgegeven met of zonder BOPZ.**

Locaties V&V sector:
1. **Laurens = Stadzicht --> gesloten afdeling (met BOPZ) waar revalidatie en herstelzorg wordt aangeboden.**
2. **Aafje = Schiehoven --> open afdeling / 3D waar observatie en verdere diagnostiek wordt aangeboden samen met revalidatie en herstel.**

Communicatie middels een te ontwikkelen informatie folder

Beschrijving Pilot Zorgketen observatie PG/3D Rotterdam

Opnamedag
De verpleegkundige neemt de anamnese af. Zij stellen 3 vragen over geheugenproblematiek (opgenomen in het EVD).
1. is er sprake van geheugenproblemen?
2. zo ja, hoe lang al?
3. is er al eerder onderzoek gedaan naar het geheugen? En zo ja – dan moet arts deze opvragen en hoeft de cpv niet in consult en wordt dit pad verlaten.

Bij geheugenproblemen starten met DOS score; 3x daags.
De arts bepaalt of het zorgpad in gang wordt gezet. Indien dit medisch niet haalbaar is stelt de arts een nieuwe datum vast voor herbeoordeling.

Start traject
Arts schrijft het consult psychiatrie. Vraagt de laboratorium bepalingen op of laat prikken.

- Volledig lab
- Hematologie
- Nierfunctie
- Leverfuntie
- Glucose
- Schildklier
- Lues
- Infectielab

Hierna zal de verpleegkundige een vooraanmelding doen bij Bureau Nazorg. Dit gebeurt in Poogi onder vermelding van PG/3D observatie, tevens een mail naar de secretaresse van Bureau Nazorg: bureaunazorg@sfg.nl. Tot slot zal de verpleegkundige de familie informeren over c/psychiatrie. En geeft de folder (PG/3D observatie) mee.

Dag 1
Psychiater/Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige komt langs na één werkdag. Het consult bestaat uit een diagnostiek conform afspraak SFG Zorgpad.
Terugkoppeling vindt plaats aan de afdeling, arts en Bureau Nazorg (per mail) zodat zij op de hoogte zijn van het vervolgproces en ook naar de verpleegafdeling. De arts-assistenten vullen de P.G. papieren in, eventueel aanvullend onderzoek op basis van bevindingen van de psychiatrie.

Dag 2
Op dag 2 wordt de informatie compleet gemaakt. De verpleegkundige vult het CIZ formulier in en zorgt dat deze bij Bureau Nazorg komt. De diagnose moet ook worden gecommuniceerd naar de familie, dit doet de cpv. Zij vertellen ook wat deze diagnose voor gevolg heeft. De transferverpleegkundige zal een vooraanmelding doen bij de zorgaanbieder met betrekking tot VOD.

Dag 3
De CPV zorgt dat het advies voor 12 uur bij Bureau Nazorg binnen is via de e-mail.
Bureau Nazorg verzamelt het advies, het ingevulde protocol en vraagt een BOPZ (indien nodig) aan bij het CIZ voor 14:00 uur. Dit gebeurt nadat de transferverpleegkundige de patiënt bezocht heeft. De transferverpleegkundige zal de familie informeren en uitnodigen voor de afname van de BOPZ.

Dag 4
CIZ op bezoek in verband met afname BOPZ (binnen 48 uur).

Dag 5
Bureau Nazorg legt contact met de zorgaanbieder met betrekking tot ontslag (gesloten of open). De tranferverpleegkundig brengt hiervan de afdeling op de hoogte. De afdelingsverpleegkundige informeert de patient en familie over ontslag en zal dit ontslag voorbereiden.

Dag 6
De transferverpleegkundige geeft de indicatie af middels SIP. Uitplaatsing mogelijk voor verdere observatie en diagnostiek mits de somatische behandeling medisch specialistisch is afgerond.