



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (M. de Boer, E. van den Ende, M. Ribbe, C. Leemrijse, *Paramedische zorg in verpleeghuizen, een inventariserend onderzoek naar omvang, verwijzindicatie en inhoud van paramedische zorg*, NIVEL 2004) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Paramedische zorg in verpleeghuizen **een inventariserend onderzoek naar omvang, verwijzindicatie en inhoud van paramedische zorg**

M. de Boer
E. van den Ende
M. Ribbe
C. Leemrijse



ISBN 90-6905-700-x

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	7
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doel van het onderzoek en vraagstellingen	10
1.3 Opbouw rapport	11
2 Methode	13
2.1 Telefonische enquête bij verpleeghuizen: omvang in aanbod van paramedische zorg	13
2.1.1 Steekproef verpleeghuizen telefonische enquête	13
2.1.2 Dataverzameling telefonische enquête	13
2.2 Dataverzameling in verpleeghuizen: inhoud van paramedische zorg	14
2.2.1 Steekproef verpleeghuizen	14
2.2.2 Onderzoekspopulatie	14
2.2.3 Dataverzameling bij verpleeghuisartsen	15
2.2.4 Vragenlijst verpleeghuisartsen	16
2.2.5 Dataverzameling bij paramedici	16
2.2.6 Vragenlijsten paramedici	17
2.3 Analyses	18
3 Omvang in aanbod van paramedische zorg in verpleeghuizen	19
3.1 Algemene karakteristieken	19
3.2 De omvang in aanbod van paramedische zorg	20
3.3 Factoren die samenhangen met de omvang in aanbod van paramedische zorg	22
4 Verpleeghuisbewoners en verwijzindicaties voor paramedische zorg	25
4.1 Algemene karakteristieken	25
4.2 Diagnosegegevens: aandoeningen en beperkingen	26
4.3 Ontvangen/geboden paramedische zorg	29
4.4 Verwijzindicaties voor paramedische zorg	33
4.5 Gewenste/benodigde paramedische zorg	36
5 Inhoud van de fysiotherapeutische zorg	39
5.1 Algemene karakteristieken van bewoners die fysiotherapie ontvangen	39
5.2 Aandoeningen en beperkingen waarvoor fysiotherapie wordt ontvangen	41
5.3 Fysiotherapeutische diagnose en behandeldoelen	42
5.4 Verrichtingen fysiotherapie	44
5.5 Frequentie en duur van fysiotherapeutische behandelcontacten	45
5.6 Samenwerking door fysiotherapeuten	48
5.7 Bereiken fysiotherapeutische behandeldoelen	48

6	Inhoud van de ergotherapeutische zorg	51
6.1	Algemene karakteristieken van bewoners die ergotherapie ontvangen	51
6.2	Aandoeningen en beperkingen waarvoor ergotherapie wordt ontvangen	53
6.3	Ergotherapeutische diagnose	54
6.4	Ergotherapeutische behandeldoelen	55
6.5	Verrichtingen ergotherapie	56
6.6	Frequentie en duur van ergotherapeutische behandelcontacten	57
6.7	Samenwerking door ergotherapeuten	60
6.8	Bereiken ergotherapeutische behandeldoelen	60
7	Inhoud van de logopedische zorg	63
7.1	Algemene karakteristieken van bewoners die logopedie ontvangen	63
7.2	Aandoeningen en beperkingen waarvoor logopedie wordt ontvangen	65
7.3	Logopedische diagnose en behandeldoelen	66
7.4	Verrichtingen logopedie	68
7.5	Frequentie en duur van logopedische behandelcontacten	69
7.6	Samenwerking door logopedisten	72
7.7	Bereiken logopedische behandeldoelen	72
8	Inhoud van de diëtistische zorg	75
8.1	Algemene karakteristieken van bewoners die diëtetiek ontvangen	75
8.2	Aandoeningen en beperkingen waarvoor diëtetiek wordt ontvangen	77
8.3	Diëtistische diagnose	78
8.4	Diëtistische behandeldoelen	79
8.5	Verrichtingen diëtetiek	79
8.6	Frequentie en duur van diëtistische behandelcontacten	80
8.7	Samenwerking door diëtisten	83
8.8	Bereiken diëtistische behandeldoelen	83
9	Samenvatting en beschouwing	87
9.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	87
9.1.1	De omvang in aanbod van paramedische zorg in verpleeghuizen	87
9.1.2	Medische diagnose van bewoners die paramedische zorg ontvangen	88
9.1.3	De paramedische diagnose van bewoners waarbij paramedische zorg wordt geïndiceerd	91
9.1.4	De verwijfsindicaties voor paramedische zorg	91
9.1.5	De inhoud en de behandeldoelen van paramedische zorg	92
9.1.6	De frequentie en duur van paramedische behandelcontacten	95
9.1.7	Overeenstemming tussen geboden en gewenste/benodigde zorg	96
9.1.8	Herstelbelemmerende factoren die invloed hebben op de paramedische zorg	98
9.1.9	Conclusie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	98

Literatuur	105
Begrippenlijst	107
Bijlage I	109
Bijlage II	117
Bijlage III	131
Bijlage IV	137
Bijlage V	143
Bijlage VI	151
Bijlage VII	157
Bijlage VIII	158
Bijlage IX	159
Bijlage X	160

Voorwoord

In het voor u liggende rapport wordt een overzicht gegeven van de omvang in aanbod, inhoud en verwijfsindicatie voor paramedische zorg in verpleeghuizen. Dit onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van het EMGO. Het project werd gefinancierd door het ZonMw-programma Ouderenzorg, deelprogramma Verpleeghuiszorgonderzoek.

Het onderzoek is een inventarisatie van de geboden zorg in verpleeghuizen en is daarom sterk beschrijvend van aard. Het rapport kan om die reden goed als naslagwerk dienen voor de vier onderzochte beroepsgroepen, de fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. De antwoorden op de onderzoeksvragen komen voornamelijk in het laatste hoofdstuk aan de orde.

Aan de gegevensverzameling is door circa 100 verpleeghuizen meegewerkt. Acht en tachtig verpleeghuizen verstrekten gegevens over hun beschikbare formatie paramedische zorg via een telefonische enquête. Bij 15 verpleeghuizen zijn zorginhoudelijke gegevens verzameld. Achtenvijftig verpleeghuisartsen, 82 fysiotherapeuten, 44 ergotherapeuten, 19 logopedisten en 11 diëtisten werkten hieraan mee. De auteurs willen al deze betrokkenen uit de verpleeghuizen hartelijk bedanken voor hun kostbare tijd en enthousiaste inzet. Daarnaast worden de leden van de begeleidingscommissie bedankt voor hun waardevolle inhoudelijke adviezen.

Utrecht, november 2004

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Jaarlijks worden zo'n 56.400 mensen opgenomen in een verpleeghuis en ontvangen nog eens 3.390 mensen dagbehandeling (Bartels, 2002). De indicatie voor opname kan zijn reactivering/revalidatie, langdurige of chronische zorg, bijzondere zorg (stervensbegeleiding, zware verpleegkundige zorg, specifieke psychosociale begeleiding, medische/verpleegkundige zorg) of screening en diagnostiek. Nederland kent 334 verpleeghuizen. Daarvan zijn er 44 somatische verpleeghuizen, 48 psychogeriatrische verpleeghuizen en 242 huizen die gecombineerde zorg bieden (Bartels, 2002). Binnen een verpleeghuis kunnen verschillende specifieke afdelingen aanwezig zijn zoals een CVA-unit, dagbehandeling, extramurale zorg, ziekenhuisverplaatste zorg, afdeling speciaal voor jongeren etc.

Door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking neemt het aantal chronisch zieken toe. Mensen blijven bovendien ondanks een ziekte of aandoening langer leven. Zowel de vraag naar zorg als de complexiteit van zorg neemt hierdoor toe, zeker ook binnen verpleeghuizen. Mensen willen zo lang mogelijk (zelfstandig) thuis blijven wonen en ook vanuit de overheid wordt dit gestimuleerd. Hierdoor worden mensen minder snel in een verpleeghuis opgenomen en neemt het belang van dagbehandeling en extramurale zorg die vanuit het verpleeghuis geboden kan worden toe. De mensen die wel worden opgenomen zijn meestal ouder dan 80 jaar en vertonen complexe problematiek die voortdurende zorg vereist.

Het grootste deel van de mensen die worden opgenomen hebben een indicatie voor langdurige zorg (51%) terwijl 39% wordt opgenomen in het kader van reactivering of revalidatie. Met name bij deze laatste groep mensen zal intensief therapie geboden worden, aangezien het immers de bedoeling is dat deze mensen slechts tijdelijk worden opgenomen en na verloop van tijd weer naar huis toe gaan.

In de verpleeghuiszorg wordt een integraal pakket van begeleiding, verzorging en behandeling geboden door verpleeghuisartsen, verpleging/verzorging, psychologen en paramedische disciplines als fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. De behandeling van complexe gezondheidsproblemen vraagt om de inzet van een team bestaande uit verschillende disciplines, waarin nauw wordt samengewerkt en taken van elkaar worden aangevuld of zelfs worden overgenomen. Om een multidisciplinair team goed te laten functioneren moet van iedere zorgaanbieder duidelijk zijn waar de specifieke deskundigheden en vaardigheden liggen. Om inzicht te krijgen in de efficiëntie en doelmatigheid van de geboden zorg, en het verder vormgeven van het kwaliteitsbeleid binnen de verpleeghuisgeneeskunde zijn gegevens over het proces van de zorgverlening en de inhoud ervan onontbeerlijk.

Hoewel paramedische zorg een onlosmakelijk deel uitmaakt van de multidisciplinaire behandeling van bewoners in verpleeghuizen zijn over de omvang in aanbod en inhoud

van paramedische zorg nauwelijks gegevens bekend. Van de zorg die de paramedische beroepsgroepen in de algemene gezondheidszorg kunnen bieden bestaat redelijk goed overzicht. Met betrekking tot de omvang in aanbod van de paramedische zorg, de verwijssindicaties, de behandeldoelen en de inhoud die specifiek in verpleeghuizen wordt geboden, bestaat dit inzicht niet. Gegevens over aantallen paramedici in verpleeghuizen en het aantal fulltime equivalenten (fte's) zijn gering en/of verouderd. Over de inhoud van de paramedische zorg in verpleeghuizen worden geen systematische gegevens verzameld op cliëntniveau. Er bestaat dan ook geen inzicht in de aard van de somatische problematiek waarbij paramedische zorg geboden wordt en welke factoren (herstel belemmerende/bevorderende) van invloed zijn op het paramedisch zorgproces. Ook over de onderlinge communicatie en samenwerking tussen de verschillende betrokken disciplines bestaan weinig gegevens. Zo is bijvoorbeeld onbekend in welke mate de verwijssindicatie tot paramedische zorg en afstemming van behandeldoelen van afzonderlijke (paramedische) disciplines plaatsvindt in een multidisciplinair overleg (MDO).

Voor de onderbouwing en professionalisering van de multidisciplinaire verpleeghuiszorg is wetenschappelijk onderzoek van groot belang (Bakker, 1999; Koopmans, 1998; Ribbe e.a., 1993). Inzicht is nodig in welk type zorg het beste aansluit bij de behoefte van de patiënt, en hoe de betrokken disciplines optimaal kunnen samenwerken zonder dubbel werk te doen. Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden dient eerst inzicht te worden verkregen in de omvang in aanbod en aard van de paramedische zorg die in verpleeghuizen wordt geboden, en de wijze waarop de stelling voor paramedische zorg tot stand komt.

1.2 Doel van het onderzoek en vraagstellingen

Het doel van dit inventariserende onderzoek dat in opdracht van ZonMw wordt uitgevoerd, is inzicht verkrijgen in de omvang in aanbod, verwijssindicatie en inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen. Hiertoe zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. Wat is de omvang in aanbod van de paramedische zorg (absolute aantallen, fte per beroepsgroep) in verpleeghuizen?
2. Wat zijn de medische en paramedische diagnose van cliënten die paramedische zorg ontvangen en hoe komt de verwijssindicatie tot stand?
3. Wat zijn de frequentie en duur van behandelcontacten, behandeldoelen en inhoud van de paramedische zorg (per discipline)?
4. Komt de gewenste/benodigde paramedische zorg overeen met de daadwerkelijk geboden zorg?
5. Welke herstelbelemmerende factoren hebben invloed op het paramedische zorgproces?

De resultaten van dit inventariserende onderzoek zullen tevens vragen genereren voor vervolgonderzoek, zoals vraagstellingen over de effectiviteit van paramedische zorg in verpleeghuizen. Ook kunnen de verzamelde gegevens gebruikt worden om richting te geven aan ontwikkelingen die moeten leiden tot een optimale afstemming van de paramedische zorg. Kennis over de verwijsiindicaties tot en de inhoud van de paramedische zorg vormen een uitgangspunt voor verdere ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Met deze richtlijnen waarin het proces en de samenhang van zorg tussen de verschillende disciplines wordt beschreven, kan worden bijgedragen aan een betere afstemming van de zorg en de behandeldoelen.

1.3 Opbouw rapport

In hoofdstuk 2 wordt de methode van het onderzoek nader toegelicht. In hoofdstuk 3 wordt de omvang van het aanbod aan paramedische zorg weergegeven. In hoofdstuk 4 worden de gegevens met betrekking tot o.a. de diagnosegegevens van bewoners en de verwijsiindicaties tot paramedische zorg gepresenteerd. In de hoofdstukken 5 t/m 8 komen achtereenvolgens de inhoud van de fysiotherapeutische, ergotherapeutische, logopedische en diëtistische zorg aan de verpleeghuisbewoners aan de orde. Deze hoofdstukken zijn in verband met de veelheid aan gegevens die hierin worden gepresenteerd vooral geschikt als naslagwerk. In hoofdstuk 9 worden de gegevens uit de hoofdstukken 3 t/m 8 samengevat en wordt aan de hand hiervan antwoord gegeven op de vraagstellingen van het onderzoek. Hoofdstuk 9 is in principe zelfstandig leesbaar. In dit laatste hoofdstuk worden tevens aanbevelingen gedaan voor nader onderzoek. Na hoofdstuk 9 is een begrippenlijst toegevoegd.

2 Methode

Om de omvang in aanbod en de inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen te inventariseren en daarmee de onderzoeksvragen uit paragraaf 1.2 te beantwoorden worden verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd. Gegevens over de omvang in aanbod van paramedische zorg worden verzameld middels een telefonische enquête. Inzicht in de inhoud van het paramedische zorggebruik wordt verkregen door middel van dataverzameling binnen de verpleeghuizen. Hiermee worden ondermeer diagnosegegevens en gegevens over de verwijsindicaties voor paramedische zorg geïnventariseerd. Bij de dataverzameling binnen de verpleeghuizen zijn zowel verpleeghuisartsen als paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten) betrokken. Voor de dataverzameling, zowel wat betreft de omvang in aanbod als de inhoud van de paramedische zorg, is een aantal vragenlijsten ontwikkeld. Beide methoden van dataverzameling, de ontwikkelde vragenlijsten en de gebruikte analysemethoden worden in dit hoofdstuk toegelicht.

2.1 Telefonische enquête bij verpleeghuizen: omvang in aanbod van paramedische zorg

2.1.1 *Steekproef verpleeghuizen telefonische enquête*

Om de omvang in aanbod van paramedische zorg in kaart te brengen is een telefonische enquête gehouden bij een steekproef van 100 somatische- en gecombineerde verpleeghuizen. In Nederland bestaan ten tijde van de start van het onderzoek volgens de gegevens van Prismant 44 somatische instellingen en 242 gecombineerde instellingen (Bartels, 2002). Vanuit de in totaal 286 somatische- en gecombineerde instellingen is een steekproef getrokken, gestratificeerd naar grootte en type verpleeghuis. Aangezien het in dit onderzoek gaat om paramedische zorg die bij somatische problematiek wordt geboden, is de steekproef om praktische redenen alleen uit somatische en gecombineerde verpleeghuizen samengesteld. De steekproef van 100 verpleeghuizen bestaat uit 16 somatische verpleeghuizen en 84 gecombineerde verpleeghuizen.

2.1.2 *Dataverzameling telefonische enquête*

Elk van deze verpleeghuizen uit de steekproef krijgt een voorgestructureerde vragenlijst toegestuurd (bijlage I). In deze vragenlijst werd gevraagd naar:

- De aanwezigheid en omvang (beschikbare fte's) van paramedische disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtetiek, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck, podotherapie). Hierbij wordt in de beschikbare fte behalve de vaste dienstverbanden ook de op afroep ingeschakelde paramedische zorg meegenomen.
- De aanwezigheid van specifieke afdelingen in het verpleeghuis. Hiernaar wordt geïnformeerd om de mogelijke invloed van deze afdelingen op de omvang in aanbod te kunnen bepalen.
- Uit belangstelling is ook geïnformeerd naar de aanwezigheid van psychomotorische therapie en muziektherapie; deze beroepsgroepen behoren niet tot de paramedische disciplines.

De vragenlijst is vervolgens telefonisch afgenomen door een enquêteur van het NIVEL. Wie de vragen het beste kan beantwoorden is aan de verpleeghuizen zelf overgelaten. In de meeste verpleeghuizen zijn de vragen beantwoord door het hoofd (medische en) paramedische dienst van het verpleeghuis, het clusterhoofd, of een afdelingscoördinator.

Van de 100 benaderde verpleeghuizen in de steekproef werken er 88 aan de telefonische enquête mee (11 somatische en 77 gecombineerde verpleeghuizen). Twee verpleeghuizen geven aan te weinig tijd te hebben voor het beantwoorden van de vragen en bij 10 verpleeghuizen blijkt het niet mogelijk de juiste contactpersoon tijdig te bereiken. De respons is niet verschillend per provincie of regio. Dit betekent een totale respons van 88%.

Op basis van de verzamelde gegevens wordt antwoord gegeven op de eerste onderzoeksvraagstelling:

1. Wat is de omvang in aanbod van de paramedische zorg in verpleeghuizen?

2.2 Dataverzameling in verpleeghuizen: inhoud van paramedische zorg

2.2.1 Steekproef verpleeghuizen

Voor de dataverzameling in verpleeghuizen betreffende de inhoud van paramedische zorg is een steekproef getrokken van 15 somatische- en gecombineerde verpleeghuizen, gestratificeerd naar type (2 somatische- en 13 gecombineerde verpleeghuizen) en grootte¹. Daarnaast is rekening gehouden met een landelijke spreiding van de huizen. De directie en/of hoofd paramedische zorg van elk verpleeghuis is telefonisch en vervolgens schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek en verzocht medewerking te verlenen. Na toezegging tot medewerking is een oriënterend gesprek gepland met de contactpersonen uit het verpleeghuis (onderzoeker en bv. arts, paramedicus, directielid, manager). Het doel van dit gesprek is het onderzoek nader toe te lichten en inzicht te verkrijgen in de organisatie/infrastructuur van het betreffende verpleeghuis. Ook wordt geïnventariseerd op welke manier de dataverzameling in het verpleeghuis het beste georganiseerd kan worden.

2.2.2 Onderzoekspopulatie

De dataverzameling in de verpleeghuizen richt zich op oudere verpleeghuisbewoners (≥ 55jaar) met een opname-indicatie voor reactivering en revalidatie of langdurige/chronische zorg. Overige indicaties voor opname, ‘bijzondere zorg (zoals stervensbegeleiding)’ en ‘screening en diagnostiek’ zijn buiten beschouwing gelaten. Hier is voor gekozen omdat deze opname-indicaties relatief weinig voorkomen en de betrokkenheid van de paramedici waarschijnlijk gering en gevarieerd is. Binnen de steekproef van verpleeghuizen (paragraaf 2.2.1) worden gegevens verzameld van in totaal 600 verpleeghuisbewoners van zowel somatische- als PG-afdelingen.

Per verpleeghuis worden op a-selecte wijze bewoners geïncludeerd in het onderzoek. Dit gebeurt door het aselect ‘aanwijzen’ van dossiers of namen op een lijst met bewoners. De

¹ Aangezien de opdracht vanuit ZonMw zich richt op somatische problematiek is ervoor gekozen in de steekproef geen Psychogeriatrische (PG) verpleeghuizen mee te nemen.

bewoners moeten hierbij voldoen aan de eisen wat betreft opname-indicatie en leeftijd, en er moet sprake zijn van somatische problematiek. Gedurende de oriënterende gesprekken ter voorbereiding van de dataverzameling bleek dat ook onder bewoners op PG-afdelingen veel somatische problematiek voorkomt. Daarom zijn in de gecombineerde verpleeghuizen de bewoners van zowel de PG- als de somatische afdelingen meegenomen. Om een representatieve steekproefpopulatie te verkrijgen is per verpleeghuis sprake van een gewogen selectie van 20% van het aantal somatiek- en PG bedden in het betreffende verpleeghuis.² De steekproefgrootte varieert van 22 tot 60 bewoners; het gemiddelde is 40 (sd.12) bewoners per verpleeghuis. Er is gestreefd naar het geanonimiseerd verzamelen van de gegevens; de verwerking en presentatie van de gegevens vindt in alle gevallen op anonieme wijze plaats. De dataverzameling vindt plaats onder verpleeghuisartsen en paramedici.

2.2.3 Dataverzameling bij verpleeghuisartsen

In een persoonlijk gesprek met de verpleeghuisartsen (meerdere per verpleeghuis) worden van elke geselecteerde bewoner gegevens verzameld. Door de onderzoeker wordt hiertoe, in samenwerking met de arts, een voorgestructureerde vragenlijst (toelichting in paragraaf 2.3.2) ingevuld waarbij gebruik wordt gemaakt van de medische- en/of zorgdossiers van bewoners. Tevens wordt een lijst gemaakt van de zorg die bewoners ontvangen van paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten). Onder ontvangen paramedische zorg worden zowel lopende als afgeronde behandelingen (inclusief éénmalige of kortdurende contacten) verstaan. Bovendien is ook extern ingehuurd paramedische zorg meegenomen. De paramedische zorg die door bewoners wordt ontvangen, wordt meegenomen in het onderzoek indien deze in een periode van 6 maanden voorafgaand aan het moment van dataverzameling heeft plaatsgehad. Voor deze periode van 6 maanden is gekozen om de kans te verkleinen dat kortdurende of éénmalige contacten worden gemist. De periode is beperkt tot 6 maanden om het risico te beperken dat ontvangen zorg gemist wordt doordat dossiers ontbreken (i.g.v. ontslag of overlijden bewoner) of dat de arts en/of paramedicus zich onvoldoende kan herinneren welke zorg de bewoner heeft ontvangen.

Aan de hand van de verzamelde gegevens van bewoners bij de verpleeghuisartsen wordt antwoord gegeven op vraagstellingen 2 en een deel van vraag 4:

2. Wat zijn de medische en paramedische diagnose van cliënten die paramedische zorg ontvangen en hoe komt de verwijsindicatie tot stand?
4. Komt de gewenste/benodigde paramedische zorg overeen met de daadwerkelijk geboden zorg?

² Indien er naast somatiek en PG-afdelingen sprake is van andere afdelingen waarvan het logischerwijs te verwachten is dat de paramedische zorg anders is dan op andere afdelingen (bijvoorbeeld revalidatieafdeling, CVA-unit) is een evenredig percentage bewoners van deze afdeling meegenomen in de selectie.

2.2.4 Vragenlijst verpleeghuisartsen

De ontwikkelde vragenlijst voor verpleeghuisartsen (bijlage II) bevat vragen over de volgende onderwerpen:

- Algemene gegevens: leeftijd, geslacht, opnamedatum, opname-indicatie, indicaties voor paramedische zorg;
- Diagnosegegevens: medische diagnose (aandoeningen) en beperkingen;
- Gegevens over multidisciplinair overleg (MDO): frequentie, deelnemende disciplines;
- Gegevens over verwijzindicaties voor paramedische zorg, per discipline (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek):
 - moment van verwijzindicatie tot paramedische zorg, initiatiefnemers, overwegingen die een rol spelen bij indiceren (patiëntgebonden, aandoening/beperking gerelateerde en providersgebonden);
 - factoren (patiëntgebonden, aandoening/beperking gerelateerde en providersgebonden) die ertoe hebben geleid dat de door de verpleeghuisarts gewenste/benodigde zorg niet geïndiceerd werd.

De ‘gewenste/benodigde zorg’ is bij de dataverzameling van de verpleeghuisartsen als volgt gedefinieerd: Paramedische zorg die naar de mening van de verpleeghuisarts, een relevante bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van de bewoner gezien zijn/haar aandoeningen en/of beperkingen’.³

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is voor de vragen met betrekking tot de opname-indicaties gebruik gemaakt van informatie uit het handboek Landelijke Zorgregistratie Verpleeghuizen (LZV)(NZZ, 1997). De vraagstellingen betreffende de diagnosegegevens zijn gebaseerd op het Resident Assessment Instrument (RAI) (Morris et al., 1993). De vragenlijst is vooraf voorgelegd aan een aantal verpleeghuisartsen met wetenschappelijke achtergrond die de lijst hebben beoordeeld op inhoud, relevantie en de haalbaarheid van het invullen ervan. Bij de verdere ontwikkeling van de vragenlijst is hiermee rekening gehouden.

2.2.5 Dataverzameling bij paramedici

De lijst van bewoners die volgens de verpleeghuisartsen paramedische zorg ontvangen, wordt na de dataverzameling bij de artsen voorgelegd aan de paramedici. Omdat de verpleeghuisarts niet in alle gevallen volledig op de hoogte blijkt te zijn van de paramedische zorg die bewoners ontvangen, wordt de paramedici gevraagd deze lijst waar nodig aan te vullen en/of te wijzigen. Bij de analyse is uitgegaan van de informatie van de paramedici.

Met de paramedici wordt over iedere bewoner die zij behandelen of hebben behandeld een vragenlijst ingevuld (toelichting in paragraaf 2.3.7). De paramedicus maakt hierbij gebruik van algemene zorgdossiers en/of een eigen dossiervoering. Er is gestreefd naar zoveel mogelijk face-to-face gesprekken door de onderzoeker met de paramedici. In die

³ Bij de dataverzameling bij de paramedici worden ook gegevens verzameld m.b.t. ‘gewenste zorg’; hierbij wordt uitgegaan van een andere invulling van ‘gewenste zorg’ (zie o.a. paragraaf 2.2.5). De ‘gewenste zorg’ zoals beoordeeld door de bewoners zelf zou wellicht een ander beeld geven, maar is in dit onderzoek niet meegenomen.

gevallen waarin dit om praktische redenen niet mogelijk was, zijn vragenlijsten achtergelaten die later opgestuurd konden worden.

Met de door paramedici verstrekte gegevens over de verpleeghuisbewoners kunnen de vraagstellingen 3, een deel van vraag 4 en vraag 5 worden beantwoord:

2. Wat zijn de frequentie en duur van behandelcontacten, behandeldoelen en inhoud van de paramedische zorg?
3. Komt de gewenste/benodigde paramedische zorg overeen met de daadwerkelijk geboden zorg?
4. Welke herstelbelemmerende factoren hebben invloed op het paramedische zorgproces?

2.2.6 *Vragenlijsten paramedici*

Om de vraagstellingen (2 en 4) omtrent het zorgproces en de inhoud ervan te kunnen beantwoorden is voor elk van de paramedische disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek) een vragenlijst ontwikkeld. De ontwikkelde vragenlijsten (bijlagen III t/m VI) zijn voorgestructureerd en voor alle disciplines qua opzet vergelijkbaar. De volgende onderwerpen komen in de lijsten aan bod:

- Algemene gegevens: leeftijd, geslacht;
- Diagnosegegevens: paramedische diagnose;
- Inhoud behandelproces: behandeldoelen, verrichtingen, frequentie⁴ en duur van de behandelcontacten, samenwerking, het bereiken van behandeldoelen⁵ en (herstelbelemmerende) factoren die hier een rol in spelen.

De geïnventariseerde duur van de behandelcontacten betreft een registratie van de cliëntgebonden tijd. De paramedici is ook gevraagd of zij de frequentie en de duur van de behandelcontacten adequaat vinden. Aan de hand hiervan wordt inzicht verkregen in de naar de mening van de paramedici over 'gewenste/benodigde zorg' in termen van frequentie en duur van de behandelcontacten.

Voor een aantal vragen (m.b.t. diagnosegegevens, doelen en verrichtingen) geldt dat is aangesloten bij de beroepseigen classificaties; op deze punten is sprake van inhoudelijke verschillen in de vraagstellingen bij de diverse disciplines. Voor deze vraagstellingen is gebruik gemaakt van de onderstaande bronnen.

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst voor de fysiotherapeuten is gebruik gemaakt van registratiemethoden die worden gehanteerd binnen het project LIPZ (Landelijke informatievoorziening paramedische zorg) (Wimmers, 2002). De diagnosegegevens zijn gebaseerd op de destijds nog in ontwikkeling zijnde 'codering fysiotherapeutische

⁴ Er is gevraagd naar de frequentie van de behandelcontacten op het moment van dataverzameling; voor al afgeronde behandelingen is de laatste gehanteerde frequentie genoteerd.

⁵ Bij de vraag over het bereiken van behandeldoelen is onderscheid gemaakt tussen afgeronde en lopende behandelingen. Bij de nog lopende behandelingen is gevraagd naar de tussentijdse doelen, ofwel het verlopen van de behandeling volgens plan.

diagnose'. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst ergotherapie is ondermeer gebruik gemaakt van een voor de ergotherapie bestaand registratieformulier waarin diagnosegegevens, behandeldoelen en verrichtingen aan de orde komen (Hofhuis et al., 2003). De vragenlijst voor de logopedisten is gebaseerd op de Ontwerp-Classificatie Verrichtingen-logopedie (Heerkens et al., 1998) en de interventies zoals beschreven in het brancherapport paramedische zorg (Rijken et.al, 1996). De vragenlijst diëtetiek is ontwikkeld aan de hand van de Classificaties en Codelijsten voor diëtetiek (Lie, 2003) en in eerder onderzoek gebruikte registratiemethoden voor ziektebeelden, behandeldoelen en verrichtingen (Paas et al., 1994). De vragenlijsten zijn vooraf voorgelegd aan een aantal paramedici, die de lijsten hebben beoordeeld op inhoud, relevantie en de haalbaarheid van het invullen ervan. Bij de verdere ontwikkeling van de vragenlijsten is hiermee rekening gehouden.

2.3 Analyses

In dit rapport ligt, gezien de inventariserende aard van het onderzoek, de nadruk op beschrijvende statistiek. Daarnaast is, bij de beschrijvingen van de omvang in aanbod van paramedische zorg, gebruik gemaakt van multiple lineaire regressieanalyse. Met behulp hiervan is gekeken of het type verpleeghuis, de regionale ligging van het verpleeghuis en de aanwezigheid van specifieke afdelingen samenhangen met het aantal fte paramedische zorg per 100 bedden/dagbehandelingsplaatsen. Dit is voor de vier disciplines apart bekeken. Bij de analyse zijn uitschieters (fte per 100 bedden/plaatsen $>2SD$ afwijking) buiten beschouwing gelaten.

De algemene karakteristieken (leeftijd, geslacht, aandoeningen en beperkingen) van de groepen verpleeghuisbewoners die paramedische zorg ontvangen (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek) zijn vergeleken met dezelfde gegevens van de overige verpleeghuisbewoners. Hiervoor is gebruik gemaakt van t-toetsen en chi-kwadraat toetsen.

3 Omvang in aanbod van paramedische zorg in verpleeghuizen

Een steekproef van 100 somatische- en gecombineerde verpleeghuizen is benaderd voor een telefonische enquête om de omvang in aanbod van paramedische zorg in kaart te brengen; 88 verpleeghuizen participeerden in de enquête. Van deze 88 verpleeghuizen worden in dit hoofdstuk de gegevens over de aanwezigheid van paramedische disciplines en de omvang in aanbod ervan beschreven. Daarnaast wordt beschreven welke factoren (regio, type verpleeghuis, aanwezige specifieke afdelingen) samenhangen met de omvang in aanbod van paramedische zorg in verpleeghuizen. De in dit hoofdstuk gepresenteerde aantallen somatische- en psychogeriatrische bedden zijn afkomstig van gegevens van Prismant (Bartels, 2002). Het aantal plaatsen dagbehandeling is, evenals alle overige gegevens, geïnventariseerd met behulp van de telefonische enquête.

3.1 Algemene karakteristieken

De 88 meewerkende verpleeghuizen bestaan uit 13 somatische- en 75 gecombineerde verpleeghuizen. De somatische verpleeghuizen hebben gemiddeld 86 bedden (variërend van 18-190) en 15 plaatsen dagbehandeling (15-16). De gecombineerde huizen zijn met een gemiddelde van 220 bedden en plaatsen dagbehandeling (35-584) significant groter ($p=0.000$). In de gecombineerde verpleeghuizen worden gemiddeld 92 somatische- (3-276), 109 psychogeriatrische bedden (17-283) en 22 (8-54) dagbehandelingplaatsen aangetroffen. Er worden geen significante verschillen gevonden tussen somatische- en gecombineerde verpleeghuizen in zowel het gemiddelde aantal somatische bedden ($p=0.617$) als het gemiddelde aantal plaatsen dagbehandeling ($p=0.316$). Een nadere uitsplitsing van de aantallen somatische bedden, PG bedden en dagbehandelingplaatsen is weergegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1: Aantal bedden (somatisch, PG, en totaal) en plaatsen (dagbehandeling) in categorieën naar type verpleeghuis (n=88)

	Somatisch (n=13)		Gecombineerd (n=75)		Totaal (n=88)	
	n	%	n	%	n	%
Somatische bedden						
0 - 50 bedden	5	38,5	12	16,0	17	19,3
51 - 100 bedden	2	15,4	34	45,3	36	40,9
> 100 bedden	6	46,2	29	38,7	35	39,8
PG-bedden						
0 - 50 bedden	-	-	7	9,3	7	9,3
51 - 100 bedden	-	-	31	41,3	31	41,3
> 100 bedden	-	-	37	49,3	37	49,3
Plaatsen dagbehandeling						
0 - 15 plaatsen	2	66,7	24	36,9	26	38,2
16 - 30 plaatsen	1	33,3	30	46,2	31	45,6
> 30 plaatsen	-	-	11	16,9	11	16,2
Totaal^a						
0 - 100 bedden/plaatsen	7	53,8	6	8,0	13	14,8
101 - 200 bedden/plaatsen	6	46,2	28	37,3	34	38,6
> 200 bedden/plaatsen	0	,0	41	54,7	41	46,6

^a Verschillen tussen somatische en gecombineerde huizen zijn significant; p=.000.

De geënquêteerde verpleeghuizen verschillen van elkaar wat betreft de aanwezigheid van specifieke afdelingen (tabel 3.2). In driekwart van de verpleeghuizen wordt zorg in het kader van dagbehandeling verstrekt. De aanwezigheid van poliklinische/ extramurale zorg komt bij 70% van de huizen voor. In ruim de helft (55%) van de verpleeghuizen is een CVA-unit aanwezig; in vergelijking met de overige specifieke afdelingen zijn CVA-units relatief klein (gemiddeld 9 bedden).

Tabel 3.2: Aanwezigheid en gemiddeld aantal bedden/plaatsen van specifieke afdelingen^{1,2}

	Aanwezig	Niet aanwezig
	n (gem. aantal bedden/plaatsen)	n
Dagbehandeling (n=88)	68 (22)	20
CVA unit (n=88)	48 (9)	40
Jongerenafdeling (n=88)	13 (24)	75
Ziekenhuisverplaatste zorg (n=88)	34 (15)	54
Poliklinische/ extramurale zorg (n=70) ¹	49	21

¹ De vraag over poliklinische/extramurale zorg is later toegevoegd en daardoor slechts door 70 verpleeghuizen beantwoord.

² (Missende waarden ten aanzien van aantal bedden ziekenhuisverplaatste zorg n=2.)

3.2 De omvang in aanbod van paramedische zorg

Fysiotherapie is de paramedische discipline die het meeste voorkomt in verpleeghuizen, gemiddeld zijn 4,3 fte fysiotherapeuten aanwezig binnen het verpleeghuis. Slechts één verpleeghuis geeft aan niet standaard fysiotherapie te kunnen leveren. Ook de disciplines

ergotherapie en logopedie zijn in bijna alle verpleeghuizen vertegenwoordigd met gemiddeld 2,2 fte, respectievelijk 0,9 fte. Een ruime meerderheid (88%) van de verpleeghuizen levert tevens diëtistische zorg, gemiddeld 0,4 fte. In de verpleeghuizen worden nauwelijks Oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck aangetroffen. Muziektherapie en psychomotorische therapie zijn weliswaar geen paramedische disciplines maar komen wel in verpleeghuizen voor. In 16 van de 88 verpleeghuizen is een muziektherapeut aanwezig en in 7 verpleeghuizen wordt psychomotorische begeleiding geboden.

Tabel 3.3: Aanwezigheid van disciplines in verpleeghuizen en gemiddeld aantal werkzame personen

	Verpleeghuizen waar discipline aanwezig is n (%)	Gemiddeld aantal personen werkzaam ¹ gem. (SD)
Fysiotherapie	87 (98,9)	6,2 (3,1)
Ergotherapie	82 (93,2)	3,2 (1,9)
Logopedie	81 (92,0)	1,7 (0,9)
Diëtiek	77 (87,5)	1,1 (0,3)
OT Cesar	2 (2,3)	2,0 (1,4)
OT Mensendieck	2 (2,3)	4,0 (1,4)
Podotherapie	1 (1,1)	1,0 (-)
Muziektherapie**	16 (18,2)	1,4 (0,5)
Psychomotorische therapie**	7 (8,0)	1,4 (0,8)

** Geen paramedische discipline; uit belangstelling geïnventariseerd.

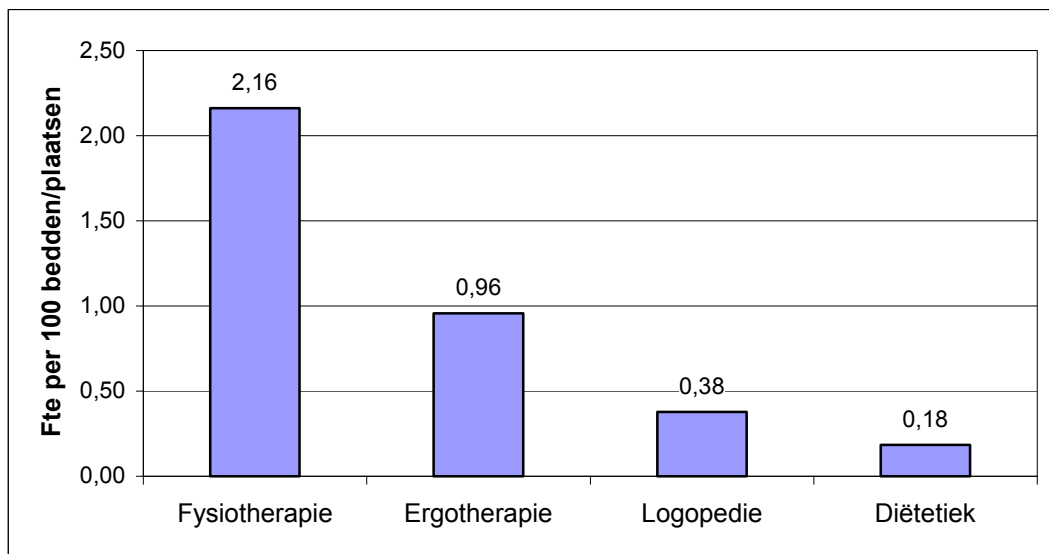
¹ Missende waarden ten aanzien van het aantal werkzame personen: fysio n=1, ergo n=1, logo n=1.

² Missende waarden ten aanzien van aantal fte: fysio n=1, ergo n=4, logo n=6, diëtiek n=6, podo n=1, muziek n=2.

Van de vier disciplines die het meeste voorkomen in de verpleeghuizen (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtiek) is de omvang van de zorg in beschikbare fte per 100 bedden/plaatsen berekend (figuur 3.1). Niet in ieder verpleeghuis kon worden aangegeven hoeveel van de formatie van paramedici apart voor de dagbehandeling beschikbaar was. Om deze reden wordt het aantal bedden (somatische- en PG bedden) en het aantal plaatsen dagbehandeling bij elkaar opgeteld om het aantal fte per 100 bedden/plaatsen te berekenen.

Fysiotherapie blijkt in de verpleeghuizen de grootste omvang in aanbod te hebben, gevolgd door de ergotherapie. De disciplines logopedie en diëtiek hebben aanmerkelijk minder fte per 100 bedden/plaatsen tot hun beschikking. Er worden wat betreft de omvang in aanbod geen significante verschillen gevonden tussen kleinere, middelgrote en grotere (zie categorieën in tabel 3.1).

Figuur 3.1: Gemiddelde omvang paramedische zorg in fte per 100 bedden/plaatsen (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek) (n=88)¹



¹ Missende waarden ten aanzien van aantal fte per 100 bedden/plaatsen: fysio n=1, ergo n=4, logo n=6, diëtetiek n=6.

3.3 Factoren die samenhangen met de omvang in aanbod van paramedische zorg

De omvang van paramedische zorg (aantallen beschikbare fte's per 100 bedden/plaatsen) is niet voor alle verpleeghuizen gelijk. Deze verschillen kunnen mogelijk verklaard worden door diverse factoren. Voor elk van de disciplines fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek is, met behulp van regressieanalyse, gekeken of de omvang in aanbod van zorg samenhangt met het type verpleeghuis, de regionale ligging ervan (noord, oost, zuid, west) of de aanwezigheid van specifieke afdelingen (dagbehandeling, afdeling specifiek voor jongeren, CVA-unit, ziekenhuisverplaatste zorg, poliklinische/extramurale zorg).

De omvang in aanbod van fysiotherapie in verpleeghuizen blijkt samen te hangen met de aanwezigheid van een CVA-unit in het verpleeghuis. Bij aanwezigheid van een CVA-unit neemt het aantal fte fysiotherapie per 100 bedden/plaatsen toe met 0,25 fte.

De aanwezigheid van dagbehandeling en een CVA-unit in het verpleeghuis blijkt het aantal fte ergotherapie per 100 bedden/plaatsen te doen toenemen (0,34 fte respectievelijk 0,25 fte).

Het aantal fte logopedie per 100 bedden/plaatsen blijkt een lichte samenhang te hebben met somatische verpleeghuizen. In vergelijking met de gecombineerde huizen beschikken de somatische huizen gemiddeld over 0,27 fte logopedie per 100 bedden/plaatsen meer. Bij aanwezigheid van dagbehandeling in het verpleeghuis neemt het aantal fte logopedie per 100 bedden/plaatsen toe met 0,49 fte.

Bij de diëtetiek blijkt de omvang in fte per 100 bedden/plaatsen licht samen te hangen met de aanwezigheid van een polikliniek/ extramurale zorg in het verpleeghuis. Bij aanwezigheid van een polikliniek/ extramurale zorg neemt het aantal fte diëtetiek per 100 bedden/plaatsen toe met 0,29 fte.

Tabel 3.4: Factoren die samenhangen met omvang in aanbod van zorg (fte per 100 bedden/plaatsen voor fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek)

	B ¹	95% BI ²		p-waarde ³
Fysiotherapie^a				
Aanwezigheid CVA unit	0,255	0,095	0,663	0,020
Ergotherapie^b				
Aanwezigheid dagbehandeling	0,336	0,131	0,588	0,003
Aanwezigheid CVA unit	0,249	0,032	0,423	0,023
Logopedie^c				
Somatisch verpleeghuis	0,266	0,005	0,278	0,042
Aanwezigheid dagbehandeling	0,487	0,100	0,324	0,000
Diëtetiek^d				
Aanwezigheid polikliniek/ extramurale zorg	0,285	0,010	0,136	0,024

¹ B-coëfficiënt: als de B positief is wijst dit op een grotere omvang; als de B negatief is wijst dit op een kleinere omvang.

² 95% betrouwbaarheidsinterval: met 95% zekerheid ligt de werkelijke waarde van B tussen deze waarden.

³ Significantieniveau: een p-waarde van 0.05 of kleiner wijst op een significante samenhang.

^a Percentage verklaarde variantie is 7%.

^b Percentage verklaarde variantie is 24%.

^c Percentage verklaarde variantie is 16%.

^d Percentage verklaarde variantie is 8%.

4 Verpleeghuisbewoners en verwijzindicaties voor paramedische zorg

In de verpleeghuizen is van elke bewoner een dossier aanwezig bij de verpleeghuisarts(en). Middels deze dossiers is in samenwerking met de verpleeghuisartsen een aantal basale gegevens van de bewoners verzameld (leeftijd, geslacht, opname-indicatie, type zorg en paramedisch zorggebruik). Daarnaast zijn van de bewoners gegevens verzameld met betrekking tot het al dan niet krijgen van verwijzindicaties tot paramedische zorg. In dit hoofdstuk worden allereerst de algemene karakteristieken (paragraaf 4.1) en de diagnosegegevens (4.2) van de steekproef van verpleeghuisbewoners (n=600) beschreven. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van het paramedische zorggebruik van de bewoners (4.3) en wordt in kaart gebracht hoe de verwijzindicaties voor paramedische zorg tot stand komen (4.4). Tot slot wordt ingegaan op de bewoners die geen verwijzindicatie hebben voor paramedische zorg daar waar deze wel gewenst lijkt (4.5).

4.1 Algemene karakteristieken

In de verpleeghuiszorg is in de meeste verpleeghuizen sprake van somatische en psychogeriatrische (PG) afdelingen. Een kleine meerderheid (54%) van de verpleeghuisbewoners uit de steekproef is opgenomen op een somatische afdeling binnen het verpleeghuis (tabel 4.1). Van deze 'somatische bewoners' ontvangt 32% zorg in het kader van reactivering & revalidatie; de overige bewoners op somatische afdelingen krijgen langdurig chronische zorg. Het percentage langdurig chronische zorg ligt bij de PG-bewoners een stuk hoger (99%); slechts drie bewoners die op een PG-afdeling verblijven, ontvangen zorg van het type reactivering&revalidatie. In totaal ontvangt 82% van de bewoners langdurig chronische zorg ten opzichte van 18% reactivering & revalidatie.

Tabel 4.1 Verpleeghuisafdeling en type zorg (n=600)¹

	Somatiek		PG		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Reactivering & revalidatie	103	32,2	3	1,1	106	17,7
Langdurig/chronische zorg	217	67,8	275	98,9	492	82,3
Totaal	320	100,0	278	100,0	598	100,0

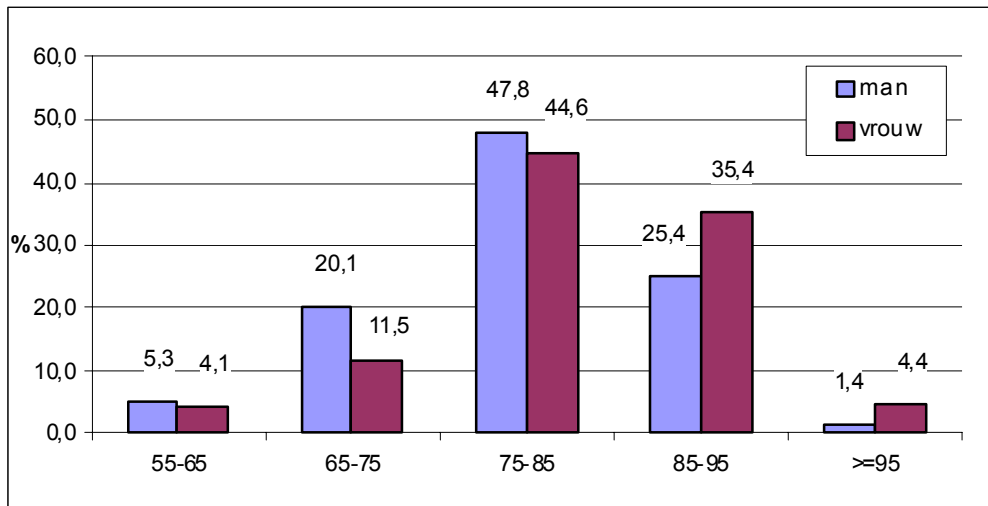
¹ (Missende waarden ten aanzien afdeling en type zorg n=2.)

Uiteraard zijn de verpleeghuisbewoners op verschillende momenten opgenomen. De opnameduur van de bewoners varieert van minder dan een maand tot 324 maanden (27 jaar). Gemiddeld zijn de bewoners op het moment van dataverzameling 27 maanden (ruim 2 jaar; sd. 8) opgenomen in het verpleeghuis.

De mannelijke bewoners in het verpleeghuis zijn gemiddeld 80 jaar (sd.8) en de vrouwen 82 jaar (sd.8). Het merendeel (46%) van de bewoners bevindt zich in de leeftijdscategorie

van 75 tot 85 jaar; zowel bij de mannen (48%) als de vrouwen (45%). In de leeftijds-categorieën van 55 tot 85 jaar worden relatief meer mannen dan vrouwen aangetroffen (73% respectievelijk 60%). Boven de 85 jaar is dit omgekeerd; 27% is van het mannelijke geslacht en 40% is vrouw.

Figuur 4.1: Relatieve leeftijdsverdeling naar geslacht (n=600)¹



¹ (Missende waarden ten aanzien van leeftijdsverdeling (n=1); geslacht van deze bewoner is vrouw)

4.2 Diagnosegegevens: aandoeningen en beperkingen

Van alle bewoners zijn, bij de artsen, de diagnosegegevens geïnventariseerd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen aandoeningen (de medische diagnose) en beperkingen. Omdat er sprake is van een uitgebreide lijst van zowel aandoeningen als beperkingen is ervoor gekozen van beiden een top 10 weer te geven. Van de op het moment van data-verzameling meest validiteitbepalende aandoeningen worden de eerste vijf genoemd. Van de beperkingen wordt vanwege het grote aantal subcategorieën worden alleen de tien hoofdcategorieën weergegeven. Voor een volledig overzicht van de geïnventariseerde aandoeningen en beperkingen wordt verwezen naar bijlagen VII en VIII. Een overzicht van geïnventariseerde aandoeningen en beperkingen uitgesplitst naar afdeling (PG en somatiek) en opname-indicatie (reactivering&revalidatie en langdurig chronische zorg) wordt gepresenteerd in bijlagen IX en X.

Tabel 4.2 laat zien dat bijna de helft van alle bewoners te maken heeft met een vorm van dementie. Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA) komen met 43% ook relatief frequent voor; hierbij zijn zowel acute CVA's en CVA's waarvan nog steeds gevolgen van worden ondervonden door de bewoner meegenomen. Een kwart van de bewoners heeft last van hypertensie. De overige aandoeningen komen bij minder dan 20% van de bewoners voor.

Tabel 4.2: Top tien aandoeningen (n=600)¹

	N	%
Dementie	299	49,8
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	256	42,7
Hypertensie	147	24,5
Artrose	118	19,7
Diabetes mellitus	113	18,8
Depressie	107	17,8
Geleidings- ritmestoornissen	106	17,7
Ischaemische hartaandoeningen	91	15,2
Overige psychiatrische aandoeningen	90	15,0
Overige aandoeningen huid	88	14,7

¹ Omdat meerdere aandoeningen per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

De verpleeghuisarts heeft naast een overzicht van alle aanwezige aandoeningen tevens aangegeven wat op het moment van dataverzameling voor de bewoner de meest validiteitbepalende aandoening is. Bij 7% van de bewoners geeft de arts aan dat alle aandoeningen evenveel invloed hebben op de validiteit van de bewoner. Bij nog geen 1% blijkt een validiteitbepalende aandoening niet van toepassing te zijn en van 14 bewoners (2%) ontbreekt het antwoord op deze vraag. Bij de overige 90% van de bewoners (n=542) is één specifieke aandoening aangegeven die het meest van invloed is op de validiteit; tabel 4.3 geeft hiervan een overzicht. Dementie en CVA blijken de twee meest validiteitbepalende aandoeningen te zijn; samen nemen zij bijna 68% van de validiteitbepalende aandoeningen bij bewoners voor hun rekening.

Tabel 4.3: Top vijf van meest validiteitbepalende aandoeningen (n=542)¹

	N	%
Dementie	235	43,4
Cerebrovasculaire aandoening (CVA)	131	24,2
Status na heupvervangning	20	3,7
Overig neurologische aandoeningen	20	3,7
Ziekte van Parkinson	16	3,0

¹ Berekend voor bewoners bij wie één specifieke validiteitbepalende aandoening is weergegeven.

Behalve aandoeningen maken ook beperkingen deel uit van de door de verpleeghuisarts gestelde medische diagnose. Een overzicht van de beperkingen is weergegeven in tabel 4.4. Er is gekozen voor het presenteren van de gegevens op hoofdcategorieën, zodat in één oogopslag het voorkomen van beperkingen binnen de verschillende categorieën kan worden waargenomen. Voor een overzicht van de subcategorieën wordt ook verwezen naar bijlage VIII.

Binnen alle categorieën komen bij de verpleeghuisbewoners beperkingen voor. Naast beperkingen in lichamelijk functioneren die bij praktisch alle bewoners (99%) voorkomen, zijn er ook relatief veel bewoners met beperkingen in cognitief functioneren (71%). Zevenenvijftig procent van de bewoners heeft continentieproblemen en bijna de helft (49%) kampt met beperkingen op het gebied van stemmings- en gedragspatronen.

Bij 44% van de bewoners wordt aangegeven dat er wat betreft de voedingstoestand beperkingen bestaan. Communicatie- en/of gehoorproblemen doen zich voor bij 37% van de bewoners.

Tabel 4.4: Beperkingen op hoofdcategorieën (tien in totaal) (n=600)¹

	N	%
Lichamelijk functioneren	591	98,5
Cognitief functioneren	423	70,5
Continentie	341	56,8
Stemmings- en gedragspatronen	294	49,0
Voedingstoestand	263	43,8
Communicatie/ gehoor	222	37,0
Psychosociaal welbevinden	220	36,7
Toestand van huid	161	26,8
Gezichtsvermogen	134	22,3
Overige beperkingen	19	3,2

¹ Omdat meerdere aandoeningen per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Op de vraag welk van de beperkingen voor de bewoner het meest van invloed is op de validiteit werd bij een kleine 10% van de bewoners aangegeven dat alle beperkingen evenveel invloed hebben. Bij 2 bewoners bleek een validiteitbepalende aandoening niet van toepassing en bij de overige 540 bewoners (90%) werd één specifieke beperking aangegeven. Van deze laatste groep is in tabel 4.5 de top vijf van validiteitbepalende beperkingen weergegeven, die gescoord zijn op hoofdcategorie. Bij bijna de helft van de bewoners (49%) blijkt een beperking in lichamelijk functioneren het meest van invloed te zijn op de validiteit. Bij 40% van de bewoners zijn beperkingen in cognitief functioneren het meest validiteitbepalend. Beperkingen op ander gebied, zoals stemmings-/gedragspatronen, communicatie/gehoor of psychosociaal welbevinden worden bij 5% van de bewoners genoemd als meest validiteitbepalende beperking.

Tabel 4.5: Top 5 meest validiteitbepalende beperking (n=540)

	N	%
Lichamelijk functioneren	266	49,3
Cognitief functioneren	214	39,6
Stemmings, gedragspatronen	29	5,4
Communicatie/gehoor	11	2,0
Psychosociaal welbevinden	8	1,5

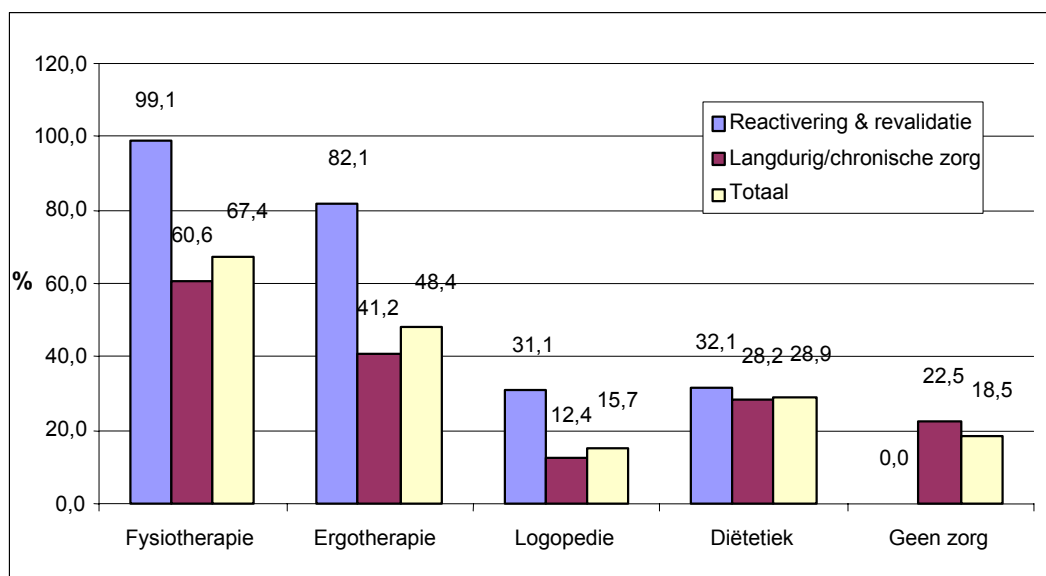
¹ Berekend voor de bewoners bij wie één specifiek validiteitbepalende beperking is aangegeven.

4.3 Ontvangen/geboden paramedische zorg

Het aantal bewoners dat paramedische zorg ontvangt is gebaseerd op de gegevens die afkomstig zijn van de paramedici. Het komt voor dat paramedische zorg wordt geleverd terwijl de verpleeghuisarts hier niet van op de hoogte is. Ook zijn paramedici soms niet betrokken terwijl de arts denkt dat dit (nog) wel het geval is. De gepresenteerde gegevens over ontvangen paramedische zorg gaan uit van de door de paramedici verstrekte gegevens.

Uit figuur 4.2 blijkt dat fysiotherapie en ergotherapie de vormen van paramedische zorg zijn (67 respectievelijk 48%) die het meest worden ontvangen. Dertig procent van de bewoners ontvangt diëtetiek en de logopedist geeft zorg aan 16% van de bewoners. Een kleine 19% van de bewoners ontvangt geen enkele vorm van paramedische zorg. Wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen bewoners die zorg ontvangen in het kader van reactivering & revalidatie (n=106) en bewoners die langdurig chronische zorg (n=493) ontvangen wordt een verschil in paramedisch zorggebruik waargenomen. Bewoners die reactivering & revalidatie zorg krijgen in het verpleeghuis blijken van alle paramedische disciplines relatief meer zorg te ontvangen dan bewoners met langdurig chronische zorg. Zo ontvangt 99% van de reactivering & revalidatie bewoners fysiotherapie ten opzichte van 61% van de bewoners met langdurig chronische zorg. Alleen voor de diëtetiek die wordt ontvangen verschillen de percentages nauwelijks; 32% voor reactivering & revalidatie en 28% voor langdurig chronische zorg. De bewoners die geen enkele vorm van paramedische zorg ontvangen (19%) bevinden zich allemaal in de langdurige chronische zorg van het verpleeghuis.

Figuur 4.2: Ontvangen paramedische zorg naar type zorg in het verpleeghuis (n=600)¹



¹ Omdat een bewoner meerdere vormen van zorg kan ontvangen tellen de percentages op tot meer dan 100%.

² (Missende waarden ten aanzien van paramedische zorg naar type zorg n=1)

Bij verpleeghuisbewoner met veelal multiple problematiek komt het voor dat zorg van meerdere paramedische disciplines wordt ontvangen. Tabel 4.6 geeft een overzicht van de combinaties van paramedische zorg die bewoners ontvangen. De combinatie van fysiotherapie en ergotherapie komt het meeste voor; 20% van de bewoners ontvangt zorg van beide disciplines. Fysiotherapie als enige vorm van paramedische zorg komt bij 17% van de bewoners voor. Vijf procent van de bewoners ontvangt zorg van alle vier de paramedische disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek).

Tabel 4.6: Combinaties van ontvangen paramedische zorg naar type zorg in het verpleeghuis ¹

	Reactivering & revalidatie (n=106)	Langdurig chronische zorg n=493	Totaal (n=600)
	%	%	%
Geen paramedische zorg	-	22,5	18,5
Fysiotherapie & ergotherapie	41,5	15,4	20,0
Alleen fysiotherapie	10,4	18,7	17,2
Fysiotherapie, ergotherapie & diëtetiek	14,2	7,3	8,5
Fysiotherapie & diëtetiek	1,9	9,3	8,0
Alleen ergotherapie	0,9	7,3	6,2
Fysiotherapie, ergotherapie & logopedie	12,3	4,5	5,8
Fysiotherapie, ergotherapie, logopedie & diëtetiek	13,2	2,8	4,7
Alleen diëtetiek	-	4,3	3,5
Ergotherapie & diëtetiek	-	2,8	2,3
Fysiotherapie & logopedie	2,8	2,0	2,2
Fysiotherapie, logopedie & diëtetiek	2,8	0,6	1,0
Alleen logopedie	-	1,0	,8
Ergotherapie, logopedie & diëtetiek	-	0,6	,5
Logopedie & diëtetiek	-	0,4	,3
Ergotherapie & logopedie	-	0,4	,3

¹ (Missende waarden ten aanzien type zorg n=1)

Van de bewoners die paramedische zorg ontvangen is tevens geïnventariseerd voor welke aandoeningen en/of beperkingen deze zorg wordt ontvangen. Deze gegevens zijn verstrekt door de verpleeghuisartsen, die zoals eerder beschreven niet van alle bewoners goed op de hoogte zijn van de zorg die wordt ontvangen. Voor een deel van de bewoners is dus niet bekend voor welke aandoeningen dan wel beperkingen zij paramedische zorg ontvangen. In de onderstaande analyses zijn de percentages weergegeven ten opzichte van de bewoners bij wie een koppeling is gemaakt tussen de ontvangen paramedische zorg en aandoeningen of beperkingen.

In tabel 4.7 wordt, per paramedische discipline, een overzicht gepresenteerd van de top vijf van aandoeningen waarvoor, naar de mening van de verpleeghuisarts, de bewoners paramedische zorg ontvangen. Cerebrovasculaire aandoeningen staan bij alle vier de disciplines in de top vijf. Zowel bij fysiotherapie (43%), ergotherapie (46%) en logopedie (77%) is CVA de aandoening waarvoor de meeste zorg wordt ontvangen. Bij bewoners die diëtetiek ontvangen komt CVA op de tweede plek en wordt voorgegaan door diabetes mellitus waarvoor de zorg wordt ontvangen. Naast CVA's wordt fysiotherapeutische zorg door de arts gekoppeld een aantal aandoeningen van het bewegingsapparaat aangegeven:

artrose, status na heupvervangingen, ongevallen met fractuur en status na overige orthopedische ingrepen. Ergotherapie wordt behalve voor CVA, relatief frequent ingezet in verband met decubitus, status heupvervangende operatie, ongevallen met fractuur en dementie. In de top vijf van aandoening waarvoor bewoners logopedie ontvangen worden naast CVA's, afasie, parkinson, andere neurologische aandoeningen, en dementie genoemd. Naast de al genoemde diabetes mellitus en CVA's, zijn decubitus, dementie en problemen met het spijsverteringsstelsel aandoeningen waar de diëtist zich mee bezig houdt.

Tabel 4.7: Top vijf aandoeningen waarvoor de bewoner paramedische zorg ontvangt per discipline¹

	N	%
Fysiotherapie (n=305)		
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	131	43,0
Artrose	43	14,1
Status na heupvervangende operatie	42	13,8
Ongeval met fractuur	34	11,1
Status na overige orthopedische ingrepen	30	9,8
Ergotherapie (n=166)		
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	77	46,4
Decubitus	30	18,1
Status na heupvervangende operatie	24	14,5
Ongeval met fractuur	16	9,6
Dementie	13	7,8
Logopedie (n=51)		
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	39	76,5
Afasie	12	23,5
Parkinson	7	13,7
Overige neurologische aandoeningen	5	9,8
Dementie	2	3,9
Diëtetiek (n=69)		
Diabetes mellitus	27	39,1
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	16	23,2
Decubitus	9	13,0
Dementie	8	11,6
Problemen spijsverteringsstelsel	6	8,7

¹ Berekend voor bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen aandoeningen en ontvangen zorg

Verpleeghuisbewoners ontvangen naast paramedische zorg voor specifieke aandoeningen ook paramedische zorg voor specifieke beperkingen. Per paramedische discipline is de top tien van beperkingen weergegeven waarvoor de paramedicus zich, naar de mening van de verpleeghuisarts, inzet. In de top 10 zijn uitsplitsingen gemaakt naar de sub-categorieën zodat de onderlinge verschillen tussen de disciplines zichtbaar worden.

De meeste bewoners (99%) ontvangen fysiotherapie in verband met beperkingen in lichamelijk functioneren. Daarbij gaat het met name om beperkingen in ADL-activiteiten (91%) zoals lopen en transfers. Ook de bewoners die ergotherapie ontvangen krijgen dit in de meeste gevallen (95%) in verband met lichamelijke problemen die het functioneren beperken. Anders dan bij fysiotherapie ligt bij ergotherapie binnen de beperkingen op

ADL- gebied (88%) de nadruk meer op het verplaatsen op en buiten de afdeling. Onder het verplaatsen valt bijvoorbeeld ook het rolstoelgebruik. Een relatief kleinere groep bewoners (18%) ontvangt ergotherapie in verband met beperkingen als gevolg van huidproblematiek (bv. decubitus). Logopedie wordt door bewoners het meest frequent ontvangen (62%) doordat er sprake is van beperkingen in de voedingstoestand van de bewoner. Bij een nadere uitsplitsing hiervan blijkt de inzet met name gericht te zijn op mondproblemen (60%) (o.a. slik- en kauwproblemen) en het inzetten van een specifieke voedingsaanpak (21%). Naast logopedische zorg voor beperkingen in de voedings- toestand ontvangen bewoners ook logopedie in verband met beperkingen in commu- nicatie/gehoor (58%), lichamelijk functioneren (19%) (m.n. beperkingen in eten/drinken) en beperkingen in cognitief functioneren (8%). Het verkrijgen van diëtistische zorg wordt bij de meeste bewoners (95%) gekoppeld aan beperkingen in de voedingstoestand. Het inzetten van een specifieke voedingsaanpak komt het meeste voor (63%), Daarnaast is ook sprake van gewichtsveranderingen (m.n. gewichtsverlies), mondproblemen (m.n. slikproblematiek) en eetproblemen die vallen binnen de top tien van beperkingen waar- voor de diëtist wordt ingezet. Bij 16% van de bewoners wordt de diëtetiek ontvangen in verband met beperkingen in lichamelijk functioneren, waarbij het met name gaat om beperkingen in de ADL-activiteit ‘eten en drinken’.

Tabel 4.8: Top tien beperkingen waarvoor de bewoner paramedische zorg ontvangt per discipline¹

	N	%
Fysiotherapie (n=327)		
Lichamelijk functioneren	322	98,5
ADL activiteiten:	297	90,8
- <i>lopen in kamer</i>	207	63,3
- <i>lopen op gang</i>	198	60,6
- <i>transfer in/uit bed</i>	187	57,2
- <i>transfer tot staan</i>	183	56,0
- <i>verplaatsen op afdeling</i>	127	38,8
Manieren van transfer	175	53,5
Functionele bewegingsbeperkingen	167	51,1
Manieren van verplaatsen	130	39,8
Ergotherapie (n=217)		
Lichamelijk functioneren	205	94,5
ADL activiteiten:	190	87,6
- <i>verplaatsen op afdeling</i>	132	60,8
- <i>verplaatsen buiten afdeling</i>	113	52,1
- <i>kleden</i>	51	23,5
- <i>persoonlijke hygiëne</i>	48	22,1
Manieren van verplaatsen	122	56,2
Functionele bewegingsbeperkingen	52	24,0
Manieren van transfer	52	24,0
Toestand van huid	40	18,4
Logopedie (n=73)		
Voedingstoestand	45	61,6
Mondproblemen:	44	60,3
- <i>slikprobleem</i>	41	56,2
- <i>kauwprobleem</i>	9	12,3
Voedingsaanpak	15	20,5

	N	%
Communicatie / gehoor	42	57,5
Lichamelijk functioneren	14	19,2
ADL activiteiten	14	19,2
- eten/drinken	13	17,8
Cognitief functioneren	6	8,2
Diëtietiek (n=120)		
Voedingstoestand	114	95,0
Voedingsaanpak	76	63,3
Verandering in gewicht:	50	41,7
- gewichtsverlies	37	30,8
Mondproblemen	34	28,3
- slikprobleem	28	23,3
Eetproblemen	30	25,0
Lichamelijk functioneren	19	15,8
ADL activiteiten:	19	15,8
- eten/drinken	18	15,0

¹ Berekend voor die bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen beperkingen en ontvangen zorg

4.4 Verwijsindicaties voor paramedische zorg

De gegevens over de verwijsindicaties zijn alleen beschikbaar van de bewoners van wie bij de verpleeghuisarts bekend is dat paramedische zorg wordt ontvangen. In onderstaande analyses zijn daarom alleen deze bewoners meegenomen: fysiotherapie (n=379), ergotherapie (n=238), logopedie (n=76) en diëtietiek (n=140).

Bij de bewoners van wie de ontvangen paramedische zorg bij de arts bekend is, is bij alle vier de disciplines sprake van zowel recente verwijsindicaties als verwijsindicaties die langer geleden zijn gesteld (tabel 4.9). Bij het grootste deel (45%) van de bewoners die fysiotherapie ontvangen is de verwijsindicaties meer dan 6 maanden voor het moment van dataverzameling gesteld. Bij ergotherapie en logopedie lijken meer recentere (minder dan 3 maanden geleden) verwijsindicaties de boventoon te voeren; bij respectievelijk 40% en 49% van de bewoners die de betreffende vorm van zorg ontvangen. Bij diëtietiek komen weer meer bewoners met een verwijsindicatie van meer dan 6 maanden geleden voor (39%).

Tabel 4.9: Hoe lang geleden is de verwijsindicatie voor paramedische zorg gesteld per discipline¹

	Fysiotherapie (n=379) %	Ergotherapie (n=238) %	Logopedie (n=76) %	Diëtietiek (n=140) %
Minder dan 3 maanden	31,7	39,5	48,7	30,7
3-6 maanden	21,6	32,8	23,7	30,7
Meer dan 6 maanden	45,4	27,3	27,6	38,6
Onbekend	1,3	0,4	-	-

¹ Berekend voor de bewoners van wie bij de verpleeghuisarts bekend is dat zorg is ontvangen.

Het initiatief tot het voorschrijven van paramedische zorg kan door een scala aan personen worden genomen. Uit tabel 4.10 blijkt dat bij de verwijfsindicaties van de meeste bewoners de verpleeghuisarts als initiatiefnemer is betrokken; bij 91% van de bewoners die fysiotherapie ontvangen, (ergotherapie 87%, logopedie 86% en diëtetiek 91%). Initiatief van de verpleging/ verzorging komt in alle gevallen op de tweede plaats. De paramedicus toont zich bij fysiotherapie in 14%, bij ergotherapie in 23% en bij diëtetiek in 9% van de verwijfsindicaties initiatiefnemer. De paramedicus als initiatiefnemer voor de verwijfsindicaties tot logopedie komt relatief minder frequent voor (4%); bij deze discipline worden de hoogste frequentie van cliënt zelf en familie (in beide gevallen bij 13% van de indicaties/verwijfsingen) als initiatiefnemers aangetroffen. Initiatief van cliënt zelf of zijn familie komt bij de verwijfsindicaties voor fysiotherapie, ergotherapie en diëtetiek in minder dan 10% van de gevallen voor. Alle overige initiatiefnemers worden bij minder dan 5% van de bewoners genoemd.

Tabel 4.10 Initiatiefnemers voor verwijfsindicaties paramedische zorg per discipline^{1,2}

	Fysiotherapie (n=379)	Ergotherapie (n=238)	Logopedie (n=76)	Diëtetiek (n=140)
	%	%	%	%
Verpleeghuisarts	91,3	87,0	85,5	91,4
Verpleging/verzorging	24,5	41,6	21,1	47,1
Paramedici	13,7	22,7	3,9	9,3
Cliënt zelf	7,9	7,1	13,2	4,3
Familie	5,5	6,3	13,2	4,3
Psycholoog	1,1	0,8	0,0	0,0
Mantelzorg	0,3	0,0	0,0	0,0
Onbekend	4,2	2,1	7,9	1,4
Anders	4,0	3,8	2,6	0,0

¹ Berekend voor de bewoners van wie bij de verpleeghuisarts bekend is dat zorg is ontvangen.

² Doordat per bewoners meerdere initiatiefnemers kunnen voorkomen tellen de percentages op tot meer dan 100%.

Voor alle disciplines geldt dat het merendeel van de beslissingen tot verwijfsindicatie voor de paramedische zorg buiten het multidisciplinaire overleg (MDO) wordt genomen (tabel 4.11). Bij de bewoners die ergotherapie en de bewoners die diëtetiek ontvangen is bij respectievelijk 16% en 12% de beslissing hiertoe in het MDO genomen; bij bewoners die fysiotherapie en/of logopedie ontvangen wordt bij minder dan 10% het MDO hierin betrokken.

Tabel 4.11: Betrokkenheid MDO bij beslissing tot verwijfsindicatie tot paramedische zorg per discipline^{1,2}

	Fysiotherapie (n=379) ¹ %	Ergotherapie (n=238) %	Logopedie (n=76) %	Diëtetiek (n=140) %
Beslissing in MDO	7,4	6,6		12,1
Beslissing buiten MDO	87,3	86,8		84,3
Onbekend	5,3	6,6		3,6

¹ Berekend voor de bewoners van wie bij de verpleeghuisarts bekend is dat zorg is ontvangen.

² (Missende waarden ten aanzien van MDO-beslissing tot indicatie n=1)

Paramedische zorg wordt om verschillende redenen worden ingezet. De overwegingen die bij het indiceren van de paramedische zorg van de bewoners een rol spelen zijn weergegeven in tabel 4.12. Voor het indiceren van alle vier de vormen van paramedische zorg blijken aandoening/beperking gerelateerde factoren de grootste rol te spelen. Zowel bij de verwijfsindicaties tot fysiotherapie als ergotherapie en logopedie is het verbeteren van het functioneren de meest genoemde factor (78%, 69% en 80% respectievelijk), gevolgd door het voorkomen van achteruitgang (64%, 52% en 40%). Bij verwijfsindicaties tot diëtetiek speelt het voorkomen van achteruitgang een grotere rol (65%) dan het verbeteren van het functioneren (60%). Patiëntgebonden factoren (de bewoner of zijn/haar familie wil graag paramedische zorg) spelen bij diëtetiek ten opzichte van de andere disciplines een kleinere rol in het komen tot een verwijfsindicatie. Onder de 'providersgebonden factoren' speelt de mening van de paramedicus bij logopedie (3%) en diëtetiek (6%) een relatief kleinere rol dan bij fysiotherapie (10%) en ergotherapie (13%). De mening van verpleging/verzorging dat paramedische zorg noodzakelijk is blijkt bij diëtetiek (30%) en ergotherapie (24%) een relatief grotere rol te spelen bij het indiceren van de zorg dan bij fysiotherapie (18%) en logopedie (17%). Onder standaard beleid van de instelling wordt het werken volgens een vastgelegd protocol verstaan; dit speelt het meest een rol bij de verwijfsindicaties tot fysiotherapie (19%).

Tabel 4.12: Overwegingen bij het indiceren/voorschrijven van paramedische zorg per discipline^{1,2}

	Fysiotherapie (n=379) %	Ergotherapie (n=238) %	Logopedie (n=76) %	Diëtetiek (n=140) %
Patiëntgebonden factoren				
Cliënt wil graag paramedische zorg	23,2	18,9	22,4	10,0
Familie cliënt wil graag paramedische zorg voor cliënt	12,1	12,2	21,1	9,3
Andere patiëntgebonden factor	2,4	3,8	1,3	1,4
Aandoening/beperking gerelateerde factoren				
Met paramedische zorg is het functioneren te verbeteren	78,1	68,9	80,3	58,6
Met paramedische zorg kan achteruitgang in functioneren worden voorkomen	63,6	52,1	39,5	65,0
Paramedische zorg is van belang om verergering klachten te voorkomen i.v.m. belasting van verpleging/ verzorging	20,1	22,7	2,6	8,6
Andere aandoening/beperking gerelateerde factor	2,1	5,5	10,5	0,7
Providersgebonden factoren				
Voortzetting van indicatiestelling van elders	22,4	8,0	21,1	10,0
Paramedicus vindt paramedische zorg nodig	10,3	13,4	2,6	5,7
Verpleging/verzorging vindt paramedische zorg nodig	17,7	23,9	17,1	28,6
Standaard beleid van instelling	18,7	14,3	7,9	10,7
Andere providersgebonden factor	-	0,8	1,3	0,7

¹ Berekend voor de bewoners van wie bij de verpleeghuisarts bekend is dat zorg is ontvangen.

² Omdat per bewoner meerdere overwegingen een rol kunnen spelen bij de verwijsiindicaties de percentages op tot meer dan 100%.

4.5 Gewenste/benodigde paramedische zorg⁶

Naast de door bewoners ontvangen paramedische zorg is bij de verpleeghuisartsen geïnventariseerd in welke mate er bij de bewoners sprake is van zorg die niet wordt geleverd maar, naar de mening van de verpleeghuisarts, uitgaande van de aandoeningen en/of beperkingen van de bewoner, wel gewenst lijkt te zijn (tabel 4.13). De gegevens van de artsen zijn hierbij gecorrigeerd voor de al ontvangen zorg. Bij verreweg de meeste bewoners (88%) geeft de verpleeghuisarts aan dat naast de zorg die de bewoners al ontvangen, geen andere zorg is gewenst. Bij elk van de paramedische disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek) wordt bij minder dan 5% van de bewoners aangegeven dat extra zorg gewenst is. Bij ongeveer 3% van de bewoners is fysiotherapie, diëtetiek of logopedie gewenst; bij 2% van de bewoners is ergotherapie

⁶ Gewenste zorg is als volgt gedefinieerd → 'Paramedische zorg die, naar de mening van de verpleeghuisarts, een relevante bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van de bewoner gezien zijn/haar aandoeningen en/of beperkingen'.

gewenst. Bij 4% van de bewoners wordt een andere vorm van (niet paramedische) zorg aangegeven die gewenst is; psychische hulp en groeps gymnastiek zijn hierbij de meest genoemden.

Tabel 4.13: Gewenste/benodigde paramedische zorg per discipline (n=600)^{1,2}

	N	%
Geen paramedische zorg	521	88,0
Fysiotherapie	20	3,4
Diëtetiek	16	2,7
Logopedie	15	2,5
Ergotherapie	10	1,7
Overige zorg	23	3,9

¹ (Missende waarden ten aanzien van gewenste/benodigde zorg n=8)

² Omdat per bewoner meerdere vormen van zorg gewenst/benodigd kunnen zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

De redenen die een rol spelen bij het niet indiceren/voorschrijven van de gewenste/benodigde paramedische zorg worden, per discipline, weergegeven in tabel 4.14. Voor alle disciplines blijken ‘patiëntgebonden factoren’ de belangrijkste rol te spelen. Complicerende medische factoren zijn voor zowel fysiotherapie (55%), ergotherapie (30%) als logopedie (53%) de meest voorkomende reden waardoor de gewenste zorg toch niet wordt voorgeschreven. De gespecificeerde medische factoren zijn beperkingen in cognitie of leervermogen van de bewoner, soms in combinatie met communicatiestoornissen. Bij het niet indiceren van diëtetiek spelen deze complicerende medische factoren in mindere mate een rol (13%). Bij deze discipline spelen complicerende gedrags- psychologische factoren de grootste rol (31%), waarbij gedacht moet worden aan ondermeer apathie of depressiviteit van de bewoner. Gedrags-/psychologische factoren spelen bij het niet indiceren van fysiotherapie, ergotherapie en logopedie een rol bij respectievelijk 25%, 20% en 27% van de bewoners bij wie die vorm van zorg is gewenst. Behalve specifiek ‘patiëntgebonden factoren’ kunnen ook ‘aandoening/beperking gerelateerde factoren’ meespelen in het niet voorschrijven van gewenste/benodigde zorg. Het niet of nauwelijks kunnen beïnvloeden van de aandoening/beperking van de bewoner vormt hierbij voor alle disciplines de meest genoemde factor. Onder de ‘providersgebonden factoren’ wordt bij ergotherapie en diëtetiek een tekort aan paramedici aangegeven als factoren die meespelen in het niet voorschrijven van de zorg. Bij diëtetiek gaat het hierbij zowel om een tijdelijk tekort (6%) als een permanent tekort (3%) aan diëtisten; bij ergotherapie wordt alleen een permanent tekort aangegeven (10%). Wat betreft overige providersgebonden factoren wordt bij diëtetiek opnieuw ‘geen diëtist’ genoemd. Daarnaast wordt behalve bij diëtetiek ook bij de ergotherapie en logopedie redenen genoemd als ‘nog niet aan toegekomen’, ‘recente aanvraag’ of ‘geen prioriteit’. De overige providersgebonden factoren die bij het niet indiceren van de gewenste fysiotherapie bij bewoners een rol spelen worden niet nader gespecificeerd.

Tabel 4.14: Overwegingen bij het niet indiceren/voorschrijven van gewenste/benodigde paramedische zorg per discipline^{1,2}

	Fysiotherapie (n=20)		Ergotherapie (n=10)		Logopedie (n=15)		Diëtetiek (n=16)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Patiëntgebonden factoren								
Cliënt wil geen paramedische zorg	5	25,0	1	10,0	4	26,7	1	6,3
Familie van cliënt wil geen paramedische zorg	-	-	-	-	-	-	-	-
Er zijn teveel complicerende gedrags-/psychologische factoren:	5	25,0	2	20,0	4	26,7	5	31,3
- cliënt is agressief	2	10,0	-	-	2	13,3	-	-
- cliënt is apathisch	1	5,0	-	-	2	13,3	1	6,3
- cliënt is depressief	2	10,0	1	10,0	2	13,3	3	18,8
- overige gedrags-/psychologische factoren	2	10,0	2	20,0	-	-	3	18,8
Er zijn complicerende medische factoren:	11	55,0	3	30,0	8	53,3	2	12,5
- Beperkt(e) cognitie/leervermogen cliënt	11	55,0	3	30,0	8	53,3	1	6,3
- communicatiestoornissen cliënt	-	-	1	10,0	3	20,0	1	6,3
- Overige medische factoren	-	-	-	-	-	-	-	-
Overige patiëntgebonden factoren	-	-	1	10,0	1	6,7	-	-
Aandoening/beperking gerelateerde factoren								
De aandoening is niet/nauwelijks met paramedische zorg te beïnvloeden	2	10,0	1	10,0	3	20,0	2	12,5
De aandoening/klachten zijn niet ernstig genoeg	-	-	-	-	1	6,7	1	6,3
De algehele conditie van de cliënt is te slecht	-	-	-	-	1	6,7	-	-
Overige aandoening/beperking gerelateerde factoren	-	-	-	-	-	-	-	-
Providersgebonden factoren								
Tijdelijk tekort aan paramedici om benodigde zorg te kunnen leveren	-	-	-	-	-	-	1	6,3
Permanent tekort aan paramedici om benodigde zorg te kunnen leveren	-	-	1	10,0	-	-	2	12,5
Overige providersgebonden factoren	4	20,0	2	20,0	3	20,0	8	50,0

¹ Berekend voor bewoners bij wie extra zorg gewenst is.

² Omdat per bewoner meerdere overwegingen een rol kunnen spelen zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

5 Inhoud van de fysiotherapeutische zorg

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de bewoners die fysiotherapie (hebben) ontvangen, en de inhoud van de fysiotherapeutische zorg die zij kregen. Allereerst worden in paragraaf 1 enkele algemene karakteristieken zoals leeftijd, geslacht, opname-indicatie, afdeling, aandoeningen en beperkingen gepresenteerd die zijn verzameld via de verpleeghuisarts. De aandoeningen en beperkingen worden op verschillende wijzen gepresenteerd. Allereerst wordt aan de hand de top 10 van aanwezige aandoeningen en de hoofd-categorieën beperkingen aangegeven in hoeverre de aandoeningen en beperkingen van de bewoners die fysiotherapie krijgen verschillen van de bewoners die geen fysiotherapie krijgen. Vervolgens wordt een top vijf gepresenteerd van de meest validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen bij bewoners die fysiotherapie ontvangen, en wordt een vergelijking gemaakt met de bewoners die geen fysiotherapie krijgen. Tot slot wordt een overzicht gegeven van de aandoeningen en beperkingen waarvoor, naar de mening van de arts, de bewoners fysiotherapie krijgen. Voor de leesbaarheid zijn in dit hoofdstuk niet alle aanwezige aandoeningen en beperkingen weergegeven. In bijlagen (VII en VIII) wordt een volledig overzicht van de aanwezige aandoeningen en beperkingen gegeven. In de rest van het hoofdstuk komen de fysiotherapeutische diagnosegegevens, behandeldoelen, interventies, frequentie- en duur van de behandelcontacten, samenwerking en het al dan niet behalen van de gestelde behandeldoelen aan bod. Deze (zorginhoudelijke) gegevens zijn verzameld via de fysiotherapeuten zelf. In de 15 verpleeghuizen zijn bij totaal 82 fysiotherapeuten gegevens verzameld; de respons is 98%. Op de totale steekproef (n=600) ontvangen 404 bewoners fysiotherapie (67%).

5.1 Algemene karakteristieken van bewoners die fysiotherapie ontvangen

Leeftijd, geslacht, opname-indicatie en afdeling

Het merendeel van de bewoners heeft de opname-indicatie langdurig chronische zorg (74%); de overige 26% hebben de opname-indicatie reactivering/revalidatie. Er zijn meer bewoners opgenomen op somatische- (65%) dan op psychogeriatrische afdelingen (35%). Relatief gezien⁷ worden er bij de fysiotherapie meer mannen dan vrouwen behandeld (p=0.000). De bewoners die fysiotherapie ontvangen verschillen qua leeftijd niet van de bewoners die geen fysiotherapie krijgen.

⁷ Ten opzichte van de verhouding mannen vrouwen bij de bewoners die geen fysiotherapie krijgen.

Tabel 5.1: Verdeling van leeftijd en geslacht van bewoners die fysiotherapie ontvangen (n=404)

	Man		Vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
55-65	9	5,8	13	5,2	22	5,4
66-75	31	19,9	31	12,5	62	15,3
76-85	76	48,7	105	42,3	181	44,8
86-95	37	23,7	87	35,1	124	30,7
>95	3	1,9	12	4,8	15	3,7
Totaal	156	100,0	248	100,0	404	100,0

Verskil in aanwezige aandoeningen en beperkingen tussen bewoners die wel en geen fysiotherapie krijgen

Binnen de top 10 van aanwezige aandoeningen bij bewoners die fysiotherapie krijgen komen bij deze groep CVA, hypertensie en status na heupvervangende operatie significant meer voor dan bij bewoners die geen fysiotherapie krijgen. Dementie komt significant minder vaak voor onder de bewoners die fysiotherapeutische zorg ontvangen ($p < 0.025$).

Wat betreft de aanwezige beperkingen komen beperkingen in het gezichtsvermogen significant vaker voor bij de bewoners die fysiotherapie krijgen dan bij bewoners die geen fysiotherapie krijgen. Beperkingen in cognitief functioneren en continentieproblemen komen bij onder de bewoners die fysiotherapie krijgen minder vaak voor ($p < 0.025$). Wat betreft de overige beperkingen worden geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen.

Validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen van de bewoners die fysiotherapie krijgen en de verschillen hierin met de bewoners die geen fysiotherapie krijgen

Van de 404 bewoners die fysiotherapie ontvangen is bij bijna 90% (n=363) één specifieke aandoening aangegeven die het meest van invloed is op de validiteit (tabel 5.2). Wat betreft deze validiteitbepalende aandoeningen komen onder de groep bewoners die fysiotherapie krijgt CVA, status na heupvervangende operatie en overige neurologische stoornissen significant meer voor dan onder de bewoners die geen fysiotherapie krijgen. Onder de bewoners die fysiotherapie krijgen komt dementie daarentegen minder vaak voor ($p < 0.05$).

Tabel 5.2: Top vijf van de door de verpleeghuisarts aangegeven meest validiteitbepalende aandoeningen van bewoners die fysiotherapie ontvangen (n=363)^{1,2}

	N	%
Dementie	114	31,4
Cerebrovasculaire aandoening (CVA)	107	29,5
Status na heupvervangning	19	5,2
Overig neurologisch	18	5,0
Ongeval met fractuur	15	4,1

¹ Gepresenteerd voor bewoners bij wie een specifieke validiteitbepalende aandoening is aangegeven; bij 7% is de invloed van alle aandoeningen even groot en bij 3% ontbreekt het antwoord.

² Per bewoner kan één validiteitbepalende aandoening worden aangegeven.

Voor bijna 89% (n=359) van de bewoners die fysiotherapie krijgen is door de arts één beperking aangegeven die het meest van invloed is op de validiteit (tabel 5.3). Wat betreft deze validiteitbepalende beperkingen komen bij bewoners die fysiotherapie krijgen beperkingen op het gebied van lichamelijke beperkingen significant vaker voor dan bij bewoners die geen fysiotherapie krijgen. Cognitieve beperkingen komen daarentegen vaker voor bij de bewoners die geen fysiotherapie krijgen ($p < 0.05$).

Tabel 5.3: Top 5 van de door de verpleeghuisarts aangegeven meest validiteitbepalende beperking van bewoners die fysiotherapie ontvangen (n=359)^{1,2}

	N	%
Lichamelijk functioneren	218	60,7
Cognitief functioneren	106	29,5
Stemmings/gedrag patronen	15	4,2
Communicatie/gehoor	8	2,2
Voedingstoestand	4	1,1

¹ Gepresenteerd voor bewoners bij wie een specifieke validiteitbepalende beperking is aangegeven; bij 44 bewoners zijn alle beperkingen evenveel van invloed en bij één bewoner is de vraag niet beantwoord.

² Per bewoner kan één validiteitbepalende beperking worden aangegeven

5.2 Aandoeningen en beperkingen waarvoor fysiotherapie wordt ontvangen

Naast de hierboven gepresenteerde aanwezige aandoeningen en beperkingen is door de verpleeghuisartsen ook aangegeven voor welke specifieke aandoeningen en beperkingen, naar hun mening, de bewoner fysiotherapeutische zorg ontvangt.

Voor driekwart van de bewoners die fysiotherapie ontvangen is door de verpleeghuisarts aangegeven voor welke aandoening de fysiotherapeutische zorg wordt ontvangen. CVA wordt daarbij het meest frequent genoemd (43%, tabel 5.4).

Tabel 5.4: Top vijf aandoeningen waarvoor de bewoner, naar de mening van de verpleeghuisarts, fysiotherapeutische zorg ontvangt (n=305)^{1,2}

	N	%
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	131	43,0
Artrose	43	14,1
Status na heupvervangende operatie	42	13,8
Ongeval met fractuur	34	11,1
Status na overige orthopedische ingrepen	30	9,8

¹ Gepresenteerd voor die bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen aandoeningen en ontvangen zorg.

² Bewoners kunnen voor meer dan één aandoening fysiotherapeutische zorg ontvangen.

Van de beperkingen is, vanwege het grote aantal subcategorieën niet een top vijf maar een top tien gepresenteerd (tabel 5.5). Bij de behandelingen van 80% van de bewoners die fysiotherapie ontvangen is aangegeven voor welke beperking de fysiotherapeutische zorg is ontvangen. Beperkingen in lichamelijk functioneren is bij vrijwel alle bewoners (98,5%) genoemd, waarbij ADL activiteiten de grootste groep uitmaken (90,8%).

Tabel 5.5: Top tien beperkingen waarvoor de bewoner, naar de mening van de verpleeghuisarts, fysiotherapeutische zorg ontvangt (n=327)^{1,2}

	N	%
Lichamelijk functioneren	322	98,5
ADL activiteiten:	297	90,8
- lopen in kamer	207	63,3
- lopen op gang	198	60,6
- transfer in/uit bed	187	57,2
- transfer tot staan	183	56,0
- verplaatsen op afdeling	127	38,8
Manieren van transfer	175	53,5
Functionele bewegingsbeperkingen	167	51,1
Manieren van verplaatsen	130	39,8

¹ Gepresenteerd voor die bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen beperkingen en ontvangen zorg.

² Bewoners kunnen voor meer dan één beperking fysiotherapeutische zorg ontvangen.

5.3 Fysiotherapeutische diagnose en behandeldoelen

Van 8 van de 404 bewoners die fysiotherapie krijgen is geen vragenlijst van de fysiotherapeut ontvangen. Daarnaast zijn er 3 bewoners van wie op het moment van dataverzameling de behandeling nog niet is gestart. De nu volgende (zorginhoudelijke) gegevens zijn daarom gebaseerd op 393 bewoners.

Voor iedere bewoner die voor fysiotherapeutische behandeling komt wordt door de fysiotherapeut een fysiotherapeutische diagnose vastgesteld. De fysiotherapeut is gevraagd op welke aspecten het gezondheidsprobleem van de bewoner betrekking heeft (tabel 5.6). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen problematiek op handelings-/vaardig-

heidsniveau en problematiek op functieniveau. Naast de fysiotherapeutische diagnose van de bewoners staan in de tabel ook de behandeldoelen weergegeven. Een gediagnosticeerd probleem van een bewoner vormt een behandeldoel wanneer hier in de behandeling aandacht wordt besteed.

Tabel 5.6: Fysiotherapeutische diagnoses en behandeldoelen (n=393)^{1,2}

	Diagnose		Behandeldoel	
	n	%	n	%
Handelingen/vaardigheden				
Houding	142	36,1	129	33,0
Zichzelf verplaatsen (transfers)	272	69,2	246	62,9
Optillen en meenemen objecten	9	2,3	8	2,0
Gebruik bovenste extremiteiten	47	12,0	36	9,2
Zich voortbewegen	55	14,0	49	12,5
Voortbewegen met hulpmiddelen	248	63,1	220	56,3
Overige handelingen	7	1,8	5	1,3
Functies				
Mobiliteitsfuncties	237	60,3	223	57,0
Spierfuncties	268	68,2	223	64,5
Bewegingsfuncties	164	41,7	151	38,6
Lichaamshouding	52	13,2	47	12,0
Cardiovasculair systeem	121	30,8	113	28,9
Ademhalingssysteem	30	7,6	26	6,6
Functie huid	12	3,1	9	2,3
Sensorische functie	26	6,6	21	5,4
Neuropsychologische functie	58	14,8	23	5,9
Overige functies	8	2,0	3	,8

¹ Omdat meerdere diagnoses en doelen per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%; per bewoner kunnen maximaal 5 diagnoses en 5 doelen worden aangegeven.

² (Missende waarden ten aanzien van behandeldoelen n=3)

Uit de tabel komt naar voren dat de fysiotherapeut bij de verpleeghuisbewoners de meeste problemen constateert met het 'zichzelf verplaatsen' (69%); waarbij het ondermeer gaat om transfer-problemen. Daarnaast worden ook problemen met het 'zich voortbewegen met hulpmiddelen' veel gediagnosticeerd (63%). Op functieniveau wordt problematiek op het gebied van en spierfuncties (68%) en mobiliteitsfuncties (60%) het meest frequent genoemd.

De fysiotherapeutische behandeldoelen zijn direct gekoppeld aan de gestelde diagnoses. Het blijkt dat bij de meeste bewoners de geconstateerde problematiek (diagnose) ook in de behandeling aandacht krijgt (tabel 5.6). Zo vormt bij ruim 90% van de bewoners bij wie problemen met het 'zichzelf verplaatsen' zijn gediagnosticeerd, het aanpakken van deze problematiek een behandeldoel. Het komt echter ook voor dat er sprake is van een probleem dat niet wordt aangepakt in de behandeling. Neuropsychologische functieproblemen worden bijvoorbeeld bij 15% van de bewoners gediagnosticeerd, en bij 6% als behandeldoel meegenomen.

5.4 Verrichtingen fysiotherapie

Voor het bereiken van de gestelde behandoelen kan de bewoner door de fysiotherapeut op verschillende manieren worden behandeld. De in de behandeling toegepaste verrichtingen (maximaal vijf per bewoner) en de mate waarin zij voorkomen zijn weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7: Verrichtingen in de fysiotherapeutische behandeling (n=393)¹

	N	%
Manuele verrichting		
Manueel teweegbrengen beweging	111	28,2
Manueel masseren	11	2,8
Manueel niet gespecificeerd	2	,5
<i>Fysische therapie</i>		
Apparatief toedienen van energie	9	2,3
Fysische niet gespecificeerd	4	1,0
Sturen en oefenen		
Individueel sturen/oefenen functies	295	75,1
Individueel sturen/oefenen vaardigheden	296	75,3
Groepsgewijs sturen/oefenen functies	32	8,1
Groepsgewijs sturen/oefenen vaardigheden	23	5,9
Sturen niet gespecificeerd	3	,8
Begeleidende verrichtingen		
Adviseren cliënt	197	50,1
Adviseren derden	269	68,4
Bieden van steun	62	15,8
Verrichtingen niet gespecificeerd	9	2,3
Hulpmiddelen		
Controleren hulpmiddelen	102	26,0
Aanleggen hulpmiddelen	27	6,9
Verbeteren hulpmiddelen	20	5,1
Vervaardigen hulpmiddelen	2	,5
Ontwerpen hulpmiddelen	1	,3
Hulpmiddelen niet gespecificeerd	26	6,6
Overige verrichtingen	9	2,3

¹ Omdat meerdere verrichtingen per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

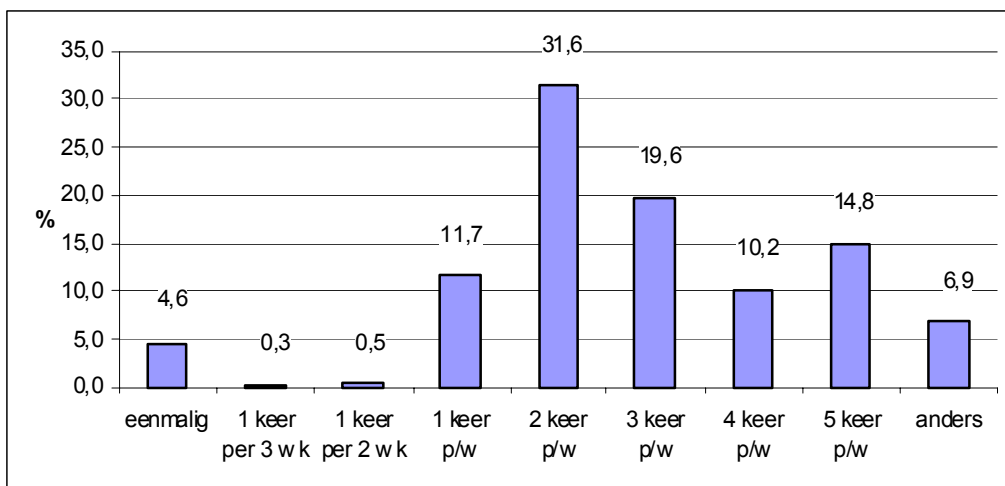
Het individueel sturen en oefenen van zowel functies als vaardigheden maakt bij driekwart van de bewoners deel uit van de behandeling en vormen daarmee de meest voorkomende verrichtingen binnen de fysiotherapeutische behandeling. Daarnaast wordt door de fysiotherapeut frequent advies gegeven, zowel aan de bewoners zelf als aan derden (verpleging, familie etc.). Met manuele verrichtingen krijgen de bewoners minder vaak te maken; met 28% wordt het manueel teweegbrengen van bewegingen bij bewoners (o.a. mobiel / geleid actief mobiliseren) het meest toegepast. Verrichtingen op het gebied van hulpmiddelen bestaan hoofdzakelijk uit het controleren van hulpmiddelen (26%).

5.5 Frequentie en duur van fysiotherapeutische behandelcontacten

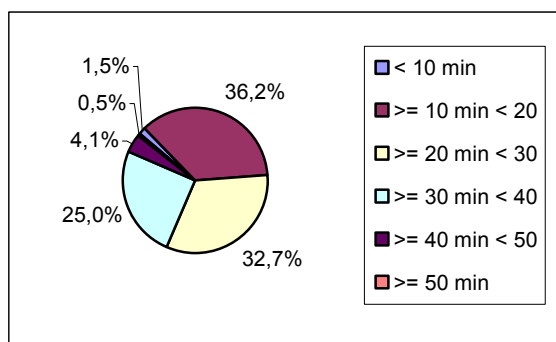
Voor elke bewoner die onder fysiotherapeutische behandeling is, is door de therapeut aangegeven wat de frequentie van de behandelcontacten is en de (gemiddelde) duur van een behandelcontact. Onder behandelcontact wordt dat deel van de totale fysiotherapeutische behandeling bedoeld waarin de fysiotherapeut daadwerkelijk en persoonlijk contact heeft met de bewoner. De indirect cliëntgebonden activiteiten, zoals het overleggen met collega's of de familie over de bewoner of het aanvragen van hulpmiddelen, vallen hier dus niet onder.

Bijna 88% van de bewoners die fysiotherapie ontvangen wordt één of meer keer in de week behandeld, waarbij twee keer per week het meest voorkomt (31,6%, fig. 5.1). Bijna 15% van de bewoners is vijf keer in de week onder behandeling. Behandel frequenties van minder dan één keer in de week komen nauwelijks voor. Een kleine 5% van de bewoners heeft éénmalig contact gehad met de fysiotherapeut. Deze eenmalige contacten bestaan veelal uit het verstrekken van een hulpmiddel, zoals een rollator, steunkousen of zitkussen. De categorie 'andere behandel frequenties' omvat onregelmatige contacten.

Figuur 5.1: Frequentie van de fysiotherapeutische behandelcontacten (n=393)



Figuur 5.2: Duur van de fysiotherapeutische behandelcontacten in categorieën (n=393)¹



De duur van de behandelcontacten varieert tussen de bewoners van vijf minuten tot een uur. Behandelcontacten van minder dan tien minuten en langer dan veertig minuten komen nauwelijks voor. Een behandelcontact van 10 tot 20 minuten (36.2%) en van 20 tot 30 minuten (32.7%) komen het meest voor. Een kwart van de bewoners wordt een half uur tot 40 minuten per keer behandeld.

¹ (Missende waarden ten aanzien van duur van de behandelcontacten n=1)

Tabel 5.8 laat zien dat de verschillen in de gemiddelde duur van de behandelcontacten voor de diverse behandel frequenties gering zijn. De éénmalige behandelcontacten van bewoners met de fysiotherapeut en behandelingen van ‘1 keer per week’ duren gemiddeld het langst, circa 25 minuten. In het geval van onregelmatige behandel frequenties blijken bewoners per contact het kortst behandeld te worden.

Tabel 5.8: Gemiddelde duur (min.) van het behandelcontact voor de verschillende behandel frequenties (n=393)^{1,2}

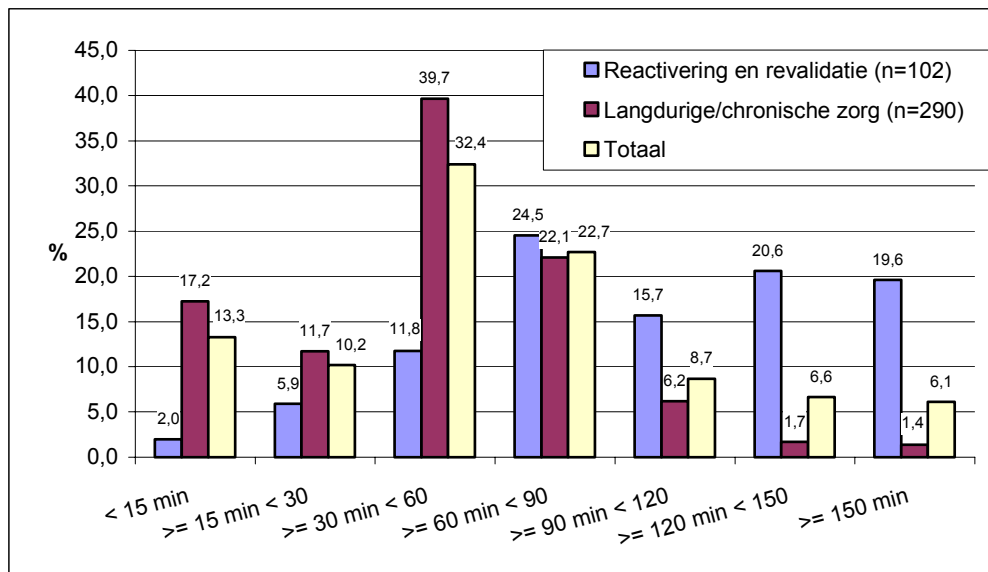
	Gemiddelde (sd)
Eénmalige contacten	24,7 (13,1)
1 keer per week	24,6 (12,2)
2 keer per week	20,0 (7,4)
3 keer per week	22,4 (8,2)
4 keer per week	22,1 (7,1)
5 keer per week	23,5 (7,9)
Anders (onregelmatige contacten)	15,6 (7,5)

¹ (Missende waarden ten aanzien van gemiddelde behandelduur n=1).

² Alleen de behandel frequenties die bij meer dan 5 bewoners voorkomen zijn opgenomen in de tabel.

Op basis van de behandel frequentie en de duur van de behandelcontacten is de totale duur van de behandelcontacten fysiotherapie *per week* berekend, uitgesplitst naar het type zorg dat zij krijgen (figuur 5.3). Een totale duur van de behandelcontacten van tussen de 30 minuten en een uur per week is het meest gebruikelijk. Bewoners die zijn opgenomen voor reactivering/revalidatie ontvangen per week gemiddeld meer paramedische zorg dan bewoners met een opname-indicatie voor langdurige zorg. Ruim 80% van de bewoners die fysiotherapie ontvangen in het kader van reactivering/revalidatie krijgen per week meer dan een uur therapie. Voor de bewoners die fysiotherapie ontvangen in het kader van langdurige zorg ligt dit percentage met 31% een stuk lager. Bij deze laatste groep wordt een korte totale duur van de behandelcontacten per week frequenter aangetroffen.

Figuur 5.3: Totale duur van de behandelcontacten fysiotherapie per week uitgesplitst naar type zorg (minuten; n=393)¹



¹ Missende waarden ten aanzien van behandelcontacten (n=1).

Aan de therapeut is per behandelde bewoner gevraagd of de frequentie en gemiddelde duur per behandelcontact naar hun mening adequaat is. Bij ruim driekwart van de bewoners vindt de therapeut de behandel frequentie en duur per contact adequaat. In de overige gevallen is het verhogen van de frequentie van de behandeling het meest gewenst; bij ongeveer 20% van de bewoners geeft de fysiotherapeut aan frequenter te willen behandelen.

Er zijn verschillende oorzaken mogelijk voor het niet behandelen van deze bewoners (n=92) volgens de gewenste/benodigde behandel frequentie of behandelduur. Tabel 5.10 laat zien dat tijdgebrek als voornaamste reden wordt aangegeven (77%). Bij ruim een vijfde van bewoners die niet behandeld worden volgens de gewenste/benodigde frequentie en/of duur per behandelcontact wordt de oorzaak gelegd bij de bewoner zelf, waarbij een beperkte motivatie van de bewoners het meest genoemd wordt.

Tabel 5.10: Redenen voor het niet fysiotherapeutisch behandelen volgens gewenste/benodigde behandel frequentie en /of duur per behandelcontact (n=92)^{1,2}

	N	%
Tijdgebrek fysiotherapie	71	77,2
Organisatorische beperkingen	7	7,6
Beperkte motivatie bewoner	13	14,1
Cognitieve beperkingen bewoner	2	2,2
Lichamelijke beperkingen bewoner	4	4,3

¹ (Missende waarden ten aanzien van redenen (n=1)).

² Omdat per behandeling meerdere redenen kunnen worden aangegeven tellen de percentages op tot meer dan 100%.

5.6 Samenwerking door fysiotherapeuten

Naast de officiële overlegstructuren binnen verpleeghuizen zoals het multidisciplinair overleg (MDO) is ook daarbuiten sprake van overleg of samenwerking tussen de diverse disciplines in het kader van de behandelingen van de bewoners (inclusief informeel overleg in bijvoorbeeld wandelgangen) (tabel 5.11).

Tabel 5.11: Samenwerking in het kader van de behandeling fysiotherapie (buiten het MDO) (n=393)^{1,2}

	N	%
Geen samenwerking	6	1,5
Verpleging/verzorging	363	92,6
Verpleeghuisarts	256	65,3
Ergotherapeut	165	42,1
Collega fysiotherapeut	122	31,1
Psycholoog	23	5,9
Maatschappelijk werk	20	5,1
Logopedist	14	3,6
Diëtist	3	0,8
Overige samenwerking	119	30,4
- orthopedisch instrumentmakerij/ schoenmaker	46	11,7
- specialist	23	5,9
- leverancier/adviseur hulpmiddelen	11	2,8
- activiteiten begeleiding	13	3,3
- familie/mantelzorgers	19	4,8

¹ Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

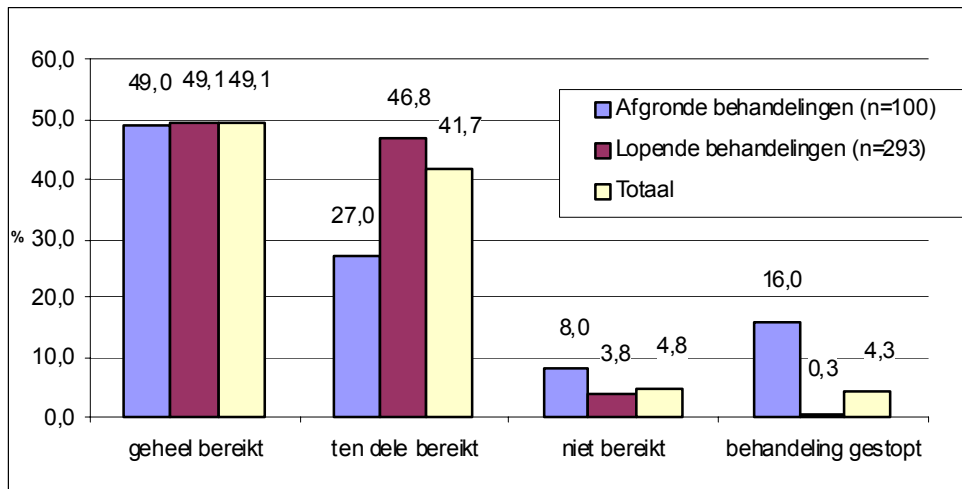
² (Missende waarden ten aanzien samenwerking (n=1))

Bij nagenoeg alle behandelingen wordt overleg gepleegd met de verpleging/verzorging (93%). Ook met de verpleeghuisarts (65%) is veel samenwerking (het verkrijgen van de verwijzing van de arts is hierbij niet meegenomen onder de noemer samenwerking). Fysiotherapeuten werken verder frequent samen met de ergotherapeut (42%) en met een collega fysiotherapeut (31%). In ruim 30% van de behandelingen is sprake van samenwerking met o.a. orthopedische instrument- en schoenmakers (12%) en specialist (6%).

5.7 Bereiken fysiotherapeutische behandeldoelen

Van alle behandelingen is geïnventariseerd in hoeverre de gestelde behandeldoelen naar het oordeel van de fysiotherapeut zijn behaald. Bij de nog lopende behandelingen is hierbij gevraagd naar de tussentijdse doelen. Figuur 5.4 geeft een overzicht.

Figuur 5.4: Bereiken van (tussentijdse) behandeldoelen bij fysiotherapie; uitgesplitst naar afgeronde- en lopende behandelingen (n=393)



Zowel bij afgeronde als nog lopende behandelingen worden bij bijna de helft van de bewoners de behandeldoelen geheel bereikt. In totaal wordt bij minder dan 5% van de bewoners de doelen van de behandeling niet gehaald; in sommige gevallen wordt de behandeling voortijdig stopgezet. De fysiotherapeuten geven in het geval van nog lopende behandelingen frequenter aan dat de (tussentijdse) behandeldoelen slechts ten dele zijn bereikt dan bij afgeronde behandelingen.

In het geval van het niet of ten dele bereiken van de behandeldoelen, of het voortijdig stopzetten van de behandeling van bewoners (n=200) zijn er verschillende factoren aan te voeren die hier de oorzaak van zouden kunnen zijn. Een totaaloverzicht van de belemmerende factoren is weergegeven in tabel 5.12.

Tabel 5.12: Factoren die, naar de mening van de fysiotherapeut, rol spelen bij het niet geheel bereiken van de behandeldoelen (n=200)^{1,2}

	N	%
Lichamelijke factoren		
Algehele conditie cliënt werkt belemmerend	79	39,5
Achteruitgang lichamelijke functie werkt belemmerend	69	34,5
Nieuwe aandoening/complicatie werkt belemmerend	39	19,5
Andere lichamelijke factor	16	8,0
Gedrags-/ psychologische factoren		
Cognitieve functiestoornis werkt belemmerend	84	42,0
Depressiviteit cliënt werkt belemmerend	23	11,5
Agressiviteit cliënt werkt belemmerend	10	5,0
Gebrek motivatie/apathie	43	21,5
Andere gedragsfactor	7	3,5
Sociale factoren		
Gebrek sociale steun behandeling	1	0,5
Functioneren cliënt in groep	2	1,0
Andere sociale factor	1	0,5
Overige factoren		
Onvoldoende tijd behandeling cliënt	13	6,5
Verzorging houdt zich niet aan gemaakte afspraken	6	3,0
Cliënt houdt zich niet aan gemaakte afspraken	8	4,0
Cliënt met ontslag naar huis	7	3,5
Cliënt met ontslag naar ziekenhuis	1	0,5
Cliënt is overleden	7	3,5
Andere overige factor	6	3,0

¹ Berekend voor bewoners bij wie de behandeldoelen niet geheel zijn bereikt.

² Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

In relatief veel gevallen waarin de behandeling van een bewoner niet volgens plan verloopt of de behandeldoelen niet geheel worden behaald ligt hier, naar de mening van de fysiotherapeut, een lichamelijke ‘probleem’ van de bewoner aan ten grondslag zoals een slechte algehele conditie, een achteruitgang in functioneren of complicaties.

De door de fysiotherapeuten meest genoemde reden zijn cognitieve functiestoornissen van bewoners (42%). Een gebrek aan motivatie speelt, naar de mening van de fysiotherapeut bij 22% van de bewoners een rol.

Veelal is er sprake van een combinatie van zowel lichamelijk- en gedrags-/psychologische factoren (45%). Bij een kleine 7% blijkt onvoldoende tijd voor de fysiotherapeutische behandeling de oorzaak te zijn voor het niet geheel bereiken van de behandeldoelen.

6 Inhoud van de ergotherapeutische zorg

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de ergotherapeutische behandelingen van verpleeghuisbewoners. Eerst worden in paragraaf 1 enkele algemene karakteristieken zoals leeftijd, geslacht, opname-indicatie, afdeling, aandoeningen en beperkingen van de bewoners die ergotherapie krijgen gepresenteerd welke zijn verzameld via de verpleeghuisarts. De aandoeningen en beperkingen worden op verschillende wijzen gepresenteerd. Allereerst wordt aan de hand de top 10 van aanwezige aandoeningen en de hoofdcategorieën beperkingen aangegeven in hoeverre de aandoeningen en beperkingen van de bewoners die ergotherapie krijgen verschillen van de bewoners die geen ergotherapie krijgen. Vervolgens wordt een top vijf gepresenteerd van de meest validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen bij bewoners die ergotherapie ontvangen, en wordt een vergelijking gemaakt met de bewoners die geen ergotherapie krijgen. Tot slot wordt een overzicht gegeven van de aandoeningen en beperkingen waarvoor, naar de mening van de arts, de bewoners ergotherapie krijgen. Voor de leesbaarheid zijn in dit hoofdstuk niet alle aanwezige aandoeningen en beperkingen weergegeven. In bijlagen (VII en VIII) wordt een volledig overzicht van de aanwezige aandoeningen en beperkingen gegeven. In de rest van het hoofdstuk komen de ergotherapeutische diagnosegegevens, behandeldoelen, interventies, behandel frequentie en –duur per contact, samenwerking en het al dan niet behalen van de gestelde behandel doelen aan bod. Deze (zorginhoudelijke) zijn verzameld via de ergotherapeuten zelf. De gegevens zijn afkomstig van totaal 44 ergotherapeuten; de respons is 99%. Op de totale steekproef (n=600) zijn er 290 bewoners die ergotherapie hebben ontvangen.

6.1 Algemene karakteristieken van bewoners die ergotherapie ontvangen

Leeftijd, geslacht, opname-indicatie en afdeling

Van de bewoners die ergotherapie krijgen is 68% op een somatische- en 32% op een PG-afdeling opgenomen. Dertig procent heeft de opname-indicatie reactivering en revalidatie; de overige bewoners hebben een opname-indicatie voor langdurig chronische zorg (70%). Net als bij de fysiotherapie komen er relatief⁸ meer mannen dan vrouwen bij de ergotherapeut ($p=0.006$). Er wordt geen significant verschil in leeftijd gevonden tussen bewoners die wel of geen ergotherapie krijgen.

⁸ Ten opzichte van de verhouding mannen vrouwen bij de bewoners die geen ergotherapie krijgen.

Tabel 6.1 Verdeling van leeftijd en geslacht (n=290)¹

	Man		Vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
55-65	6	5,2	7	4,0	13	4,5
66-75	24	20,7	20	11,6	44	15,2
76-85	59	50,9	77	44,5	136	47,1
86-95	24	20,7	59	34,1	83	28,7
>95	3	2,6	10	5,8	13	4,5
Totaal	116	100,0	173	100,0	289	100,0

¹ (Missende waarden ten aanzien geslacht n=1).

Verskil in aanwezige aandoeningen en beperkingen tussen bewoners die wel en geen ergotherapie krijgen

Binnen de top 10 van aanwezige aandoeningen bij bewoners die ergotherapie krijgen komen bij deze groep CVA, decubitus en hypertensie vaker voor dan bij de bewoners die geen ergotherapie krijgen. Bewoners met dementie komen daarentegen minder vaak voor bij de ergotherapeut ($p < 0.025$).

Bij bewoners die ergotherapie krijgen komen beperkingen in lichamelijk functioneren, voedingstoestand, toestand van de huid en gezichtsvermogen significant vaker voor dan bij bewoners die geen ergotherapie krijgen. Bij deze laatste groep komen bewoners met beperkingen in cognitief functioneren vaker voor ($p < 0.025$).

Validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen van de bewoners die ergotherapie krijgen en de verschillen hierin met de bewoners die geen ergotherapie krijgen

Bij 261 bewoners heeft de verpleeghuisarts één specifieke aandoening genoemd die het meest van invloed is op de validiteit van de bewoner; de top vijf van deze validiteitbepalende aandoeningen is weergegeven in tabel 6.2. Wat betreft deze validiteitbepalende aandoeningen komen, in vergelijking met de bewoners die geen ergotherapie krijgen, de volgende aandoeningen vaker voor bij bewoners die ergotherapeutische zorg ontvangen: CVA, status na heupvervangende operatie en ongeval met fractuur. Dementie komt ook als validiteitbepalende aandoening minder frequent voor bij bewoners die ergotherapie krijgen dan bij bewoners die deze zorg niet krijgen ($p < 0.05$).

Tabel 6.2: Top vijf van door de verpleeghuisarts aangegeven meest validiteitbepalende aandoeningen (n=261)^{1,2}

	N	%
Cerebrovasculaire aandoening (CVA)	80	30,7
Alzheimer en andere vormen van dementie	75	28,7
Status na heupvervangende operatie	16	6,1
Ongeval met fractuur	14	5,4
Overige neurologische aandoeningen	13	5,0

¹ Gepresenteerd voor bewoners bij wie een specifieke validiteitbepalende aandoening is aangegeven; bij 8% is de invloed van alle aandoeningen even groot en bij 2% ontbreekt het antwoord.

² Per bewoner kan één validiteitbepalende beperking worden aangegeven.

Wat betreft de beperkingen van bewoners zijn, naar de mening van de arts, bij het merendeel van de bewoners (66%) beperkingen in lichamelijk functioneren het meest van invloed op de validiteit (tabel 6.3). Wat betreft de validiteitbepalende beperkingen komen bij de bewoners die ergotherapie krijgen beperkingen in lichamelijk functioneren vaker voor dan bij de bewoners die deze zorg niet krijgen. Bewoners met beperkingen in cognitief functioneren of beperkingen in stemming en gedrag komen daarentegen minder vaak voor bij bewoners die ergotherapie krijgen ($p < 0.05$).

Tabel 6.3: Top 5 van de door de verpleeghuisarts aangegeven meest validiteitbepalende beperking van bewoners die ergotherapie ontvangen (n=258)^{1,2}

	N	%
Lichamelijk functioneren	171	66,3
Cognitief functioneren	67	26,0
Stemmings/gedragpatronen	7	2,7
Communicatie/gehoor	5	1,9
Voedingstoestand	2	0,8
Psychosociaal welbevinden	2	0,8

¹ Gepresenteerd voor bewoners bij wie een specifieke validiteitbepalende beperking is aangegeven.; bij 31 bewoners zijn alle beperkingen evenveel van invloed en bij één bewoner is de vraag niet beantwoord.

² Per bewoner kan één validiteitbepalende beperking worden aangegeven.

6.2 Aandoeningen en beperkingen waarvoor ergotherapie wordt ontvangen

Naast de hierboven beschreven aanwezige aandoeningen en beperkingen is door de verpleeghuisarts ook aangegeven voor welke specifieke aandoeningen en beperkingen de bewoner ergotherapeutische zorg ontvangt.

De verpleeghuisarts heeft voor ongeveer 60% van de bewoners die ergotherapie ontvangen aangegeven voor welke aandoening die zorg wordt ontvangen. In bijna de helft van de gevallen wordt de ergotherapie in verband met een CVA voorgeschreven (tabel 6.4).

Tabel 6.4 Top vijf aandoeningen waarvoor de bewoner, naar de mening van de verpleeghuisarts, ergotherapeutische zorg ontvangt (n=166)^{1,2}

	N	%
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	77	46,4
Decubitus	30	18,1
Status na heupvervangende operatie	24	14,5
Ongeval met fractuur	16	9,6
Status na overige orthopedische ingrepen	13	7,8
Dementie	13	7,8

¹ Gepresenteerd voor die bewoners (166) bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen aandoeningen en ontvangen zorg.

² Bewoners kunnen voor meer dan één aandoening ergotherapeutische zorg ontvangen.

Van de beperkingen is, vanwege het grote aantal subcategorieën niet een top vijf maar een top tien gepresenteerd (tabel 6.5). Bij 75% van de bewoners die ergotherapie ontvangen is door de verpleeghuisarts aangegeven voor welke beperking de ergotherapeutische zorg wordt ontvangen. De zorg wordt meestal geboden voor beperkingen in lichamelijk functioneren (94,5%), vnl. voor beperkingen in ADL-activiteiten (87,6%).

Tabel 6.5: Top tien beperkingen waarvoor de bewoner, naar de mening van de verpleeghuisarts, ergotherapeutische zorg ontvangt (n=217)^{1,2}

	N	%
Lichamelijk functioneren	205	94,5
ADL activiteiten:	190	87,6
- <i>verplaatsen op afdeling</i>	132	60,8
- <i>verplaatsen buiten de afdeling</i>	113	52,1
- <i>kleden</i>	51	23,5
- <i>persoonlijke hygiëne</i>	48	22,1
Toestand van de huid	40	18,4
Manieren van verplaatsen	122	56,2
Functionele bewegingsbeperkingen	52	24,0
Manieren van transfer	52	24,0

¹ Gepresenteerd voor die bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen beperkingen en ontvangen zorg.

² Bewoners kunnen voor meer dan één beperking ergotherapeutische zorg ontvangen.

6.3 Ergotherapeutische diagnose

Op het moment van dataverzameling is van 6 bewoners die een verwijzindicatie voor ergotherapie hebben de behandeling nog niet gestart en van twee bewoners is geen vragenlijst ontvangen. De volgende resultaten zijn gebaseerd op 282 bewoners.

Door de ergotherapeut wordt volgens de eigen beroepsspecifieke classificatie een ergotherapeutische diagnose vastgesteld (tabel 6.6). De ergotherapeut constateert vooral op het gebied van de zelfverzorging problemen. Bij het merendeel van de bewoners zijn dit problemen in de functionele mobiliteit (87,6%, o.a. transfers en het zich verplaatsen binnen en buitenshuis), of problemen met persoonlijke verzorging (63,5%, ondermeer wassen, aankleden, eten en/of hygiëne). Op het gebied van ontspanning doen de meeste problemen zich voor in de passieve recreatie (17%, o.a. lezen).

Tabel 6.6: Ergotherapeutische diagnose (n=282) ^{1,2,3}

	N	%
Zelfverzorging		
Functionele mobiliteit	247	87,6
Persoonlijke verzorging	179	63,5
Organisatie huishouden	27	9,6
Productiviteit		
Uitvoering huishoudelijke activiteiten	43	15,2
Betaald/onbetaald werk	0	-
Spel/school	0	-
Ontspanning		
Passieve recreatie	48	17,0
Sociale contacten	40	14,2
Actieve recreatie	30	10,6

¹ Omdat meerdere diagnoses per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

² Voor een nadere toelichting op de antwoordcategorieën zie bijlage IV .

³ Per bewoner kunnen maximaal vijf diagnoses worden aangegeven.

6.4 Ergotherapeutische behandeldoelen

De ergotherapeutische diagnose wordt gesteld op het niveau van activiteiten. De behandeldoelen kunnen zich behalve op activiteitsniveau ook richten op functie- en/of participatieniveau (tabel 6.7). Het aantal aan te geven doelen is per bewoner maximaal vijf.

De meest voorkomende diagnoses (functionele mobiliteit (87,6%) en persoonlijke verzorging (63,5%)), zijn tevens de aspecten met de hoogste frequentie waar de behandeldoelen op zijn gericht. Een geconstateerd probleem wordt niet in alle gevallen ook als doel van de behandeling aangegeven. Passieve recreatie vormt bijvoorbeeld bij 17% van de bewoners een probleem, terwijl er in 10% van de gevallen in de behandeling aandacht aan wordt besteed. In de ergotherapeutische behandeling wordt ook aandacht besteed aan de senso-motoriek van bewoners (o.a. gestoorde structuur/functie, coördinatie, sensibiliteit, proprioëpsis, pijn). Bij ruim de helft van de bewoners wordt aandacht besteed aan het vermogen van de bewoner om zich zowel binnens- als buitenshuis te kunnen of durven te verplaatsen (participatieniveau) . Bij 20% van de bewoners maakt hun rol als zelfverzorger deel uit van het doel van de behandeling; hieronder valt ondermeer het uiterlijk en de wijze van presenteren van het individu, zorg dragen voor de eigen bezittingen en de leefgewoonten in verband met de gezondheid.

Tabel 6.7: Ergotherapeutische behandeldoelen (n=282)^{1,2,3}

	N	%
Funcities		
Senso-motorisch	176	62,6
Cognitief	52	18,5
Psycho-sociaal	28	10,0
Activiteiten		
<i>Zelfverzorging</i>		
Functionele mobiliteit	236	84,0
Persoonlijke verzorging	147	52,3
Organisatie van huishouden	15	5,3
<i>Productiviteit</i>		
Uitvoering huishoudelijke activiteiten	24	8,5
Spel/school	1	,4
Betaald/onbetaald werk	0	-
<i>Ontspanning</i>		
Passieve recreatie	28	10,0
Actieve recreatie	19	6,8
Sociale contacten	19	6,8
Participatie		
Mobiliteit	144	51,2
Rol zelfverzorger	57	20,3
Sociale rol	21	7,5
Gezin/familierol	18	6,4
Beroepsrol	1	,4

¹ Omdat meerdere doelen per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

² (Missende waarden ten aanzien van doelen n=1).

³ Voor voorbeelden van de antwoordcategorieën zie bijlage IV .

6.5 Verrichtingen ergotherapie

De ergotherapeut beschikt over verschillende toepasbare verrichtingen om de gestelde behandeldoelen te behalen (tabel 6.8).

Tabel 6.8 Ergotherapeutische verrichtingen (n=282)^{1,2}

	N	%
Ergotherapeutische diagnostiek	195	69,1
Advies/instructie cliënt	103	36,5
Advies/instructie derden	143	50,7
Advies/aanvraag hulpmiddelen/woon- en werkaanpassingen	209	74,1
Trainen/oefenen activiteiten	45	16,0
Trainen/oefenen hulpmiddelen/voorzieningen	39	13,8
Functietraining/sensomotorische training	20	7,1
Overig, namelijk	1	0,4

¹ Omdat meerdere verrichtingen per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

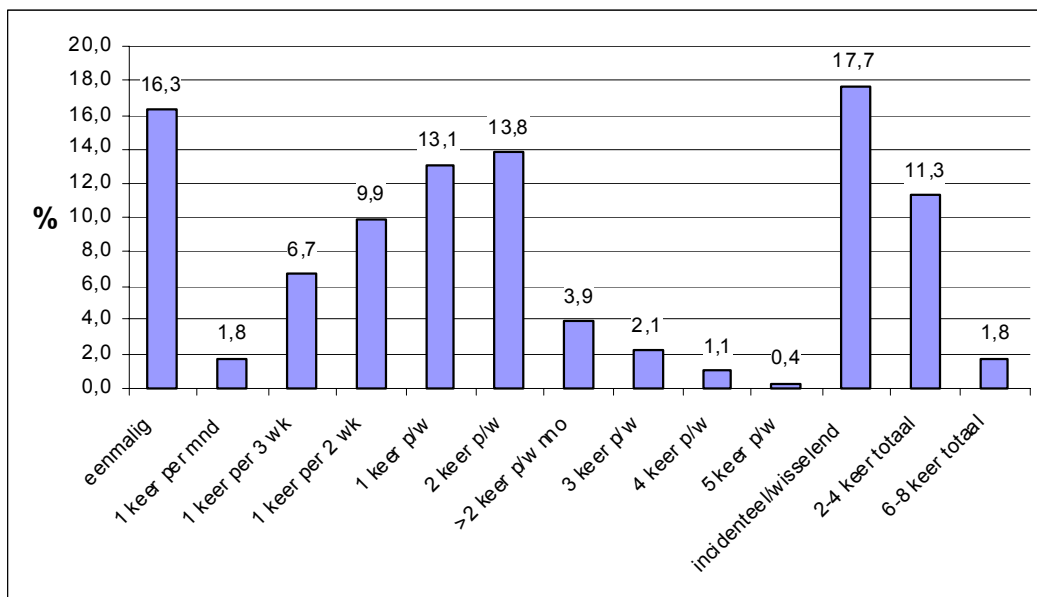
² Per bewoner kunnen maximaal 3 verrichtingen worden aangegeven.

Bij bijna driekwart van de behandelingen maakt het adviseren/aanvragen van hulpmiddelen en/of woon- en werkaanpassingen deel uit van de behandeling. Ergotherapeutische diagnostiek wordt bij 69% van alle behandelingen verricht. Advies/instructie komt in de ergotherapeutische behandeling frequent voor; voornamelijk aan derden (bijvoorbeeld verpleging of familie) maar ook aan de bewoner zelf. Trainen en/of oefenen komt minder frequent voor als onderdeel van de ergotherapeutische behandeling.

6.6 Frequentie en duur van ergotherapeutische behandelcontacten

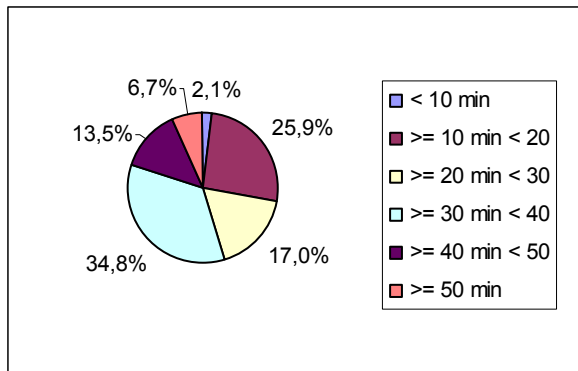
Voor elke bewoner die onder ergotherapeutische behandeling is, is door de therapeut aangegeven wat de frequentie van de behandelcontacten is en de (gemiddelde) duur van een behandelcontact. Onder behandelcontact wordt dat deel van de totale ergotherapeutische behandeling bedoeld waarin de ergotherapeut daadwerkelijk en persoonlijk contact heeft met de bewoner. De indirect cliëntgebonden activiteiten zo als het overleggen met collega's of de familie over de bewoner of het aanvragen van hulpmiddelen vallen hier dus niet onder.

Figuur 6.1: Frequentie van de ergotherapeutische behandelcontacten (n=282)



Ongeveer 35% van de bewoners die ergotherapie ontvangen komt tussen de één en de vijf keer per week bij de ergotherapeut, waarbij frequenties van één en twee keer per week het meeste voorkomen (13,1 resp. 13,8%). De ergotherapeutische behandelcontacten hebben ook relatief frequent een incidenteel of wisselend karakter (18%) en ook éénmalige contacten komen voor (16,3%).

Figuur 6.2: Duur van de ergotherapeutische behandelcontacten in categorieën (n=282)



De duur van de behandelcontacten loopt tussen bewoners uiteen van 5 minuten tot meer dan een uur. Ruim driekwart van de bewoners wordt per keer tussen de 10 en de 40 minuten behandeld, waarbij behandelcontacten van 10 tot 20 (25,9%) en van 30 tot 40 minuten (34,8%) het meeste voorkomen. Ongeveer 20% van de bewoners wordt per keer meer dan 40 minuten behandeld.

De gemiddelde duur per behandelcontact verschilt niet veel voor de diverse behandel-frequenties (tabel 6.9). Het behandelcontact van bewoners die éénmalig worden gezien neemt gemiddeld de meeste tijd in beslag (33min), terwijl de bewoners die elke week bij de ergotherapeut komen gemiddeld 26,4 tot 30,9 minuten worden behandeld.

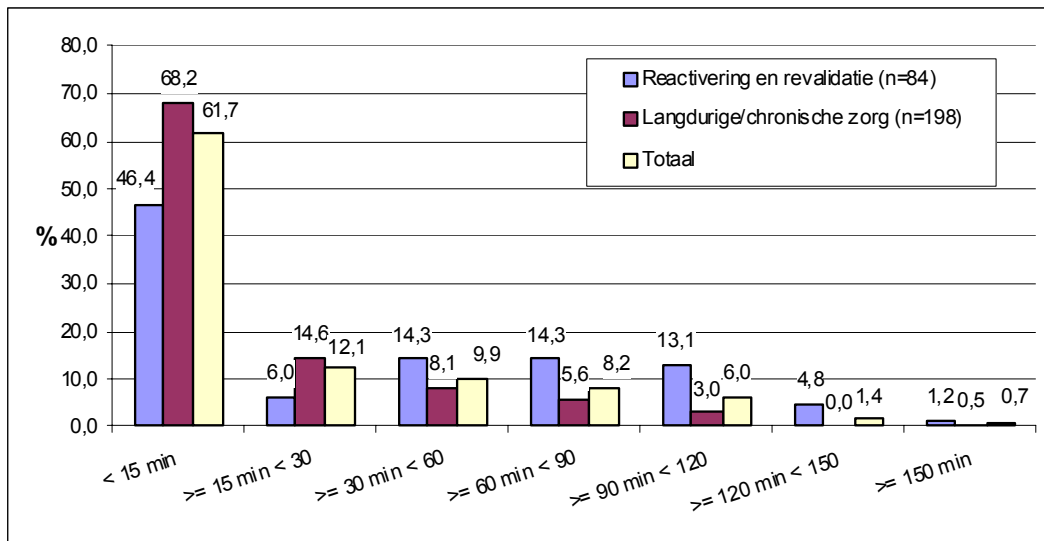
Tabel 6.9: Gemiddelde duur per behandelcontact (minuten) voor de verschillende be-handelfrequenties (n=282)¹

	Gemiddelde (sd)
Eénmalige contacten	33,3 (17,0)
1 keer per 3 weken	26,3 (13,4)
1 keer per 2 weken	24,6 (12,0)
1 keer per week	26,4 (12,0)
2 keer per week	29,1 (12,1)
> 2 keer per week n.n.o.	30,9 (13,2)
3 keer per week	27,5 (2,7)
Incidentele/wisselende contacten	26,2 (13,8)
2-4 keer totaal	26,1 (13,6)

¹ Alleen behandel-frequenties die bij meer dan 5 bewoners voorkomen zijn opgenomen in de tabel.

Op basis van de frequentie en de behandelduur per contact is de totale duur van de be-handelcontacten ergotherapie *per week* berekend. Hierbij is een uitsplitsing gemaakt naar de beide typen zorg die zijn meegenomen in het onderzoek (figuur 6.3). Het merendeel van de bewoners (62%) dat ergotherapie krijgt, ontvangt in totaal minder dan 15 minuten therapie per week. Dit geldt zowel voor bewoners die zijn opgenomen op de afdeling reactivering/revalidatie als bewoners die langdurig/chronische zorg ontvangen. Een totale duur van de behandelcontacten van 15 minuten of meer per week komt bij bewoners die zorg ontvangen in het kader van reactivering en revalidatie relatief frequenter voor dan voor bewoners die zijn opgenomen met een indicatie voor langdurig/chronische zorg (54% versus 32%).

Figuur 6.3: Totale duur van de behandelcontacten ergotherapie per week uitgesplitst naar type zorg (minuten; n=282)



Op de vraag of de frequentie van de behandelcontacten en de duur per behandelcontact adequaat wordt gevonden, is bij 85% van de bewoners door de ergotherapeut met 'ja' geantwoord. In die gevallen waarin de frequentie van de behandelcontacten dan wel de duur per behandelcontact niet adequaat is (n=43), geeft de ergotherapeut bij 35 bewoners aan frequenter te willen behandelen. Bij 4 bewoners zou de ergotherapeut de duur van het behandelcontact graag verhogen en bij 3 andere bewoners zou de ergotherapeut zowel frequenter als meer minuten per keer willen behandelen. Bij 1 bewoner wordt de frequentie te hoog bevonden; over één bewoner is deze vraag onbeantwoord gebleven.

Als voornaamste reden voor het niet behandelen volgens de gewenste/benodigde frequentie dan wel duur per behandelcontact wordt een gebrek aan tijd bij de ergotherapie aangegeven (81%)(tabel 6.10).

Tabel 6.10 Redenen voor het niet behandelen volgens gewenste/benodigde behandelfrequentie en /of duur per behandelcontact (n=43)¹

	N	%
Tijdgebrek ergotherapie	35	81,4
Organisatorische beperkingen	4	9,3
Beperkte motivatie bewoner	4	9,3
Lichamelijke beperkingen bewoner	3	7,0
Overig	3	7,0

¹ Omdat per behandeling meerdere redenen kunnen worden aangegeven tellen de percentages op tot meer dan 100%.

6.7 Samenwerking door ergotherapeuten

In het kader van de behandeling van de meeste bewoners (98,2%) wordt door de ergotherapeut overlegd of samengewerkt met andere disciplines of andere personen/instanties (tabel 6.11). De geregistreerde samenwerking betreft overleg of samenwerking buiten het multidisciplinair overleg (MDO) om, bijvoorbeeld informeel overleg in de wandelingen. De meest voorkomende samenwerking vindt plaats met de verpleging/verzorging (87%). Daarnaast wordt aanmerkelijk frequenter overlegd met de fysiotherapeut dan met een collega van de ergotherapie (63,5% vs. 21,3%). In 42% wordt ook buiten het MDO om, en anders dan voor de verwijzing, overlegd met de verpleeghuisarts. Naast samenwerking met de diverse disciplines in het verpleeghuis wordt in bijna de helft van alle behandelingen samengewerkt met andere personen of instanties. Het meeste overleg voert de ergotherapeut met leveranciers of adviseurs van hulpmiddelen (18%). Familie en/of mantelzorgers worden in 9% van alle behandelingen erbij betrokken.

Tabel 6.11: Samenwerking in het kader van de behandeling van de bewoner (buiten het MDO) (n=282)¹

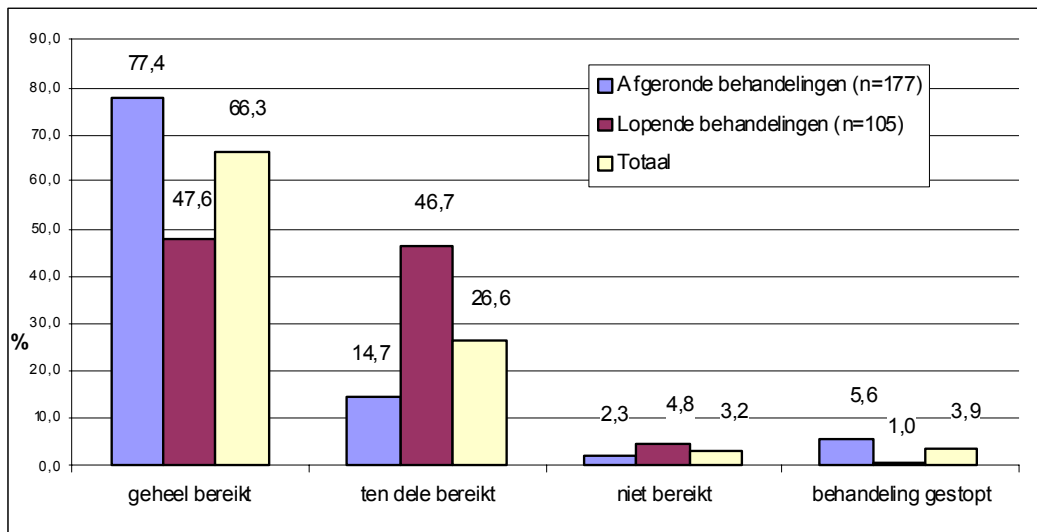
	N	%
Geen samenwerking	5	1,8
Verpleging/verzorging	244	86,5
Fysiotherapeut	179	63,5
Verpleeghuisarts	117	41,5
Collega ergotherapeut	60	21,3
Maatschappelijk werk	22	7,8
Logopedist	13	4,6
Psycholoog	9	3,2
Overige samenwerking	140	49,7
- leverancier/adviseur hulpmiddelen	51	18,1
- familie/mantelzorgers	25	8,9
- financier (WVG, AWBZ)	21	7,4
- assistent ergotherapeut	15	5,3
- externe instanties (RIO, Zorgkantoor, Bartimeus, Serviceflat)	11	3,9
- activiteitenbegeleiding	6	2,1
- anders	11	3,9

¹ Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

6.8 Bereiken ergotherapeutische behandeldoelen

Van de behandeling van elke bewoner is nagevraagd in hoeverre de gestelde behandeldoelen volgens de ergotherapeut worden bereikt (figuur 6.4). Er is onderscheid gemaakt tussen afgeronde en nog lopende behandelingen; bij de lopende behandelingen gaat het om het behalen van de tussentijdse behandeldoelen.

Figuur 6.4: Bereiken van (tussentijdse) behandeldoelen; uitgesplitst naar afgeronde- en lopende behandelingen (n=282)



Bij de meeste behandelingen, zowel afgerond als nog lopend, worden de behandeldoelen geheel bereikt (66,3%). Ergotherapeuten geven bij 47% van de nog lopende behandelingen aan dat de tussentijdse doelen ten dele zijn bereikt; dit wil zeggen dat de behandeling niet volgens plan verloopt. Het niet bereiken van de gestelde behandeldoelen of het vroegtijdig stopzetten van de behandeling komt relatief weinig voor.

In het geval van behandelingen waarin de behandeldoelen niet geheel zijn bereikt (n=95) is gevraagd welke factoren hierbij een belemmerende rol hebben gespeeld (tabel 6.12). Cognitieve functiestoornissen (incl. dementie, beperkt leervermogen) van de bewoners worden bij eenderde van de behandelingen door de ergotherapeut genoemd. Een tweede gedrags-/psychologische factor die relatief frequent (17%) wordt genoemd is een gebrek aan motivatie/apathie van de bewoner. De algehele conditie van de bewoner is de meest genoemde lichamelijke factor die een rol speelt (30,9%). Soms komt het voor dat de verpleging zich niet houdt aan de gemaakte afspraken (9,6%).

Tabel 6.12: Factoren die, naar de mening van de ergotherapeut, rol spelen bij het niet geheel bereiken van de behandeldoelen (n=95) ^{1,2}

	N	%
Lichamelijke factoren		
Algehele conditie cliënt werkt belemmerend	29	30,9
Achteruitgang lichamelijke functie werkt belemmerend	14	14,9
Nieuwe aandoening/complicatie werkt belemmerend	10	10,6
Andere lichamelijke factor werkt belemmerend	7	7,4
Gedrags-/ psychologische factoren		
Cognitieve functiestoornis werkt belemmerend	31	33,0
Gebrek motivatie/apathie werkt belemmerend	16	17,0
Depressiviteit cliënt werkt belemmerend	6	6,4
Agressiviteit cliënt werkt belemmerend	2	2,1
Andere gedragsfactor werkt belemmerend	6	6,4
Sociale factoren		
Gebrek sociale steun bij behandeling werkt belemmerend	7	7,4
Functioneren cliënt in groep werkt belemmerend	0	-
Andere sociale factor werkt belemmerend	3	3,2
Overige factoren		
Verzorging houdt zich niet aan gemaakte afspraken	9	9,6
Cliënt is overleden	9	9,6
Onvoldoende tijd behandeling cliënt	5	5,3
Cliënt houdt zich niet aan gemaakte afspraken	2	2,1
Andere overige factor	16	17,0
Geen aanwijsbare oorzaak	1	1,1

¹ Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

² (Missende waarden ten aanzien van factoren die een rol spelen bij het niet geheel bereiken van de behandeldoelen n=1)

7 Inhoud van de logopedische zorg

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de logopedische behandelingen van de verpleeghuisbewoners die logopedie (hebben) ontvangen. Eerst worden in paragraaf 1 enkele algemene karakteristieken zoals leeftijd, geslacht, opname-indicatie, afdeling, aandoeningen en beperkingen gepresenteerd die zijn verzameld via de verpleeghuisarts. De aandoeningen en beperkingen worden op verschillende wijzen gepresenteerd. Allereerst wordt aan de hand de top 10 van aanwezige aandoeningen en de hoofdcategorieën beperkingen aangegeven in hoeverre de aandoeningen en beperkingen van de bewoners die logopedie krijgen verschillen van de bewoners die geen logopedie krijgen. Vervolgens wordt een top vijf gepresenteerd van de meest validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen bij bewoners die logopedie ontvangen, en wordt een vergelijking gemaakt met de bewoners die geen logopedie krijgen. Tot slot wordt een overzicht gegeven van de aandoeningen en beperkingen waarvoor, naar de mening van de arts, de bewoners de logopedische zorg krijgen. Voor de leesbaarheid zijn in dit hoofdstuk niet alle aanwezige aandoeningen en beperkingen weergegeven. In bijlagen (VII en VIII) wordt een volledig overzicht van de aanwezige aandoeningen en beperkingen gegeven. In de rest van het hoofdstuk komen de logopedische diagnosegegevens, behandeldoelen, interventies, behandel frequentie en duur van de behandelcontacten, samenwerking en het al dan niet behalen van de gestelde behandeldoelen aan bod. Deze (zorginhoudelijke) zijn verzameld via de logopedisten zelf. De gegevens zijn bij in totaal 19 logopedisten verzameld; de respons is 100%. Van de 600 bewoners in de steekproef zijn er 94 die logopedie hebben ontvangen (16%).

7.1 Algemene karakteristieken van bewoners die logopedie ontvangen

Leeftijd, geslacht, opname-indicatie en afdeling

Het merendeel van de bewoners heeft de opname-indicatie langdurig chronische zorg (65%); de overige 35% hebben de opname-indicatie reactivering/revalidatie. Er zijn meer bewoners opgenomen op somatische- (88%) dan op psychogeriatrische afdelingen (12%). Net als bij fysiotherapie en ergotherapie worden relatief gezien ook bij logopedie meer mannen dan vrouwen behandeld ($p=0.002$)⁹. De bewoners die logopedie ontvangen verschillen qua leeftijd niet van de bewoners die geen logopedie krijgen.

⁹ Ten opzichte van de verhouding mannen vrouwen die geen logopedie krijgen.

Tabel 7.1: Verdeling van leeftijd en geslacht (n=94)

	Man		Vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
55-65	3	6,5	3	6,3	6	6,4
66-75	13	28,3	6	12,5	19	20,2
76-85	22	47,8	21	43,8	43	45,7
86-95	8	17,4	14	29,2	22	23,4
>95	0	-	4	8,3	4	4,3
Totaal	46	100,0	48	100,0	94	100,0

Verskil in aanwezige aandoeningen en beperkingen tussen bewoners die wel en geen fysiotherapie krijgen

Binnen de top 10 van aanwezige aandoeningen bij bewoners die logopedie krijgen komen bij deze groep CVA en hypertensie significant meer voor dan bij bewoners die geen logopedie krijgen. Dementie komt significant minder vaak voor onder de bewoners die logopedische zorg ontvangen ($p < 0.025$).

Door de arts is ook aangegeven welke beperkingen de bewoner heeft. Bij bewoners die logopedie krijgen komen beperkingen in communicatie/gehoor, de voedingstoestand en psychosociaal welbevinden significant vaker voor dan bij bewoners die geen logopedie krijgen. Wat betreft de overige beperkingen worden geen significante verschillen gevonden ($p < 0.025$).

Validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen van de bewoners die fysiotherapie krijgen en de verschillen hierin met de bewoners die geen fysiotherapie krijgen

Voor een aantal bewoners (n=82) is er één aandoening aangegeven die het meest van invloed is op de validiteit van de bewoner (tabel 7.2). Ook wat betreft deze validiteitbepalende aandoeningen komen, onder de groep bewoners die logopedie krijgt, CVA significant meer voor dan onder de bewoners die geen logopedie krijgen. Dementie als validiteitbepalende aandoening komt bij de bewoners die logopedie krijgen minder vaak voor ($p < 0.05$).

Tabel 7.2: Top vijf van de door de verpleeghuisarts aangegeven meest validiteitbepalende aandoeningen van bewoners die logopedie ontvangen (n=82) ^{1,2}

	N	%
Cerebrovasculaire aandoening (CVA)	48	58,5
Dementie	10	12,2
Ziekte van Parkinson	5	6,1
Overig neurologisch	4	4,9
Andere psychiatrische aandoeningen	2	2,4

¹ Gepresenteerd voor bewoners bij wie een specifieke validiteitbepalende aandoening is aangegeven; bij 11% is de invloed van alle aandoeningen even groot en bij 2 bewoners ontbreekt het antwoord.

² Per bewoner kan één validiteitbepalende aandoening worden aangegeven.

Voor 83 bewoners die logopedie krijgen is door de arts één beperking aangegeven die het meest van invloed is op de validiteit (tabel 7.3). Wat betreft deze validiteitbepalende beperkingen komen bij bewoners die logopedie krijgen, lichamelijke beperkingen significant vaker voor dan bij bewoners die geen logopedie krijgen. Cognitieve beperkingen komen daarentegen bij deze laatste groep vaker voor ($p < 0.05$).

Tabel 7.3: Top 5 van de door de verpleeghuisarts aangegeven meest validiteitbepalende beperkingen van bewoners die logopedie ontvangen (n=83)^{1,2}

	N	%
Lichamelijk functioneren	62	74,7
Cognitief functioneren	15	18,1
Communicatie/gehoor	3	3,6
Stemmings/gedrag patronen	2	2,4
Gezichtsvermogen	1	1,2

¹ Gepresenteerd voor bewoners bij wie een specifieke validiteitbepalende beperking is aangegeven.; bij 10 bewoners zijn alle beperkingen evenveel van invloed en bij één bewoner is de vraag niet beantwoord.

² Per bewoner kan één validiteitbepalende beperking worden aangegeven.

7.2 Aandoeningen en beperkingen waarvoor logopedie wordt ontvangen

Naast de hierboven beschreven aanwezige aandoeningen en beperkingen is door de verpleeghuisarts ook aangegeven voor welke van deze aandoeningen en beperkingen de bewoner specifiek de logopedische zorg ontvangt.

Bij ruim de helft van de bewoners (54%) die logopedie ontvangen heeft de verpleeghuisarts aangegeven voor welke specifieke aandoening dit werd voorgeschreven (tabel 7.4). CVA en afasie blijken door de arts het meest frequent worden genoemd.¹⁰

¹⁰ De gepresenteerde cijfers over de aanwezigheid van afasie bij verpleeghuisbewoners zijn vermoedelijk een onderschatting. Deze is ontstaan doordat verpleeghuisartsen deze aandoening onder CVA scharen en niet ook als aparte aandoening hebben aangegeven.

Tabel 7.4: Top vijf aandoeningen waarvoor de bewoner, naar de mening van de verpleeghuisarts, logopedische zorg ontvangt (n=51)^{1,2,3}

	N	%
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	39	76,5
Afasie	12	23,5
Parkinson	7	13,7
Overige neurologische aandoeningen	5	9,8
Dementie	2	3,9

¹ Gepresenteerd voor die bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen aandoeningen en ontvangen zorg

² Bewoners kunnen voor meer dan één aandoening logopedische zorg ontvangen

³ De gepresenteerde cijfers over de aanwezigheid van afasie bij verpleeghuisbewoners zijn vermoedelijk een onderschatting. Deze is ontstaan doordat verpleeghuisartsen deze aandoening onder CVA scharen en niet ook als aparte aandoening hebben aangegeven.

Van de beperkingen is, vanwege het grote aantal subcategorieën niet een top vijf maar een top tien gepresenteerd (tabel 7.5). Bij 78% van de bewoners die logopedie krijgen is door de verpleeghuisarts aangegeven voor welke beperking(en) deze zorg wordt ontvangen. Zoals verwacht behandelt de logopedist vaak beperkingen in de communicatie (57,5%), en ook beperkingen in de voedingstoestand zijn een belangrijke reden logopedie voor te schrijven (61,6%).

Tabel 7.5: Top tien beperkingen waarvoor de bewoner, naar de mening van de verpleeghuisarts, logopedische zorg ontvangt (n=73)^{1,2}

	N	%
Voedingstoestand	45	61,6
Mondproblemen:	44	60,3
- <i>slikprobleem</i>	41	56,2
- <i>kauwprobleem</i>	9	12,3
Voedingsaanpak	15	20,5
Communicatie/gehoor	42	57,5
Lichamelijk functioneren	14	19,2
ADL-activiteiten:	14	19,2
- <i>eten/ drinken</i>	13	17,8
Cognitief functioneren	6	8,2

¹ Gepresenteerd voor die bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen beperkingen en ontvangen zorg

² Bewoners kunnen voor meer dan één beperking logopedische zorg ontvangen

7.3 Logopedische diagnose en behandeldoelen

Op het moment van dataverzameling is bij 2 bewoners de behandeling nog niet gestart, zodat de gegevens van 92 bewoners zijn meegenomen in de analyses.

Door de logopedist wordt een diagnose vastgesteld volgens de beroepseigen classificatie. In deze classificatie wordt onderscheid gemaakt tussen diagnosen op stoornis-, beperking-

en handicap niveau (tabel 7.6). Bij meer dan de helft van de bewoners (54%) komt een slikstoornis voor; op stoornis niveau de meest voorkomende diagnose. Daarnaast worden ook taal-, hoor-, of articulatiestoornissen elk bij een kwart of meer van de bewoners gediagnosticeerd. Op beperkingniveau worden 'beperkingen in eten en drinken' (53,3%) en 'deelname aan de communicatieve interactie' (52,2%) het meest frequent vastgesteld. Ook komen beperkingen in 'het zich communicatief uiten' (44,6%) en 'het begrijpen van communicatieve uitingen' (29,3%) relatief vaak voor. Voor een derde van de bewoners is volgens de logopedist geen sprake van een handicap voor de bewoner. Bij 61% stelt de logopedist een handicap binnen de directe omgeving, zoals familie, gezin, medebewoners of personeel, vast.

Tabel 7.6: Logopedische diagnose en behandeldoelen (n=92)^{1,2}

	Diagnose		Behandeldoel	
	n	%	n	%
<i>Stoornissen</i>				
Slikstoornis	50	54,3	48	52,2
Taalstoornis (incl. afasie)	28	30,4	26	28,3
Hoorstoornis	26	28,3	25	27,2
Articulatiestoornis (incl. dysarthrie)	23	25,0	18	19,6
Cognitieve- en psychische stoornissen	13	14,1	9	9,8
Afwijkend monddrag (incl. stoornis in (senso-) motoriek, excl. slikstoornis)	12	13,0	6	6,5
Stemstoornis	5	5,4	3	3,3
Stoornis in vloeiendheid/ ritme van spreken	3	3,3	2	2,2
Andere stoornissen	2	2,2	2	2,2
Nasaliteit	0	0,0	1	1,1
<i>Beperkingen</i>				
In eten en drinken	49	53,3	44	47,8
Deelname a/d communicatieve interactie	48	52,2	36	39,1
Het zich communicatief uiten	41	44,6	39	42,4
Begrijpen van communicatieve uitingen	27	29,3	23	25,0
Geen beperking	6	6,5	3	3,3
<i>Handicaps</i>				
Sociale integratie binnen directe omgeving	55	61,1	nvt	nvt
Geen handicap	29	32,2	nvt	nvt
Anders	5	5,6	nvt	nvt
Sociale integratie buiten directe omgeving	2	2,2	nvt	nvt

¹ Omdat meerdere diagnoses per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%; op stoornis- en beperking niveau kunnen voor elke bewoner maximaal 3 antwoorden worden gegeven; op handicapniveau is slechts één antwoord mogelijk.

² (Missende waarden ten aanzien van diagnose-handicaps n=2)

De behandeldoelen van de logopedist worden weergegeven in termen van stoornissen en beperkingen. De stoornissen en beperkingen waaraan in de behandeling aandacht wordt besteed is over het algemeen een weerspiegeling van de mate waarin zij gediagnosticeerd zijn.

7.4 Verrichtingen logopedie

De logopedische behandeling kan bestaan uit een scala aan verrichtingen die zijn onderverdeeld in een aantal hoofdcategorieën: informeren/adviseren, het voorzien in een hulpmiddel, het oefenen van specifieke functies en het oefenen van vaardigheden (tabel 7.7). Bij de meeste bewoners (77,8%) maakt het informeren/adviseren van zowel de bewoner als derden (o.a. familie, verpleging/verzorging) deel uit van de behandeling. Het oefenen van het slikken is de verrichting met de hoogste frequentie (38%) op functieniveau. In mindere mate worden ook mondgedrag/-motoriek en spraakklanken met de bewoners geoefend. Binnen de hoofdcategorie 'oefenen van vaardigheden' worden oefenen van 'eten en drinken', 'zich uiten' en 'het begrijpen van uitingen' door de logopedist het meest aangegeven. Het voornaamste hulpmiddel dat wordt verstrekt is een hoorhulpmiddel.

Tabel 7.7: Verrichtingen (n=92)^{1,2}

	N	%
Informeren/adviseren		
Patiënt	8	8,9
Derden	14	15,6
Beiden (patiënt en derden)	70	77,8
Voorzien in hulpmiddel		
Hoorhulpmiddel	17	18,9
Alternatief systeem	9	10,0
Stemhulpmiddel	0	-
Overig hulpmiddel	8	8,9
Oefenen van specifieke functies		
Slikken	34	37,8
Mondgedrag/motoriek	20	22,2
Spraakklanken	11	12,2
Taalinhoud	8	8,9
Horen/auditief waarnemen	7	7,8
Auditieve voorwaarden	7	7,8
Sensibiliteit	7	7,8
Taalgebruik	5	5,6
Taalvorm	3	3,3
Adembeheersing	3	3,3
Stemkwaliteit	2	2,2
Emoties/cognities bij spreken	1	1,1
Stemhygiëne	0	-
(Ont)spanning	0	-
Vloeiendheid	0	-
Oefenen van vaardigheden		
Eten/drinken	32	35,6
Zich uiten	24	26,7
Begrijpen van uitingen	11	12,2
Aangaan/onderhouden van interactie	8	8,9
Overige vaardigheden	2	2,2

¹ Omdat meerdere verrichtingen per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%; per bewoner kunnen maximaal vijf verrichtingen worden aangegeven.

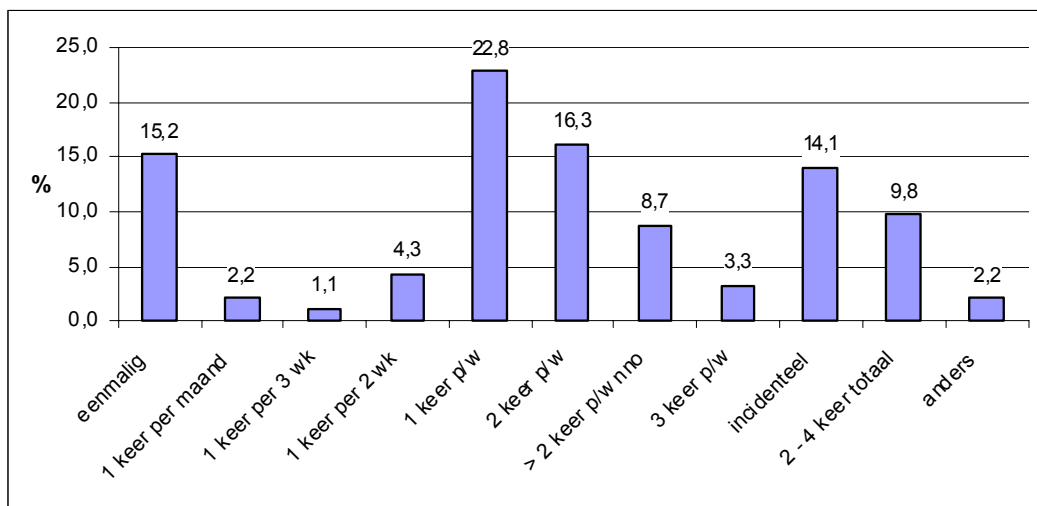
² (Missende waarden ten aanzien van verrichtingen n=2)

7.5 Frequentie en duur van logopedische behandelcontacten

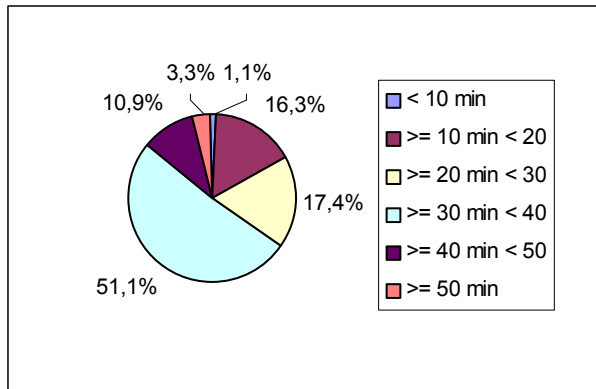
Voor elke bewoner die onder logopedische behandeling is, is door de logopedist aangegeven wat de frequentie van de behandelcontacten is en de (gemiddelde) duur van een behandelcontact. Onder behandelcontact wordt dat deel van de totale logopedische behandeling bedoeld waarin de logopedist daadwerkelijk en persoonlijk contact heeft met de bewoner. De indirect cliëntgebonden activiteiten zo als het overleggen met collega's of de familie over de bewoner of het aanvragen van communicatiehulpmiddelen vallen hier dus niet onder.

Een behandelfrequentie van één keer per week een behandelcontact komt het meeste voor (22,8%). Ongeveer 28% van de bewoners wordt frequenter dan eens per week behandeld, waarbij twee keer per week het meest wordt aangegeven (16,3%). Daarnaast komen éénmalige behandelcontacten (15%) en incidentele behandelcontacten (14%) relatief frequent voor.

Figuur 7.1: Frequentie van de logopedische behandelcontacten (n=92)



Figuur 7.2: Duur van de logopedische behandelcontacten in categorieën (n=92)



De duur van een behandelcontact loopt tussen de bewoners uiteen van minder dan 10 minuten tot een uur, hoewel behandelcontacten van gemiddeld minder dan 10 minuten nauwelijks voorkomen. Ongeveer de helft van de bewoners ontvangt per behandelcontact een half uur tot 40 minuten logopedische zorg. De andere helft van de bewoners wordt per keer een half uur of korter behandeld.

De behandelcontacten van bewoners die één keer per week worden behandeld nemen gemiddeld ruim 30 minuten in beslag (tabel 7.8). In het geval van incidentele/wisselende behandelcontacten worden bewoners per contact gemiddeld het kortst behandeld (18 minuten).

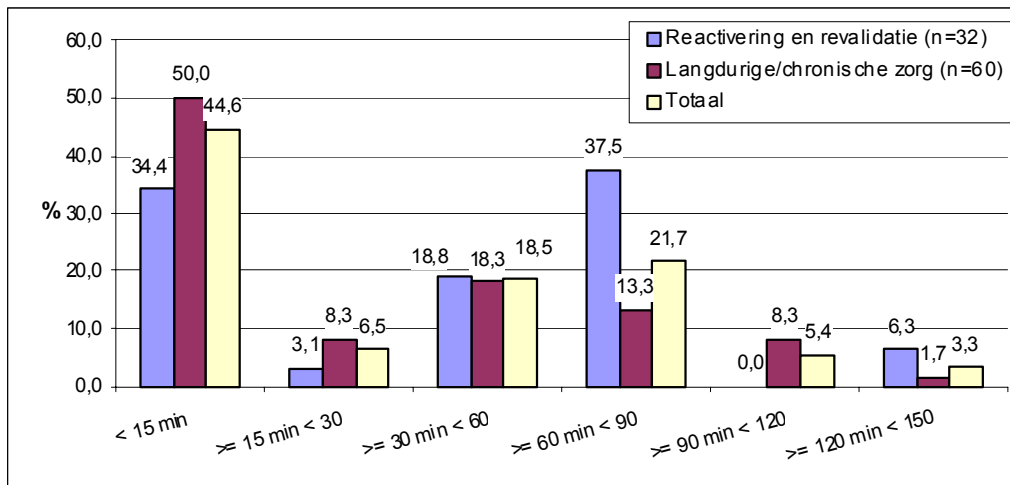
Tabel 7.8: Gemiddelde duur van de behandelcontacten (minuten) voor de verschillende behandelfrequenties (n=92)¹

	Gemiddelde (sd)
Eénmalige contacten	31,4 (13,4)
1 keer per week	32,6 (10,8)
2 keer per week	31,0 (3,9)
> 2 keer per week N.N.O.	30,0 (8,9)
Incidentele/wisselende contacten	18,1 (6,0)
2 - 4 keer totaal	24,4 (12,9)

¹ Alleen behandelfrequenties die bij meer dan 5 bewoners voorkomen zijn opgenomen in de tabel.

Op basis van de behandelfrequentie en de duur per behandelcontact is de totale duur van de behandelcontacten *per week* berekend (figuur 7.3). De helft van de bewoners die logopedie ontvangen in het kader van langdurige/chronische zorg ontvangen in totaal minder dan 15 minuten per week logopedie. Voor bewoners die zorg ontvangen in het kader van reactivering en revalidatie ligt dit percentage op 34%. Een totale duur van de logopedische behandelcontacten van een uur tot 90 minuten per week komt onder de bewoners met een opname-indicatie reactivering en revalidatie bewoners het meest frequent voor (38%). Onder de bewoners van beide typen zorg wordt ook een totale duur van de behandelcontacten van een half uur tot een uur in ruim 18% van de gevallen aangetroffen.

Figuur 7.3: Totale duur van de behandelcontacten logopedie per week (minuten) naar type zorg (n=92)



Aan de logopedist is, voor elke bewoner die onder behandeling is, gevraagd of de frequentie van de behandelcontacten en de gemiddelde duur per behandelcontact waarmee wordt behandeld, naar zijn/haar mening adequaat is. Bij de behandelingen van 80% van de bewoners blijkt dit het geval te zijn. Bij 16% van de behandelingen van bewoners geeft de logopedist aan frequenter te willen behandelen. Bij de overige 4% is de duur per behandelcontact of een combinatie van de frequentie en de duur van de behandelcontacten niet adequaat.

Uit de inventarisatie van de redenen waarom een aantal bewoners (n=18) niet wordt behandeld volgens de gewenste/benodigde contactfrequentie en/of duur per behandelcontact komt naar voren tijdgebrek van de logopedist verreweg de meest voorkomende reden is (tabel 7.9).

Tabel 7.9: Redenen voor het niet behandelen volgens gewenste/benodigde frequentie van de behandelcontacten en /of duur per behandelcontact (n=18)¹

	N	%
Tijdgebrek logopedie	15	83,3
Beperkte motivatie bewoner	3	16,7
Cognitieve beperkingen bewoner	1	5,6
Organisatorische problemen	1	5,6
Lichamelijke beperkingen bewoner	1	5,6
Overig	2	11,1

¹ Omdat per behandeling meerdere redenen mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

7.6 Samenwerking door logopedisten

In het kader van de behandeling van individuele bewoners wordt door logopedisten ook buiten het multidisciplinair overleg (MDO) om samengewerkt (tabel 7.10). Het meest frequent wordt samengewerkt met de verpleging/verzorging (90%) en de verpleeghuisarts (47,3%). Daarnaast wordt door de logopedist samengewerkt met vooral de diëtist (27,5%), maar ook met de fysiotherapie en de ergotherapie en met collega logopedisten (15-17%). Met betrekking tot overige samenwerking wordt de voedingsassistent het meest frequent aangegeven (13%).

Tabel 7.10: Samenwerking in het kader van de behandeling van de bewoner (buiten het MDO) (n=92)^{1,2}

	N	%
Geen samenwerking	2	2,2
Verpleging/verzorging	82	90,1
Verpleeghuisarts (anders dan voor verwijzing)	43	47,3
Diëtist	25	27,5
Fysiotherapeut	16	17,6
Collega logopedist	14	15,4
Ergotherapeut	14	15,4
Psycholoog	8	8,8
Maatschappelijk werk	1	1,1
Overige samenwerking		
- voedingsassistente	12	13,0
- familie/mantelzorgers	6	6,5
- audicien	6	6,5
- keuken	4	4,3
- doktersassistente	4	4,3
- anders	3	3,3

¹ Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

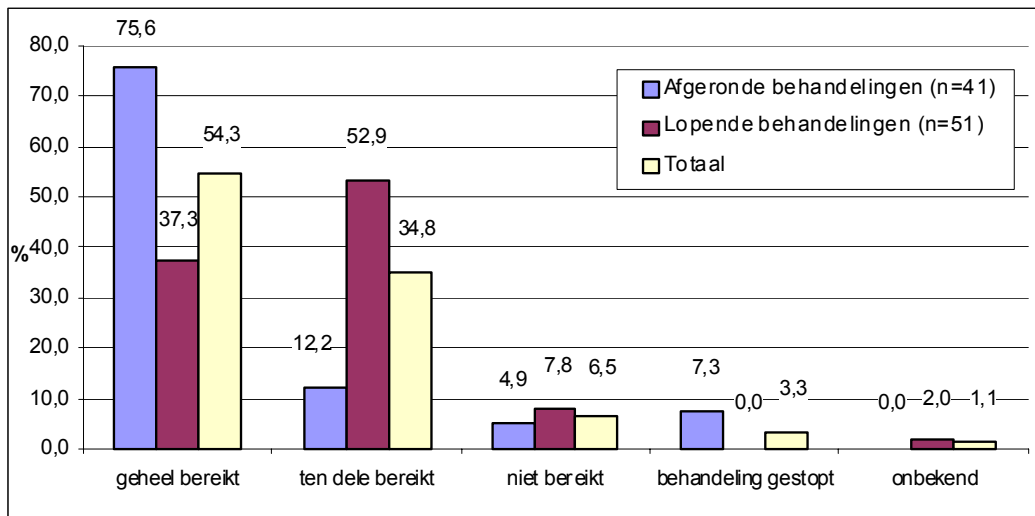
² (Missende waarden ten aanzien samenwerking (n=1))

7.7 Bereiken logopedische behandeldoelen

De mate waarin de behandeldoelen zijn bereikt is geïnventariseerd en weergegeven in figuur 7.4. Er is een uitsplitsing gemaakt naar afgeronde en lopende behandelingen. Bij deze laatste groep is gevraagd in hoeverre de behandeling volgens plan verloopt; bij het behalen van de doelen gaat het dan om de tussentijdse doelen.

Bij meer dan de helft van de behandelingen worden de (tussentijdse) doelen geheel bereikt; bij uitsplitsing blijkt dit bij de afgeronde behandelingen duidelijk frequenter voor te komen dan bij de nog lopende behandelingen. Omgekeerd wordt bij de lopende behandelingen frequenter aangegeven dat de behandeldoelen ten dele zijn bereikt. Het geheel niet bereiken van de behandeldoelen komt bij 6,5% van de behandelingen voor.

Figuur 7.4: Bereiken van (tussentijdse) behandeldoelen; uitgesplitst naar afgeronde- en lopende behandelingen (n=92)



Wanneer de behandeldoelen niet of ten dele zijn bereikt of de behandeling voortijdig is stopgezet kunnen diverse factoren worden aangegeven die hier een rol in spelen. In tabel 7.11 staan de door de logopedisten aangegeven factoren weergegeven.

Tabel 7.11: Factoren die, naar de mening van de logopedist, rol spelen bij het niet geheel bereiken van de behandeldoelen (n=41)^{1,2}

	N	%
Lichamelijke factoren		
Algehele conditie cliënt	9	22,5
Nieuwe aandoening/complicatie	5	12,5
(Onverwachte) achteruitgang in lichamelijke functie	3	7,5
Andere lichamelijke factor	3	7,5
Gedrags-/ psychologische factoren		
Cognitieve functiestoornis	19	47,5
Gebrek aan motivatie / apathie	13	32,5
Depressiviteit van cliënt	3	7,5
Agressiviteit van cliënt	1	2,5
Andere gedrags-/psychologische factor	5	12,5
Sociale factoren		
Gebrek sociale steun bij behandeling	0	-
Functioneren cliënt in groep	0	-
Andere sociale factor	0	-
Overige factoren		
Verzorging houdt zich niet aan gemaakte afspraken	5	12,5
Gebrek voldoende tijd behandeling cliënt	4	10
Cliënt houdt zich niet aan gemaakte afspraken	2	5
Gebrek geschikte ruimte behandeling cliënt	0	-
Cliënt is met ontslag naar huis	0	-
Cliënt is met ontslag naar ziekenhuis	0	-
Cliënt is overleden	0	-
Andere overige factor	4	10
Geen aanwijsbare oorzaak	1	2,5

¹ Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

² (Missende waarden ten aanzien van factoren die een rol spelen bij het niet geheel bereiken van de behandeldoelen n=1)

Gedrags-/psychologische factoren blijken, naar de mening van de logopedisten, de grootste rol te spelen bij behandelingen waarin de behandeldoelen het niet geheel worden bereikt. Bij 48% van de behandelingen is er sprake van een cognitieve functiestoornis; bij een derde is een gebrek aan motivatie en/of apathie de belemmerende factor. Daarnaast spelen ook lichamelijke factoren een rol: de meest frequent genoemden zijn 'de algehele conditie cliënt' (22,5%) en 'nieuwe aandoeningen/complicaties' (12,5%). Bij 12,5% speelt ook het zich niet houden aan de gemaakte afspraken door de verzorging een rol.

8 Inhoud van de diëtistische zorg

De diëtistische behandelingen staan centraal in dit hoofdstuk. Eerst worden in paragraaf 1 enkele algemene karakteristieken zoals leeftijd, geslacht, opname-indicatie, afdeling, aandoeningen en beperkingen gepresenteerd die zijn verzameld via de verpleeghuisarts. De aandoeningen en beperkingen worden op verschillende wijzen gepresenteerd. Allereerst wordt aan de hand de top 10 van aanwezige aandoeningen en de hoofdcategorieën beperkingen aangegeven in hoeverre de aandoeningen en beperkingen van de bewoners die diëtetiek krijgen verschillen van de bewoners die geen diëtetiek krijgen. Vervolgens wordt een top vijf gepresenteerd van de meest validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen bij bewoners die diëtetiek ontvangen, en wordt een vergelijking gemaakt met de bewoners die geen diëtetiek krijgen. Tot slot wordt een overzicht gegeven van de aandoeningen en beperkingen waarvoor, naar de mening van de arts, de bewoners specifiek de diëtistische zorg krijgen. Voor de leesbaarheid zijn in dit hoofdstuk niet alle aanwezige aandoeningen en beperkingen weergegeven. In bijlagen (VII en VIII) wordt een volledig overzicht van de aanwezige aandoeningen en beperkingen gegeven. In de rest van het hoofdstuk komen achtereenvolgens de diëtistische diagnosegegevens, behandeldoelen, interventies, behandel frequentie en duur van de behandelcontacten, samenwerking en het al dan niet behalen van de gestelde behandeldoelen aan bod. Deze (zorginhoudelijke) zijn verzameld via de diëtisten zelf. In totaal is door 11 diëtisten bijgedragen aan de gegevensverzameling; de respons is 98%. Op de totale steekproef (n=600) zijn er 174 bewoners die diëtetiek hebben ontvangen.

8.1 Algemene karakteristieken van bewoners die diëtetiek ontvangen

Leeftijd, geslacht, opname-indicatie en afdeling

Verreweg de meeste bewoners die diëtetiek krijgen hebben de opname-indicatie langdurig chronische zorg (80%); de overige 20% heeft de opname-indicatie reactivering en revalidatie. Zestig procent verblijft op een somatiek afdeling en 40% op Psychogeriatrische afdeling. Diëtetiek is de enige vorm van paramedische zorg waarbij relatief¹¹ gezien even veel mannen als vrouwen worden behandeld. De groep bewoners die diëtetiek ontvangt verschilt wat betreft leeftijd niet van groep bewoners geen diëtetiek krijgt.

¹¹ Ten opzichte van de verhouding mannen-vrouwen in bij de bewoners die geen diëtetiek krijgen.

Tabel 8.1: Verdeling van leeftijd en geslacht (n=174)

	Man		Vrouw		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
55-65	7	10,0	5	4,8	12	6,9
66-75	18	25,7	21	20,2	39	22,4
76-85	32	45,7	39	37,5	71	40,8
86-95	13	18,6	37	35,6	50	28,7
>95	0	-	2	1,9	2	1,1
Totaal	70	100,0	104	100,0	174	100,0

Verskil in aanwezige aandoeningen en beperkingen tussen bewoners die wel en geen diëtetiek krijgen

Binnen de top 10 van aanwezige aandoeningen bij bewoners die diëtetiek krijgen komt bij deze groep diabetes mellitus significant meer voor dan bij bewoners die geen diëtetiek krijgen. Dementie komt significant minder vaak voor onder bewoners die onder behandeling zijn van de diëtist ($p < 0.025$).

Bij bewoners die diëtetiek krijgen komen beperkingen in de voedingstoestand, communicatie/gehoor en psychosociaal welbevinden significant vaker voor dan bij bewoners die geen diëtetiek krijgen. Wat betreft de overige beperkingen worden geen significante verschillen gevonden.

Validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen van de bewoners die diëtetiek krijgen en de verschillen hierin met de bewoners die geen diëtetiek krijgen

Van de bewoners die diëtetiek ontvangen is bij bijna 88% (n=153) één specifieke aandoening aangegeven die het meest van invloed is op de validiteit (tabel 8.2). Wat betreft deze validiteitbepalende aandoeningen komen onder de groep bewoners die diëtetiek overige neurologische stoornissen significant meer voor dan onder de bewoners die geen diëtetiek krijgen. Dementie als validiteitbepalende aandoening komt, onder de bewoners diëtistische zorg ontvangen, daarentegen minder vaak voor ($p < 0.05$).

Tabel 8.2: Top vijf van de door de verpleeghuisarts aangegeven meest validiteitbepalende aandoeningen van bewoners die diëtetiek ontvangen (n=153)^{1,2}

	N	%
Dementie	53	34,6
Cerebrovasculaire aandoening	45	29,4
Overig neurologische aandoeningen	10	6,5
Status na amputatie	8	5,2
Status na heupvervangning	7	4,6

¹ Gepresenteerd voor bewoners bij wie een specifieke validiteitbepalende aandoening is aangegeven.; bij 8% is de invloed van alle aandoeningen even groot en bij 4% ontbreekt het antwoord.

² Per bewoner kan één validiteitbepalende aandoening worden aangegeven.

Bij 154 (89%) van de bewoners die diëtetiek krijgen is door de arts tevens één specifieke beperking aangegeven die het meest van invloed is op de validiteit van de bewoner (tabel

8.3). Wat betreft deze validiteitbepalende beperkingen komen bij bewoners die diëtetiek krijgen beperkingen op het gebied van lichamelijke beperkingen significant vaker voor dan bij bewoners die geen diëtetiek krijgen. Cognitieve beperkingen komen daarentegen vaker voor bij de bewoners die geen diëtetiek krijgen.

Tabel 8.3: Top 5 van de door de verpleeghuisarts aangegeven meest validiteitbepalende beperkingen van bewoners die diëtetiek ontvangen (n=154)^{1,2}

	N	%
Lichamelijk functioneren	92	59,7
Cognitief functioneren	42	27,3
Stemmings/gedrag patronen	8	5,2
Voedingstoestand	4	2,6
Communicatie/gehoor	4	2,6

¹ Gepresenteerd voor bewoners bij wie een specifieke validiteitbepalende beperking is aangegeven.; bij 19 bewoners zijn alle beperkingen evenveel van invloed en bij één bewoner is de vraag niet beantwoord.

² Per bewoner kan één validiteitbepalende beperking worden aangegeven

8.2 Aandoeningen en beperkingen waarvoor diëtetiek wordt ontvangen

Bij 40% van de bewoners die diëtetiek krijgen is door de verpleeghuisarts aangegeven voor welke aandoening de zorg specifiek wordt ontvangen. In tabel 8.4 wordt de top 5 hiervan gepresenteerd: diabetes mellitus (39,1%) en cerebrovasculaire aandoeningen (23,2) blijken de meest voorkomende aandoeningen te zijn waarvoor de bewoners, naar de mening van de arts, diëtistische zorg ontvangen.

Tabel 8.4: Top vijf aandoeningen waarvoor de bewoner, naar de mening van de verpleeghuisarts, diëtistische zorg ontvangt (n=69)^{1,2}

	N	%
Diabetes mellitus	27	39,1
Cerebrovasculaire aandoeningen (CVA)	16	23,2
Decubitus	9	13,0
Dementie	8	11,6
Problemen spijsverteringsstelsel	6	8,7

¹ Gepresenteerd voor die bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen aandoeningen en ontvangen zorg

² Bewoners kunnen voor meer dan één aandoening diëtistische zorg ontvangen.

Van de beperkingen is, vanwege het grote aantal subcategorieën niet een top vijf maar een top tien gepresenteerd (tabel 8.5). De beperkingen waarvoor de bewoners diëtetiek krijgen is door de verpleeghuisartsen voor 69% van de bewoners aangegeven. Zoals te verwachten wordt diëtetiek het meest voorgeschreven voor beperkingen in de voedings- toestand (95%).

Tabel 8.5: Top tien beperkingen waarvoor de bewoner, naar de mening van de verpleeghuisarts, diëtistische zorg ontvangt (n=120)^{1,2}

	N	%
Voedingstoestand	114	95,0
Voedingsaanpak	76	63,3
Verandering in gewicht:	50	41,7
- gewichtsverlies	37	30,8
Mondproblemen:	34	28,3
- slikprobleem	28	23,3
Eetproblemen	30	25,0
Lichamelijk functioneren	19	15,8
ADL activiteiten:	19	15,8
- eten/ drinken	18	15,0

¹ Gepresenteerd voor die bewoners bij wie door de verpleeghuisarts een koppeling is gemaakt tussen beperkingen en ontvangen zorg.

² Bewoners kunnen voor meer dan één beperking diëtistische zorg ontvangen.

8.3 Diëtistische diagnose

Van vier bewoners die diëtetiek ontvangen is door de diëtist geen vragenlijst ingevuld en bij vijf bewoners is de behandeling nog niet gestart. De (zorginhoudelijke) resultaten zijn daarom gebaseerd op 165 bewoners.

De diëtist stelt bij iedere bewoner een diagnose vast (tabel 8.6) De tabel laat zien dat ondergewicht de meest gestelde diagnose is (39,4%); overgewicht/vetzucht komt met 19,4 % minder frequent voor. Ook CVA (28,5%), diabetes mellitus (27,9%) en dementie (26,7%) worden relatief frequent gediagnosticeerd.

Tabel 8.6: Diëtistische diagnose (n=165)¹

	N	%
Ondergewicht	65	39,4
CVA	47	28,5
Diabetes mellitus	46	27,9
Dementie	44	26,7
Overgewicht/vetzucht	32	19,4
Ziekten spijsverteringsstelsel	25	15,2
Decubitus	20	12,1
Voedingsdeficiënties	17	10,3
Ziekten zenuwstelsel	13	7,9
Ziekten hart vaatstelsel	8	4,8
Ziekten nieren/urinewegen	4	2,4
Nieuwvormingen	4	2,4
Eetstoornissen	4	2,4
Voedselallergie/intolerantie	2	1,2
Korsakov	1	,6
Stofwisselingsstoornis	0	-
Overige ziekten	27	16,4

¹ Omdat meerdere diagnoses per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%; per bewoner kunnen maximaal vijf antwoorden worden gegeven.

8.4 Diëtistische behandeldoelen

Het in een goede voedingstoestand brengen van de bewoner vormt bij tweederde van de bewoners een behandeldoel (tabel 8.7). Het verbeteren van een klinische parameter (bijvoorbeeld gewicht of eiwitgehalte) en het klachtenvrij maken van de bewoner worden elk in ongeveer 30% van de behandelingen als doel gesteld. Het vergroten van de kennis/inzicht van de bewoner en het behoud van goed voedingsgedrag vormen bij (ruim) een kwart van de bewoners een behandeldoel.

Tabel 8.7: Diëtistische behandeldoelen (n=165)¹

	N	%
Patiënt in goede voedingstoestand brengen	109	66,1
Klinische parameter verbeteren	50	30,3
Patiënt klachtenvrij maken	49	29,7
Kennis/inzicht vergroten	46	27,9
Behoud van goed voedingsgedrag	41	24,8
Attitude veranderen	25	15,2
Vaardigheden vergroten	12	7,3
Ander doel	7	4,2

¹ Omdat meerdere diagnoses per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

8.5 Verrichtingen diëtetiek

Wat betreft diëtistisch onderzoek is het bevragen (van o.a. bewoner, verpleging) de meest genoemde verrichting van de behandeling (tabel 8.8). Ruim de helft van de bewoners die diëtetiek ontvangt informatie en/of advies van de diëtist. Frequenter nog wordt informatie/advies verstrekt aan derden (bijvoorbeeld verpleging, familie; 86,1%).

Tabel 8.8: Diëtistische verrichtingen (n=165)¹

	N	%
Diëtistisch onderzoek		
Bevragen	125	75,8
Dossieronderzoek	89	53,9
Observeren	49	29,7
Meten/testen	16	9,7
Overig diëtistisch onderzoek	21	12,7
Begeleiding		
Informeren/adviseren derden	142	86,1
Informeren/adviseren cliënt	84	50,9
Uitleggen en instrueren	45	27,3
Bieden steun patiënt/cliënt	35	21,2
Feedback geven	20	12,1
Oefenen vaardigheden	0	-
Overige begeleiding	1	,6

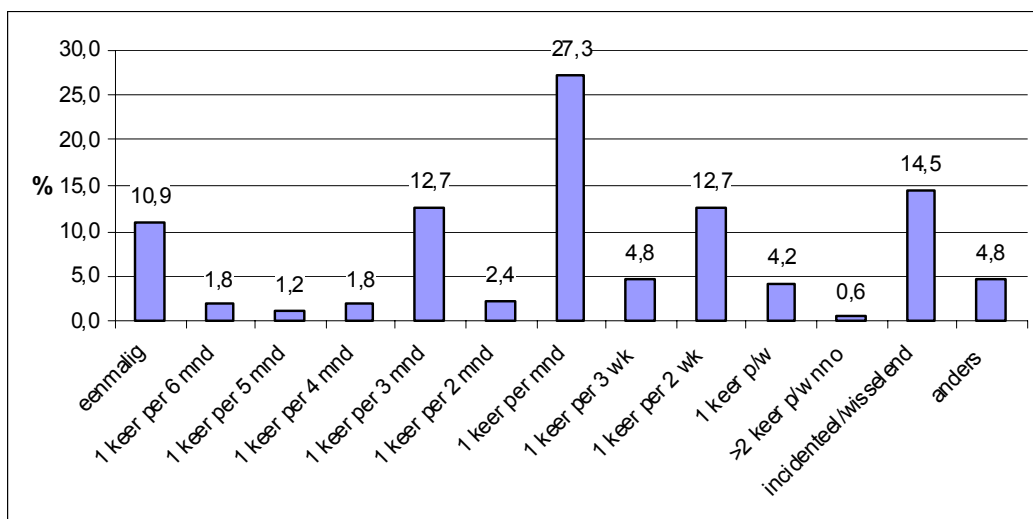
¹ Omdat meerdere diagnoses per bewoner mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%; per bewoner kunnen maximaal vijf verrichtingen worden aangegeven.

8.6 Frequentie en duur van diëtistische behandelcontacten

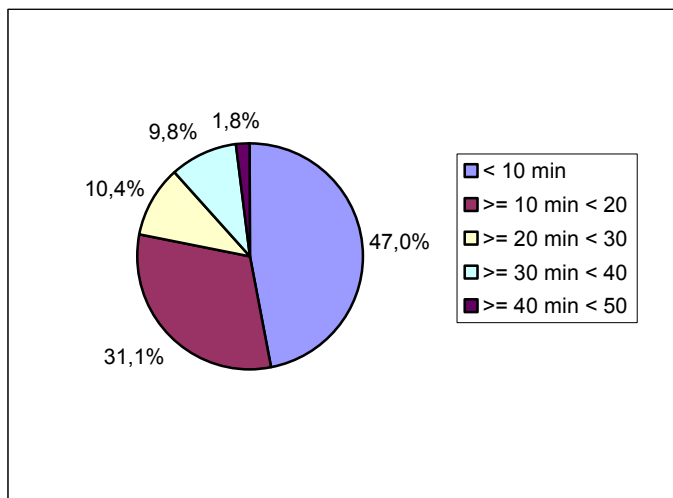
Voor elke bewoner die onder diëtistische behandeling is, is door de diëtist aangegeven wat de frequentie van de behandelcontacten is en de (gemiddelde) duur van een behandelcontact. Onder behandelcontact wordt dat deel van de totale diëtistische behandeling bedoeld waarin de diëtist daadwerkelijk en persoonlijk contact heeft met de bewoner. De indirect cliëntgebonden activiteiten zo als het maken van een voedingsplan of het overleggen met collega's of de familie over de bewoner vallen hier dus niet onder.

Behandelfrequenties van één keer per maand een contact komen het meeste voor (27%). Ruim 22% van de bewoners komt minder dan 1 keer per maand bij de diëtist; daarnaast komen ook incidentele behandelcontacten relatief frequent voor (figuur 8.1).

Figuur 8.1: Frequentie van de diëtistische behandelcontacten (n=165)



Figuur 8.2: Duur van de diëtistische behandelcontacten in categorieën (n=165)¹



De tijd per behandelcontact die de diëtist besteed aan bewoners varieert van 1 tot 45 minuten. Contacten waarbij de bewoner veelal kort gezien wordt en verder overleg plaatsvindt met bijvoorbeeld de verpleging/verzorging of familie komen veelvuldig voor (47%). Daarnaast wordt bijna eenderde van de bewoners 10 tot 20 minuten behandeld. Behandelcontacten van meer dan 20 minuten komen relatief minder vaak voor (22%).

¹ (Missende waarden ten aanzien van duur per behandelcontact n=1)

Tabel 8.9 geeft een overzicht van de gemiddelde duur per behandelcontact voor de verschillende behandelfrequenties. Eénmalige behandelcontacten en de incidentele/wisselende behandelcontacten met bewoners nemen gemiddeld de meeste tijd in beslag. Bewoners die weinig frequent worden behandeld (eens per maand of 1 keer per 3 maanden) krijgen gemiddeld het meeste tijd per behandelcontact.

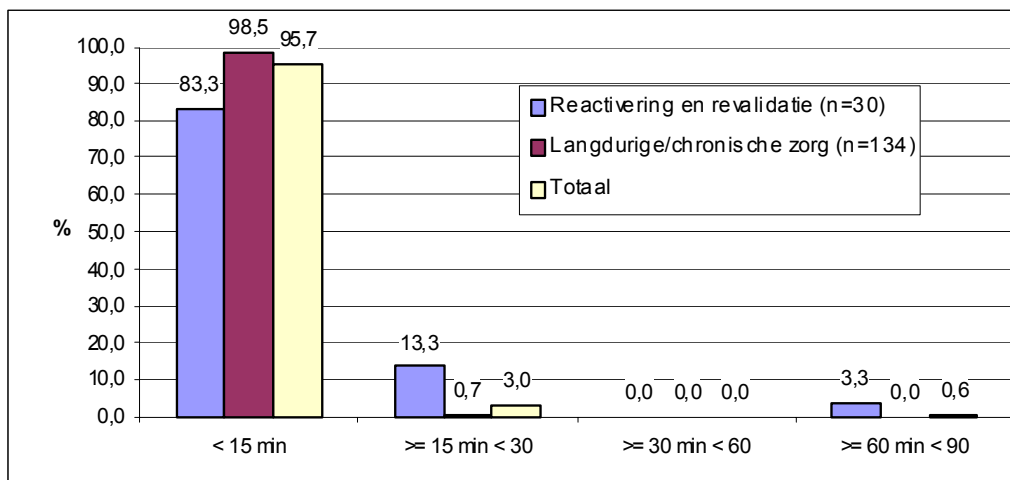
Tabel 8.9: Gemiddelde duur per behandelcontact (minuten) voor de verschillende behandelfrequenties (n=165)¹

	Gemiddelde (sd)
Eénmalige contacten	14,6 (10,5)
1 keer per 3 maanden	7,7 (8,9)
1 keer per maand	9,0 (10,4)
1 keer per 3 weken	12,0 (7,3)
1 keer per 2 weken	11,9 (9,6)
1 keer per week	10,7 (3,5)
Incidentele/wisselende contacten	14,0 (12,1)
Anders	12,0 (8,7)

¹ Alleen behandelfrequenties die bij meer dan 5 bewoners voorkomen zijn opgenomen in de tabel.

Voor iedere bewoner is aan de hand van de behandelfrequentie en de duur per behandelcontact, de totale duur van de behandelcontacten in minuten *per week* bepaald (figuur 8.3). Voor bijna alle bewoners die diëtistische zorg ontvangen, zowel opgenomen op de afdeling reactivering/revalidatie als op de afdeling langdurig/chronische zorg, bestaat de totale duur van de behandelcontacten per week uit minder dan 15 minuten.

Figuur 8.3: Totale duur van de behandelcontacten diëtetiek per week (minuten) naar type zorg (n=165)¹



¹ (Missende waarden ten aanzien van de duur van behandelcontacten n=1)

De diëtist is gevraagd bij elke bewoner aan te geven of de frequentie van de behandelcontacten en de duur per behandelcontact waarmee de bewoner wordt behandeld naar zijn/haar mening adequaat is. Zowel de behandel frequentie als de duur per behandelcontact wordt bij bijna 78% van de bewoners die diëtetiek krijgen door de diëtist adequaat bevonden. Bij ongeveer 19% van de bewoner geeft de diëtist aan frequenter te willen behandelen. Bij de overige bewoners is een langere tijd per behandelcontact of een verhoging van zowel frequentie als duur van de behandelcontacten gewenst. Uit een inventarisatie van de redenen voor het niet behandelen van de bewoners volgens de gewenste/benodigde behandel frequentie en/of duur per behandelcontact blijkt dat in praktisch alle gevallen tijdgebrek van de diëtist de oorzaak vormt (tabel 8.10).

Tabel 8.10: Redenen voor het niet behandelen volgens gewenste/benodigde behandel frequentie en /of duur per behandelcontact (n=37)¹

	N	%
Tijdgebrek diëtetiek	30	81,1
Beperkte motivatie bewoner	0	-
Cognitieve beperkingen bewoner	1	2,7
Organisatorische problemen	0	-
Lichamelijke beperkingen bewoner	0	-
Overig	0	-

¹ (Missende waarden ten aanzien van redenen n=6)

8.7 Samenwerking door diëtisten

Ook buiten de officiële overlegstructuur van multidisciplinaire overleggen (MDO's) wordt door diëtisten samengewerkt, zowel binnen als buiten het verpleeghuis (tabel 8.11). Bij de behandeling van bijna alle bewoners wordt samengewerkt met de verpleging/verzorging (95,2%). Samenwerking met voedingsassistenten (60%) en het hoofd van de keuken (50,3%) van het verpleeghuis komt ook relatief frequent voor. In 16% van de behandelingen is sprake van samenwerking met een logopedist.

Tabel 8.11: Samenwerking in het kader van de behandeling van bewoners (buiten het MDO)(n=165)¹

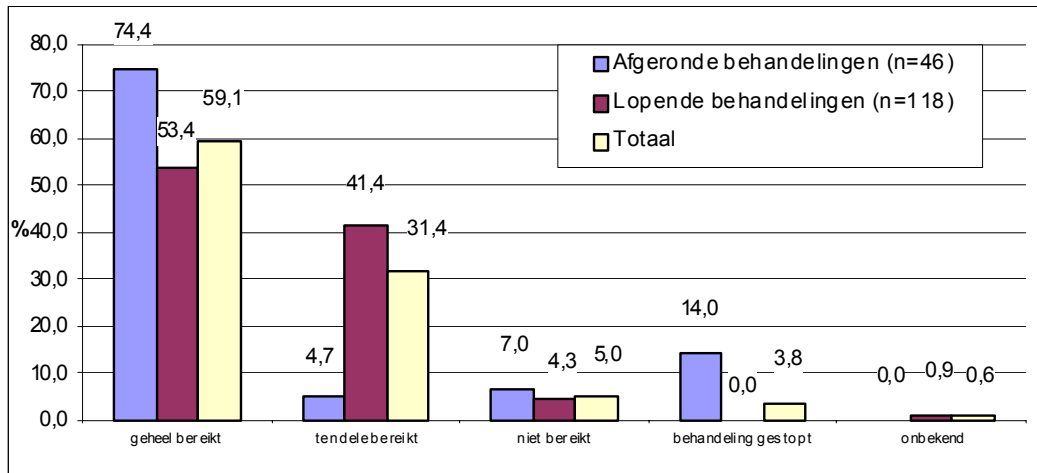
	N	%
Geen samenwerking	0	-
Verpleging/verzorging	157	95,2
Voedingsassistent	99	60,0
Hoofd keuken	83	50,3
Verpleeghuisarts	71	43,0
Logopedist	27	16,4
Collega diëtist	9	5,5
Fysiotherapeut	6	3,6
Maatschappelijk werk	3	1,8
Ergotherapeut	3	1,8
Psycholoog	2	1,2
Overige samenwerking		
- familie/mantelzorgers	3	1,8
- assistent afdelingskeuken	1	0,6
- specialist	1	0,6
- anders	3	1,2

¹ Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

8.8 Bereiken diëtistische behandeldoelen

Van alle behandelingen is geïnventariseerd of en in welke mate de gestelde behandeldoelen zijn bereikt. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen afgeronde en nog lopende behandelingen (figuur 8.4). Bij deze laatste groep is gevraagd of de behandeling volgens plan verloopt en de tussentijdse behandeldoelen zijn bereikt. In 60% van alle behandelingen worden de doelen bereikt. Bij de lopende behandelingen komt het vaker voor dat de (tussentijdse) doelen niet geheel zijn bereikt; dit betekent dat de behandeling niet volgens plan verloopt en de doelen moeten worden bijgesteld. Een aantal van de afgeronde behandelingen zijn voortijdig gestopt.

Figuur 8.4: Bereiken van (tussentijdse) behandeldoelen; uitgesplitst naar afgeronde- en lopende behandelingen (n=165)^{1,2}



¹ (Missende waarden ten aanzien afgeronde/lopende behandelingen n=1)

² (Missende waarden ten aanzien behandeldoelen/behandeling afgerond of lopend n=6)

Wanneer in een behandeling de doelen niet (geheel) bereikt worden of de behandeling voortijdig stopgezet wordt, zijn er door de diëtisten verschillende factoren aangegeven die hierin een rol spelen (tabel 8.12). De meest frequent genoemde factor die belemmerend werkt is een cognitieve functiestoornis van de bewoner (28,2%). Naast belemmerende lichamelijke factoren (allen bij elkaar 57,8%) komt het ook relatief frequent voor dat bewoners volgens de diëtist te weinig gemotiveerd of apathisch zijn, of zich niet houden aan de gemaakte afspraken.

Tabel 8.12: Factoren die, naar de mening van de diëtist, een rol spelen bij het niet geheel bereiken van de behandeldoelen (n=66)^{1,2}

	N	%
Lichamelijke factoren		
Achteruitgang lichamelijke functie werkt belemmerend	15	23,4
Algehele conditie cliënt werkt belemmerend	11	17,2
Nieuwe aandoening/complicatie werkt belemmerend	6	9,4
Andere lichamelijke factor	5	7,8
Gedrags-/ psychologische factoren		
Cognitieve functiestoornis werkt belemmerend	18	28,1
Gebrek motivatie/apathie	15	23,4
Depressiviteit cliënt werkt belemmerend	4	6,3
Agressiviteit cliënt werkt belemmerend	0	-
Andere gedragsfactor	4	6,3
Sociale factoren		
Gebrek sociale steun behandeling	6	9,4
Functioneren cliënt in groep	4	6,3
Andere sociale factor	2	3,1
Overige factoren		
Cliënt houdt zich niet aan gemaakte afspraken	11	17,2
Cliënt is overleden	6	9,4
Onvoldoende tijd behandeling cliënt	3	4,7
Verzorging houdt zich niet aan gemaakte afspraken	2	3,1
Gebrek ruimte behandeling cliënt	0	,0
Cliënt met ontslag naar huis	0	,0
Cliënt met ontslag naar ziekenhuis	0	-

¹ Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen de percentages op tot meer dan 100%.

² (Missende waarden ten aanzien van factoren die een rol spelen bij het niet geheel bereiken van de behandeldoelen n=2)

9 Samenvatting en beschouwing

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een samenvatting van de resultaten antwoord gegeven op de vraagstellingen van het onderzoek. Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek op het terrein van paramedische zorg in verpleeghuizen.

9.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

De volgende vraagstellingen stonden in dit onderzoek centraal:

- 1) Wat is de omvang in aanbod van paramedische zorg in verpleeghuizen?
- 2) Wat zijn de medische en paramedische diagnose van cliënten die paramedische zorg ontvangen en hoe komt de verwijssindicatie tot stand?
- 3) Wat zijn de frequentie en duur van behandelcontacten, behandeldoelen en inhoud van de paramedische zorg?
- 4) Komt de gewenste/benodigde zorg overeen met de daadwerkelijk geboden zorg?
- 5) Welke herstelbelemmerende factoren hebben invloed op het paramedische zorgproces?

9.1.1 *De omvang in aanbod van paramedische zorg in verpleeghuizen*

In dit onderzoek is middels een telefonische enquête onder 100 verpleeghuizen de omvang van fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtetiek, oefentherapie Cesar, oefentherapie-Mensendieck en podotherapie in verpleeghuizen geïnventariseerd. De drie laatstgenoemde disciplines blijken slechts in een enkel verpleeghuis voor te komen. De mate waarin de vier overige disciplines binnen verpleeghuizen worden aangetroffen verschilt sterk.

Fysiotherapie, ergotherapie en logopedie komen in vrijwel alle verpleeghuizen voor (>92%), terwijl diëtistische zorg in 88% van de verpleeghuizen beschikbaar is. De fysiotherapie is verreweg het grootst in omvang met gemiddeld op elke 46 bedden/behandelplaatsen in het verpleeghuis één fysiotherapeut. Met gemiddeld één ergotherapeut op 104 bedden/behandelplaatsen ligt de omvang van de ergotherapie duidelijk lager, evenals die van de logopedie met op elke 263 bedden/behandelplaatsen één logopedist. De diëtetiek blijft ook in omvang ver achter bij de andere disciplines met slechts één diëtist op iedere 556 bedden/behandelplaatsen.

Factoren die de omvang beïnvloeden

Van een aantal factoren (type verpleeghuis (somatische vs. gecombineerde zorg), regionale ligging, aanwezigheid van dagbehandeling, aanwezigheid CVA-unit, aanwezigheid jongerenafdeling, aanwezigheid van extramurale zorg en aanwezigheid van ziekenhuisverplaatste zorg) is onderzocht of er een samenhang bestaat met het aantal beschikbare uren paramedische zorg.

De omvang van fysiotherapie en ergotherapie in een verpleeghuis is groter indien het verpleeghuis over een CVA-unit beschikt. Op een CVA-unit wordt intensieve therapie geboden. Wanneer deze specifieke afdeling aanwezig is binnen het ziekenhuis, neemt het

aantal fte fysiotherapie per 100 bedden/plaatsen met 0,26 toe en het aantal fte ergotherapie met 0,25.

Het aantal fte ergotherapie en logopedie is in verpleeghuizen met een afdeling voor dagbehandeling significant hoger dan in verpleeghuizen die deze zorg niet bieden. Op de dagbehandeling vormt het verhogen of in stand houden van de ADL zelfstandigheid een belangrijk ergotherapeutisch behandeldoel. Via de dagbehandeling zullen veel mensen worden behandeld met als doel langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen, al dan niet met (communicatie)hulpmiddelen en aanpassingen in huis. Bij de verpleeghuizen met een dagbehandeling is de formatie ergotherapie en logopedie 0,34 resp. 0,49 fte per 100 bedden/plaatsen groter. De omvang van logopedie is bovendien in somatische verpleeghuizen 0,27 fte per 100 bedden/plaatsen groter dan in gecombineerde verpleeghuizen.

De omvang van diëtetiek in verpleeghuizen hangt positief samen met de aanwezigheid van een polikliniek (0,29 fte diëtetiek per 100 bedden/plaatsen meer).

De invloed van de onderzochte factoren op de omvang van het aanbod aan zorg blijft overigens in alle gevallen gering. Voor alle vier de disciplines wordt 76 tot 92% van de variantie bepaald door nog onbekende en/of niet onderzochte factoren. Welke factoren nu wel precies de beschikbare formatie aan paramedische zorg bepalen verdient nader onderzoek.

Kanttekeningen bij de omvang van paramedische zorg

De omvang van paramedische zorg is moeilijk *exact* vast te stellen per bed of per behandelingsplaats. In de enquête is gevraagd naar het totaal aantal beschikbare formatie in fte per paramedische beroepsgroep. In deze totale formatie zit bijvoorbeeld ook formatie ten behoeve van coördinerende taken van een paramedicus besloten. De verhouding tussen formatie voor patiëntenzorg en formatie voor management- of overige taken zal niet in ieder verpleeghuis gelijk zijn, maar is niet als zodanig bevestigd. Verder beschikt een groot deel van de verpleeghuizen ($\approx 70\%$) over een polikliniek. Een deel van de genoemde totaal formatie aan paramedische zorg zal ook voor deze polikliniek beschikbaar zijn. De omvang van de polikliniek is echter niet bevestigd aangezien deze vraag later is toegevoegd. Tenslotte bleek gedurende het onderzoek naar de inhoud van zorg dat de gegevens met betrekking tot het aantal bedden afkomstig van Prismant (2002) niet altijd (meer) geheel klopten. De gevonden verschillen waren echter meestal klein en bovendien was er sprake van zowel negatieve als positieve verschillen. De gepresenteerde fte's per 100 bedden/plaatsen moeten echter om bovenstaande redenen met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

9.1.2 Medische diagnose van bewoners die paramedische zorg ontvangen

De medische diagnose van een bewoner wordt door de verpleeghuisarts gesteld en in termen van zowel aandoeningen als beperkingen. De meest voorkomende aandoeningen onder de verpleeghuisbewoners zijn dementie (50%) en CVA (43%). De meest gediagnosticeerde beperkingen zijn beperkingen in lichamelijk functioneren (99%) en in cognitief functioneren (71%). Vrijwel alle verpleeghuisbewoners vertonen complexe problematiek en hebben meerdere aandoeningen en beperkingen tegelijk.

Vershil in aandoeningen tussen bewoners die wel en bewoners die geen paramedische zorg ontvangen

Van de 600 verpleeghuisbewoners waarvan gegevens zijn verzameld ontvangt 67% fysiotherapie, krijgt 48% ergotherapie, 30% diëtetiek en ontvangt 19% logopedische zorg.

Twintig procent van de bewoners ontvangt zowel fysiotherapie als ergotherapie. Een interessante vraag is welke bewoners nu wèl en welke bewoners nu géén paramedische zorg krijgen in een verpleeghuis. Er is (non-parametrisch) getoetst of de medische diagnose van bewoners die fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en/of diëtetiek krijgen verschilt van die van bewoners die deze zorg niet krijgen. Voor alle vier de disciplines worden verschillen in zowel aandoeningen als beperkingen gevonden.

Bewoners met een CVA en (wellicht daarmee samenhangend) bewoners met hypertensie hebben een verhoogde kans om fysiotherapie, ergotherapie of logopedie te krijgen. Deze diagnoses komen significant vaker voor onder de behandelde bewoners dan onder de groep bewoners die deze paramedische zorg niet krijgen. Verder ontvangen vrijwel alle bewoners met een status na een heupvervangende operatie fysiotherapie en/of ergotherapie. Bewoners met decubitus en bewoners met een status na een ongeval met fractuur hebben relatief gezien ook een grotere kans op ergotherapie. Bewoners met diabetes mellitus en bewoners met 'overige neurologische stoornissen' ontvangen relatief vaak piëtistische zorg. Opvallend is dat voor alle vier de paramedische disciplines geldt dat dementie onder de bewoners die zorg ontvangen minder frequent voorkomt dan onder de bewoners die geen zorg krijgen. Dementie lijkt dus een contra-indicatie te zijn voor het ontvangen van paramedische zorg.

Vershil in beperkingen tussen bewoners die wel en bewoners die geen paramedische zorg ontvangen

Eenzelfde soort verschil doet zich voor als wordt gekeken naar de beperkingen van de bewoners die paramedische zorg ontvangen. Bewoners waarbij beperkingen in het lichamenlijk functioneren het meest van invloed zijn op de functionele validiteit, hebben een grotere kans om welke vorm van paramedische zorg dan ook te krijgen, terwijl het hebben van voornamelijk cognitieve beperkingen de kans op elke vorm van paramedische zorg verkleint.

Onder de bewoners die fysiotherapie krijgen komen daarnaast relatief meer bewoners met beperkingen van het gezichtsvermogen voor dan bij de bewoners die geen fysiotherapeutische zorg ontvangen. Daarentegen worden bewoners met continentieproblemen relatief minder vaak door de fysiotherapeut gezien.

Onder de bewoners die ergotherapie krijgen komen naast bewoners met lichamenlijke beperkingen, ook bewoners met beperkingen in voedingstoestand, beperkingen in de toestand van de huid en beperkingen in het gezichtsvermogen in verhouding vaker voor dan onder de bewoners die geen ergotherapie krijgen. Door de ergotherapeut worden relatief minder vaak bewoners met beperkingen in stemming en gedrag behandeld. Zowel bij de diëtetiek als bij de logopedie worden relatief veel bewoners met beperkingen in communicatie/gehoor, voedingstoestand en psychosociaal welbevinden aangetroffen.

In de meeste gevallen lijken zowel aandoeningen als beperkingen die door paramedici goed behandeld kunnen worden, relatief vaak voor te komen onder de bewoners die paramedische zorg krijgen. Bewoners met cognitieve en/of gedragsmatige problematiek

hebben minder kans op zorg dan bewoners die deze problemen niet vertonen. In het onderzoek is overigens geen rekening gehouden met combinaties van aandoeningen en/of beperkingen. Nader onderzoek zal meer inzicht kunnen geven in de invloed van het hebben van meerdere aandoeningen (co-morbiditeit) dan wel beperkingen op de paramedische zorg.

Specifieke aandoeningen en beperkingen waarvoor de paramedische zorg is voorgeschreven

Door de verpleeghuisarts is aangegeven voor welke aandoeningen en beperkingen de paramedische zorg specifiek is voorgeschreven. Alle vier de vormen van paramedische zorg worden relatief vaak voorgeschreven in verband met CVA van de bewoner. De percentages lopen uiteen van 23% bij de diëtist tot 77% bij de logopedist. Logopedie wordt daarnaast ook vaak gegeven in verband met afasie (25%) en Parkinson (14%). Meer nog dan voor een specifieke aandoening van een bewoner wordt paramedische zorg voorgeschreven voor aanwezige beperkingen. Fysiotherapie en ergotherapie worden zeer frequent geïndiceerd voor lichamelijke beperkingen van bewoners ($\geq 95\%$), met name voor beperkingen op het gebied van ADL-activiteiten. De fysiotherapeutische zorg wordt daarbij vooral gekoppeld aan de beperkingen in transfers en lopen; de ergotherapeutische zorg aan beperkingen op het gebied van verplaatsen, kleden en persoonlijke hygiëne. Bij circa een vijfde van de bewoners is de toestand van de huid aanleiding voor het voorschrijven van ergotherapeutische zorg. Beperkingen in de voedingstoestand zijn de meest voorkomende beperkingen waarvoor bewoners logopedische of diëtistische zorg ontvangen. De diëtistische zorg wordt logischerwijs vrijwel altijd (95%) ingeschakeld voor beperkingen in de voedingstoestand, waarbij ondermeer aandacht is voor een specifieke voedingsaanpak, voor veranderingen in gewicht, en in mindere mate voor mond- en eetproblemen. Ook de logopedische zorg is, naar de mening van de arts, in meer dan de helft van de gevallen gericht op de voedingstoestand van bewoners; de nadruk ligt bij deze discipline op mondproblemen (m.n. slik- en kauwproblemen) en op een specifieke voedingsaanpak. Bij bijna zestig procent van de bewoners die logopedie ontvangen geeft de arts aan dat de logopedist zich richt op beperkingen in de communicatie en/of het gehoor van de bewoner.

Opvallend is dat er zowel bij fysiotherapie en ergotherapie een overlap bestaat tussen de gediagnosticeerde beperkingen (beperkingen in ADL) als bij logopedie en diëtiek (beperkingen in de voedingstoestand). Iedere discipline legt bij de diagnose van die overeenkomende beperkingen wel een beroepseigen accent.

Kanttekening bij de specifieke aandoeningen en beperkingen waarvoor zorg is voorgeschreven

Gedurende het onderzoek bleek dat de verpleeghuisarts bij 3% (logopedie) tot 8% (ergotherapie) van de bewoners niet op de hoogte is van het feit dat de bewoner paramedische zorg ontvangt. Hierdoor kon niet bij iedere bewoner deze relatie tussen paramedische zorg en aandoening/beperking aangegeven worden. De resultaten moeten daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

9.1.3 De paramedische diagnose van bewoners waarbij paramedische zorg wordt geïndiceerd

De medische diagnose waarmee een bewoner wordt verwezen naar een paramedicus vormt vaak niet het uitgangspunt voor de behandeling. Paramedische zorg oefent vaak geen directe invloed uit op het niveau van de medische diagnose, maar grijpt veel meer in op de (functionele) gevolgen van een aandoening. Om die reden wordt de paramedische diagnose dan ook in termen van de beroepseigen classificaties weergegeven. Deze paramedische diagnose wordt door elk van de paramedici bij de start van de behandeling gesteld.

De fysiotherapeutische diagnose wordt vastgesteld op basis van problemen op het gebied van zowel handelingen/vaardigheden als functie. De fysiotherapeut constateert bij zeven van de tien bewoners die onder behandeling zijn problemen met het zichzelf verplaatsen en het voortbewegen met hulpmiddelen. Ook problemen met de houding worden in ruim een derde van de gevallen vastgesteld. Op functieniveau wordt met name problematiek in mobiliteit- (60%) en spierfuncties (68%) gediagnosticeerd.

Door de ergotherapeut worden bij negen van tien bewoners die voor ergotherapeutische zorg zijn verwezen problemen op het gebied van transfers en het zich verplaatsen gesignaleerd. Daarnaast constateert de ergotherapeut bij circa twee derde van de bewoners problemen met activiteiten in het kader van de persoonlijke verzorging zoals wassen, aankleden en eten.

Bij de bewoners die bij de logopedist komen worden hoofdzakelijk slik- (54%), taal- (30%) en gehoorstoornissen geconstateerd. Qua beperkingen blijkt ruim de helft van de bewoners bij de logopedist problemen te hebben met eten of drinken en de deelname aan de communicatieve interactie. Bij ongeveer zes van de tien bewoners is de logopedist van mening dat er sprake is van een handicap voor de bewoner binnen zijn/haar directe omgeving.

De diëtistische diagnose wordt gesteld aan de hand van een aantal aandoeningen, waarbij ondergewicht (39%), CVA (29%) en diabetes mellitus (28%) en dementie (25%) de meest genoemde zijn.

Hoewel wordt uitgegaan van beroepseigen classificaties met een eigen terminologie constateren verschillende disciplines binnen hun eigen werkkterrein ook wel vergelijkbare problemen bij de verpleeghuisbewoners. Met name de overlap tussen fysiotherapie en ergotherapie is relatief groot.

9.1.4 De verwijzindicaties voor paramedische zorg

Initiatief voor het verwijzen naar paramedische zorg

Het initiatief tot paramedische zorg kan door een groot scala aan betrokkenen worden genomen. Bij de overgrote meerderheid van de verwijzindicaties voor paramedische zorg wordt de verpleeghuisarts aangegeven als één van de initiatiefnemers. Dit hoge percentage (> 86%) was te verwachten gezien het feit dat de verpleeghuisarts ook wettelijk gezien degene is die de verwijzing voor paramedische zorg moet afgeven. Ook de verpleging/verzorging wordt vaak als initiatiefnemer voor paramedische zorg genoemd, met name bij ergotherapeutische en diëtistische zorg (> 40%). Gegeven het feit dat de verpleging/verzorging een belangrijke rol speelt in het signaleren van bijvoorbeeld een slechte houding in de rolstoel of een verslechterde voedingstoestand van een bewoner, is dit niet verwonderlijk.

Bij de disciplines fysiotherapie en ergotherapie wordt het initiatief ook wel door de therapeuten zelf genomen. Doordat fysiotherapeuten en ergotherapeuten zich in tegenstelling tot de logopedist en de diëtist frequent op de afdelingen van het verpleeghuis bevinden (o.a. door het halen en brengen van bewoners voor therapie) hebben zij direct contact met de bewoners. Hierdoor worden 'problemen' mogelijk eerder door hen zelf gesignaleerd. Gezien dit gegeven is het percentage bewoners waarbij de fysiotherapeut (14%) en de ergotherapeut (23%) het initiatief neemt tot zorg eigenlijk lager dan verwacht. In vergelijking met de andere disciplines is bij logopedische zorg het initiatief relatief vaak afkomstig van de bewoner zelf of zijn familie (13%). Dit is mogelijk verklaarbaar door het feit dat de logopedist zich veel bezighoudt met communicatieve vaardigheden. Moeite met communiceren is iets wat voor de familie direct merkbaar is en emotionele gevolgen heeft.

Redenen voor het verwijzen naar paramedische zorg

De reden voor het inzetten van paramedische zorg is in de meeste gevallen het willen verbeteren van het functioneren van de bewoner (59-80%) of het voorkomen van een verdere achteruitgang (40-65%). Fysiotherapie en ergotherapie wordt in meer dan één vijfde deel van de gevallen ook nogal eens specifiek ingezet om verpleeghuisbewoners voor de verpleging en verzorging 'verpleegbaar' te houden. Daarnaast worden de wensen van de bewoner en de familie meegenomen in de beslissing om paramedische zorg voor te schrijven. Deze wensen en meningen spelen niet bij iedere paramedische discipline een even grote rol. Bij de verwijzing naar de diëtist blijkt de wens van de cliënt en de familie een kleine rol te spelen ($\approx 10\%$), terwijl bij de logopedie deze wensen bij ongeveer een vijfde van de indicaties zijn meegenomen. Bij de indicaties voor diëtiek speelt daarentegen de mening van de verpleging/verzorging in circa een derde van de gevallen mee (29%). Opvallend genoeg speelt de mening van de paramedicus zelf, volgens de verpleeghuisarts, slechts een kleine rol bij de verwijsindicatie voor paramedische zorg. De ergotherapeut neemt relatief gezien de meest actieve rol aan, aangezien bij meer dan één op de tien verwijsindicaties zijn/haar mening wordt meegenomen door de verpleeghuisarts. De logopedist lijkt zich het minst te laten horen. De mening van de logopedist speelt slechts in 3% van de gevallen een rol bij het voorschrijven van therapie.

Het merendeel van de beslissingen tot indicatie voor paramedische zorg wordt overigens buiten het multidisciplinair overleg (MDO) genomen. In de praktijk blijkt dat de paramedische zorg veelal direct bij opname wordt gestart; het eerste MDO waarin de bewoner wordt besproken moet dan nog plaatsvinden.

9.1.5 De inhoud en de behandeldoelen van paramedische zorg

Aan de hand van de paramedische behandeldoelen stellen de paramedici hun specifieke behandeldoelen op. Deze behandeldoelen zijn ook aan de hand van de beroepseigen classificaties opgesteld en vertonen dus grote overlap met de eerder gepresenteerde paramedische diagnosegegevens.

Fysiotherapie

Verpleeghuisbewoners krijgen fysiotherapie veelal in verband met transfers (63%) en het zich voortbewegen met een hulpmiddel (56%). Bij een derde van de bewoners gaat het om het verbeteren van hun houding. De behandeldoelen richten zich behalve op deze

aspecten ook op mobiliteit- (60%), spier- (68%) en bewegingsfuncties (42%). Bij driekwart van de bewoners bestaat de fysiotherapeutische behandeling uit het individueel sturen en oefenen van zowel vaardigheden en functies. Het manueel teweegbrengen van bewegingen door de fysiotherapeut komt bij nog geen derde van de bewoners voor. Adviesering blijkt één van de belangrijkste taken van de fysiotherapeut te zijn: ongeveer de helft van de bewoners krijgt zelf advies en nog frequenter (68%) wordt advies gegeven aan derden, zoals de verzorging of familie van de bewoner. Tenslotte wordt bij ruim een kwart van de bewoners die bij de fysiotherapeut onder behandeling is het hulpmiddel (bijvoorbeeld rollator) gecontroleerd.

Ergotherapie

Niet alleen de fysiotherapeut maar ook de ergotherapeut houdt zich bezig met problemen van de bewoners op het gebied van transfers en het verplaatsen (functionele mobiliteit); bij meer dan tachtig procent van de bewoners die ergotherapeutische zorg krijgen is dit één van de behandeldoelen. Ergotherapeutische behandeldoelen richten zich in ruim de helft van de gevallen op de persoonlijke verzorging zoals wassen, kleden en eten. Bij 63% van de bewoners richt de ergotherapeut zich tevens op sensomotorische functies. Ergotherapeuten houden zich in de behandelingen hoofdzakelijk bezig met het geven van advies en instructie. Bij bijna driekwart van de behandelingen geeft de ergotherapeut advies over hulpmiddelen en/of woon- en werkaanpassingen of worden deze aangevraagd. In ongeveer de helft van de behandelingen wordt advies gegeven aan derden (bijvoorbeeld verzorging, familie) en ruim een derde van de bewoners krijgt zelf advies. In tegenstelling tot de fysiotherapeutische behandeling krijgen bewoner bij de ergotherapeut relatief weinig ($\leq 16\%$) training of oefening.

Logopedie

De logopedist richt zijn/haar behandelingen in de helft van de gevallen op slikstoornissen, terwijl taal- en gehoorstoornissen bij iets meer dan een kwart van de behandelde bewoners aan bod komen. Bij bijna de helft van de bewoners die logopedie krijgen wordt aandacht besteed aan beperkingen in het eten en drinken. Beperkingen in communicatie worden ook aangepakt; het zich communicatief uiten van de bewoner is hiervan de meest genoemde (42%). Ook de logopedist vervult als onderdeel van de behandelingen een belangrijke adviesfunctie; in meer dan driekwart van de behandelingen is sprake van informeren en/of adviseren van zowel de bewoner zelf als derden (o.a. verpleging/verzorging, familie). Daarnaast wordt met vier van de tien bewoners het slikken geoefend en bij een vijfde van de bewoners komt het oefenen van het mondgedrag/motoriek aan de beurt. Ook vaardigheden, hoofdzakelijk op het gebied van eten en drinken en het zich uiten worden door de logopedist met circa een derde van de bewoners geoefend.

Diëtetiek

Het belangrijkste doel in de behandelingen van de diëtist is het in een goede voedings- toestand brengen van de bewoner. Dit komt bij ruim zestig procent van de behandelde bewoners aan bod. Bij circa een derde van de bewoners gaat het tevens om het verbeteren van een klinische parameter, zoals gewicht of suikergehalte. Bij iets minder dan een derde van de behandelingen richt de diëtist zich op het klachtenvrij maken van de bewoner, het vergroten van hun kennis en inzicht, of het behouden van een goed voedingsgedrag op de langere termijn. De inhoud van de diëtistische behandeling bestaat bij ruim driekwart van

de bewoners uit het bevragen van de bewoner zelf of derden (bijvoorbeeld verpleging/verzorging, familie); een derde van de bewoners wordt geobserveerd en in meer dan de helft van de behandelingen vindt dossieronderzoek plaats. Ook bij de diëtist is sprake van een sterk adviserende functie: ongeveer de helft van de bewoners krijgt informatie en/of advies van de diëtist, in 68% van de behandelingen worden ook derden hierin betrokken. In ruim een kwart van de diëtistische behandelingen is sprake van uitleg en instructie.

De verschillende disciplines richten zich, zowel qua behandeldoelen als de toegepaste interventies, in principe op hun eigen behandelterrein. Doordat de classificaties van de verschillende beroepsgroepen niet dezelfde terminologie hanteren kunnen de genoemde behandeldoelen onderling niet helemaal vergeleken worden. Duidelijk is echter wel dat verschillende disciplines zich soms richten op dezelfde problematiek van de bewoner, terwijl de behandelde aspecten van de problematiek wel verschillend zijn. Met name de doelen en de behandelinhoud van de fysiotherapie en ergotherapie vertonen op grond van deze gegevens veel overeenkomst, met name op het gebied van transfers en zichzelf voortbewegen. De fysiotherapie verzorgt relatief meer training en oefening, terwijl de ergotherapeut zich meer richt op het geven van advies en instructie. Voor problemen in het eten, drinken en slikken kunnen bewoners zorg ontvangen van zowel logopedist als diëtist. Voor de overige aandoeningen en/of beperkingen verschillen de doelen en de inhoud van de paramedische behandelingen van de verschillende disciplines.

De veelal multiple problematiek van verpleeghuisbewoners vraagt in veel gevallen ook om zorg van meerdere disciplines. Ruim de helft van de bewoners ontvangt dan ook zorg van meer dan één paramedische discipline. Een vijfde van de bewoners ontvangt zorg van zowel de fysiotherapie als de ergotherapie, waarmee dit de meest voorkomende combinatie is.

Overleg en samenwerking door de paramedici

Door de paramedici wordt in de verpleeghuizen veelvuldig overlegd en/of samengewerkt. In negen van de tien gevallen is bij alle disciplines sprake van overleg en/of samenwerking met de verpleging. Door de fysiotherapeut wordt ook met de verpleeghuisarts veelvuldig overlegd en/of samengewerkt (65%). Bij de overige disciplines komt dit in minder dan de helft van de gevallen voor. Belangrijke samenwerkingspartners voor de diëtist zijn de voedingsassistent (60%) en de keuken (50%). Wat betreft overleg en samenwerking van de paramedici onderling komt dit tussen de disciplines fysiotherapie en ergotherapie het meest voor. Dit is logisch gezien het feit dat deze disciplines overlap vertonen wat betreft de behandelde aandoeningen en beperkingen en ook relatief vaak beiden bij een bewoner betrokken zijn.

Op kleinere schaal is ook tussen logopedisten en diëtisten sprake van onderlinge samenwerking. De exacte aard en intensiteit van de samenwerking is binnen dit onderzoek niet geïnventariseerd.

Opmerkelijk is dat de paramedici zeer weinig overleg hebben of samenwerken met de familie en/of mantelzorgers van de bewoners. De ergotherapie overlegt nog bij één op de tien bewoners met de familie, maar de diëtist slechts bij 2%. Mede gezien het feit dat een groot deel van de bewoners lijdt aan dementie is dit een opvallend laag percentage.

9.1.6 *De frequentie en duur van paramedische behandelcontacten*

Fysiotherapie

De fysiotherapeutische zorg bestaat voor negen van de tien behandelde bewoners uit een structurele behandeling van 1 tot 5 keer per week. Circa een derde van de bewoners ontvangt twee keer per week fysiotherapie. Eénmalige behandelcontacten komen nauwelijks voor. De meeste behandelsessies duren 10 tot 20 minuten (36%), 20-30 minuten (33%) of 30 tot 40 minuten per keer (25%). Wanneer de totale duur van de behandelcontacten per week wordt uitgerekend (frequentie x duur) laat deze een grote variatie zien tussen bewoners. Een totale duur van de behandelcontacten per week van een half uur tot een uur is het meest gebruikelijk en komt bij een derde van de bewoners voor, terwijl een kwart van de bewoners één tot anderhalf uur therapie per week heeft.

Ergotherapie

De ergotherapeutische behandelingen worden in tegenstelling tot de fysiotherapeutische behandelingen relatief vaak éénmalig gegeven of zijn incidenteel/wisselend van karakter. Beide mogelijkheden komen in twintig procent van de gevallen voor. Daarnaast komt ruim een kwart van de bewoners één of twee keer in de week bij de ergotherapeut. Behandel frequenties van meer dan twee keer per week komen bij minder dan een op de tien bewoners voor. In de overige gevallen worden de bewoners minder dan eens per week behandeld. De ergotherapeutische behandelcontacten duren in een derde van de gevallen 30 tot 40 minuten. Een kwart van de bewoners wordt 10 tot 20 minuten per keer behandeld en minder dan een vijfde 20 tot 30 minuten. Wanneer dit wordt omgerekend naar minuten zorg per week ontvangt het merendeel van de bewoners minder dan een kwartier ergotherapie. Behandelcontacten van meer dan 2 uur worden ook aangetroffen. Dit komt vooral voor bij bewoners die éénmalig of incidenteel contact hebben met de ergotherapeut en het betreft dan vaak het aanmeten van hulpmiddelen en/of aanpassen van de woonsituatie van mensen.

Logopedie

Bij de logopedie zijn behandelcontacten van 1 (23%) of 2 (16%) keer per week het meest gebruikelijk. Daarnaast komen ook éénmalige en incidentele behandelcontacten (15%) relatief vaak voor. Bij de logopedist duren de behandelcontacten in ruim de helft van de gevallen 20 en 30 minuten. Bij de resterende helft van de bewoners die logopedische zorg krijgen zijn de behandelcontacten vaker korter (35%) dan langer (14%) dan deze 20-30 minuten. De gemiddelde duur van de behandelcontacten logopedie per week is voor de meeste bewoner (45%) minder dan een kwartier per week. De overige bewoners krijgen gemiddeld veelal 30 minuten tot een uur (19%) of een uur tot anderhalf uur logopedie per week (22%).

Diëtetiek

Voor de diëtetiek liggen de percentages voor éénmalige en incidentele behandelcontacten op 11% en 15%. Een diëtistische behandeling bestaat zelden uit structurele behandelcontacten van 1 of meer keer per week. Ruim 27% van de bewoners ziet de diëtist eens per maand; voor een vijfde van de bewoners ligt de contactfrequentie hier nog onder. Korte behandelcontacten van minder dan 10 minuten per keer zijn bij de diëtistische behandelingen het meest gebruikelijk (47%). De duur van de behandelcontacten diëtetiek

is duidelijk het kleinst van alle paramedische disciplines. Vrijwel alle behandelde bewoners krijgen minder dan een kwartier diëtistische zorg per week. Gezien de aard van de diëtistische zorg is dit niet verwonderlijk. Het grootste deel van de zorg wordt verleend zonder dat de bewoner hierbij aanwezig is, zoals het maken van een voedingsplan en het instrueren van verpleging/verzorging die vervolgens samen met de bewoner dit plan uitvoeren.

Kanttekeningen bij de gevonden duur van de behandelcontacten per week

Samenvattend kan worden gesteld de meer 'structurele', wekelijkse behandelcontacten het meest voorkomen bij de fysiotherapie en de logopedie. De ergotherapeut werkt relatief het meest met incidentele en onregelmatige behandelcontacten. De duur per behandelcontact kent bij de ergotherapeut de meeste uitschieters met contacttijden van meer dan 40 minuten. Bij de diëtistische behandelingen ligt de frequentie van behandelcontacten duidelijk lager en is de duur van de behandelcontacten ook relatief laag.

Als kanttekening dient vermeld te worden dat in de berekening van de duur van de behandelcontacten wordt uitgegaan van de direct-cliëntgebonden tijd die paramedici aan bewoners besteden. Een lage duur van behandelcontacten betekent alleen dat er weinig direct contact is tussen de bewoner en de paramedicus. Dit hoeft niet te betekenen dat weinig tijd wordt besteed aan de behandeling van de bewoner. In de behandeling van de bewoners komt het ook frequent voor dat de interventie gericht is op derden zoals het informeren en/of instrueren van de verpleging of dat bijvoorbeeld hulpmiddelen moeten worden aangevraagd. Deze activiteiten worden niet meegenomen in de direct-cliëntgebonden tijd, en dragen dus ook niet bij aan de gemiddelde duur van de behandelcontacten of aan de totale duur van de behandelcontacten per week. Met name bij de ergotherapie en de diëtetiek nemen deze indirect-cliëntgebonden activiteiten een groot deel van de tijd in beslag.

Daarnaast is het relevant zich te realiseren dat bij de inventarisatie is gevraagd naar de geplande frequentie en duur van de behandelcontacten. Uit de gesprekken met de paramedici werd wel duidelijk dat het regelmatig voorkomt dat behandelingen niet doorgaan in verband met bijvoorbeeld ziekte van een bewoner, afwezigheid van de therapeut of door andere oorzaken. Gezien de aard van het onderzoek (dossieronderzoek dat een half jaar terug kan gaan) was het niet mogelijk exact te inventariseren in hoeverre de geplande frequentie en duur van de behandelcontacten (per week) ook daadwerkelijk geboden zijn. De hier gepresenteerde totale duur van de behandelcontacten per week geeft waarschijnlijk dan ook een overschatting van de werkelijk geboden zorg.

9.1.7 *Overeenstemming tussen geboden en gewenste/benodigde zorg*

De paramedische zorg die aan verpleeghuisbewoners wordt geboden (geregistreerd in de steekproef van 15 verpleeghuizen) lijkt in verhouding te staan met het aanbod van de zorg zoals geschat op grond van de telefonische enquête: 67% van de bewoners krijgt fysiotherapie, 48% ergotherapie en 16% logopedie. Voor diëtetiek geldt dat met een relatief geringe omvang (1 fte per 500 bedden) zorg wordt geleverd aan toch bijna 30% van de verpleeghuisbewoners. Dit zijn wel meest eenmalige en kortdurende behandelcontacten (zie paragraaf 9.1.6).

De veelal multiple problematiek van verpleeghuisbewoners vraagt om een brede inzet van paramedici. Dat dit in de praktijk ook gebeurt, blijkt uit het feit dat veel bewoners van

meerdere disciplines tegelijkertijd zorg ontvangen. Toch zijn er binnen de verpleeghuiszorg ook bewoners (20%) die geen enkele vorm van paramedische zorg ontvangen. Dit zijn voornamelijk bewoners bij wie dementie de meeste validiteitbepalende aandoening is en beperkingen in het cognitief functioneren op de voorgrond staan.

De vraag is of de geboden paramedische zorg overeenkomt met de 'gewenste zorg' of de 'benodigde zorg'. 'Gewenste zorg' of 'benodigde zorg' zijn begrippen die op verschillende manieren kunnen worden benaderd. In dit onderzoek zijn de meningen van de artsen en paramedici ten aanzien van enkele aspecten van gewenste of benodigde zorg geïnventariseerd. Verpleeghuisartsen zijn in verreweg de meeste gevallen (88%) van mening dat de geboden zorg overeenkomt met de gewenste/benodigde zorg. Bij elk van de disciplines geeft de arts bij 20 of minder bewoners te kennen dat additionele zorg een relevante bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van hun aandoeningen en/of beperkingen. De redenen voor het desondanks niet voorschrijven van deze zorg zijn volgens de artsen voornamelijk complicerende gedragsfactoren en/of cognitieve problematiek. Door het kleine aantal waarnemingen kan hierover echter niet echt uitspraak worden gedaan. Ook bij de paramedici zelf is geïnventariseerd in hoeverre zij vinden dat bewoners worden behandeld volgens de gewenste frequentie en duur van de behandelcontacten. Fysiotherapeuten geven bij een kwart van de bewoners die onder behandeling zijn, aan dat de frequentie en/of de duur van de behandelcontacten niet adequaat is. Ergotherapeuten zijn bij een op de zes en logopedisten en diëtisten bij een op de vijf van de door hen behandelde bewoners niet tevreden met de duur en/of frequentie van de behandelcontacten. In de meeste gevallen zou de paramedicus de frequentie van de behandelcontacten willen verhogen. In meer dan driekwart van de gevallen blijkt tijdgebrek van de paramedici de belangrijkste reden te zijn voor het niet behandelen volgens de gewenste frequentie en duur per contact. Bij minder dan twintig procent speelt gebrek aan motivatie van de bewoner een rol.

Kanttekeningen bij de overeenkomst van geboden en gewenste of benodigde zorg

Bij deze gegevens over gewenste of benodigde zorg moeten een aantal dingen worden opgemerkt. De tevredenheid van de verpleeghuisarts met de geboden paramedische zorg is hoog. Hierbij dient wel te worden meegenomen dat de verpleeghuisarts niet altijd goed op de hoogte is van de zorg die aan bewoners geboden wordt. Bij circa 2% (logopedie) tot 4% (diëtetiek) van de bewoners is de verpleeghuisarts van mening dat deze paramedische zorg ontvangt, terwijl dit bij navraag bij de betreffende paramedicus niet het geval blijkt te zijn. Daarentegen is de verpleeghuisarts van 3% (logopedie) tot 8% (ergotherapie) van de bewoners niet op de hoogte van het feit dat zij paramedische zorg krijgen. Deze cijfers kunnen in werkelijkheid nog wel eens veel hoger liggen, aangezien in enkele verpleeghuizen tevoren overleg was geweest tussen artsen en paramedici met betrekking tot de bewoners uit de steekproef. Alles bij elkaar is de verpleeghuisarts dus bij zeker een op de tien bewoners niet goed op de hoogte van de ontvangen paramedische zorg (bij logopedie is dit bij een op de twintig bewoners het geval). Het idee bestaat bovendien dat de mening van verpleeghuisartsen over gewenste of benodigde paramedische zorg wellicht wordt 'gekleurd'/beïnvloed door het beschikbare aanbod van zorg in het verpleeghuis. De vraag moet nu eenmaal in overeenstemming zijn met het aanbod.

Daarnaast zijn de percentages van 88% tevredenheid met de geboden zorg van de verpleeghuisartsen en de 75% tevredenheid van de paramedici niet zonder meer te vergelijken. De verpleeghuisartsen geven namelijk hun mening over gewenste paramedische zorg van alle 600 bewoners uit het onderzoek, terwijl de paramedici alleen een oordeel kunnen geven over de duur van de behandelcontacten van bewoners die zij al in behandeling hebben. Het is goed mogelijk dat er naar het oordeel van de paramedici in de totale steekproef nog meer bewoners zijn die wel paramedische zorg nodig hebben, maar dit niet krijgen.

Ten slotte zou gewenste zorg natuurlijk eigenlijk ook bij verpleeghuisbewoners zelf en hun familie en naasten moeten worden geïnventariseerd, zeker ook gezien het feit dat een groot deel van de bewoners verschijnselen van dementie vertoont. Helaas viel de inventarisatie van gewenste zorg vanuit het perspectief van de bewoners buiten het bestek van dit onderzoek.

9.1.8 *Herstelbelemmerende factoren die invloed hebben op de paramedische zorg*

Voor alle disciplines geldt dat bij de behandeling van negen van de tien bewoners de gestelde behandeldoelen naar het oordeel van de behandelende paramedicus geheel of gedeeltelijk worden bereikt. Het percentage bewoners waarbij de doelen geheel zijn bereikt loopt uiteen van ongeveer de helft bij de fysiotherapie tot meer dan zestig procent bij de ergotherapie. Het geheel niet bereiken van de doelen of stopzetten van de behandeling komt bij minder dan een op de tien behandelingen voor.

Bij het niet behalen van de doelen worden door alle disciplines cognitieve functiestoornissen van de bewoners vaak als reden aangegeven. Deze cognitieve problemen zijn het minst bepalend voor de uitkomst van de diëtistische zorg waar ze in iets meer dan een kwart van de gevallen een rol spelen. De behandeldoelen van de logopedie worden daarentegen het meest negatief beïnvloed door bestaande cognitieve problematiek, in circa de helft van de gevallen. Ook de algehele conditie van de bewoner of een eventuele achteruitgang hierin werkt volgens de paramedici belemmerend in de behandeling. De attitude van bewoners kan het herstel ook in de weg staan. Paramedici van alle disciplines, maar met name de logopedisten, geven aan dat een gebrekkige motivatie van de bewoner in de behandeling belemmerend werkt. Bij de diëtistische zorg wordt, in bijna een vijfde van de gevallen waarin de doelen niet zijn behaald, het herstel belemmerd doordat de bewoner zich niet houdt aan de gemaakte afspraken. Bij de logopedie en fysiotherapie speelt dit een geringe rol. Door de logopedist worden daarnaast gebrek aan voldoende tijd voor de behandeling en het zich niet houden aan gemaakte afspraken door verplegend personeel genoemd als factoren die het behalen van de doelen in de weg staan ($\approx 12\%$).

9.1.9 *Conclusie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek*

'Conclusie'

Tot op heden was er weinig bekend van de specifieke paramedische zorg die aan bewoners van verpleeghuizen in Nederland werd geboden. Dit gegeven was in 2003 voor het programma ouderenzorg van ZonMw de aanleiding opdracht te geven tot een inventariserend onderzoek naar de omvang in aanbod, verwijzindicatie en inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen. Het in dit rapport besproken onderzoek geeft middels een telefonische enquête onder 100 (somatische en gecombineerde) verpleeghuizen een goed beeld van de beschikbare formatie fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëte-

tiel in verpleeghuizen. Terwijl fysiotherapie in bijna ieder verpleeghuis aanwezig is, ontbreken in meerdere verpleeghuizen ergotherapie, logopedie en diëtetiek. Diëtetiek is de paramedische discipline die het minst vaak beschikbaar is en ontbreekt in meer dan één op de tien verpleeghuizen. Ook de formatie diëtetiek is erg klein, met gemiddeld één fte diëtetiek op 556 bedden.

Door de (zorginhoudelijke) gegevens van 600 verpleeghuisbewoners uit 15 verpleeghuizen is een eerste inzicht verkregen in de omvang in aanbod en inhoud van de (intramurale!) paramedische zorg in Nederlandse verpleeghuizen. Zo'n acht op de tien verpleeghuisbewoners krijgen fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en/of diëtetiek, terwijl twee op de tien bewoners geen enkele vorm van paramedische zorg ontvingen in het half jaar voorafgaand aan de dataverzameling. Uit het gepresenteerde overzicht is af te leiden welke groepen bewoners paramedische zorg krijgen en welke groepen niet. Opvallend daarbij is dat met name CVA patiënten veel zorg ontvangen en bewoners met dementie weinig. Bij ongeveer één op de vijf behandelde bewoners geven de paramedici van alle vier de disciplines aan eigenlijk meer tijd nodig te hebben voor de behandeling. De verzamelde gegevens bieden tevens zicht op de wijze waarop de verwijfsindicatie tot paramedische zorg wordt gesteld en laten zien welke disciplines in welke mate met elkaar samenwerken.

Beperkingen van de studie

Een beperking van dit onderzoek is dat het kan leiden tot een onderschatting van de activiteiten van paramedici binnen verpleeghuizen. Het dient te worden gerealiseerd dat het hier geen tijdsbestedingonderzoek betreft. Wat betreft de omvang in aanbod van de geboden zorg is in dit onderzoek alleen gekeken naar de directe contacttijd met de bewoners. Het is goed te realiseren dat dit een forse onderschatting geeft van de paramedische zorg die binnen een verpleeghuis aan bewoners wordt gegeven. Een groot deel van de activiteiten van paramedici vinden namelijk plaats zonder dat de bewoner hierbij aanwezig is (inhoudelijk overleg, instrueren verpleging en verzorging, maken voedingsplan, aanvragen en aanpassen hulpmiddelen etc.). Daarnaast zijn paramedici binnen de instelling natuurlijk ook betrokken bij andere activiteiten zoals kwaliteitsbeleid, advisering en instructie aan verpleging en verzorging, bij- en nascholing etc. Aan de totale rol van de paramedici binnen het geheel van de verpleeghuisgeneeskunde wordt dus onvoldoende recht gedaan binnen dit onderzoek.

Nog een punt dat een onderschatting van de inzet van paramedici kan veroorzaken is het feit dat het onderzoek een cross-sectioneel onderzoek betreft. Dit heeft tot gevolg dat aandoeningen die een relatief korte opnameduur kennen weinig voorkomen in de inventarisatie. Binnen een verpleeghuis worden bijvoorbeeld veel mensen na een total hip operatie gerevalideerd, maar door de vaak korte opnameduur komen zij weinig in dit onderzoek voor. De aandoeningen die een relatief korte opnameduur hebben zijn echter wel de aandoeningen waarvoor in een korte periode veel paramedische zorg wordt ingezet.

Een geheel andere beperking van de studie is dat de gegevensverzameling in het onderzoek gebaseerd is op interviews met verpleeghuisartsen en paramedici. De mogelijkheid bestaat dat er sprake is van 'sociaal wenselijke' antwoorden en dat een te positief beeld van verschillende aspecten van de zorg wordt gegeven. Bij de interviews baseerden de

verpleeghuisartsen en paramedici zich op hun dossiers. De data werden echter verzameld over de periode van de afgelopen 6 maanden. Het is goed mogelijk dat enkele vragen hierdoor lastig te beantwoorden waren, afhankelijk van de mate waarin het dossier is bijgehouden. Gegevens over uitval van therapie sessies ontbreken hierdoor ook. Een prospectief registratieonderzoek had enkele van de beperkingen van de studie kunnen voorkomen, maar zou enkele jaren in beslag hebben genomen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

1. Nader onderzoek naar de verschillen in zorg tussen verpleeghuizen

Gemiddeld over de 15 verpleeghuizen ontvangt zo'n 80 % van de bewoners die aan de inclusiecriteria van dit onderzoek voldoen (> 55 jr. en opname-indicatie revalidatie of langdurige zorg) enige vorm van paramedische zorg. Wat echter opvalt in dit onderzoek is dat er een grote variatie bestaat in geboden paramedische zorg. Er bestaan daarbij zowel verschillen tussen de 15 verschillende verpleeghuizen, als binnen de verpleeghuizen. Allereerst is er het grote verschil in formatie aan paramedische zorg dat binnen de 15 verpleeghuizen aanwezig is. Voor de fysiotherapie varieert dit bijv. van 1,12 fte per 100 bedden/plaatsen tot 3,33 fte per 100 bedden/plaatsen. Ook ontbreekt in drie van de vijftien verpleeghuizen diëtetiek geheel. Er bestaat dus alleen al op basis van verschillen in fte paramedische zorg per verpleeghuis een ongelijkheid in het aanbod van zorg. Er blijkt wel een relatie te zijn tussen de omvang in aanbod van de paramedische zorg en de aanwezigheid van specifieke afdelingen, maar een groot deel van de variatie in aanbod van zorg blijft onverklaard. In de keuzes die op beleidsniveau worden gemaakt wat betreft de verdeling van formaties van de paramedische disciplines spelen klaarblijkelijk nog andere (nog onbekende) factoren mee, die nader onderzoek vragen.

Het verschil in formatie verklaart echter niet volledig de grote verschillen die er tussen de verpleeghuizen bestaan wat betreft het percentage bewoners dat paramedische zorg krijgt. Ook wanneer rekening gehouden wordt met het verschil in formatie blijven er verschillen bestaan. Zo wordt er in het ene verpleeghuis aan 39 % van de bewoners fysiotherapie gegeven, terwijl in het andere verpleeghuis 93 % van de bewoners fysiotherapeutische zorg krijgt. Op grond van dit onderzoek is niet vast te stellen of een percentage van 93 nu beter of minder goed is dan een percentage van 39. De verschillen zijn echter groot en de verklaring van deze verschillen verdient nader onderzoek.

Ook binnen een verpleeghuis bestaan grote verschillen in geboden paramedische zorg. Uit de inventarisatie komt naar voren dat bewoners met een opname-indicatie voor revalidatie en revalidatie veel meer paramedische zorg krijgen dan de bewoners die zijn geïndiceerd voor langdurig chronische zorg. Uitgaande van het feit dat de behandeling van bewoners op een revalidatieafdeling veelal is gericht op een snelle terugkeer naar de thuissituatie, lijkt een intensieve paramedische behandeling voor deze bewoners zeker gerechtvaardigd. In vergelijking met de 'revalidanten' krijgen de bewoners met een indicatie voor langdurig chronische zorg echter relatief weinig paramedische zorg, terwijl ook deze bewoners mogelijk wel gebaat zijn bij deze zorg. De vraag rijst of deze verhouding van geleverde paramedische zorg over beide opname-indicaties gewenst is, zeker indien in de toekomst door toenemende bezuinigingen deze verschillen in de zorg mogelijk nog toenemen.

Een andere onverwachte bron van variatie in de zorg is het geslacht van de bewoners. Bij alle paramedische disciplines, met uitzondering van de diëtetiek, zijn relatief meer mannen dan vrouwen onder behandeling. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat mannen bij opname in een verpleeghuis meer complexe problematiek hebben dan vrouwen. Mannen met minder ernstige problemen worden wellicht langer thuis door hun (vrouwelijke en vaak jongere) partner verzorgd, terwijl dit omgekeerd voor vrouwen met minder ernstige problematiek niet geldt. Deze hypothetische verklaring vraagt echter om nader onderzoek.

2. Onderzoek naar de specifieke zorgbehoefte van bewoners met dementie en naar de effectiviteit en doelmatigheid van beschikbare interventies

Uit de inventarisatie blijkt dat bijna 50 % van de bewoners te maken heeft met enige vorm van dementie en 70 % cognitieve beperkingen heeft. Uit het onderzoek blijken de verpleeghuisbewoners met dementie en/of cognitieve beperkingen in verhouding echter weinig fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek te ontvangen. Onderzoek laat zien dat het activeren van deze groep bewoners wel degelijk nut kan hebben (Miller, 2000). De vraag is dan ook waarom deze groep bewoners binnen de verpleeghuizen relatief weinig aandacht krijgt van de paramedici. Met name de ergotherapie beschikt in de vorm van cognitieve training toch over specifieke behandelmogelijkheden voor deze groep bewoners (Bach, 1995). Misschien dat een deel van de verklaring moet worden gezocht in het feit dat in deze inventarisatie (conform de opdracht van ZonMw) alleen somatische en gecombineerde verpleeghuizen zijn meegenomen. Mogelijk dat bewoners met cognitieve problemen in psychogeriatrische verpleeghuizen wel vaker behandeld worden door (eventueel gespecialiseerde) paramedici. Het verdient in ieder geval aanbeveling te inventariseren welke paramedische zorg bewoners van psychogeriatrische verpleeghuizen ontvangen en te kijken of deze zorg eventueel ook in de andere verpleeghuizen zou moeten worden geboden.

Dementie is door de toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking een groeiend probleem, ook binnen de somatische en gecombineerde verpleeghuizen. Meer inzicht in de zorgbehoefte van deze specifieke groep bewoners en in de effectiviteit en doelmatigheid van beschikbare interventies kan leiden tot een betere afstemming van de (paramedische) zorg op deze specifieke groep bewoners.

3. Onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van paramedische zorg

Nu een redelijk inzicht is geboden in de omvang in aanbod en de inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen lijkt onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van de geleverde zorg een logische volgende stap. In dit inventariserend onderzoek is wel gevraagd aan de paramedici in hoeverre de behandeldoelen zijn behaald, maar dit geeft uiteraard slechts een heel globale indruk van de effectiviteit van de geboden zorg. Op basis van het oordeel van de paramedici inventarisatie komt een positief beeld naar voren; namelijk dat in 90% van de behandelde bewoners de doelen geheel of gedeeltelijk worden behaald. Het vaststellen van de werkelijke effectiviteit van de paramedische zorg in verpleeghuizen vraagt echter om gecontroleerd klinisch onderzoek. Mede gezien de grote verschillen in de duur van de behandelcontacten die in dit onderzoek werden gevonden, dient de vraag naar de meest optimale frequentie en duur van de behandelcontacten (per specifieke bewonersgroep) daarbij te worden meegenomen.

4. Onderzoek naar de rol van de extramuraal verpleeghuiszorg

Dit onderzoek heeft zich om praktische redenen beperkt tot de intramuraal geboden zorg aan verpleeghuisbewoners. Mensen willen echter steeds langer zelfstandig thuis wonen en vanuit overheidswege wordt dit ook gestimuleerd. Dit betekent dat er in toenemende mate behoefte zal zijn aan extramuraal geboden paramedische zorg. Deze extramuraal zorg zal voor een deel vanuit de verpleeghuizen worden geboden. Vanuit een onderzoek van het NIVEL naar enkelvoudige extramuraal ergotherapie (Hofhuis et al., 2003) en extramuraal logopedie (Plas et al., 2003) zijn enkele gegevens over deze specifieke zorg bekend, maar een uitgebreidere specifieke inventarisatie ontbreekt. Een zeer relevante volgende onderzoeksvraag zou zijn in hoeverre extramuraal geboden (paramedische) verpleeghuiszorg opname in een instelling kan voorkomen.

5. Ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen

Een belangrijke bevinding van dit inventariserend onderzoek is het feit dat verpleeghuisbewoners in veel gevallen door meerdere paramedische disciplines tegelijkertijd worden behandeld. Twintig procent van de bewoners krijgt bijvoorbeeld zowel fysiotherapie als ergotherapie. Binnen de verpleeghuizen is sprake van een grote mate van overleg en/of samenwerking van de disciplines onderling (met name de fysiotherapeuten en ergotherapeuten) en met de verpleging en verpleeghuisartsen. De wijze waarop wordt samengewerkt en hoe gestructureerd dit gebeurt, is in dit onderzoek niet bekeken. Eén manier waarop samenwerking gestructureerd en efficiënt kan plaatsvinden is door middel van het hanteren van multidisciplinaire richtlijnen waarin het proces en de samenhang van zorg tussen de verschillende disciplines wordt beschreven. Binnen de verpleeghuisgeneeskunde zijn momenteel weinig landelijk geïmplementeerde multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar. Multidisciplinaire richtlijnen bieden houvast bij het afstemmen van de behandeldoelen, garanderen transparantie en uniformiteit van zorg, en kunnen daarmee bijdragen aan het optimaliseren van de paramedische zorg in verpleeghuizen. Het is dan ook aan te bevelen multidisciplinaire richtlijnen binnen de verpleeghuiszorg te ontwikkelen. Daarvoor zou de inhoud van de bestaande samenwerking binnen verpleeghuizen en de onderlinge afstemming van de behandeldoelen van de diverse disciplines nauwkeurig in kaart moeten worden gebracht. Daarnaast is het zeer waarschijnlijk dat er lokaal reeds multidisciplinaire richtlijnen zijn opgesteld en gebruikt worden. Door bestaande lokale richtlijnen te inventariseren en eventueel aan te passen kan een belangrijke stap worden gezet naar landelijke implementatie van multidisciplinaire richtlijnen.

6. Onderzoek naar de rol van de verpleging en verzorging binnen verpleeghuizen

Binnen dit onderzoek is niet geïnterviewd wat de rol van de verpleging en verzorging binnen het verpleeghuis is. Naast de meer verplegende en verzorgende taken kunnen en zullen zij wellicht ook ondersteunende taken in het kader van de paramedische zorg uitvoeren. De verpleging/verzorging kan bijvoorbeeld een rol spelen bij het oefenen van bepaalde vaardigheden (lopen) of bij het aanleren van een bepaald voedingsgedrag. Ook hebben de verpleegkundigen en verzorgenden een signalerende functie als het gaat om verwijzing naar paramedische zorg. Een relevante onderzoeksvraag zou zijn in hoeverre de verpleging en verzorging deze taken binnen het verpleeghuis uitvoeren. Vervolgens is het interessant te kijken op welke wijze deze taken van de verpleegkundigen/verzorgenden kunnen worden geoptimaliseerd. Een goede afstemming van de zorg die door para-

medici wordt geleverd met die van de zorg door verplegenden en verzorgenden kan de doelmatigheid van de behandeling van de bewoners ten goede komen.

7. Onderzoek naar de gewenste paramedische zorg in verpleeghuizen vanuit cliëntenperspectief

In dit onderzoek is wel gekeken naar 'gewenste' zorg, maar dit is alleen vanuit het perspectief van de verpleeghuisartsen en in beperkte mate vanuit het perspectief van de paramedici gedaan. Bij de paramedici kon helaas niet worden gevraagd of zij vinden dat alle bewoners die (paramedische) zorg nodig hebben dit ook daadwerkelijk krijgen. Met name bij de diëtist zou dit een interessante vraag zijn aangezien meer dan 43% van de bewoners beperkingen in de voedingstoestand heeft, maar de formatie diëtetiek binnen het verpleeghuis zeer klein is of zelfs ontbreekt.

Het cliëntenperspectief viel helaas helemaal buiten het bestek van dit onderzoek. Gegeven de verschuiving van aanbod- naar vraaggestuurde zorg worden de wensen van cliënten, dus ook van verpleeghuisbewoners, echter wel steeds belangrijker. In het kader van de landelijke discussie over 'wenselijke/verantwoorde zorg' is door de Landelijke Organisatie Cliëntenraden is een document opgesteld met een aantal normen waaraan de (para-)medische zorg vanuit het cliëntenperspectief aan zou moeten voldoen (LOC, 2003). Dit zijn ondermeer normen ten aanzien van de informatievoorziening, communicatie en inspraak bij de behandeling zorgdossiers.

Er zijn uit een onderzoek dat is uitgevoerd door de Stichting Cliënt & Kwaliteit wel gegevens bekend over de mening van bewoners over de geleverde verpleeghuiszorg, maar de aandacht voor de waardering van de specifiek paramedische zorg in dit rapport is gering (Cliënt & Kwaliteit, 2004). Wel bleek uit dit onderzoek dat 17% van de bewoners ontevreden is over de mate waarin er overlegd wordt over de (para)medische behandeling. Dit is in overeenstemming met de resultaten uit het onderhavig inventariserend onderzoek, waaruit blijkt dat er weinig overleg is met de bewoners en/of de familie. Een kwart van de verpleeghuisbewoners is van mening dat artsen, therapeuten en verzorgers langs elkaar heen werken (Cliënt & Kwaliteit, 2004). Momenteel bestaat er nog te weinig inzicht in welke paramedische zorg aansluit bij de behoeften van verpleeghuisbewoners. Het gedegen onderzoeken van zowel de geboden als de gewenste zorg vanuit het perspectief van de bewoner is een voorwaarde voor het verder optimaliseren van de paramedische zorg in verpleeghuizen.

Reeds lopend vervolgonderzoek naar de verschillen in zorg

Een uitgebreide analyse van de gevonden verschillen in zorg valt mede gezien de complexiteit van de benodigde analyses buiten het bestek van dit inventariserend onderzoek. Inmiddels is door het NIVEL in samenwerking met de afdeling verpleeghuisgeneeskunde van het EMGO een vervolgonderzoek gestart waarin deze verschillen nader worden bekeken. In dit onderzoek dat wordt gefinancierd door het programma Diversiteit van ZonMw, wordt bekeken welke factoren de verschillen in zorg mede bepalen. Daarbij wordt gekeken naar ziektegerelateerde factoren (medische diagnose, co-morbiditeit en functionele beperkingen), niet direct ziektegerelateerde factoren (leeftijd, geslacht en etniciteit) en naar organisatiekenmerken van het verpleeghuis (aantal fte paramedici per bed, aanwezigheid van specifieke afdelingen, mate van verstedelijking) van het verpleeghuis.

De gevonden factoren worden vervolgens besproken in interviews met verpleeghuisartsen en paramedici en met een aantal vertegenwoordigers van de cliëntenraad van verpleeghuizen. Het doel van deze interviews is vast te stellen op welke wijze de gevonden factoren de verschillen in zorg beïnvloeden en te inventariseren in hoeverre de verschillen in paramedisch zorggebruik gewenst zijn. Indien verschillen ongewenst worden geacht wordt gezocht naar oplossingen hiervoor.

In dit onderzoek wordt de mening van de cliënt op beperkte schaal meegenomen. Aan enkele vertegenwoordigers van cliëntenraden zal worden gevraagd wat zij van paramedische zorg in verpleeghuizen verwachten en wat zij vinden van de kwaliteit van de geboden zorg.

Tenslotte

Met dit onderzoek Paramedische zorg in verpleeghuizen is een goed begin gemaakt met de beschrijving van de omvang, inhoud en indicatiestelling van paramedische zorg in verpleeghuizen. De resultaten van het rapport en de hieruit gegenereerde vraagstellingen voor vervolgonderzoek kunnen richting geven aan ontwikkelingen die moeten leiden tot een optimale afstemming van de paramedische zorg in verpleeghuizen.

Literatuur

Bach D, Bach M, Bohmer F, Fruhwald T, Grile B. Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age and Ageing*, May, 1995.

Bakker T.J.E.M. Geen ketenzorg zonder zorginformatie. *Medisch Contact*, 1999, 54 (16): 574-576.

Bartels L.P. Instellingen van intramurale gezondheidszorg; basisgegevens per 1-1-2002. Utrecht: Prismant, 2002.

Heerkens Y.F, A. Klein, M.C. Spijker, C.D. van Ravensberg. (Aanzet tot een) Ontwerpclassificatie Verichtingen voor de Logopedie. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut, mei 1998.

Hofhuis H, M. de Boer, M. Plas, E. van den Ende. Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie: stand van zaken in 2002. Utrecht: NIVEL, 2003.

Koopmans, R.T.C.M. Wetenschappelijk onderzoek in de verpleeghuisgeneeskunde. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, 1998, 4: 11-13.

Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Verantwoorde Zorg, Verpleeghuizen en verzorgingshuizen vanuit cliëntperspectief. Utrecht: LOC, 2003.

Lie E, Heerkens, Y.F. Classificaties en Codelijsten voor de diëtetiek. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut, 2003.

Miller, P.A, Butin, D. The role of occupational therapy in dementia: The COPE (Caregiver Options for Practical Experience). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2000, Vol.15: 86-89.

Morris et al., 1993 (RAI).

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz). Handboek Landelijke Zorgregistratie Verpleeghuizen (LZV) en invoermodule. Utrecht: NVVz, 1997.

Paas G.R.A, R. Friele, Plaats en functie van de dietist in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1994.

Plas M, M. de Boer, H. Hofhuis, M. Dorgelo, E. van den Ende. Logopedie in de extramurale gezondheidszorg: stand van zaken in 2002. Utrecht: NIVEL, 2003.

Ribbe M.W, Ooms M.E., van der Wal G., van Eijk J.T. H.M. Wetenschappelijk onderzoek in de verpleeghuisgeneeskunde: een voorwaarde voor professionalisering. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1995, 139 (36): 1851-1855.

Rijken P.M, C.M. van Heugten, J. Dekker. Brancherapport Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 1996.

Stichting Cliënt & Kwaliteit. Alles naar wens? 2003. Utrecht: Cliënt & Kwaliteit, 2004.

Wimmers R, I. Swinkels, I. Visser, D. de Bakker, E. van den Ende. Jaarboek LiPZ 2001, Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie. Utrecht: NIVEL, 2002.

Begrippenlijst

Verwijsindicatie:

Verwijzing voor paramedische zorg.

Aandoeningen en beperkingen:

Alle, op het moment van dataverzameling (of de 6 maanden daaraan voorafgaand), aanwezige aandoeningen en beperkingen van de verpleeghuisbewoner.

Validiteitbepalende aandoeningen en beperkingen:

De aandoening of beperking waardoor, naar de mening van de verpleeghuisarts, de verpleeghuisbewoner op het moment van dataverzameling (of de 6 maanden daaraan voorafgaand) het meest wordt belemmerd.

Ontvangen/geboden paramedische zorg:

Alle paramedische zorg die verpleeghuisbewoners krijgen. Daarbij worden ook kortdurende/eenmalige behandelcontacten meegenomen; groepsgymnastiek kan ook onder ontvangen/geboden zorg vallen wanneer deze bijvoorbeeld door een fysiotherapeut wordt gegeven.

Gewenste/benodigde paramedische zorg:

De gewenste/benodigde paramedische zorg is bij zowel verpleeghuisartsen als paramedici onderzocht.

Bij de verpleeghuisartsen wordt onder gewenste/benodigde paramedische zorg verstaan:

Paramedische zorg die (naar de mening van de verpleeghuisarts) een relevante bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van de bewoner gezien zijn/haar aandoeningen en/of beperkingen. Voor alle 600 bewoners is bij de verpleeghuisarts gevraagd naar de gewenste/benodigde paramedische zorg.

Bij de paramedici wordt onder gewenste/benodigde paramedische zorg verstaan:

De gewenste/benodigde (omvang van) paramedische zorg in termen van frequentie en duur van de behandelcontacten. Dit is alleen gevraagd met betrekking tot de bewoners die zij, op het moment van dataverzameling (of de 6 maanden daaraan voorafgaand), onder behandeling hebben. Er is aan de paramedici niet gevraagd welke paramedische zorg een relevante bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van bewoners die (nog) geen paramedische zorg ontvangen.

Behandelcontact:

Dat deel van de paramedische behandeling waarin de therapeut/logopedist/dietist daadwerkelijk contact heeft met de bewoner.

Duur van het behandelcontact:

De direct-cliëntgebonden tijd (in minuten) die door een paramedicus per behandelcontact aan een verpleeghuisbewoner wordt besteed.

Totale duur van de behandelcontacten per week:

De frequentie van de behandelcontacten per week x behandelduur per contact.

Samenwerking:

Onder samenwerking wordt naast daadwerkelijke samenwerking, zoals het gezamenlijk behandelen van een bewoner, tevens 'overleg' verstaan. Dit kan zijn overleg, buiten de officiële overlegstructuren om, dat in het kader van de paramedische behandeling van de verpleeghuisbewoner plaatsvindt. Deze vormen van overleg (samenwerking) kunnen geïnterpreteerd worden in de breedste zin van het woord; overleg in de wandelgangen van het verpleeghuis zijn bijvoorbeeld meegenomen. (NB. Samenwerking met de verpleeghuisarts in het kader van de verwijzing is niet meegenomen).

Bijlage I



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Vragenlijst

OMVANG VAN PARAMEDISCHE ZORG IN VERPLEEGHUIZEN

Introductie

Hieronder vindt u een aantal vragen over de omvang van paramedische zorg in uw verpleeghuis. Er worden eerst een drietal algemene vragen gesteld en daarna volgt een aantal vragen uitgesplitst per paramedische discipline.

1a) **Naam geënquêteerde:**

1b) **Wat is uw functie binnen het verpleeghuis?**

2) **In welk type verpleeghuis bent u werkzaam?**

psychogeriatrisch ⇒ indien uw verpleeghuis uitsluitend psychogeriatrische zorg biedt, hoeft u de vragen verder niet in te vullen. Het onderzoek beperkt zich tot somatische verpleeghuizen en verpleeghuizen met gecombineerde zorg

somatisch

gecombineerd

3) **Wordt er binnen uw verpleeghuis dagbehandeling aangeboden?**

ja

nee ⇒ ga naar vraag 4

3a) **Zo ja, hoeveel bedden/plaatsen zijn er voor dagbehandeling aanwezig?**

..... bedden

4) **Is er binnen uw verpleeghuis een CVA-unit?**

ja

nee ⇒ ga naar vraag 5

4a) **Zo ja, hoeveel bedden/plaatsen zijn er op deze CVA unit aanwezig?**

..... bedden

5) **Is er bi`nnen uw verpleeghuis een afdeling specifiek voor jongeren?**

ja

nee => ga naar vraag 6

5a) **Zo ja, hoeveel bedden/plaatsen zijn er op deze jongerenafdeling aanwezig?**

..... bedden

6) **Is er binnen uw verpleeghuis een afdeling/gelegenheid voor ziekenhuis verplaatste zorg?**

ja

nee => ga naar vraag 6b

6a) **Zo ja, hoeveel bedden zijn er specifiek voor deze ziekenhuis verplaatste zorg beschikbaar?**

..... bedden

6b) **Is er binnen uw verpleeghuis een afdeling/gelegenheid voor poliklinische/extramurale zorg?**

ja

nee => ga naar vraag 7

Hierna volgt een aantal vragen uitgesplitst naar paramedische discipline.

Fysiotherapie

7a) Is er binnen uw verpleeghuis een fysiotherapeut werkzaam?

ja

nee ⇒ ga naar vraag 8a

7b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als fysiotherapeut werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

7c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte fysiotherapie specifiek voor dagbehandeling bestemd is?

n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling

..... fte

Ergotherapie

8a) Is er binnen uw verpleeghuis een ergotherapeut werkzaam?

ja

nee ⇒ ga naar vraag 9a

8b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als ergotherapeut werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

8c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte ergotherapie specifiek voor dagbehandeling bestemd is?

n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling

..... fte

Diëtetiek

9a) Is er binnen uw verpleeghuis een diëtist werkzaam?

- ja
 nee ⇒ ga naar vraag 10a

9b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als diëtist werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

9c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte diëtetiek specifiek voor dagbehandeling bestemd is?

- n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling
 fte

Logopedie

10a) Is er binnen uw verpleeghuis een logopedist werkzaam?

- ja
 nee ⇒ ga naar vraag 11a

10b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als logopedist werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

10c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte logopedie specifiek voor dagbehandeling bestemd is?

- n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling
 fte

Oefentherapie Cesar

11a) Is er binnen uw verpleeghuis een oefentherapeut Cesar werkzaam?

ja

nee ⇒ ga naar vraag 12a

11b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als oefentherapeut Cesar werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

11c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte oefentherapie Cesar specifiek voor de dagbehandeling bestemd is?

n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling

..... fte

Oefentherapie Mensendieck

12a) Is er binnen uw verpleeghuis een oefentherapeut Mensendieck werkzaam?

ja

nee ⇒ ga naar vraag 13a

12b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als oefentherapeut Mensendieck werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

12c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte oefentherapie Mensendieck specifiek voor dagbehandeling bestemd is?

n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling

..... fte

Podotherapie

13a) Is er binnen uw verpleeghuis een podotherapeut werkzaam?

ja

nee ⇒ ga naar vraag 14a

13b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als podotherapeut werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

13c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte podotherapie specifiek voor dagbehandeling bestemd is?

n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling

..... fte

Muziektherapie

14a) Is er binnen uw verpleeghuis een muziektherapeut werkzaam?

ja

nee ⇒ ga naar vraag 15a

14b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als muziektherapeut werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

14c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte muziektherapie specifiek voor dagbehandeling bestemd is?

n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling

.....fte

Psycho-motorische therapie

15a) Is er binnen uw verpleeghuis een psycho-motorisch therapeut werkzaam?

ja

nee ⇒ ga naar vraag 16a

15b) Hoeveel personen zijn er binnen uw verpleeghuis als psycho-motorisch therapeut werkzaam en hoeveel fte werken zij (bij elkaar)?

..... personen fte

15c) Indien er in uw verpleeghuis ook dagbehandeling wordt geboden, kunt u aangeven hoeveel van de hiervoor genoemde fte psycho-motorische therapie specifiek voor dagbehandeling bestemd is?

n.v.t., het verpleeghuis biedt geen dagbehandeling

..... fte

16) Indien u eventueel aanvullende opmerkingen heeft kunt u die hier weergeven:

.....
.....
.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Chantal Leemrijse (inhoudelijke vragen) : 030-2729692

Telefonische enquêtekamer NIVEL (afspraken) : 030-2729 tst. 641-645

Bijlage II



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Paramedische zorg in verpleeghuizen

Vragenlijst Verpleeghuisartsen

vr.lijst

vph

arts/param.

cliënt

Toelichting

Dit onderzoek wordt, in opdracht van Zorg Onderzoek Nederland, Medische Wetenschappen (ZonMw) uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in samenwerking met de afdeling verpleeghuiskunde van het EMGO-instituut (instituut voor extramuraal geneeskundig onderzoek) en de afdeling revalidatiegeneeskunde van de VU (Vrije Universiteit, Amsterdam). De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) ondersteunt het onderzoek.

Het onderzoek beoogt inzicht te verwerven in de indicatiestelling, omvang en inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen. Hiervoor wordt, op anonieme wijze, gebruik gemaakt van gegevens op cliëntniveau. Het onderzoek richt zich op oudere verpleeghuisbewoners (>55 jaar) met een indicatie voor reactivering en revalidatie of langdurige/chronische zorg.

Wij vragen van u, als verpleeghuisarts, cliëntgegevens te verstrekken over de volgende items:

- Personalialia
- Opnamegegevens
- Diagnosegegevens
- Gegevens beperkingen
- Gegevens indicatiestelling paramedische zorg (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtetiek)

De vragenlijsten worden zoveel mogelijk samen met de onderzoeker ingevuld. Wij schatten dat per uur van ongeveer 10-12 cliënten gegevens geregistreerd kunnen worden. Indien u zelfstandig de vragenlijst invult kunt u bij vragen contact opnemen met Marika de Boer (m.deboer@nivel.nl; 030- 2729765) of Chantal Leemrijse (c.leemrijse@nivel.nl; 030-2729692)

A Personalia

1 Opname datum cliënt:

- -

2 Geboortedatum cliënt:

- -

3 a) Geslacht cliënt:

- man
 vrouw

b) Etniciteit cliënt:

- allochtoon
 autochtoon

B Opnamegegevens

4 Op welke afdeling is de cliënt opgenomen?

- somatiek
 psycho-geriatrie

5 Welk type zorg ontvangt de cliënt?

Intramuraal

- reactivering en revalidatie
 langdurige/chronische zorg

6 Welke van de onderstaande vormen van paramedische zorg ontvangt de cliënt (op dit moment of in de afgelopen 6 maanden)?

- fysiotherapie
 ergotherapie
 logopedie
 diëtetiek
 overige vorm(en) (oefentherapie, psycholoog)
 geen

C Diagnosegegevens

- 7 Welke van onderstaande aandoeningen heeft de cliënt en indien van toepassing welke vorm van paramedische zorg ontvangt hij/zij daarvoor (op dit moment of in de afgelopen 6 maanden)? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Fysio	Ergo	Logo	Diëtetiek
Hart- vaatstelsel				
<input type="checkbox"/> hypertensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ischaemische hartaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> geleidings- ritmestoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> decompensatio cordis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> overige hartaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> cerebrovasculaire aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> longembolie/ longinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> overige vaataandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zenuwstelsel en zintuigen				
<input type="checkbox"/> alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere vormen van dementie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> afasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> multiple sclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ziekte van Parkinson/ parkinsonisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> amyotrofische lateraalsclerose (ALS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> overige neurologische aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhalingswegen				
<input type="checkbox"/> chronische bronchitis, astma, emfyseem, CARA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> overige ziekten van de ademhalingswegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegingsstelsel				
<input type="checkbox"/> reumatoïde artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> artrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> status na amputatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> status na heupvervangende operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> status na knievervangende operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> status na overige orthopedische ingrepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> overige aandoeningen bewegingsstelsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Fysio	Ergo	Logo	Diëtetiek
Huid				
<input type="checkbox"/> decubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ulcus cruris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> erysipelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> overige aandoeningen van de huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overige				
<input type="checkbox"/> anemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> benigne/maligne neoplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> expliciet terminale diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> pijn, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> status na colostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongevalsletsels				
<input type="checkbox"/> ongeval zonder fractuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ongeval met fractuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrisch/stemming				
<input type="checkbox"/> angststoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> delier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anders, namelijk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 8 Welke van de bij vraag 7 genoemde aandoeningen van de cliënt is op dit moment het meest validiteitsbepalend?
- (maximaal één aandoening)
- allemaal even relevant
- n.v.t.

D Gegevens beperkingen

- 9 Op welke van de onderstaande terreinen heeft de cliënt beperkingen/problemen en indien van toepassing welke vorm van paramedische zorg ontvangt hij/zij hiervoor (op dit moment of in de afgelopen 6 maanden)? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Fysio	Ergo	Logo	Diëtetiek
<input type="checkbox"/> Cognitief functioneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Communicatie / gehoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stemmings- en gedragspatronen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosociaal welbevinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichamelijk functioneren en structurele problemen, op het gebied van:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ADL activiteiten, nl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> beweeglijkheid in bed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> transfer in/uit bed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> transfer tot staan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> lopen in de kamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> lopen op de gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> verplaatsen op de afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> verplaatsen buiten de afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> eten/drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> toiletgebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> persoonlijke hygiëne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> baden/douchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> evenwicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> functionele bewegingsbeperkingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> manieren van zich verplaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> manieren van transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Continentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Voedingstoestand, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mondproblemen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kauwprobleem <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> slikprobleem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> mondpijn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> verandering in gewicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> gewichtsverlies (5% of meer in laatste 30 dagen of 10% of meer in laatste 180 dagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> gewichtstoename (5% of meer in laatste 30 dagen of 10% of meer in laatste 180 dagen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eetproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Voedingsaanpak (parenterale-/IV voeding;sonde; mechanisch bewerkt dieet; voeding met spuit; voedings supplement tussen maaltijden; aanpassingen bord/bestek; gewichtsveranderingskuur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Toestand van de huid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Overige beperkingen/problemen, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 10 Welke van de bij vraag 9 genoemde beperkingen van de bewoner/cliënt is op dit moment het meest van invloed op de validiteit/ het ADL functioneren? (waardoor wordt de cliënt het meest beperkt)
-
- allemaal evenveel invloed
- n.v.t.
- 11 Is er binnen het verpleeghuis sprake van multidisciplinair overleg (MDO)?
- nee → *ga door naar vraag 15*
- ja
- 12 Welke disciplines maken bij bespreking van deze cliënt (regelmatig) deel uit van het multidisciplinair overleg (MDO)?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- verpleeghuisarts
- verpleging/verzorging
- fysiotherapeut
- ergotherapeut
- logopedist
- diëtist
- overige paramedici
- psycholoog
- anders, namelijk
- 13 Wat is de frequentie van het MDO voor de afdeling van deze cliënt?
- 1 tot 2 keer per 2 weken
- 1 keer per 3 weken
- 1 keer per maand
- 1 keer per 6 weken
- anders, namelijk
- 14 Wordt deze cliënt regelmatig (meer dan 1 keer per maand) besproken in het MDO?
- nee
- ja

E Gegevens indicatiestelling paramedische zorg – indien gesteld
(deze vragen per paramedische discipline invullen)

Discipline I: FYSIOTHERAPIE (indien geleverd op dit moment of in de afgelopen 6 maanden)

- 15 Hoe lang geleden is de indicatie voor fysiotherapie gesteld?
- minder dan 3 maanden
 - 3 – 6 maanden
 - meer dan 6 maanden
 - weet niet
- 16 Op wiens **initiatief** is de indicatie voor fysiotherapie tot stand gekomen?
(maximaal drie antwoorden)
- verpleeghuisarts
 - paramedici, namelijk
 - de cliënt zelf
 - familie
 - psycholoog
 - mantelzorg
 - verpleging/verzorging
 - weet niet
 - anders, namelijk
- 17 Is de beslissing tot de indicatie voor fysiotherapie genomen in multidisciplinair overleg?
- ja
 - nee
 - weet niet
- 18 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het indiceren van fysiotherapie?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)
- Patiëntgebonden factoren:*
- de cliënt wil graag paramedische zorg
 - familie van de cliënt wil graag dat de cliënt paramedische zorg krijgt
 - anders, namelijk
- Aandoening/beperking gerelateerde factoren:*
- met paramedische zorg is het functioneren te verbeteren
 - paramedische zorg kan in het belang van de cliënt achteruitgang in functioneren voorkomen
 - paramedische zorg is van belang om verergering van de klachten te voorkomen in verband met de belasting van verpleging/verzorging
 - anders, namelijk
- Providersgebonden factoren:*
- voortzetting van indicatiestelling voor paramedische zorg van elders (ziekenhuis/huisarts)
 - de paramedicus is van mening dat de cliënt paramedische zorg nodig heeft
 - de verpleging/verzorging is van mening dat de cliënt paramedische zorg nodig heeft
 - standaard beleid van de instelling
 - anders, namelijk
- Overige factoren, namelijk:*
-
-

Discipline II: ERGOTHERAPIE (indien geleverd op dit moment of in de afgelopen 6 maanden)

- 19 Hoe lang geleden is de indicatie voor ergotherapie gesteld?
- minder dan 3 maanden
 - 3 – 6 maanden
 - meer dan 6 maanden
 - weet niet
- 20 Op wiens initiatief is de indicatie voor ergotherapie tot stand gekomen? (maximaal drie antwoorden)
- verpleeghuisarts
 - paramedici, namelijk
 - de cliënt zelf
 - familie
 - psycholoog
 - mantelzorg
 - verpleging/verzorging
 - weet niet
 - anders, namelijk
- 21 Is de beslissing tot de indicatie voor ergotherapie genomen in multidisciplinair overleg?
- ja
 - nee
 - weet niet
- 22 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het indiceren van ergotherapie? (meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)
- Patiëntgebonden factoren:*
- de cliënt wil graag paramedische zorg
 - familie van de cliënt wil graag dat de cliënt paramedische zorg krijgt
 - anders, namelijk
- Aandoening/beperking gerelateerde factoren:*
- met paramedische zorg is het functioneren te verbeteren
 - paramedische zorg kan in het belang van de cliënt achteruitgang in functioneren voorkomen
 - paramedische zorg is van belang om verergering van de klachten te voorkomen in verband met de belasting van verpleging/verzorging
 - anders, namelijk
- Providersgebonden factoren:*
- voortzetting van indicatiestelling voor paramedische zorg van elders (ziekenhuis/huisarts)
 - de paramedicus is van mening dat de cliënt paramedische zorg nodig heeft
 - de verpleging/verzorging is van mening dat de cliënt paramedische zorg nodig heeft
 - standaard beleid van de instelling
 - anders, namelijk
- Overige factoren, namelijk:*
-
-

Discipline III: LOGOPEDIE (indien geleverd op dit moment of in de afgelopen 6 maanden)

- 23 Hoe lang geleden is de indicatie voor logopedie gesteld?
- minder dan 3 maanden
 - 3 – 6 maanden
 - meer dan 6 maanden
 - weet niet
- 24 Op wiens initiatief is de indicatie voor logopedie tot stand gekomen? (maximaal drie antwoorden)
- verpleeghuisarts
 - paramedici, namelijk
 - de cliënt zelf
 - familie
 - psycholoog
 - mantelzorg
 - verpleging/verzorging
 - weet niet
 - anders, namelijk
- 25 Is de beslissing tot de indicatie voor logopedie genomen in multidisciplinair overleg
- ja
 - nee
 - weet niet
- 26 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het indiceren van logopedie? (meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)
- Patiëntgebonden factoren:*
- de cliënt wil graag paramedische zorg
 - familie van de cliënt wil graag dat de cliënt paramedische zorg krijgt
 - anders, namelijk
- Aandoening/beperking gerelateerde factoren:*
- met paramedische zorg is het functioneren te verbeteren
 - paramedische zorg kan in het belang van de cliënt achteruitgang in functioneren voorkomen
 - paramedische zorg is van belang om verergering van de klachten te voorkomen in verband met de belasting van verpleging/verzorging
 - anders, namelijk
- Providersgebonden factoren:*
- voortzetting van indicatiestelling voor paramedische zorg van elders (ziekenhuis/huisarts)
 - de paramedicus is van mening dat de cliënt paramedische zorg nodig heeft
 - de verpleging/verzorging is van mening dat de cliënt paramedische zorg nodig heeft
 - standaard beleid van de instelling
 - anders, namelijk
- Overige factoren, namelijk:*
-
-

Discipline IV: DIËTETIEK (indien geleverd op dit moment of in de afgelopen 6 maanden)

- 27 Hoe lang geleden is de indicatie voor diëtetiek gesteld?
- minder dan 3 maanden
 - 3 – 6 maanden
 - meer dan 6 maanden
 - weet niet
- 28 Op wiens initiatief is de indicatie voor diëtetiek tot stand gekomen? (maximaal drie antwoorden)
- verpleeghuisarts
 - paramedici, namelijk
 - de cliënt zelf
 - familie
 - psycholoog
 - mantelzorg
 - verpleging/verzorging
 - weet niet
 - anders, namelijk
- 29 Is de beslissing tot de indicatie voor diëtetiek genomen in multidisciplinair overleg?
- ja
 - nee
 - weet niet
- 30 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het indiceren van diëtetiek? (meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)
- Patiëntgebonden factoren:*
- de cliënt wil graag paramedische zorg
 - familie van de cliënt wil graag dat de cliënt paramedische zorg krijgt
 - anders, namelijk
- Aandoening/beperking gerelateerde factoren:*
- met paramedische zorg is het functioneren te verbeteren
 - paramedische zorg kan in het belang van de cliënt achteruitgang in functioneren voorkomen
 - paramedische zorg is van belang om verergering van de klachten te voorkomen in verband met de belasting van verpleging/verzorging
 - anders, namelijk
- Providersgebonden factoren:*
- voortzetting van indicatiestelling voor paramedische zorg van elders (ziekenhuis/huisarts)
 - de paramedicus is van mening dat de cliënt paramedische zorg nodig heeft
 - de verpleging/verzorging is van mening dat de cliënt paramedische zorg nodig heeft
 - standaard beleid van de instelling
 - anders, namelijk
- Overige factoren, namelijk:*
-
-

F Gegevens indien paramedische zorg niet is geïndiceerd/voorgescreven

- 31 Heeft de cliënt een aandoening/beperking behandeld zou kunnen worden met (een) vorm(en) van paramedische zorg, die hij/zij op dit moment niet ontvangt? En zo ja, welke vorm(en) van paramedische zorg zou(den) een relevante bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van deze aandoening/beperking? (**benader hierbij de aandoening/beperking los van eventueel andere aandoeningen/beperkingen van de cliënt!!**)
(meerdere antwoorden mogelijk)
- geen → *einde vragenlijst, hartelijk dank voor het invullen*
 - fysiotherapie → *ga naar vraag 32*
 - ergotherapie → *ga naar vraag 33*
 - logopedie → *ga naar vraag 34*
 - diëtetiek → *ga naar vraag 35*
 - anders, namelijk:
 - → *einde vragenlijst, hartelijk dank voor het invullen*
-

Discipline I: FYSIOTHERAPIE

- 32 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het niet indiceren/voorschrijven van fysiotherapie?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)

Patiëntgebonden factoren:

- de cliënt wil geen paramedische zorg
- familie van de cliënt wil niet dat de cliënt paramedische zorg krijgt
- er is sprake van te veel complicerende gedrags-/psychologische factoren, namelijk:
 - de cliënt is agressief
 - de cliënt is apathisch
 - de cliënt is depressief
 - anders, namelijk
- er is sprake van complicerende medische factoren, namelijk:
 - de cognitie/ het leervermogen van de cliënt is te beperkt
 - de cliënt heeft communicatiestoornissen
 - anders, namelijk
- anders, namelijk

Aandoening/beperking gerelateerde factoren:

- de aandoening is niet of nauwelijks met paramedische zorg te beïnvloeden
- de aandoening/ klachten zijn niet ernstig genoeg
- de algehele conditie van de cliënt is te slecht
- anders, namelijk

Providersgebonden factoren:

- er is tijdelijk tekort aan paramedici om de benodigde zorg te kunnen leveren
 - er is permanent tekort aan paramedici om de benodigde zorg te kunnen leveren
 - anders, namelijk
-

Discipline II: ERGOTHERAPIE

- 33 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het niet indiceren/voorschrijven van ergotherapie?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)

Patiëntgebonden factoren:

- de cliënt wil geen paramedische zorg
- familie van de cliënt wil niet dat de cliënt paramedische zorg krijgt
- er is sprake van te veel complicerende gedrags-/psychologische factoren, namelijk:
 - de cliënt is agressief
 - de cliënt is apathisch
 - de cliënt is depressief
 - anders, namelijk
- er is sprake van complicerende medische factoren, namelijk:
 - de cognitie/ het leervermogen van de cliënt is te beperkt
 - de cliënt heeft communicatiestoornissen
 - anders, namelijk
- anders, namelijk

Aandoening/beperking gerelateerde factoren:

- de aandoening is niet of nauwelijks met paramedische zorg te beïnvloeden
- de aandoening/ klachten zijn niet ernstig genoeg
- de algehele conditie van de cliënt is te slecht
- anders, namelijk

Providersgebonden factoren:

- er is tijdelijk tekort aan paramedici om de benodigde zorg te kunnen leveren
 - er is permanent tekort aan paramedici om de benodigde zorg te kunnen leveren
 - anders, namelijk
-

Discipline III: LOGOPEDIE

- 34 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het niet indiceren/voorschrijven van logopedie?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)

Patiëntgebonden factoren:

- de cliënt wil geen paramedische zorg
- familie van de cliënt wil niet dat de cliënt paramedische zorg krijgt
- er is sprake van te veel complicerende gedrags-/psychologische factoren, namelijk:
 - de cliënt is agressief
 - de cliënt is apathisch
 - de cliënt is depressief
 - anders, namelijk
- er is sprake van complicerende medische factoren, namelijk:
 - de cognitie/ het leervermogen van de cliënt is te beperkt
 - de cliënt heeft communicatiestoornissen
 - anders, namelijk
- anders, namelijk

Aandoening/beperking gerelateerde factoren:

- de aandoening is niet of nauwelijks met paramedische zorg te beïnvloeden
- de aandoening/ klachten zijn niet ernstig genoeg
- de algehele conditie van de cliënt is te slecht
- anders, namelijk

Providersgebonden factoren:

- er is tijdelijk tekort aan paramedici om de benodigde zorg te kunnen leveren
 - er is permanent tekort aan paramedici om de benodigde zorg te kunnen leveren
 - anders, namelijk
-

Discipline IV: DIËTETIEK

35 Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het niet indiceren/voorschrijven van diëtetiek?

(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)

Patiëntgebonden factoren:

- de cliënt wil geen paramedische zorg
- familie van de cliënt wil niet dat de cliënt paramedische zorg krijgt
- er is sprake van te veel complicerende gedrags-/psychologische factoren, namelijk:
 - de cliënt is agressief
 - de cliënt is apathisch
 - de cliënt is depressief
 - anders, namelijk
- er is sprake van complicerende medische factoren, namelijk:
 - de cognitie/ het leervermogen van de cliënt is te beperkt
 - de cliënt heeft communicatiestoornissen
 - anders, namelijk
- anders, namelijk

Aandoening/beperking gerelateerde factoren:

- de aandoening is niet of nauwelijks met paramedische zorg te beïnvloeden
- de aandoening/ klachten zijn niet ernstig genoeg
- de algehele conditie van de cliënt is te slecht
- anders, namelijk

Providersgebonden factoren:

- er is tijdelijk tekort aan paramedici om de benodigde zorg te kunnen leveren
 - er is permanent tekort aan paramedici om de benodigde zorg te kunnen leveren
 - anders, namelijk
-

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

Bijlage III



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Paramedische zorg in verpleeghuizen

Vragenlijst Fysiotherapeuten

vr.lijst

vph

arts/param.

cliënt

Toelichting

Dit onderzoek wordt, in opdracht van Zorg Onderzoek Nederland, Medische Wetenschappen (ZonMw) uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in samenwerking met de afdeling verpleeghuiskunde van het EMGO-instituut (instituut voor extramuraal geneeskundig onderzoek) en de afdeling revalidatiegeneeskunde van de VU (Vrije Universiteit, Amsterdam). De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) ondersteunt het onderzoek.

Het onderzoek beoogt inzicht te verwerven in de indicatiestelling, omvang en inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen. Hiervoor wordt, op anonieme wijze, gebruik gemaakt van gegevens op cliëntniveau. Het onderzoek richt zich op oudere verpleeghuisbewoners (>55 jaar) met een indicatie voor reactivering en revalidatie of langdurige/chronische zorg.

Wij vragen van u, als fysiotherapeut, cliëntgegevens te verstrekken over de volgende items:

- Personalia
- Diagnosegegevens
- Gegevens over het behandelproces

De vragenlijsten worden zoveel mogelijk samen met de onderzoeker ingevuld. Wij schatten dat per uur van ongeveer 10-12 cliënten gegevens geregistreerd kunnen worden. Indien u zelfstandig de vragenlijst invult kunt u bij vragen contact opnemen met Marika de Boer (m.deboer@nivel.nl; 030- 2729765) of Chantal Leemrijse (c.leemrijse@nivel.nl; 030-2729692)

A Personalia

1 Geboortedatum cliënt:

□□ - □□ - □□

2 Geslacht cliënt:

- man
 vrouw

3 Datum start behandeling:

□□ - □□ - □□

behandeling nog niet gestart

B Diagnosegegevens en gegevens over het behandelproces

4 Op welke aspecten heeft/had het gezondheidsprobleem van de cliënt betrekking en op welke hiervan zijn/waren de behandeldoelen gericht?
(meest relevante, totaal max. vijf gezondheidsproblemen en vijf doelen aangeven)

Gezondheidsprobleem

Behandeldoel

Handelingen/ vaardigheden

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> houding (veranderen/handhaven/verbeteren) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> zichzelf verplaatsen (transfers) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> optillen en meenemen van objecten | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> gebruik van bovenste extremiteit(en) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> zich voortbewegen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> zich voortbewegen met hulpmiddelen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> overige handelingen | <input type="checkbox"/> |

Functies

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> mobiliteitsfuncties (mobiliteit/stabiliteit gewrichten, botten) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> spierfuncties (spiersterkte, spiertonus, spieruithoudingsvermogen) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> bewegingsfuncties (mot. reflexfuncties, (controle) (on)willekeurige bewegingsreacties, gangpatroon) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> lichaamshouding (cervicaal, thoracaal, lumbaal) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> cardiovasculair systeem (functioneren hart, fysieke uithoudingsvermogen, afvoer oedeem, doorbloeding) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ademhalingsstelsel (ademhaling frequentie, ritme, diepte, ademhalingsspieren) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> functie huid (beschermend, herstel) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sensorische functie (pijngewaarwording) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> neuropsychologische functies (bv. apraxie, neglect) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> overige functies | <input type="checkbox"/> |

- 5 Welke van de onderstaande verrichtingen maken/maakten deel uit van de behandeling?
(meest relevante, maximaal vijf verrichtingen aangeven)

Manuele verrichting

- manueel teweegbrengen beweging
- manueel masseren
- niet gespecificeerd

Fysische therapie

- apparatief toedienen van energie, nl.
- niet gespecificeerd

Sturen en oefenen

- individueel sturen/ oefenen van functies
- groepsgewijs sturen/ oefenen van functies
- individueel sturen/ oefenen van vaardigheden
- groepsgewijs sturen/ oefenen van vaardigheden
- niet gespecificeerd

Begeleidende verrichtingen

- informeren/ adviseren cliënt
- informeren/ adviseren derden
- bieden van steun
- niet gespecificeerd

Hulpmiddelen

- ontwerpen hulpmiddelen
- maken/ vervaardigen van hulpmiddelen
- aanpassen/ verbeteren van hulpmiddelen
- aanbrengen/ aanleggen van hulpmiddelen
- testen en controleren van hulpmiddelen
- niet gespecificeerd

Overig

- overige verrichtingen

- 6 Met welke frequentie wordt de cliënt momenteel behandeld? (i.g.v. afgeronde behandeling: de laatst gehanteerde frequentie)

- eenmalig
- 1 keer per 3 weken
- 1 keer per 2 weken
- 1 keer per week
- 2 keer per week
- > 2 keer per week
- anders, namelijk

- 7 Wat is/was de gemiddelde behandelingsduur per contact van de cliënt?
 minuten per contact
- 8 Zijn, naar uw mening, de aangegeven frequentie van de behandeling en behandelingsduur per contact adequaat?
- ja, de frequentie en behandelingsduur zijn adequaat → *ga naar vraag 10*
 - nee, ik zou de cliënt frequenter willen behandelen
 - nee, ik zou de cliënt langer (behandelingsduur per contact) willen behandelen
 - nee, ik zou de cliënt frequenter en langer willen behandelen
 - anders, namelijk
- 9 Wat is de reden voor het niet behandelen volgens de gewenste frequentie of behandelingsduur?

- 10 Is/was er in het kader van de behandeling van de cliënt, buiten het MDO, sprake van overleg of samenwerking (incl. informeel overleg in bijv. wandelgangen) met één of meerdere van de onderstaande disciplines?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- nee, er is geen samenwerking
 - verpleeghuisarts (anders dan voor verwijzing)
 - verpleging/verzorging
 - maatschappelijk werk
 - collega fysiotherapeut
 - ergotherapeut
 - logopedist
 - diëtist
 - psycholoog
 - podotherapeut
 - anders, namelijk
- 11 Is de behandeling van de cliënt reeds afgerond?
- ja
 - nee → *ga naar vraag 13*
- 12 Wat was de totale periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden?
- minder dan 2 weken
 - 2 weken - 3 maanden
 - 3-6 maanden
 - meer dan 6 maanden
- 13 Zijn de gestelde behandeldoelen bereikt? *(i.g.v. nog lopende behandelingen gaat het om tussentijdse doelen/ het verlopen van de behandeling volgens plan)*
- de behandeldoelen zijn (tot nu toe) geheel bereikt → *einde vragenlijst, hartelijk dank*
 - de behandeldoelen zijn (tot nu toe) ten dele bereikt
 - de behandeldoelen zijn (tot nu toe) niet bereikt
 - de behandeling is gestopt
 - onbekend → *einde vragenlijst, hartelijk dank*

- 14 Welke factoren spelen/speelden een rol in het niet of ten dele bereiken van de behandeldoelen?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)

Lichamelijke factoren

- de algehele conditie van de cliënt werkt belemmerend
- (onverwachte) achteruitgang in lichamelijke functie werkt belemmerend
- een nieuwe aandoening/complicatie werkt belemmerend
- anders, namelijk

Gedrags-/ psychologische factoren

- cognitieve functiestoornis (incl. dementie, beperkt leervermogen) van de cliënt werkt belemmerend
- depressiviteit van de cliënt werkt belemmerend
- agressiviteit van de cliënt werkt belemmerend
- gebrek aan motivatie/ apathie van de cliënt werkt belemmerend
- anders, namelijk

Sociale factoren

- gebrek aan sociale steun bij de behandeling werkt belemmerend
- het functioneren van de cliënt in de groep (negatieve uitwerking van de groep) werkt belemmerend
- anders, namelijk

Overige factoren

- er is gebrek aan een geschikte ruimte voor behandeling van de cliënt
- er is gebrek aan voldoende tijd (fte's) voor behandeling van de cliënt
- de verzorging houdt zich niet aan de gemaakte afspraken in het kader van de behandeling
- de cliënt houdt zich niet aan de gemaakte afspraken in het kader van de behandeling
- de cliënt is met ontslag naar huis
- de cliënt is met ontslag naar het ziekenhuis
- de cliënt is overleden
- anders, namelijk

- geen aanwijsbare oorzaak

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

Bijlage IV



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Paramedische zorg in verpleeghuizen

Vragenlijst Ergotherapeuten

vr.lijst

vph

arts/param.

cliënt

Toelichting

Dit onderzoek wordt, in opdracht van Zorg Onderzoek Nederland, Medische Wetenschappen (ZonMw) uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in samenwerking met de afdeling verpleeghuiskunde van het EMGO-instituut (instituut voor extramuraal geneeskundig onderzoek) en de afdeling revalidatiegeneeskunde van de VU (Vrije Universiteit, Amsterdam). De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) ondersteunt het onderzoek.

Het onderzoek beoogt inzicht te verwerven in de indicatiestelling, omvang en inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen. Hiervoor wordt, op anonieme wijze, gebruik gemaakt van gegevens op cliëntniveau. Het onderzoek richt zich op oudere verpleeghuisbewoners (>55 jaar) met een indicatie voor reactivering en revalidatie of langdurige/chronische zorg.

Wij vragen van u, als ergotherapeut, cliëntgegevens te verstrekken over de volgende items:

- Personalia
- Diagnosegegevens
- Gegevens over het behandelproces

De vragenlijsten worden zoveel mogelijk samen met de onderzoeker ingevuld. Wij schatten dat per uur van ongeveer 10-12 cliënten gegevens geregistreerd kunnen worden. Indien u zelfstandig de vragenlijst invult kunt u bij vragen contact opnemen met Marika de Boer (m.deboer@nivel.nl; 030- 2729765) of Chantal Leemrijse (c.leemrijse@nivel.nl; 030-2729692)

A Personalia

1 Geboortedatum cliënt:

□□ - □□ - □□

2 Geslacht cliënt:

man

vrouw

3 Datum start behandeling:

□□ - □□ - □□

behandeling nog niet gestart

B Diagnosegegevens

4 Op welke aspecten grijpt/greep de ergotherapeutische diagnose van de cliënt aan?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)

Aspecten

Zelfverzorging:

persoonlijke verzorging (aankleden, wassen, eten, hygiëne)

functionele mobiliteit (transfers, verplaatsen binnens- buitenshuis)

organisatie van het huishouden (transport, boodschappen doen, financiën)

Productiviteit

betaald/ onbetaald werk (vinden/ behouden van werk, vrijwilligerswerk, verzorging kinderen)

uitvoering van huishoudelijke activiteiten (schoonmaken, kleding wassen, koken)

spel/school (spel, vaardigheden, huiswerk)

Ontspanning:

passieve recreatie (hobby's, lezen, handenarbeid)

actieve recreatie (sporten, uitstapjes, reizen)

sociale contacten (visites afleggen, telefoneren, correspondentie)

C Gegevens over het behandelproces

- 5 Op welke van de hieronder genoemde aspecten (functies, activiteiten, participatie) zijn/waren de behandeldoelen gericht? (*meest relevante, totaal max. vijf antwoorden*)

Functies

- senso-motorisch (gestoorde structuur/functie, coördinatie, sensibiliteit, proprioceptie, pijn)
- cognitief (geheugen, neuropsychologisch)
- psycho-sociaal (intra- en inter-persoonlijk)

Activiteiten

Zelfverzorging:

- persoonlijke verzorging (aankleden, wassen, eten, hygiëne)
- functionele mobiliteit (transfers, verplaatsen binnens- buitenshuis)
- organisatie van het huishouden (transport, boodschappen doen, financiën)

Productiviteit

- betaald/ onbetaald werk (vinden/ behouden van werk, vrijwilligerswerk, verzorging kinderen)
- uitvoering van huishoudelijke activiteiten (schoonmaken, kleding wassen, koken)
- spel/school (spel, vaardigheden, huiswerk)

Ontspanning:

- passieve recreatie (hobby's, lezen, handenarbeid)
- actieve recreatie (sporten, uitstapjes, reizen)
- sociale contacten (visites afleggen, telefoneren, correspondentie)

Participatie

- rol van zelfverzorger (het uiterlijk en de wijze van presenteren van het individu, zorg dragen voor eigen bezittingen, leefgewoonten in verband met gezondheid)
- mobiliteit (vermogen van een individu om zich zowel binnen- als buitenshuis te kunnen of durven te verplaatsen)
- sociale rol (frequentie en kwaliteit van de contacten met vrienden en goede kennissen, het ondernemen van activiteiten in de vrije tijd)
- beroepsrol (het functioneren in het dagelijks werk, bijv. het aanpassen aan de dagelijkse routine, gevraagde inzet, omgang met collega's. Hiermee wordt ook huishoudelijk werk bedoeld)
- gezin/familierol (het onderhouden van een emotionele band met gezins/familieleden, taken op zich nemen die belangrijk zijn voor het functioneren van het gezin/groep, bijdragen aan de sfeer in het gezin of anderen met wie men samenwoont/leeft)

- 6 Wat zijn/waren de tijdens de behandeling gebruikte interventies/ verrichtingen?

(*maximaal drie antwoorden*)

- ergotherapeutische diagnostiek
- advies/instructie aan cliënt
- advies/instructie aan derden
- advies/aanvraag hulpmiddelen/ woon- en werkaanpassingen
- trainen/oefenen van activiteiten
- trainen/oefenen van hulpmiddelen/voorzieningen
- functietraining/ sensomotorische training
- overig, namelijk

- 7 Met welke frequentie wordt de cliënt momenteel behandeld? (*i.g.v. afgeronde behandeling: de laatst gehanteerde frequentie*)

- eenmalig
- 1 keer per 3 weken
- 1 keer per 2 weken
- 1 keer per week
- 2 keer per week
- > 2 keer per week
- anders, namelijk

- 8 Wat is/was de gemiddelde behandelingsduur per contact van de cliënt?
 minuten per contact
- 9 Zijn, naar uw mening, de aangegeven frequentie van de behandeling en behandelingsduur per contact adequaat?
 ja, de frequentie en behandelingsduur zijn adequaat → *ga naar vraag 11*
 nee, ik zou de cliënt frequenter willen behandelen
 nee, ik zou de cliënt langer (behandelingsduur per contact) willen behandelen
 nee, ik zou de cliënt frequenter en langer willen behandelen
 anders, namelijk
- 10 Wat is de reden voor het niet behandelen volgens de gewenste frequentie of behandelingsduur?

- 11 Is/was er in het kader van de behandeling van de cliënt, buiten het MDO, sprake van overleg of samenwerking (incl. informeel overleg in bijv. wandelgangen) met één of meerdere van de onderstaande disciplines?
(meerdere antwoorden mogelijk)
 nee, er is geen samenwerking
 verpleeghuisarts (anders dan voor verwijzing)
 verpleging/verzorging
 maatschappelijk werk
 fysiotherapeut
 collega ergotherapeut
 logopedist
 diëtist
 psycholoog
 podotherapeut
 anders, namelijk
- 12 Is de behandeling van de cliënt reeds afgerond?
 ja
 nee → *ga naar vraag 14*
- 13 Wat was de totale periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden?
 minder dan 2 weken
 2 weken - 3 maanden
 3-6 maanden
 meer dan 6 maanden
- 14 Zijn de gestelde behandeldoelen bereikt? *(i.g.v. nog lopende behandelingen gaat het om tussentijdse doelen/ het verlopen van de behandeling volgens plan)*
 de behandeldoelen zijn (tot nu toe) geheel bereikt → *einde vragenlijst, hartelijk dank*
 de behandeldoelen zijn (tot nu toe) ten dele bereikt
 de behandeldoelen zijn (tot nu toe) niet bereikt
 de behandeling is gestopt
 onbekend → *einde vragenlijst, hartelijk dank*

- 15 Welke factoren spelen/speelden een rol in het niet of ten dele bereiken van de behandeldoelen?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)

Lichamelijke factoren

- de algehele conditie van de cliënt werkt belemmerend
- (onverwachte) achteruitgang in lichamelijke functie werkt belemmerend
- een nieuwe aandoening/complicatie werkt belemmerend
- anders, namelijk

Gedrags-/ psychologische factoren

- cognitieve functiestoornis (incl. dementie, beperkt leervermogen) van de cliënt werkt belemmerend
- depressiviteit van de cliënt werkt belemmerend
- agressiviteit van de cliënt werkt belemmerend
- gebrek aan motivatie/ apathie van de cliënt werkt belemmerend
- anders, namelijk

Sociale factoren

- gebrek aan sociale steun bij de behandeling werkt belemmerend
- het functioneren van de cliënt in de groep (negatieve uitwerking van de groep) werkt belemmerend
- anders, namelijk

Overige factoren

- er is gebrek aan een geschikte ruimte voor behandeling van de cliënt
- er is gebrek aan voldoende tijd (fte's) voor behandeling van de cliënt
- de verzorging houdt zich niet aan de gemaakte afspraken in het kader van de behandeling
- de cliënt houdt zich niet aan de gemaakte afspraken in het kader van de behandeling
- de cliënt is met ontslag naar huis
- de cliënt is met ontslag naar het ziekenhuis
- de cliënt is overleden
- anders, namelijk

- geen aanwijsbare oorzaak

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

Bijlage V



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Paramedische zorg in verpleeghuizen

Vragenlijst Logopedisten

vr.lijst

vph

arts/param.

cliënt

Toelichting

Dit onderzoek wordt, in opdracht van Zorg Onderzoek Nederland, Medische Wetenschappen (ZonMw) uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in samenwerking met de afdeling verpleeghuiskunde van het EMGO-instituut (instituut voor extramuraal geneeskundig onderzoek) en de afdeling revalidatiegeneeskunde van de VU (Vrije Universiteit, Amsterdam). De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) ondersteunt het onderzoek.

Het onderzoek beoogt inzicht te verwerven in de indicatiestelling, omvang en inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen. Hiervoor wordt, op anonieme wijze, gebruik gemaakt van gegevens op cliëntniveau. Het onderzoek richt zich op oudere verpleeghuisbewoners (>55 jaar) met een indicatie voor reactivering en revalidatie of langdurige/chronische zorg.

Wij vragen van u, als logopedist, cliëntgegevens te verstrekken over de volgende items:

- Personalia
- Diagnosegegevens
- Gegevens over het behandelproces

De vragenlijsten worden zoveel mogelijk samen met de onderzoeker ingevuld. Wij schatten dat per uur van ongeveer 10-12 cliënten gegevens geregistreerd kunnen worden. Indien u zelfstandig de vragenlijst invult kunt u bij vragen contact opnemen met Marike de Boer (m.deboer@nivel.nl; 030- 2729765) of Chantal Leemrijse (c.leemrijse@nivel.nl; 030-2729692)

A Personalia

1 Geboortedatum cliënt:

- -

2 Geslacht cliënt:

man

vrouw

3 Datum start behandeling:

- -

behandeling nog niet gestart

B Diagnosegegevens

Stoornissen

4 Op welke stoornissen heeft/had de logopedische diagnose van de cliënt betrekking?

(max. drie antwoorden)

hoorstoornis/ stoornis in auditieve functies

stemstoornis

taalstoornis (incl. afasie)

articulatiestoornis (incl. dysarthrie)

nasaliteit

stoornis in vloeiendheid/ ritme van spreken

afwijkend monddrag (incl. stoornis in (senso-) motoriek; excl. slikstoornis)

slikstoornis

cognitieve- en psychische stoornissen (incl. apraxie)

andere stoornissen, namelijk

Beperkingen

5 Op welke beperkingen heeft/had de logopedische diagnose betrekking?

(max. drie antwoorden)

geen beperking

beperkingen in het begrijpen van communicatieve uitingen

beperkingen in het zich communicatief uiten

beperkingen in deelname aan de communicatieve interactie

beperkingen in het eten en drinken

andere beperkingen, nl.

Handicaps

- 6 Wat was de belangrijkste handicap van de cliënt waar de logopedische diagnose betrekking op had?
(max. één antwoord)
- geen handicap
 - handicap in sociale integratie binnen directe omgeving (familie/ gezin/medebewoners/ personeel)
 - handicap in sociale integratie buiten directe omgeving
 - anders, nl.

C Gegevens over het behandelproces

- 7 Op welke van de onderstaande stoornissen en/of beperkingen grijpen de behandeldoelen aan?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)

Stoornissen

- hoorstoornis/ stoornis in auditieve functies
- stemstoornis
- taalstoornis (incl. afasie)
- articulatiestoornis (incl. dysarthrie)
- nasaliteit
- stoornis in vloeiendheid/ritme van spreken
- afwijkend mondgedrag (incl. stoornis in (senso-) motoriek; excl. slikstoornis)
- slikstoornis
- cognitieve- en psychische stoornissen (incl. apraxie)
- andere stoornissen, namelijk

Beperkingen

- geen beperking
- beperkingen in het begrijpen van communicatieve uitingen
- beperkingen in het zich communicatief uiten
- beperkingen in deelname aan de communicatieve interactie
- beperkingen in het eten en drinken
- andere beperkingen, nl.

- 8 Wat zijn de tijdens de behandeling toegepaste interventies?
(meest relevante, maximaal vijf antwoorden)

Informeren/adviseren

- patiënt
- derden (omgeving van patiënt)
- beiden

Voorzien in hulpmiddel

- hoorhulpmiddel
- stemhulpmiddel
- alternatief communicatiehulpmiddel/systeem
- overig hulpmiddel

Oefenen van specifieke functies

- horen/auditief waarnemen
- auditieve voorwaarden
- taalvorm
- taalinhoud
- taalgebruik
- adembeheersing
- (ont)spanning
- stemkwaliteit
- stemhygiëne
- spraakklanken
- mondgedrag/motoriek
- slikken
- sensibiliteit
- emoties/cognities bij het spreken
- vloeiendheid
- overige specifieke functies

Oefenen van vaardigheden

- begrijpen van uitingen
- zich uiten
- aangaan/onderhouden van interactie
- eten/drinken
- overige vaardigheden

- 9 Met welke frequentie wordt de cliënt momenteel behandeld? (*i.g.v. afgeronde behandeling: de laatst gehanteerde frequentie*)
- eenmalig
 - 1 keer per 3 weken
 - 1 keer per 2 weken
 - 1 keer per week
 - 2 keer per week
 - > 2 keer per week
 - anders, namelijk
- 10 Wat is/was de gemiddelde behandelingsduur per contact van de cliënt?
..... minuten per contact
- 11 Zijn, naar uw mening, de aangegeven frequentie van de behandeling en behandelingsduur per contact adequaat?
- ja, de frequentie en behandelingsduur zijn adequaat → *ga naar vraag 13*
 - nee, ik zou de cliënt frequenter willen behandelen
 - nee, ik zou de cliënt langer (behandelingsduur per contact) willen behandelen
 - nee, ik zou de cliënt frequenter en langer willen behandelen
 - anders, namelijk
- 12 Wat is de reden voor het niet behandelen volgens de gewenste frequentie of behandelingsduur?
.....
.....

- 13 Is/was er in het kader van de behandeling van de cliënt, buiten het MDO, sprake van overleg of samenwerking (incl. informeel overleg in bijv. wandelgangen) met één of meerdere van de onderstaande disciplines?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- nee, er is geen samenwerking
 - verpleeghuisarts (anders dan voor verwijzing)
 - verpleging/verzorging
 - maatschappelijk werk
 - fysiotherapeut
 - ergotherapeut
 - collega logopedist
 - diëtist
 - psycholoog
 - podotherapeut
 - anders, namelijk
- 14 Is de behandeling van de cliënt reeds afgerond?
- ja
 - nee → *ga naar vraag 16*
- 15 Wat was de totale periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden?
- minder dan 2 weken
 - 2 weken - 3 maanden
 - 3-6 maanden
 - meer dan 6 maanden
- 16 Zijn de gestelde behandeldoelen bereikt? (i.g.v. nog lopende behandelingen gaat het om tussentijdse doelen/ het verlopen van de behandeling volgens plan)
- de behandeldoelen zijn (tot nu toe) geheel bereikt → *einde vragenlijst, hartelijk dank*
 - de behandeldoelen zijn (tot nu toe) ten dele bereikt
 - de behandeldoelen zijn (tot nu toe) niet bereikt
 - de behandeling is gestopt
 - onbekend → *einde vragenlijst, hartelijk dank*
- 17 Welke factoren spelen/spielden een rol in het niet of ten dele bereiken van de behandeldoelen?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)
- Lichamelijke factoren*
- de algehele conditie van de cliënt werkt belemmerend
 - (onverwachte) achteruitgang in lichamelijke functie werkt belemmerend
 - een nieuwe aandoening/complicatie werkt belemmerend
 - anders, namelijk
- Gedrags-/ psychologische factoren*
- cognitieve functiestoornis (incl. dementie, beperkt leervermogen) van de cliënt werkt belemmerend
 - depressiviteit van de cliënt werkt belemmerend
 - agressiviteit van de cliënt werkt belemmerend
 - gebrek aan motivatie/ apathie van de cliënt werkt belemmerend
 - anders, namelijk
- Sociale factoren*
- gebrek aan sociale steun bij de behandeling werkt belemmerend
 - het functioneren van de cliënt in de groep (negatieve uitwerking van de groep) werkt belemmerend
 - anders, namelijk

Overige factoren

- er is gebrek aan een geschikte ruimte voor behandeling van de cliënt
- er is gebrek aan voldoende tijd (fte's) voor behandeling van de cliënt
- de verzorging houdt zich niet aan de gemaakte afspraken in het kader van de behandeling
- de cliënt houdt zich niet aan de gemaakte afspraken in het kader van de behandeling
- de cliënt is met ontslag naar huis
- de cliënt is met ontslag naar het ziekenhuis
- de cliënt is overleden
- anders, namelijk

- geen aanwijsbare oorzaak

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

Bijlage VI



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Paramedische zorg in verpleeghuizen

Vragenlijst Diëtisten

vr.lijst

vph

arts/param.

cliënt

Toelichting

Dit onderzoek wordt, in opdracht van Zorg Onderzoek Nederland, Medische Wetenschappen (ZonMw) uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in samenwerking met de afdeling verpleeghuiskunde van het EMGO-instituut (instituut voor extramuraal geneeskundig onderzoek) en de afdeling revalidatiegeneeskunde van de VU (Vrije Universiteit, Amsterdam). De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) ondersteunt het onderzoek.

Het onderzoek beoogt inzicht te verwerven in de indicatiestelling, omvang en inhoud van paramedische zorg in verpleeghuizen. Hiervoor wordt, op anonieme wijze, gebruik gemaakt van gegevens op cliëntniveau. Het onderzoek richt zich op oudere verpleeghuisbewoners (>55 jaar) met een indicatie voor reactivering en revalidatie of langdurige/chronische zorg.

Wij vragen van u, als diëtist, cliëntgegevens te verstrekken over de volgende items:

- Personalialia
- Diagnosegegevens
- Gegevens over het behandelproces

De vragenlijsten worden zoveel mogelijk samen met de onderzoeker ingevuld. Wij schatten dat per uur van ongeveer 10-12 cliënten gegevens geregistreerd kunnen worden. Indien u zelfstandig de vragenlijst invult kunt u bij vragen contact opnemen met Marike de Boer (m.deboer@nivel.nl; 030- 2729765) of Chantal Leemrijse (c.leemrijse@nivel.nl; 030-2729692)

A Personalia

1 Geboortedatum cliënt:

- -

2 Geslacht cliënt:

man

vrouw

3 Datum start behandeling:

- -

behandeling nog niet gestart

B Diagnosegegevens

4 Op welke van de onderstaande ziektebeelden had/heeft de diëtistisch diagnose van de cliënt betrekking?
(meest relevante, maximaal vijf antwoorden)

Ziektebeeld

- diabetes mellitus
- overgewicht/vetzucht
- ondergewicht (-voeding)
- voedingsdeficiënties
- stofwisselingsstoornis
- voedselallergie/intolerantie
- ziekten van spijsverteringsstelsel
- ziekten van hart vaatstelsel
- ziekten van nieren/urine wagen
- nieuwvormingen (oncologie)
- ziekten van zenuwstelsel
- CVA
- dementie
- korsakov
- eetstoornissen
- decubitus
- overige ziekten/aandoeningen

C Gegevens over het behandelproces

- 5 Op welke van de hieronder genoemde doelen richt zich de behandeling?
(maximaal drie antwoorden)
- kennis/inzicht vergroten
 - attitude veranderen
 - vaardigheden vergroten om dieet te kunnen uitvoeren
 - behoud van goed voedingsgedrag op lange termijn
 - patiënt klachtenvrij maken
 - patiënt in goede voedingstoestand brengen of houden
 - klinische parameter verbeteren
 - anders, namelijk
- 6 Wat zijn de tijdens de behandeling gebruikte verrichtingen?
(meest relevante , totaal max. vijf antwoorden)
- Diëtistisch onderzoek*
- bevragen
 - observeren
 - meten/testen
 - dossieronderzoek
 - overig diëtistisch onderzoek
- Begeleiding*
- informeren en adviseren cliënt
 - informeren en adviseren derden
 - uitleggen en instrueren
 - feedback geven
 - bieden van steun aan patiënt/ cliënt
 - oefenen van vaardigheden
 - overige begeleiding
- 7 Met welke frequentie wordt de cliënt momenteel behandeld? (i.g.v. afgeronde
behandeling: de laatst gehanteerde frequentie)
- eenmalig
 - 1 keer per 3 weken
 - 1 keer per 2 weken
 - 1 keer per week
 - 2 keer per week
 - > 2 keer per week
 - anders, namelijk
- 8 Wat is/was de gemiddelde behandelingsduur per contact van de cliënt?
..... minuten per contact
- 9 Zijn, naar uw mening, de aangegeven frequentie van de behandeling en
behandelingsduur per contact adequaat?
- ja, de frequentie en behandelingsduur zijn adequaat → ga naar vraag 11
 - nee, ik zou de cliënt frequenter willen behandelen
 - nee, ik zou de cliënt langer (behandelingsduur per contact) willen behandelen
 - nee, ik zou de cliënt frequenter en langer willen behandelen
 - anders, namelijk

- 10 Wat is de reden voor het niet behandelen volgens de gewenste frequentie of behandelingsduur?

- 11 Is/was er in het kader van de behandeling van de cliënt, buiten het MDO, sprake van overleg of samenwerking (incl. informeel overleg in bijv. wandelgangen) met één of meerdere van de onderstaande disciplines?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- nee, er is geen samenwerking
 - verpleeghuisarts (anders dan voor verwijzing)
 - verpleging/verzorging
 - maatschappelijk werk
 - fysiotherapeut
 - ergotherapeut
 - logopedist
 - collega diëtist
 - psycholoog
 - podotherapeut
 - voedingsassistent
 - (hoofd) keuken
 - anders, namelijk
- 12 Is de behandeling van de cliënt reeds afgerond?
 ja
 nee → *ga naar vraag 14*
- 13 Wat was de totale periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden?
 minder dan 2 weken
 2 weken - 3 maanden
 3-6 maanden
 meer dan 6 maanden
- 14 Zijn de gestelde behandeldoelen bereikt? *(i.g.v. nog lopende behandelingen gaat het om tussentijdse doelen/ het verlopen van de behandeling volgens plan)*
- de behandeldoelen zijn (tot nu toe) geheel bereikt → *einde vragenlijst, hartelijk dank*
 - de behandeldoelen zijn (tot nu toe) ten dele bereikt
 - de behandeldoelen zijn (tot nu toe) niet bereikt
 - de behandeling is gestopt
 - onbekend → *einde vragenlijst, hartelijk dank*
- 15 Welke factoren spelen/speelden een rol in het niet of ten dele bereiken van de behandeldoelen?
(meest relevante, totaal max. vijf antwoorden)
- Lichamelijke factoren*
- de algehele conditie van de cliënt werkt belemmerend
 - (onverwachte) achteruitgang in lichamelijke functie werkt belemmerend
 - een nieuwe aandoening/complicatie werkt belemmerend
 - anders, namelijk

Gedrags-/psychologische factoren

- cognitieve functiestoornis (incl. dementie, beperkt leervermogen) van de cliënt werkt belemmerend
- depressiviteit van de cliënt werkt belemmerend
- agressiviteit van de cliënt werkt belemmerend
- gebrek aan motivatie/ apathie van de cliënt werkt belemmerend
- anders, namelijk

Sociale factoren

- gebrek aan sociale steun bij de behandeling werkt belemmerend
- het functioneren van de cliënt in de groep (negatieve uitwerking van de groep) werkt belemmerend
- anders, namelijk

Overige factoren

- er is gebrek aan een geschikte ruimte voor behandeling van de cliënt
 - er is gebrek aan voldoende tijd (fte's) voor behandeling van de cliënt
 - de verzorging houdt zich niet aan de gemaakte afspraken in het kader van de behandeling
 - de cliënt houdt zich niet aan de gemaakte afspraken in het kader van de behandeling
 - de cliënt is met ontslag naar huis
 - de cliënt is met ontslag naar het ziekenhuis
 - de cliënt is overleden
 - anders, namelijk
- geen aanwijsbare oorzaak

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

Bijlage VII

Bijlage VIII

Bijlage IX

Bijlage X