



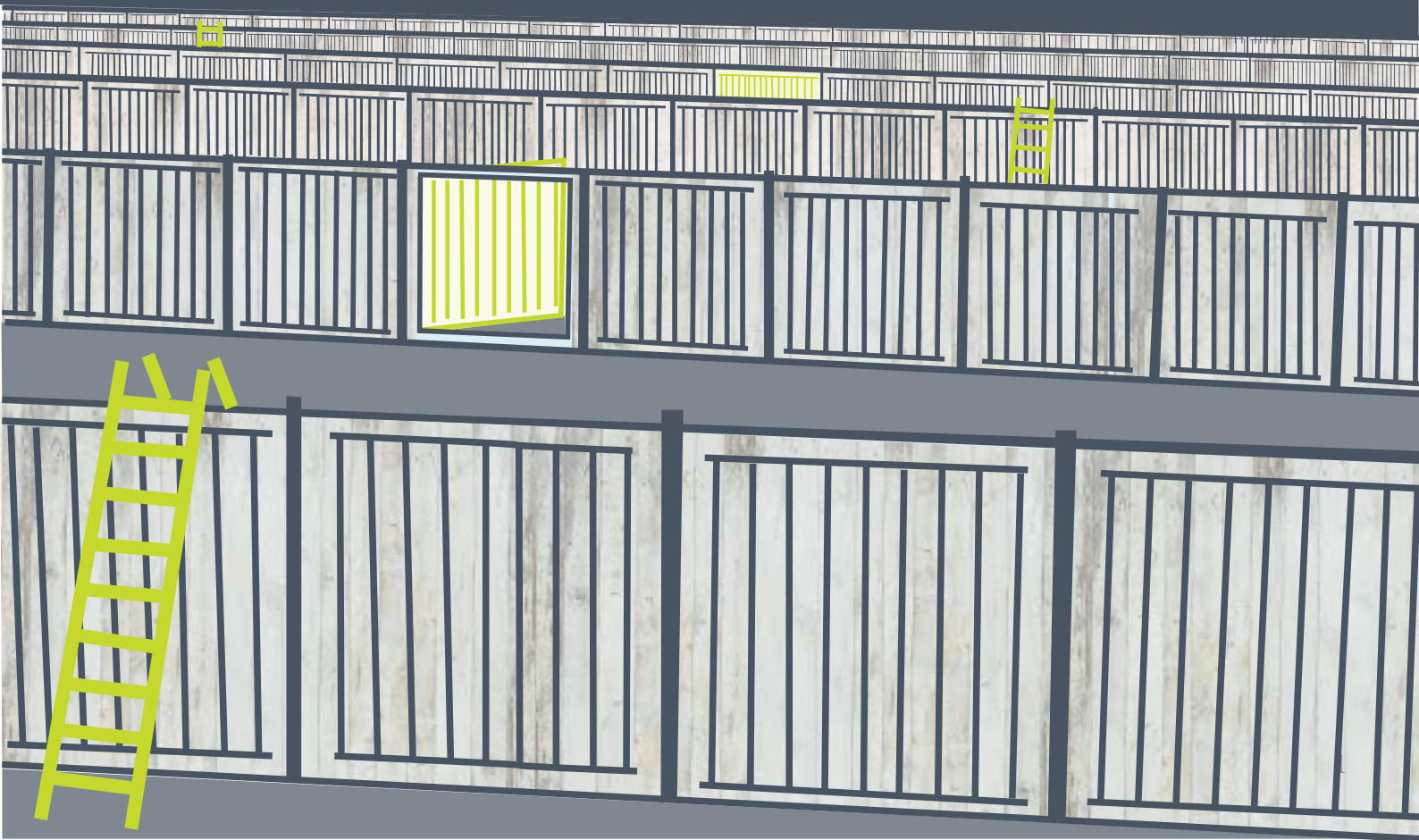
HEALTH@BK LAB

BETTER TOGETHER

**THE SHORT-TERM CARE CENTRE AS A MEANS
FOR INTEGRATED CARE - A QUALITATIVE STUDY**

P5 Portfolio

Lara Tjoa Li Ling



**BETTER TOGETHER:
The short-term care centre as a means
for integrated care - a qualitative study**

P5 portfolio
9 July 2018

Auteur

Lara Tjoa Li Ling (Li Ling)
<https://nl.linkedin.com/in/laratjoaliling>

**Technical University Delft
Faculty of Architecture
Management in the Built Environment**
Julianalaan 134
2628 BL Delft
Nederland
www.tudelft.nl

**Cross Domain Health lab
First mentor**

Dr. C.J. van Oel (Clarine)
c.j.vanoel@tudelft.nl
Health@BK
Housing Management

Second mentor

ir. J.S.J. Koolwijk (Jelle)
j.s.j.koolwijk@tudelft.nl
Health@BK en Design
Construction Management

Delegate of the Board of Examiners
Drs. C.P. Dol



INHOUDSOPGAVE

A	Zorginkoopbeleid zorgverzekeraars	4
B	Analyse Eerstelijnsverblijf bedden per locatie	13
C	Interview protocols	14
	0. Stakeholderlijst om voor te leggen aan respondenten	
	1. Ergotherapeut en manager eerstelijns behandelcentrum voor ouderen	
	3. Manager Revalidatie & Herstel	
	4. Specialist Ouderengeneeskunde	
	5. Projectcoördinator Revalidatie & Herstel	
	6. Locatiemanager en kwaliteitsverpleegkundige eerstelijnsverblijf laag complex	
	7. Teammanager eerstelijnsverblijf palliatief	
	8. Locatiemanager respijtzorg	
	9. Locatiemanager en Wlz crisisopvang	
	10. Teammanager geriatrische revalidatie	
	11. Projectleider woonzorgopgaven bij een gemeente	
D	Samenvattingen interviews	15
	1. Ergotherapeut	
	2. Manager eerstelijns behandelcentrum voor ouderen	
	3. Vastgoedmanager VVT-instelling voor docu	
	4. Manager Revalidatie & Herstel voor docu	
	5. Manager Revalidatie & Herstel	
	6. Specialist Ouderengeneeskunde	
	7. Projectcoördinator Revalidatie & Herstel	
	8. Locatiemanager en kwaliteitsverpleegkundige eerstelijnsverblijf laag complex	
	9. Teammanager eerstelijnsverblijf palliatief	
	10. Locatiemanager respijtzorg	
	11. Locatiemanager en Wlz crisisopvang	
	12. Teammanager geriatrische revalidatie	
	13. Projectleider woonzorgopgaven bij een gemeente	
E	Lijst met voorafbepaalde codes	16
F	Getranscribeerde interviews	24
	1. Ergotherapeut	
	2. Manager eerstelijns behandelcentrum voor ouderen	
	3. Expert familieparticipatie	
	4. Vastgoedmanager VVT-instelling	
	5. Manager Revalidatie & Herstel voor docufilm	
	6. Manager Revalidatie & Herstel	
	7. Specialist Ouderengeneeskunde	
	8. Projectcoördinator Revalidatie & Herstel	
	9. Beleidsadviseur zorginkoop VVT-instelling	
	10. Locatiemanager en kwaliteitsverpleegkundige eerstelijnsverblijf laag complex	
	11. Teammanager eerstelijnsverblijf palliatief	
	12. Locatiemanager respijtzorg	
	13. Locatiemanager en Wlz crisisopvang	
	14. Teammanager geriatrische revalidatie	
	15. Projectleider woonzorgopgaven bij een gemeente	
	16. Directeur Divisie Thuis	

	G Zorgpaden	25
	1. Eerstelijnsverblijf laag complex	
	2. Eerstelijnsverblijf hoog complex	
	3. Eerstelijnsverblijf palliatief	
	4. Geriatrische revalidatie	
	5. Respijtzorg	
	6. Wlz crisiszorg	
	H Focus groep protocol	46
	I Inventarisatie stakeholders deel 1	51
	J Inventarisatie stakeholders deel 2	54
	K Cross matrix overeenkomsten zorg en cliënten	55
	L Lijst met alle geïdentificeerde barrières	56
	M Samenvattingen focus groep bijeenkomsten	62
	N Voorstel programma ontwikkellocatie	63

Belangrijke elementen uit visie/beleidsdocumenten van de zorgverzekeraars

Algemene conclusies:

- Zorgkostenplafond is lager dan 2017, maar biedt mogelijkheden tot aanvulling tot 100% → niet gericht op groei, eerder op krimp van ELV door meer doelmatigheid
- Er wordt aandacht besteed aan doelmatigheid → o.a. gemeten op basis van ligduur
- Combinatie ELV en GRZ wenselijk vanwege overeenkomsten
- Eisen vanuit zorgverzekeraars tot schriftelijke samenwerkingsafspraken in de keten
- Innovatie is mogelijk mits het in de keten wat oplevert (meetbaar maken)
- Toegang als nieuwe aanbieder lastig: bewijs leveren voor de nog te bieden zorg
- Klein deel zorgverzekeraars werkt met bonussen op de tarieven
- Velen erkennen het afwegingsinstrument van Verenso
- Ook de SO heeft een maximale aanrijtijd van 15 minuten (volgens richtlijn LHV)
- Aanvullende eisen voor palliatieve zorg; voornamelijk te maken met het hebben van voldoende kennis over type zorg

Uit: Caresq_ipiQ_inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf 2018:

Caresq doet de inkoop als gevolmachtigde van IptiQ Life S.A. voor:

- Promovendum
- National Academic
- Besured

Kerdoelstellingen:

- Kwaliteit
- Toegankelijkheid
- Betaalbaarheid

Hanteert een aantal extra kwaliteitseisen bovenop het algemene inkoopbeleid:

- Handelen volgens bepaalde richtlijnen, kwaliteitseisen, normenkaders en standaarden
- Zorg wordt geboden in een daartoe geëigende omgeving, met eigen was- en doucheruimte, voorzien van een alarmeringssysteem.
- Voor palliatieve zorg zoveel mogelijk vrijwilligers en mantelzorgers actief betrekken
- Verwacht van zorginstellingen dat de terugkeer naar huis wordt gestimuleerd, voert data- en risicoanalyses uit om declaraties te toetsen

Uit: ASR-DSW_inkoopbeleid 2018 eerstelijns verblijf

Multizorg VRZ kocht t/m 2017 zorg in voor a.s.r. Vanaf 2018 wordt er samen met DSW Zorgverzekeraar ingekocht vanwege overeenkomstige visie en ambitie.

a.s.r. Ziektenkosten heeft de labels:

- Amersfoortse en Ditzo

Er zijn drie bedrijfsdoelstellingen:

- Klantbelang voorop
- Betaalbare zorg
- Waardevolle deelnemer aan de maatschappij

Voorstellen voor innovatie (de beste initiatieven komen uit het veld) kunnen voorgelegd worden aan a.s.r.

Twee onderscheidende voorwaarden worden gesteld voor aanbieders:

- U draagt zorg voor een intensieve samenwerking tussen de SOG en de huisarts t.b.v. kwalitatieve zorg aan de cliënt
- De indicatie voor ELV wordt gesteld overeenkomstig het afwegingsinstrument ELV, zoals opgesteld door Verenso

De verzekeraar sluit zich aan bij de geldende kwaliteitseisen, richtlijnen en standaarden die in de beroepsgroep zijn vastgesteld.

Twee speerpunten voor ELV in 2018:

- Er wordt geïnvesteerd in een snelle en vlotte doorstroom van cliënten, zodat cliënten in het goede bed liggen en de juiste zorg krijgen
- ELV moet doelmatiger ingericht worden. Onder meer door de ligduur in de ELV te verkorten waar mogelijk.

Uit: Zorg&Zekerheid_ENO_ONVZ_Zorginkoopbeleid 2018 eerstelijnsverblijf

VRZ Zorginkoop heeft de volgende labels waarvoor vanaf 2018 gezamenlijk zorg wordt ingekocht:

- Zorg en Zekerheid (regionaal)
- ENO (regionaal)
- ONVZ (landelijk)

Voor 2018 continueren ze op hoofdlijnen het inkoopbeleid van 2017. Verschil: verschoven verantwoordelijkheid voor de toegang tot een eerstelijnsverblijf. Verlengingsaanvraag voor verblijf > 3 maanden blijft behouden.

In het inkoopbeleid ELV voor 2018 sluiten we zoveel mogelijk aan bij landelijke thema's en ligt de focus op:

- Ervoor zorgen dat de ELV-zorg voldoende toegankelijk en beschikbaar is in de buurt van verzekerden en de 24-uurs opname goed georganiseerd is;
- Het regionaal organiseren van de toestroom naar het eerstelijnsverblijf. Hierbij gaat het ook om het maken van afspraken met de betrokken partijen over de manier waarop wordt verwezen naar ELV-instellingen;
- Het benchmarken van onder andere de verblijfsduur en de doorstroom naar huis om gepast gebruik van zorg te stimuleren;
- Het maken van afspraken over samenhang tussen inzet van hoog- en laagcomplex zorg. Hieruit volgen afspraken over zorgpaden en de positie van ELV-zorg in de keten met GRZ-zorg, wijkverpleging of mogelijk andere typen zorg (zie 2.3 Innovatief zorgaanbod).

Minimumeisen:

Voor 2018 maken we aanvullende afspraken over:

- Actuele beschikbaarheid van de ligplaatsen in de instelling en het openstellen en bijhouden van deze informatie voor derden (o.a. inzicht voor huisartsen en mogelijk voor ziekenhuizen of logistieke ondersteuning);
- Borging van het proces van doorstroom naar een andere zorginstelling/zorgomgeving (Wlz) indien terugkeer naar huis onmogelijk blijkt;
- Het bieden van minimaal laag- en hoogcomplex zorg en samenhang op basis van zorgprotocollen tussen de typen hoog- en laagcomplex ELV-zorg. Dit uit zich in een redelijke verhouding en doorstroom tussen hoog- en laagcomplex zorg;
- Garantie door de zorgaanbieder van een 24-uurs service voor opname van een cliënt.

Nieuwe ELV-aanbieders worden toegelaten als ze aan kunnen tonen dat een significante toevoeging zijn in de keten en voldoen aan de minimumeisen.

Voor 2018 kunnen zorgaanbieders innovatieve voorstellen over substitutie met ketenpartners indienen.

De verblijfsfunctie kan uitsluitend op de locaties worden verleend die juridisch onder de gecontracteerde (hoofd) AGB code vallen.

Minimumeisen zijn onder andere:

- Garantie voor opname mogelijkheden 24 uur per dag, net als beschikbaarheid geneeskundige en verpleegkundige zorg
- Moet beslisboom Verenso gebruiken
- Er is sprake van schriftelijk vastgelegde ketensamenwerking tussen de ELV-instelling, ziekenhuizen en huisartsen in de regio over opname en toelating, en samenwerking met sociaal domein van gemeenten
- Bouwkundige eisen verblijf: beschikbaarheid behandelruimte, hoog/laag bed, oproep/alarminstallatie
- Aanrijtijd van maximaal 15 minuten van een medisch verantwoordelijke (richtlijn LHV)
- ELV is bij voorkeur centraal gevestigd in de wijk, in de buurt van andere medische voorzieningen, zoals ziekenhuis, SEH, huisartsenpraktijk, apotheek en verpleeghuis

Aanvullende minimumeisen voor ELV palliatief:

- 24/7/7 beschikbaarheid van hbo-opgeleide verpleegkundigen
- Aandachtsfunctionaris palliatieve zorg betrokken vanuit de zorgaanbieder
- Huisarts/SO/AVG heeft/doet opleiding palliatieve zorg
- Aangesloten bij Netwerk Palliatieve Zorg
- Indien mogelijk worden er VPTZ vrijwilligers ingezet

Instapcriteria zijn onder andere:

- Minimaal tien ELV-bedden beschikbaar op één locatie/adres
- WTZi-toelating (verblijf, behandeling, verpleging, verzorging)

Beoordeling onder andere op:

- De zorgaanbieder levert de zorg per definitie met medewerkers van de eigen organisatie: er wordt géén gebruik gemaakt van onderlinge dienstverlening

Kwaliteitsbeleid:

- De zorgaanbieder biedt de zorg in een daartoe geschikte verpleegkundige en therapeutische verblijfsomgeving. Daarmee wordt bedoeld dat de verzekerde gedurende het verblijf beschikt over een naar behoren medisch gemeubileerde kamer met beschikbaarheid tot was/doucheruimte, beiden voorzien van een alarmeringssysteem en hulpmiddelen voor stabiliteit en ondersteuning van mobiliteit. Een therapeutisch klimaat en behandelsetting is aanwezig in het verblijf voor de eerstelijnszorg. Tevens zijn de benodigde verpleegtechnische hulpmiddelen aanwezig.
- Een verpleegkundige met minimaal een hbo-opleiding is de eerste verantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor de verzekerde
- Binnen 48 na opname moet de huisarts van de betrokken verzekerde worden geïnformeerd

Uit: Menzis_Zorginkoopbeleid 2018 Eerstelijnsverblijf

Werkgebied o.a. in Den Haag

Speerpunten:

- Maken van regionale ketenafspraken tussen ziekenhuizen, vertegenwoordigers van huisartsen en ELV-aanbieders voor een goede toegankelijkheid, adequate nazorg

Aanvraag voor verlenging verblijf <3 maanden noorzakelijk

Voor meer samenhang is de inkoop van ELV en GRZ gecombineerd: één aanspreekpunt vanuit Menzis

ELV wordt gezien als belangrijke schakel binnen de zorgketen

Er is ten alle tijden afstemming over indicatiestelling ELV tussen hoofdbehandelaar en ontvangend arts

Er moet regionaal een actueel overzicht van beschikbare ELV bedden zijn voor eenvoudige opname
Menzis heeft een monitor ontwikkeld om informatie uit te vragen over het ELV; invloed oa op omzetplafond voor 2018

Menzis betreft koepelorganisaties, zorgaanbieders, categorale patiëntenorganisaties en de ledenraad bij het opstellen van het inkoopbeleid:

- Patiëntenfederatie NL vindt zorg op maat, goede informatieoverdracht, een zorgplan en een goede overgang van ELV naar huis belangrijk
- Actiz is blij met één aanspreekpunt en dat het landelijk afwegingsinstrument leidend is
- In werkgroepen ELV wordt gewerkt aan een uniforme monitor voor ELV

Geschiktheidseisen:

- Alle locaties zijn conform Bouwbesluit 2015 voor bestemming gezondheidsfuncties
- Schriftelijke vastlegging van (sub)regionale ketenafspraken. In ieder geval met huisartsen, ziekenhuis (en evt. transferverpleegkundige, SOG, AVG) en instellingen voor verpleging en verzorging thuis over kennis, transferproces, overdracht, triage.
- Verpleegkundigen kunnen ook MBO geschoold zijn
- SOG/AVG moet 24/7 inzetbaar zijn

Uitvoeringseisen:

- Afhankelijk van de problemen bij en van de verzekerde kan de zorgaanbieder professionals toevoegen aan het multidisciplinair (zorg) team (MDT), het team bestaand uit in ieder geval SOG/AVG, verpleegkundige, fysio en/of ergotherapeut en verzorgende.

Uitvoeringseisen voor palliatieve zorg:

- Aandachtsfunctionaris aanwezig, kennis van palliatieve zorg in huis
- Zorgaanbieder werkt met Advanced Care Planning

Outillagemiddelen vallen onder ELV als het met enige regelmaat nodig is:

- Hooglaag bedden
- Looprekjes en rollators
- (modulair aanpasbare) rolstoelen
- Antidecubitusmatrassen
- Verbandschoenen
- Revalidatiehulpmiddelen zoals loopbanden, hometrainers

Uit: Zilveren Kruis_inkoopbeleid ELV 2018

Speerpunten ouderenzorg:

- Klanten ondersteunen als thuis wonen tijdelijk niet mogelijk is
- Bijdragen aan zelfregie
- Helpen kwaliteit verbeteren
- Bijdragen aan scherpe premie

Doelstelling voor ELV in 2018:

- Voldoende toegankelijke ELV zorg en snelle doorstroom: opname binnen 24 uur na verwijzing; indien gegarandeerd door zorgaanbieder opslag op tarief
- Stimuleren maken van regionale samenwerkingsafspraken dmv tariefopslag
- Vlotte doorstroming: langer dan 3 maanden; machtigingsaanvraag verplicht

Voorwaarden voor overeenkomst vergelijkbaar met andere zorgverzekeraars

Aanvullende voorwaarden palliatieve zorg: zorg aangeboden in eenpersoonsskamers

Alleen nieuwe aanbieder toegelaten bij onvoldoende aanbod in de regio en er in ieder geval hoog complex wordt aangeboden

Samenwerking gestimuleerd tussen: ziekenhuizen/SEH, huisartsen, HAP, aanbieders wijkverpleging, (geriatrische) revalidatiecentra, gemeente

Doorstroom tot Wlz is niet verboden maar alleen toegestaan indien noodzakelijk voor patiënt.

Omzetplafond voor laag en hoog complex, en een aparte voor palliatief

Doelmatig gebruik wordt gebaseerd op gemiddelde verblijfsduur. Bij goede doelmatigheid wordt extra volume ingekocht

Behoor je tot de 25% meest doelmatige aanbieders/verbetering van 2% tov tweede helft 2017: tot maximaal 120% van het omzetplafond erbij voor de tweede helft van 2018.

Uit: De Friesland Zorgverzekeraar_Zorginkoopplan 2018, van zorg naar gezondheid

Samenwerking met Zilveren Kruis+ De Friesland is verantwoordelijk voor de zorginkoop in Friesland

Nadruk inkoopbeleid op:

- Inzetten op preventie en vitaliteit
- Duurzame (curatieve) zorg door substitutie, herschikking en integraliteit. Meer gebruik van e/health.

Focus 2018: samenvoegen beleid GRZ en ELV: juiste zorg op juiste plek.

Friesland Zorgverzekeraar zet onder meer in op:

- ELV - Kortdurend verblijf met medische indicatie gericht op spoedige terugkeer naar huis.
- ELV - Inzicht in kwaliteit.
- ELV - Verbinding met de huisartsen in Friesland om ervoor te zorgen dat er soepele overgang is vanuit huis naar een opname in het kader van ELV.
- Overall: Verbinding maken met de verstrekkingen Wijkverpleging - Wlz — GRZ – ELV.

GRZ en ELV hebben raakvlakken; o.a. doelgroep: kwetsbare ouderen, gericht op terugkeer naar huis, vallen onder hetzelfde budgettair kader

Continue aanwezigheid van verpleegkundige met niveau 4/5

Maak gebruik van afwegingsinstrument van Verenso.

Doorstroom van GRZ naar ELV is toegestaan, maar in overleg met zorginhoudelijke medewerker van De Friesland.

Afspraken over samenwerking en verantwoordelijkheid moet in het zorgplan van de cliënt gezet worden.

Er moeten samenwerkingsafspraken zijn met:

- Huisartsen (ook over opname in ANW uren)
- Ziekenhuizen (transferverpleegkundigen)
- Zorgaanbieders die wijkverpleging bieden (verpleegkundigen in de wijk)

Voor laag en hoog complex geldt een maximale ligduur van 42 dagen; voor palliatief 90 dagen. Anders moet er een formulier worden ingevuld.

Binnen de afgesproken zorgproducten bestaat substitutievrijheid tussen prestaties, wanneer dit past binnen het totale afgesproken maximum omzetplafond en de gestelde kwaliteitseisen.

Voorwaarden voor in aanmerking komen tot overeenkomst o.a.:

- De klant wordt opgenomen in een éénpersoonskamer waarbij de ELV-kamers zoveel mogelijk geconcentreerd worden binnen de locatie.

GRZ: triage wordt gedaan aan de hand van Triage instrument van Verenso, 2013.

Aanvullende voorwaarden Palliatieve zorg:

- Kennis van palliatieve zorg
- Actief in Netwerk Palliatieve Zorg en werkt volgens gestelde afspraken
- Werkt met de Advance Care Planning

Uit: CZ_Zorginkoopbeleid 2018 GRZ ELV

Missie: 'Alles voor betere zorg'; rol als regisseur

32.500 contractanten

Visie: patiëntgericht, uitkomsten gebaseerd op stem patiënten en indicatoren, ketenzorg, kosten die integraal gemeten worden

Visie op ELV en GRZ:

- Voorzieningen die een belangrijke rol spelen om thuis te kunnen blijven wonen
- Nadruk op het functioneren van de regionale keten ouderenzorg: wijkverpleging, elv, grz, ziekenhuis, huisarts, wmo, wlz.

Uitgangspunten:

- Voor elke patiënt 1 multidisciplinair zorgplan en 1 coördinator
- Verblijf moet geen Wlz-verblijfssetting zijn, gericht op terugkeer naar huis
- ELV is nadrukkelijk niet aan de orde bij o.a. ernstige psychiatrische problematiek en bij het vermoeden van een langdurige noodzaak voor opname zonder terugkeer naar huis

Bij een niet pluis gevoel kan een huisarts in overleg met de SO en wijkverpleegkundige bepalen dat er behoefte is aan tijdelijke observatie op het ELV.

Pilot CZ: observatieperiode na ziekenhuisopname, om triage beter te krijgen

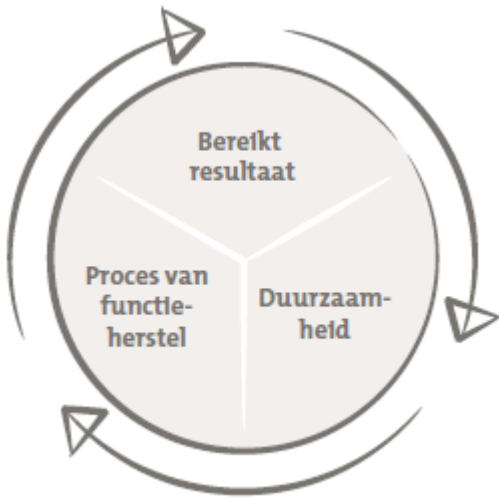
Hoogcomplex ELV of GRZ light?: CZ groep is van mening van e rook binnen het ELV hoogcomplex behandeld en gerevalideerd kan worden. Er is pas sprake van GRZ bij complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid.

Eisen aan palliatieve zorg: kennis, verpleegkundige met niveau 4 of 5 continu aanwezig, eenpersoonskamers, aangesloten bij Netwerk Palliatieve Zorg. Werkt met Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 of het Zorgpad Stervensfase. Zet indien mogelijk VPTZ vrijwilligers in.

Over specifieke comorbiditeit:

Patiënten met psychogeriatrische beperkingen vergen speciale aandacht. Zij kunnen vallen onder alle bovenstaande doelgroepen. Mild Cognitive Impairment of dementie speelt hierbij veelal als nevendiagnose, maar ook psychische stoornissen komen voor. Deze patiënten moeten bij hun opname minimaal worden gescreend op het risicoprofiel dementie. Daarnaast kan het wenselijk zijn om een apart zorgpad te ontwikkelen en geriatrische revalidatieplaatsen in te richten voor deze patiënten. Denk daarbij aan een kamer en een afdeling die zó zijn ingericht dat ze de oriëntatie bevorderen, die specifieke nachtverlichting hebben, het dag-nachtritme bewaken en fixatie vermijden. Tijdens de zorgverlening moet de mantelzorger en/of casemanager geconsulteerd worden om een juiste bejegening toe te passen. Ook is er extra aandacht nodig voor de voeding- en vochtinname, de pijnmeting en de medicatie. Omdat de meerderheid van de aanbieders van geriatrische revalidatiezorg beschikt over een psychogeriatrische afdeling, gaat CZ groep ervan uit dat het behandelend en verzorgend personeel voldoende kennis heeft.

Value-based healthcare op basis van Michael E. Porter:



Bereikt resultaten gemeten dmv percentage patiënten dat naar huis gaat
Proces van functieherstel dmv Net Promotor Score

CZ ontwikkelt in 2018 per regio een spiegelrapportage waarin de gemiddelde opnameduur en de gemiddelde opnameratio wordt berekend. Regio's met een hoge opnameratio krijgen geen of minder volumegroei toegekend dan regio's met een lage opnameratio.
Volumegroei? Maak inzichtelijk hoe dat effect heeft op de regionale keten.

Ideeën voor innovatie kunnen ingediend worden. Vernieuwend is bijvoorbeeld e-healthtoepassingen om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren.

Doel: binnen 25 km of 30 min reisafstand minstens één gecontracteerde locatie voor eerstelijnsverblijf en één locatie voor GRZ beschikbaar is. Opname moet binnen 48 uur gebeuren.
CZ heeft aanwijzingen dat concentreren van ELV op locaties waar ook GRZ wordt geleverd leidt tot betere uitkomsten. Volumegroei voor ELV zonder GRZ in de buurt is niet toegestaan.

Eisen aan ELV-aanbieders zijn o.a.:

- ELV moet een uitgewerkt zorgpad hebben voor de doelgroepen
- Heeft samenwerkingsafspraken
- Aanrijtijd van medisch verantwoordelijke is maximaal 15 minuten
- Zorgaanbieder beschikt over centrale (en gespecialiseerde) locaties voor ELV

Uit: Coöperatie VGZ_Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf (ELV) en Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) 2018

Missie: zinnige zorg

VGZ geloof in een sterke organisatie van de eerstelijnszorg. Dit voorkomt duurdere en intramurale zorg.

Gezien de overeenkomsten tussen ELV en GRZ koopt VGZ daar waar mogelijk geïntegreerd in.

Optie 1:

Als u alleen ELV levert, gelden de volgende uitgangspunten:

- zorgkostenplafond 2018 = $0,85\% \times$ (gerealiseerd) zorgkostenplafond 2017 met mogelijkheid van 15% cliënt volgende groei.

Optie 2:

Als u alleen GRZ levert, gelden de volgende uitgangspunten:

- zorgkostenplafond 2018 = realisatie 2016;
- op basis van monitor Q4 2016 en Q1 2017 die u aanlevert, maken we nog preciezere inschatting van de kosten in het vorige jaar;

Optie 3:

Als u zowel GRZ als ELV levert is het mogelijk een totaal afspraak te maken. Hierbij geldt:

- de totaalafpraak stellen we vast op basis van de vastgestelde zorgkostenplafonds volgens de criteria die gelden onder ad1 en ad2.

Opslag wordt toegekend aan een kortere ligduur (peil gebaseerd op eerste kwartaal 2017):

Minder dan 36 dagen: 5% bonus op tarief

Tussen 36 en 41 dagen: 2% bonus op tarief

Meer dan 41 dagen: 0% bonus op tarief

Let op: geen onderscheid tussen laag of hoog complex!

Nieuwe aanbieders moeten aantonen dat het gemiddeld aantal ligdagen voor zowel laag- als hoogcomplex zorg niet boven de 41 ligdagen uitkomt.

Het verblijf dient te voldoen aan de bouwkundige eisen die aan verblijf gesteld worden.

Zoals:

- de beschikbaarheid van een behandelruimte;
- de kamer met badkamer is geschikt voor de doelgroep, hoog/laag bed met antidecubitusmatras, kledingkast, nachtkastje, aansluiting voor internet/tv/telefoon/computer, tafel en stoel; een oproep-/alarminstallatie.

Aanrijtijd van maximaal 15 minuten door medisch verantwoordelijke

Maakt schriftelijke regionale afspraken met huisartsen, ziekenhuizen, VVT-instellingen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners

Zorgpaden en protocollen worden afgestemd met de eerste en tweedelijns

Aanvullende inkoopcriteria PTZ:

- Eenpersoonkamers
- Kennis van palliatieve zorg, aanwezigheid verpleegkundige met niveau 4 of 5
- Aangesloten bij Netwerk Palliatieve Zorg
- Werkt volgens Palliatieve Zorg 1.0, zorgpad stervensfase, LESA, Pallialine
- Zet waar mogelijk VPTZ vrijwilligers in

Steekproef aantal eerstelijnsverblijf bedden op locaties met meerdere zorgdiensten: Op basis van www.zorgkaartnederland.nl

Zorgcentrum Pius, Hoensbroek: 46 plaatsen verpleeghuiszorg, 45 plaatsen verzorgingshuiszorg, **3 logeerkamers**
http://www.cicerozorggroep.nl/zorglocaties/zorgcentrum_pius

Noorderbrink Alphen a/d Rijn (woonservicecentrum): 30 eenpersoonszorgappartementen voor langdurig verblijf, en **zes eenpersoonsappartementen voor kort verblijf**
<http://www.activite.nl/home/wonen-met-zorg/locaties/noorderbrink-alphen-aan-den-rijn>

Parkwijk – Hillegom (woonzorgcentrum):
35 tweekamerappartementen
14 appartementen voor pg bewoners
2 zorghotelappartementen
<http://www.hozo.nl/parkwijk.html>

Salem – Katwijk (woonzorgcentrum): Salem heeft 97 eenpersoonskamers waarvan 8 rolstoelkamers, 6 tweepersoonskamers en **3 kamers voor kortdurend eerstelijns verblijf** (verblijf bijvoorbeeld na een operatie of ter ontlasting van de mantelzorg) opname. Met ingang van 2018 wordt de kortdurende eerstelijns verblijfsvoorziening uitgebreid naar 9 kamers. <http://www.dsv-verzorgdleven.nl/location/salem/>

Antonia Terborg – Terborg: 170 cliënten verdeeld over: somatisch en psychogeriatrisch verpleeghuis, het 'Koetshuis' voor cliënten met niet aangeboren hersenletsel, **revalidatieafdelingen (GRZ, ELV hoog complex, tussenopvang)**, revalidatiedagbehandeling, palliatieve unit, advies- en behandelcentrum.
<https://www.azora.nl/locaties/antonia/>

Kempenhof, Valkenswaard: zorgcentrum voor 148 mensen met: chronische somatische klachten (108), **geriatrische revalidatiezorg (30), tijdelijke opname (4), terminale zorg (6)**.
<https://www.valkenhof.com/locaties/kempenhof/>

Zorgcentrum La Providence, Grubbenvorst: 100 langdurig verblijf, **12 tijdelijk verblijf**
<https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/verpleeghuis-en-verzorgingshuis-zorgcentrum-la-providence-grubbenvorst-13569/faciliteiten>

Verzorgingshuis De Koperhorst, Amersfoort: 100 plaatsen, 90 voor langdurige zorg en **10 voor tijdelijke opname**
<https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/verpleeghuis-en-verzorgingshuis-verzorgingshuis-de-koperhorst-amersfoort-12745/faciliteiten>

Mariahove, Ossendrecht: 105 bewoners: 28 in het zorgcentrum, 77 in het verpleeghuis, **2 palliatieve zorg**
<https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/verpleeghuis-en-verzorgingshuis-stichting-tantelouise-zorgcentrum-mariahove-ossendrecht-13470/profiel>

Meriant, Verpleegcentrum LindeStede, Wolvega: 170 plaatsen totaal, **waarvan 30 revalidatiezorg, 4 tijdelijke opname, 3 palliatieve zorg**, en 133 langdurig verblijf
<https://www.zorgkaartnederland.nl/zorginstelling/verpleeghuis-en-verzorgingshuis-meriant-verpleegcentrum-lindestede-wolvega-14630/faciliteiten>



Deze bijlage bevat vertrouwelijke informatie

Neem voor meer informatie contact op met:

Clarine van Oel
C.J.vanOel@tudelft.nl



Deze bijlage bevat vertrouwelijke informatie

Neem voor meer informatie contact op met:

Clarine van Oel
C.J.vanOel@tudelft.nl

#	Primary document family	Definitie/toelichting van term
1	Eerstelijnsverblijf algemeen	Als het over eerstelijnsverblijf gaat zonder dat er onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende prestaties (Verenso, 2016)
2	Eerstelijnsverblijf hoog complex	Kortdurend verblijf van persoon met acute medische zorgvraag met meervoudige problematiek (Verenso, 2016)
3	Eerstelijnsverblijf laag complex	Kortdurend verblijf van persoon met acute medische zorgvraag met enkelvoudige problematiek (Verenso, 2016)
4	Eerstelijnsverblijf palliatief	Kortdurend verblijf van persoon met terminale zorgvraag (Verenso, 2016)
5	Geriatrische revalidatiezorg	Kortdurend verblijf voor revalidatie na ziekenhuisopname, gekenmerkt door intensieve multidisciplinaire behandeling en duidelijke doelen (Actiz, n.d.)
6	Kortdurende zorg	Zorg van korte duur; code kan gebruikt worden als het over meerdere vormen van kortdurende zorg gaat, bijvoorbeeld bij een vergelijking van eerstelijnsverblijf hoog complex met respijtzorg (Verenso, 2016)
7	Langdurige zorg	Zorg met verblijf in een instelling, heeft een permanent karakter (CIZ, 2018a)
8	Respijtzorg	Kortdurend verblijf van persoon met zorgvraag met als doel tijdelijk ontlasten van de mantelzorger (Mezzo, 2018)
9	Wlz crisisopvang	Kortdurend crisisverblijf voor ouderen die verpleegkundige zorg nodig hebben (Ministerie van VWS, n.d.)

#	Code families	Definitie/toelichting van term
1	Barrières	Een element dat geïntegreerde zorg belemmert
2	Behandelaar	Paramedici, zie ook codes die starten met Behandelaar:
3	Eisen aan locatie	Nabije omgeving, stad, dorp, regio. Kan ook ten opzichte van bepaalde voorzieningen zijn.
4	Eisen aan verblijf	Op gebouw- en ruimteniveau. Eisen kunnen specifiek zijn voor één type gebruiker
5	Eisen aan voorzieningen	Type voorzieningen, afstand tussen locatie en voorzieningen
6	Instroom	Locaties: thuis, huisarts, spoedeisende hulp, ziekenhuis
7	Macro barrières	Barrière op nationaal niveau
8	Meso barrières	Barrière op niveau van de organisatie
9	Micro barrières	Barrière op niveau van het individu
10	Zorgverleners	Alle professionals die zorg verlenen, minus de behandelaren, zie #2.

#	Codes	Definitie/toelichting van term
1	*ELV laag complex	Kortdurend verblijf van persoon met acute medische zorgvraag met enkelvoudige problematiek (Verenso, 2016): als dit type zorg in een interview over een ander type zorg wordt besproken

2	*Langdurige zorg	Zorg met verblijf in een instelling, heeft een permanent karakter (CIZ, 2018a) : als dit type zorg in een interview over een ander type zorg wordt besproken
3	*Overbruggingszorg	Tijdelijke zorg voor mensen die op de wachtlijst staan voor zorg die nog niet geleverd kan worden (Zorgbelang Noord-Holland, n.d.) : als dit type zorg in een interview over een ander type zorg wordt besproken
4	*Respijtzorg	Kortdurend verblijf van persoon met zorgvraag met als doel tijdelijk ontlasten van de mantelzorger (Mezzo, 2018) : als dit type zorg in een interview over een ander type zorg wordt besproken
5	*Screening	Kortdurend verblijf van een persoon waarvan de zorgvraag vastgesteld moet worden (zie Appendix F-13) : als dit type zorg in een interview over een ander type zorg wordt besproken
6	*Wlz crisisopvang	Kortdurend crisisverblijf voor ouderen die verpleegkundige zorg nodig hebben (Ministerie van VWS, n.d.) : als dit type zorg in een interview over een ander type zorg wordt besproken
7	Aantal bedden	Aantal verblijfsplaatsen voor een bepaalde vorm van kortdurend verblijf
8	Activiteiten cliënt	Cliënt = persoon met zorgvraag; activiteiten naast het ontvangen van zorg en het volgen van behandelingen
9	Behandelaar: Diëtist	Voedingsdeskundige (Zorgbelang Noord-Holland, n.d.)
10	Behandelaar: Ergotherapeut	Paramedicus die mensen begeleidt en traint met dagelijkse vaardigheden die nodig zijn voor een zo zelfstandig mogelijk leven, zodat iemand na een ziekte of ongeval dat weer zo goed mogelijk zelf leert te doen (Zorgbelang Noord-Holland, n.d.)
11	Behandelaar: Fysiotherapeut	Paramedicus die mensen met klachten of belemmeringen in het bewegingsapparaat met behandelt massagetechnieken, bewegingstechnieken en fysiotechnische middelen (Zorgbelang Noord-Holland, n.d.)
12	Behandelaar: Logopedist	Paramedicus die stoornissen in de communicatie, met name spraak-, stem-, taal- en gehoorstoornissen behandelt en voorkomt (Zorgbelang Noord-Holland, n.d.)
13	Behandelaar: Psycholoog	Iemand die zich voor zijn beroep bezighoudt met het behandelen van psychische problemen en probeert het gedrag van de mens te verklaren (ANW, 2017)
14	Bemanning	Het personeel dat nodig is om de juiste zorg te verlenen
15	Benodigd zorgklimaat	Type leefklimaat dat geboden moet worden voor de cliënten van een bepaalde zorgvorm
16	Casevoorbeeld	Beschrijving van een specifieke situatie van een persoon met zorgvraag

17	Combinatie langdurige en kortdurende zorg	Combinatie van langdurig verblijf en een bepaalde vorm van kortdurend verblijf
18	Combinatie vormen van kortdurende zorg	Combinatie van bepaalde vormen van kortdurend verblijf
19	Concurrentie	Aanbod van dezelfde diensten door andere organisaties in de regio
20	Doel opname	Doel waar naartoe gewerkt wordt
21	Doorstroom	Tussen verschillende afdelingen en/of zorgvormen en/of zorglocaties
22	Eisen aan locatie	Nabije omgeving, stad, dorp, regio. Kan ook ten opzichte van bepaalde voorzieningen zijn.
23	Eisen aan verblijf	Op gebouw- en ruimteniveau. Eisen kunnen specifiek zijn voor één type gebruiker
24	Eisen aan voorzieningen	Type voorzieningen, afstand tussen locatie en voorzieningen
25	Financiering	Financieringsstroom: Wlz, Wmo, Zvw Zaken die te maken hebben met financiering, zoals aantal uren behandeling die is toegestaan
26	Gemiddelde ligduur	Van cliënten voor een bepaalde zorgvorm
27	Gezondheidstoestand cliënt	Cliënt = persoon met zorgvraag; gezondheidstoestand als acute problematiek en/of chronische aandoeningen
28	Macro: Funding: Budget	Financiële som voor verschillende typen en/of combinaties van zorg (zie scriptie)
29	Macro: Funding: Financing system	Afgeleid van de 'legal frameworks', betreft de financiële stromen die van verschillende wetten komen (zie scriptie)
30	Macro: Funding: Payment type	(Financiële) prestatietypes (zie scriptie)
31	Macro: Historical developments	Historische ontwikkelingen gebaseerd op keuzes uit het verleden (zie scriptie)
32	Macro: Regulative: Government policy	Uitingen van de Nederlandse overheid over maatschappelijke plannen en doelstellingen (zie scriptie)
33	Macro: Regulative: Legal frameworks	Wet- en regelgeving van de overheid en zorginstanties (zie scriptie)
34	Macro: Regulative: Policy of insurers	Beleid voor de zorg die onder de zorgverzekeringswet valt (zie scriptie)
35	Maximaal toegestane ligduur	Zoals vastgesteld in beleidsregels/financiering voor een bepaalde zorgvorm
36	Meso: Healthcare professionals: Teamwork/Collaboration	De manier waarop zorgverleners wel/niet met elkaar samenwerken binnen een team of met andere mensen (zie scriptie)
37	Meso: Organisational: Competition	Concurrentie als een factor die het aanbod van zorg beïnvloed (zie scriptie)
38	Meso: Organisational: Culture	Organisatiecultuur (zie scriptie)
39	Meso: Organisational: Historical developments	Huidige processen die gebaseerd zijn op historische ontwikkelingen (zie scriptie)
40	Meso: Organisational: Organisational policy	Beleid van de zorgorganisatie (zie scriptie)
41	Meso: Organisational: Structure	Divisies/ afdelingen binnen een organisatie, hiërarchie
42	Meso: Resources: Information management	Gedeelde informatie, ICT, privacy (zie scriptie)
43	Meso: Resources: Real estate	Bestaande gebouwen die eigendom zijn of gehuurd worden door de zorgorganisatie,

		en de locaties van de gebouwen (zie scriptie)
44	Meso: Resources: Time	Beschikbare tijd van het personeel, tijdsdruk
45	Meso: Resources: Workforce	Tekort aan gekwalificeerd personeel, personeel in dienst (zie scriptie)
46	Micro: Clients: Behaviour	De manier waarop een client zich gedraagt (zie scriptie)
47	Micro: Clients: Behaviour of relatives	De manier waarop de familie van een cliënt zich gedraagt (zie scriptie)
48	Micro: Clients: Characteristics	Bijvoorbeeld leeftijd, gezondheidstoestand, zorgvraag, thuissituatie (zie scriptie)
49	Micro: Healthcare professionals: Behaviour	De manier waarop iemand zichzelf normaal gedraagt (zie scriptie)
50	Micro: Healthcare professionals: Competences	Kunde, expertise, verantwoordelijkheden van zorgverleners (zie scriptie)
51	Micro: Healthcare professionals: Mindset	De vastgestelde set van overtuigingen die een person heeft, de manier van denken (zie scriptie)
52	Micro: Healthcare professionals: Perceived differences	Verschillen tussen bepaalde typen zorg volgens de zorgverleners (zie scriptie)
53	Ontmoetingscentrum	Locatie voor dagopvang voor ouderen, waar activiteiten worden georganiseerd en het sociale aspect centraal staat. Ook mantelzorgers kunnen er terecht (Zorgbalans, 2018)
54		
55	Praktische belemmering	Belemmering van praktische aard, bijvoorbeeld verbouwkosten of tekort aan personeel
56	Reden opname	Type zorgvraag, oorzaak van opname
57	Samenwerking	
58	Toekomstvisie	Ideeën over optimalisatie in de toekomst, groei/krimpverwachting, verwachtingen over de toekomst van de zorg et cetera
59	Type behandeling	Keuze uit diverse paramedische behandelingen
60	Uitstroom	Locaties: thuis, huisarts, spoedeisende hulp, ziekenhuis, overlijden
61	Verschillen	Mate waarin het ene afwijkt van het andere (Van Dale, 2018)
62	Westland vs. Delft	Twee regio's waar VVT-aanbieder in opereert; verschillen, overeenkomsten, samenwerkingen, spanningen tussen de regio's
63	Zorgverlener: Arts Verstandelijk Gehandicapten	Arts gespecialiseerd in zorg en behandeling voor mensen met een verstandelijke beperking (Medisch Contact, 2016)
64	Zorgverlener: Basisarts	Afgestudeerd arts die nog geen vervolgopleiding tot huisarts, specialist, wetenschappelijk onderzoeker of sociaal geneeskundige e.d. heeft gevolgd (ANW, 2017)
65	Zorgverlener: Casemanager	Casemanagers begeleiden en ondersteunen cliënten met dementie thuis zodat zij zolang mogelijk zelfstandig thuis

		kunnen blijven wonen (Respect Zorggroep, n.d.)
66	Zorgverlener: CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg. Het CIZ beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor zorg uit de Wet langdurige zorg (CIZ, 2018b)
67	Zorgverlener: Gastvrouw	Persoon die bezoekers ontvangt en de weg wijst (Woorden.org, 2016)
68	Zorgverlener: Geestelijk verzorgenden	Persoon die begeleiding en advies geeft omtrent zingeving en levensbeschouwing (VGVZ, 2018)
69	Zorgverlener: Gemeente	Publiekrechtelijke rechtspersoon met regelgevende bevoegdheid over een territoriale eenheid, bestuurd door burgemeester en wethouders (Lycaeus Juridisch Woordenboek, 2018)
70	Zorgverlener: GGZ	
71	Zorgverlener: HBO verpleegkundige	Persoon die beroepshalve cliënten verpleegt en verzorgt, heeft een HBO opleiding gedaan (ANW, 2017)
72	Zorgverlener: HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	Persoon die beroepshalve cliënten verpleegt en verzorgt, heeft een HBO opleiding gedaan. Heeft extra kennis van palliatieve zorg (ANW, 2017)
73	Zorgverlener: Helpende (MBO niveau 2)	Persoon die een MBO niveau 2 opleiding heeft gevolgd, mensen ondersteunt en beperkt verzorgende taken uitvoert (Zorgen, n.d.)
74	Zorgverlener: Huisarts gelieerd aan zorglocatie	Huisarts die wordt ingeschakeld door de zorglocatie/zorginstelling
75	Zorgverlener: Huisarts van patient	De 'vaste' huisarts van de patiënt
76	Zorgverlener: Maatschappelijk werkenden	Persoon die zich richt op de psychosociale problemen die iemand heeft (PAS Therapeuten, 2014)
77	Zorgverlener: Mantelzorger	Informele zorg voor iemand die zorg nodig heeft, gegeven door mensen uit de directe omgeving, zoals de partner, familie, buren en kennissen (Zorgbelang Noord-Holland, n.d.)
78	Zorgverlener: MBO verpleegkundige	Persoon die beroepshalve cliënten verpleegt en verzorgt; heeft een MBO opleiding gedaan (ANW, 2017)
79	Zorgverlener: Psychiater	Arts die zich richt op het bestuderen, de diagnostiek en het behandelen van ernstige psychische stoornissen en problemen (ANW, 2017)
80	Zorgverlener: Revalidatiearts	Medisch specialist gericht op het opheffen, verminderen en voorkomen van ziekten en aandoeningen ten behoeve van het optimaal functioneren van de cliënt (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2013)
81	Zorgverlener: Specialist Ouderengeneeskunde	Medisch specialist gericht op zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken (Verenso, n.d.)
82	Zorgverlener: Specialist Ouderengeneeskunde met kennis van palliatieve zorg	Medisch specialist gericht op zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken. Heeft accreditatie voor de opleiding Palliatieve zorg behaald (Verenso, n.d.)

83	Zorgverlener: Thuiszorg	Werksoort die als doel heeft om cliënten zodanig te begeleiden in hun thuissituatie dat opname in een ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis enz. niet nodig is (CBS, n.d.)
84	Zorgverlener: Transferverpleegkundige	Een verpleegkundige die zich bezig houdt met de overgang vanuit het ziekenhuis naar vervolgzorg (Zorgbelang Noord Holland, n.d.)
85	Zorgverlener: Verpleegkundige specialist	Verpleegkundigen Specialisten zijn oorspronkelijk HBO-opgeleide BIG-geregistreerde verpleegkundigen die tevens een twee- of driejarige masterstudie, de Master Advanced Nursing Practice (M ANP) hebben voltooid (V&VN VS, n.d.)
86	Zorgverlener: Verpleegkundige niet gedefinieerd	Iemand die beroepshalve cliënten verpleegt, in dit geval niet gedefinieerd op opleidingsniveau (ANW, 2017)
87	Zorgverlener: Verzorgende IG	Iemand die beroepshalve voor mensen zorgt, maar geen verpleegkundige is (Van Dale, 2018). Is opgeleid voor werk in een verpleeghuis, en mag medicatie toedienen en een aantal verpleegkundige handelingen uitvoeren (Zorgen, n.d.)
88	Zorgverlener: Verzorgende niet gedefinieerd	Iemand die beroepshalve voor mensen zorgt, maar geen verpleegkundige is (Van Dale, 2018). Is opgeleid voor werk in een verzorgingshuis, en heeft minder expertise dan een verzorgende IG (Zorgen, n.d.)
89	Zorgverlener: VPTZ vrijwilliger	Vrijwilligers van palliatieve zorg, zij bieden ondersteuning zodat de laatste levensfase op een 'zo goed mogelijke' manier doorleefd kan worden (VPTZ, n.d.)
90	Zorgverlener: Vrijwilliger	Werk dat in enig georganiseerd verband onverplicht en onbetaald wordt verricht door een persoon ten behoeve van anderen of de samenleving (CBS, n.d.)
91	Zorgverlener: Welzijnsmedewerker	Persoon die betrokken is bij activiteiten van de dagbesteding (Care2Care, 2017)
92	Zorgverlener: Zorgbemiddelingsbureau	Personen die namens zorgaanbieders de professionele hulp tussen de intramurale, semi-murale en ambulante zorg coördineert zonder deze hulp direct zelf ten uitvoer te brengen, en een goede afstemming probeert te bewerkstelligen van de juiste hoeveelheid gewenste zorg voor een cliënt (Zorgbelang Noord-Holland, n.d.)
93	Zorgverlener: Zorgcoördinator	Persoon die de zorg rondom een cliënt afstemt met verschillende organisaties en personen (Jobpersonality, n.d.)
94	Zorgverlener: Zorghulp	MBO Niveau 1: Eenvoudige ondersteuning van bewoners en cliënten, zoals het ontbijt maken (Zorgen, n.d.)
95	Zorgverlener: Zorgkantoor	Verantwoordelijk voor de uitvoering van en controle op Wlz-gefinancierde zorg en voor toekenning van het persoonsgebonden budget. Per regio is er een zorgverzekeraar aangewezen als zorgkantoor (Zorgbelang Noord-Holland, n.d.)

Bronnen:

Het Algemeen Nederlands Woordenboek (2017) en Zorgbelang Noord-Holland zijn geraadpleegd voor diverse definities, zie tabellen. Zie ook: <http://anw.inl.nl/search> en <http://www.zorgbelang-noordholland.nl/woordenlijst/>

Actiz (n.d.). Geriatrische revalidatiezorg [Website]. Geraadpleegd van <https://www.actiz.nl/thema/zorg/geriatrische-revalidatiezorg>

Begrippen van Thuiszorg, Vrijwilliger en Ziekenhuis van CBS (n.d.). Begrippen [Website]. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=z#id=ziekenhuis>

Care2Care (8 November 2017). Medewerker Welzijn [Website]. Geraadpleegd van <https://care2care.nl/nl/vacature/medewerker-welzijn-7>

CIZ (2018a). Wat is de Wet langdurige zorg? [Website]. Geraadpleegd van <https://ciz.nl/wat-is-de-wet-langdurige-zorg>

CIZ (2018b). Over het CIZ [Website]. Geraadpleegd van <https://www.ciz.nl/over-ciz/over-het-ciz>

Definities van Basisarts, Psychiater, HBO verpleegkundige, Paramedisch behandelaar en Wijkverpleegkundige van Algemeen Nederlands Woordenboek (2017), geraadpleegd van <http://anw.inl.nl/search>

Definities van Fysiotherapeut, Ergotherapeut, Diëtist, Logopedist, Zorgbemiddeling en Overbruggingszorg van Zorgbelang Noord-Holland (n.d.). Woordenlijst: overbruggingszorg [Website]. Geraadpleegd van <http://www.zorgbelang-noordholland.nl/woordenlijst/#wdll>

Definities van Voordeel, Nadeel, Overeenkomsten, Verschillen van Van Dale (2018). Geraadpleegd van <https://www.vandale.nl/>

Dienst Gezondheid Jeugd (n.d.). Definitie Ambulancezorg en Spoedeisende hulp [Website]. Geraadpleegd van <https://www.dienstgezondheidjeugd.nl/onderzoekencijfers/thema-s/ziekte-zorg/zorg-ondersteuningsaanbod/ambulancezorg-en-spoedeisende-hulp/definitie-seh>

Gemeente (2018). In Lycaseus Juridisch Woordenboek. Geraadpleegd van <https://www.juridischwoordenboek.nl/zoek/gemeente>

Jobpersonality (n.d.). Zorgcoördinator [Website]. Geraadpleegd van <https://www.jobpersonality.com/zorgcoordinator>

Medisch Contact (2016). Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) [Website]. Geraadpleegd van <https://www.medischcontact.nl/carriere/specialismen/specialisme/artsen-voor-verstandelijk-gehandicapten-avg.htm>

Mezzo (2018). Vervangende zorg of respijtzorg [Website]. Geraadpleegd van <https://www.mezzo.nl/pagina/voor-professionals/kennisbank/mantelzorg-thema-s/vervangende-zorg-of-respijtzorg>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (n.d.). Spoedzorg, spoedopvang en crisishulp [Website]. Geraadpleegd van <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/spoedzorg-crisisopvang>

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (2013). De revalidatiearts [Website]. Geraadpleegd van <https://revalidatiegeneeskunde.nl/de-revalidatiearts>

PAS Therapeuten (2014). Maatschappelijk werker [Website]. Geraadpleegd van <http://www.encyclo.nl/begrip/Transferverpleegkundige>



Respecti Zorggroep (n.d.). Casemanagement [Website]. Geraadpleegd van <https://respectzorggroep.nl/zorg-thuis/dementie/casemanagement>

V&VN VS (n.d.). Over de verpleegkundig specialist [Website]. Geraadpleegd van <http://venvnvs.nl/venvnvs/over-de-verpleegkundig-specialist/>

Verenso (2016). Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf [Rapport]. Geraadpleegd van https://www.verenso.nl/asset/public/Dossiers/Eerstelijns/Afwegingsinstrument_eerstelijns_verblijf_2_0_9_november_2016-defdef.pdf

Verenso (n.d.). De specialist ouderengeneeskunde [Website]. Geraadpleegd van <https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde>

Verenso (n.d.). Kaderopleidingen [Website]. Geraadpleegd van <https://www.verenso.nl/scholing-en-bijeenkomsten/kaderopleidingen>

VGvZ (2018). Over de VGvZ [Website]. Geraadpleegd van <https://vgvz.nl/over-de-vgvz/>

VPTZ (n.d.). VPTZ Nederland [Website]. Geraadpleegd van <http://www.vptz.nl/>

Woorden.org (2016). Gastvrouw [Website]. Geraadpleegd van <http://www.woorden.org/woord/gastvrouw>

Zorgbalans (2018). Ontmoetingcentra [Website]. Geraadpleegd van <https://www.zorgbalans.nl/dementie/ontmoetingscentra-dementie/>

Zorgen.nl (n.d.). Zorghulp [Website]. Geraadpleegd van <https://zorgen.nl/zorgfuncties/zorghulp/>



Deze bijlage bevat vertrouwelijke informatie

Neem voor meer informatie contact op met:

Clarine van Oel
C.J.vanOel@tudelft.nl

ZORGPAD EERSTELIJNSVERBLIJF LAAG COMPLEX

Ingevuld op basis van interview in bijlage F-10 en Vilans (2018). In één keer goed – een verkennend onderzoek naar gebruik van eerstelijnsverblijf [Rapport]. Geraadpleegd van <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/in-een-keer-goed.pdf>

Criteria / Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf laag complex
Reden opname	Er is een duidelijk zorgvraag waardoor mensen nog even niet naar huis kunnen
Doel opname	Terugkeer naar huis, al dan niet met extra zorg of fysieke aanpassingen aan het huis
Sprake van acute zorgvraag	Ja
Instroom	• Vindt plaats zeven dagen in de week tot 23:00 • Cliënten komen van de spoedeisende hulp of vanaf de huisarts • Zorgbemiddeling is betrokken bij de triage • Voorlopige ontslagdatum wordt bepaald
Doorstroom	• Incidenteel naar eerstelijnsverblijf hoog complex, maar dat ligt aan verkeerde triage
Uitstroom	• Uitstroom wordt overlegd in MDO met zorgprofessionals, en met cliënt • Terugkeer naar huis, eventueel met aangepaste thuiszorg
Indicatiesteller	• Huisarts indien cliënt vanuit de huisarts komen • Ziekenhuis (via zorgbemiddeling) indien cliënt vanuit de spoedeisende hulp komt
Benaming voor persoon met zorgvraag	Cliënt
Kenmerken persoon met zorgvraag	Over het algemeen een iets jongere doelgroep dan bewoners
Gezondheidstoestand persoon met zorgvraag	Hebben zorg en aandacht nodig, maar kunnen redelijk veel zelf
Activiteiten van persoon met zorgvraag	• Nemen deel aan groepsactiviteiten van de bewoners die in het verzorgingshuis zitten • Wandelen buiten • Hoeven niet te koken, er worden maaltijden aangeboden
Gemiddelde ligduur	3 à 4 weken
Maximaal toegestane ligduur	Zes weken
Gemiddelde bezettingsgraad	• Bedden liggen meestal vol, er is vraag naar
Financiering	Zorgverzekeringswet (Vilans, 2018)
Prestatietype	Prestatie per dag
Betrokken stakeholders	Zie tabellen hieronder
Type behandeling	• Minimale behandeling mogelijk • Door groepsbehandelingen kan er wat meer behandeling worden gegeven
Intensiteit behandeling	• Minimaal, vanuit de financiering is er behandeling voor 15 minuten per week mogelijk volgens respondenten
Benodigd zorgklimaat	Licht therapeutisch zorgklimaat, want het moet helder zijn dat het tijdelijk verblijf is, en dat men terug moet keren naar huis. Wel weinig behandeling
Eisen aan verblijf (interne voorzieningen, kamer)	• Kamers voor eerstelijnsverblijf laag complex bij elkaar zodat iedereen helder heeft wie er tijdelijk verblijft • Eenpersoonkamers met een klein keukenblokje voor een koelkast, magnetron en koffiezetapparaat en eigen sanitair • Gezamenlijke ruimtes voor activiteiten (die vanuit de Wlz gefinancierd worden)

	• Volume van 20-25 plekken is gewenst om de juiste expertise neer te kunnen zetten met de juiste focus
Eisen aan locatie	• Goed bereikbaar (met openbaar vervoer) voor naasten • Nabij het ziekenhuis • Niet op een verpleeghuislocatie, dat is te duur en er is teveel (dure) expertise
Eisen aan externe voorzieningen	• Veilige omgeving voor mensen om te wandelen • Winkelcentrum nabij huidige locatie wordt gewaardeerd
Huidige combinatie zorgvorm op zorglocatie	• 15 bedden voor eerstelijnsverblijf laag complex die over verschillende verdiepingen bij elkaar zitten om onderscheid tussen tijdelijk verblijf en verzorgingshuis helder te houden • Verzorgingshuis (natuurlijk verloop) • Pieter's Kamerhuis • Ipse de Brugge voor mensen met een verstandelijke beperking • Hospice
Combinatie vormen van kortdurend verblijf	• Combineren is niet noodzakelijk • ELV hoog complex en GRZ gaat veel meer over revalidatie dan ELV laag complex, dus dat komt niet overeen • ELV laag complex en respijtzorg verschillen ook te veel, omdat het doel van de zorg verschilt • Wel fijn als eerstelijnsverblijf laag complex groeit naar 20-25 bedden om genoeg expertise neer te zetten en om het helder te hebben dat het om tijdelijk verblijf gaat
Combinatie van langdurig en kortdurend verblijf	• Voordeel van combinatie met langdurige zorg is dat cliënten mee kunnen doen met Wlz-gefinancierde activiteiten • Nadeel van combinatie is dan mensen zich gaan installeren, al is dat in mindere mate voor ELV laag complex dan voor ELV hoog complex en GRZ
Toekomstvisie	• Eerstelijnsverblijf zal groeien dankzij meer bekendheid onder ketenpartners, toenemende vergrijzing en een groep mensen die alleen met veel ondersteuning thuis kan blijven wonen

Zorgverleners/ Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf laag complex
Arts Verstandelijk Gehandicapten	Niet betrokken
Basisarts	Niet betrokken
Casemanager	Kan betrokken zijn bij in- en uitstroom
CIZ	Niet betrokken
Gastvrouw	Betrokken op locatie vanuit de Wlz financiering
Geestelijk Verzorgende	Niet betrokken
Gemeente	Niet betrokken
HBO verpleegkundige	Eén verpleegkundige, heeft een coördinerende rol en draait niet mee in de werkelijke zorgverlening
HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken, geen palliatieve zorgvraag
Helpende (MBO niveau 2)	Niet ter sprake gekomen, maar in principe alleen verzorgenden aanwezig
Huisarts gelieerd aan zorglocatie	Indien cliënt te ver weg woont, is er een lokale huisarts betrokken als waarnemer, en wordt betaald als 'passant'
Huisarts van patiënt	Blijft medisch verantwoordelijk, maar wordt tijdens het verblijf zo min mogelijk betrokken. Wordt geïnformeerd en verwijsbrieven moeten bij de huisarts worden aangevraagd.
Maatschappelijk werkende	Niet ter sprake gekomen, maar wordt niet vergoed dus zal niet betrokken zijn
Mantelzorger(s)	Betrokken, maar vinden het vaak fijn om tijdelijk even ontlast te worden.

MBO Verpleegkundige (niveau 4)	Niet betrokken, zorg wordt geleverd door verzorgenden
Pieter's Behandelpraktijk	Behandelaren komen van Pieter's Behandelpraktijk
Psychiater	Niet betrokken
Revalidatiearts	Niet betrokken
Specialist Ouderengeneeskunde	Niet betrokken
Specialist Ouderengeneeskunde met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken
Thuiszorg (ook wijkverpleegkundige)	Betrokken bij in- en uitstroom
Transferverpleegkundige	Niet genoemd bij naam, maar is waarschijnlijk betrokken bij overdracht vanuit het ziekenhuis
Verpleegkundige: niet gedefinieerd	HBO verpleegkundige betrokken als coördinator
Verpleegkundig specialist	Niet betrokken
Verzorgende niet gedefinieerd	Betrokken, zijn waarschijnlijk verzorgende IG omdat ze verpleegtechnische handelingen moeten kunnen uitvoeren Is betrokken bij de inregeling van de zorg Kan contactverzorgende van een cliënt zijn Sommige verzorgenden hebben de kennis om in de lead te zijn bij eerstelijnsverblijf laag complex, en bereiden bijvoorbeeld ook een MDO voor; andere verzorgenden komen vanuit de langdurige zorg 24/7 een verzorgende aanwezig
Verzorgende IG (MBO niveau 3)	Zie bovenstaand
VPTZ Vrijwilliger	Niet betrokken
Vrijwilliger	Niet betrokken
Welzijnsmedewerker	Betrokken vanuit de Wlz-financiering
Zorgbemiddelingsbureau	Betrokken bij in- en uitstroom
Zorgcoördinator	Is de zorgbemiddeling en contactverzorgende
Zorghulp	Niet betrokken
Zorgkantoor	Betrokken, controleert declaraties

Behandelaren/ Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf laag complex
Diëtist	Kan betrokken worden, maar in zeer beperkte mate
Ergotherapeut	Kan betrokken worden, maar in zeer beperkte mate
Fysiotherapeut	Kan betrokken worden, maar in zeer beperkte mate. Wel het meest betrokken van alle behandelaren
Logopedist	Kan betrokken worden, maar in zeer beperkte mate
Psycholoog	Kan betrokken worden, maar in zeer beperkte mate

ZORGPAD EERSTELIJNSVERBLIJF HOOG COMPLEX

Ingevuld op basis van interview in bijlage F-6, F-7

CIZ (2016). Eerstelijnsverblijf, gebruik subsidieregeling januari-mei 2015 [Rapport].

Verenso (2015). Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf [Rapport].

Vilans (2018). In één keer goed – een verkennend onderzoek naar gebruik van eerstelijnsverblijf [Rapport].

Criteria / Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf hoog complex
Reden opname	Tijdelijke verzorging en verpleging in de nabijheid nodig, en medische zorg zoals de huisarts of specialist ouderengeneeskunde die pleegt te bieden (Verenso, 2015)
Doel opname	Zodanig herstel dat terugkeer naar huis mogelijk is (CIZ, 2016)
Sprake van acute zorgvraag	Ja
Instroom	Vanuit huis of spoedeisende hulp
Doorstroom	Er gaat een groot deel door naar verpleeghuiszorg, wat niet de intentie is van eerstelijnsverblijf
Uitstroom	Terug naar huis, of door naar langdurige zorg
Indicatiesteller	Specialist ouderengeneeskunde
Benaming voor persoon met zorgvraag	Cliënt of patiënt
Kenmerken persoon met zorgvraag	- Er zit geen leeftijdseis aan, maar het wordt voornamelijk door ouderen gebruikt - Woont vaak alleen of met een oudere partner
Gezondheidstoestand persoon met zorgvraag	- Diverse ziektebeelden - Multiproblematiek - Kwetsbare ouderen - Standaard verhaal: pols gebroken, beetje verward, vermagerd. Blijkt veel achterliggende problemen te hebben: slikklachten en is daarom sterk vermagerd, heeft een aantal cva's gehad, heeft een hoge bloeddruk en onregelde diabetes, en loopt niet goed en is daarom gevallen. - Kan ook dementie hebben - Hebben soms infuuslijnen, maagpompen, katheters, neussondes
Activiteiten van persoon met zorgvraag	Niet ter sprake gekomen
Gemiddelde ligduur	6 weken
Maximaal toegestane ligduur	3 maanden (CIZ, 2016)
Gemiddelde bezettingsgraad	- Hoge bezettingsgraad, afdeling ligt bijna contunu vol - Dubbel gebruik: als ELV hoog complex op de Bieslandhof vol zit, dan komt een bed beschikbaar bij de GRZ (indien er een bed beschikbaar is)
Financiering	Zorgverzekeringswet (Vilans, 2018)
Prestatietype	Prestatie per dag (Vilans, 2018)
Betrokken stakeholders	Zie tabellen hieronder
Type behandeling	- Diverse behandelaren, afhankelijk van zorgvraag cliënt - Een groot deel van de zorg is planbaar, maar er is soms wel spoedzorg nodig
Intensiteit behandeling	1,5 uur behandeling per week toegestaan, maar werkelijke behandeling is tussen de 6-12 uur per week
Benodigd zorgklimaat	Therapeutisch zorgklimaat: alles is gericht op ontslag en terugkeer naar huis

Eisen aan verblijf (interne voorzieningen, kamer)	• Zorgprofessionals op locatie moeten voldoende expertise hebben en kunnen werken in een therapeutisch klimaat • Verblijf moet niet te aantrekkelijk, mensen moeten weer naar huis (dus geen luxe zorghotel) • Ruimte voor teamoverleg met zorgprofessionals
Eisen aan locatie	• Centrale locatie, goed bereikbaar voor de markt die je wilt bedienen als organisatie • Wonen in eigen dorp/stad voor couleur locale, maar kortdurende zorg gecentreerd
Eisen aan externe voorzieningen	• Huisarts en eerstelijnspraktijk • Openbaar vervoer voor goede bereikbaarheid
Huidige combinatie zorgvorm op zorglocatie	• Langdurige zorg
Combinatie vormen van kortdurend verblijf	• Zorg centreren om reistijd van behandelaren en artsen te verkorten • Een te grote locatie kan nadelig zijn, dat werkt multidisciplinaire samenwerking tegen omdat zorgprofessionals met dezelfde type zorgprofessionals gaat zitten in plaats van gemengd • Combinatie van respijtzorg, ELV laag complex, ELV hoog complex, geriatrische revalidatiezorg, met op de begane grond een eerstelijnspraktijk en huisartsenpraktijk. • Eén revalidatiecentrum of revalidatiehotel voor GRZ en eerstelijnsverblijf, om duidelijkheid te scheppen dat het geen langdurig verblijf betreft
Combinatie van langdurig en kortdurend verblijf	• Zorg centreren om reistijd van behandelaren en artsen te verkorten • Een te grote locatie kan nadelig zijn, dat werkt multidisciplinaire samenwerking tegen omdat zorgprofessionals met dezelfde type zorgprofessionals gaat zitten in plaats van gemengd • Liever geen zorgprofessionals die zowel op kortdurende als langdurige zorg werken, omdat het een andere tak van sport is
Toekomstvisie	• Andere financiering: werken met DBC's zodat er persoonsgericht behandeling kan worden ingezet • Meer preventief werken: planbare ELV om te zorgen dat mensen thuis kunnen blijven wonen en tijdens het verblijf de gezondheidstoestand wordt geïnventariseerd en wordt gekeken wat voor veranderingen nodig zijn (bijv. medicijngebruik, voeding) • Specialist ouderengeneeskunde meer actief in de eerstelijns voor preventie • Eerstelijnsverblijf niet meer laten doen door intramurale artsen maar door de eerstelijns • Verwacht geen groei behalve als het criterium verruimd wordt door zorgverzekeraars en ELV niet meer oneigenlijk gebruikt wordt

Zorgverleners/ Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf hoog complex
Arts Verstandelijk Gehandicapten	Kan betrokken worden
Basisarts	Niet betrokken, vanwege complexiteit van de zorg is een specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk
Casemanager	Kan betrokken zijn bij in- en uitstroom
CIZ	In principe niet betrokken, maar een groot deel van de cliënten kan niet meer terug naar huis en dan is een Wlz indicatie nodig
Gastvrouw	Niet ter sprake gekomen, maar er is geen financiering beschikbaar voor een gastvrouw
Geestelijk Verzorgende	Niet ter sprake gekomen, maar zal niet betrokken zijn omdat een psycholoog betrokken kan worden
Gemeente	Niet betrokken
HBO verpleegkundige	Verpleegkundige is niet gedefinieerd, maar wel betrokken

HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken, er is geen palliatieve zorgvraag
Helpende (MBO niveau 2)	Niet ter sprake gekomen, maar waarschijnlijk zijn alleen verzorgenden en verpleegkundigen aanwezig
Huisarts gelieerd aan zorglocatie	Niet betrokken, een specialist ouderengeneeskunde is medisch eindverantwoordelijk
Huisarts van patiënt	Wordt niet ingezet tijdens opname, maar wordt wel geïnformeerd
Maatschappelijk werkende	Niet ter sprake gekomen, maar er is geen financiering beschikbaar voor een gastvrouw
Mantelzorger(s)	Betrokken
MBO Verpleegkundige (niveau 4)	Verpleegkundige niet gedefinieerd betrokken, dus waarschijnlijk zowel MBO als HBO verpleegkundigen
Pieter's Behandelpraktijk	Kan vanuit de eerstelijns (extramuraal) behandelaars leveren
Psychiater	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat er geen psychiatrische problematiek is
Revalidatiearts	Niet betrokken
Specialist Ouderengeneeskunde	Betrokken en regievoerder en eindverantwoordelijke
Specialist Ouderengeneeskunde met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken, er is geen palliatieve zorgvraag
Thuiszorg (ook wijkverpleegkundige)	Kan betrokken zijn bij in- en uitstroom
Transferverpleegkundige	Waarschijnlijk betrokken bij uitstroom vanuit ziekenhuis (SEH)
Verpleegkundige: niet gedefinieerd	Betrokken als vast team vanuit een intramurale setting Moet kunnen werken in een therapeutisch zorgklimaat
Verpleegkundig specialist	Waarschijnlijk niet betrokken vanwege beperkte beschikbaarheid verpleegkundig specialisten en minder intensieve revalidatiedoelen dan bij de geriatrische revalidatiezorg
Verzorgende niet gedefinieerd	Betrokken als vast team vanuit een intramurale setting Moeten wel kennis hebben van complexe problematiek Moet kunnen werken in een therapeutisch zorgklimaat
Verzorgende IG (MBO niveau 3)	Verpleegkundige niet gedefinieerd, maar wel betrokken
VPTZ Vrijwilliger	Niet betrokken, er is geen palliatieve zorgvraag
Vrijwilliger	Waarschijnlijk niet betrokken, net zoals bij de geriatrische revalidatiezorg. Prioriteit ligt bij herstel, minder op welzijn
Welzijnsmedewerker	Waarschijnlijk niet betrokken, net zoals bij de geriatrische revalidatiezorg. Prioriteit ligt bij herstel, minder op welzijn
Zorgbemiddelingsbureau	Betrokken bij in- en uitstroom
Zorgcoördinator	Specialist ouderengeneeskunde
Zorghulp	Niet ter sprake gekomen, maar waarschijnlijk zijn alleen verzorgenden en verpleegkundigen aanwezig
Zorgkantoor	Betrokken bij financiering

Behandelaren/ Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf hoog complex
Diëtist	Betrokken op basis van zorgvraag cliënt
Ergotherapeut	Betrokken op basis van zorgvraag cliënt
Fysiotherapeut	Betrokken op basis van zorgvraag cliënt
Logopedist	Betrokken op basis van zorgvraag cliënt
Psycholoog	Betrokken op basis van zorgvraag cliënt

ZORGPAD EERSTELIJNSVERBLIJF PALLIATIEF

Ingevuld op basis van interview in bijlage F-11

CIZ (2016). Eerstelijnsverblijf, gebruik subsidieregeling januari-mei 2015 [Rapport].

Vilans (2018). In één keer goed – een verkennend onderzoek naar gebruik van eerstelijnsverblijf [Rapport].

Criteria / Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf Palliatief
Reden opname	Zorg kan niet meer thuis geleverd worden
Doel opname	Zorg leveren die niet thuis geleverd kan worden (CIZ, 2016)
Sprake van acute zorgvraag	Ja (CIZ, 2016)
Instroom	- Aanmelding gaat via de huisarts of transferverpleegkundige via het ziekenhuis - Opnames kunnen te allen tijden komen - Bij opname wordt een zorgplan gemaakt
Doorstroom	Niet van toepassing
Uitstroom	- Overlijden van de persoon met zorgvraag - Er wordt officieel uitgeleide gedaan via de centrale voordeur
Indicatiesteller	Specialist ouderengeneeskunde beoordeelt, in samenwerking met verpleegkundigen van de palliatieve unit
Benaming voor persoon met zorgvraag	Bewoners of cliënten
Kenmerken persoon met zorgvraag	Ouderen met complexe, palliatieve zorgvraag (Vilans, 2018)
Gezondheidstoestand persoon met zorgvraag	- Levensverwachting van maximaal drie maanden - Welzijn is erg belangrijk, daarvoor bijv. de juiste pijnmedicatie nodig - Ligt niet per se altijd in bed, maar verblijft vooral op de palliatieve unit
Activiteiten van persoon met zorgvraag	- Alle activiteiten is op basis van voorkeuren en wensen - Personen zitten of liggen op de kamer - Kunnen individueel activiteiten doen zoals muziek maken of schilderen - Doen soms een uitje met de (klein)kinderen
Gemiddelde ligduur	- Grote verschillen, van één dag tot 3 maanden - Gemiddeld 44 dagen
Maximaal toegestane ligduur	Drie maanden
Gemiddelde bezettingsgraad	- Bedden zijn meestal gevuld - Snelle doorlooptijd - Bezettingsgraad in 2016 op 86% - Bezettingsgraad in 2017 op 72% (op alle locaties minder vraag)
Financiering	Zorgverzekeringswet (Vilans, 2018)
Prestatietype	- Prestatie per dag (Vilans, 2018) - Zorg verschilt volgens respondent niet met de zorg die wordt geleverd vanuit een ZZP 10
Betrokken stakeholders	Zie tabellen hieronder
Type behandeling	Behandeling gericht op welzijn
Intensiteit behandeling	Afhankelijk van gezondheidssituatie cliënt
Benodigd zorgklimaat	- Welzijn staat voorop - Zorgen wegnemen bij cliënt en naasten - Ruimte bieden voor de naasten - Privacy
Eisen aan verblijf (interne voorzieningen, kamer)	Grotere locatie heeft het voordeel dat zorgverleners en behandelaren aan een locatie gebonden zijn

	- Kamers zijn 14 m2, met een hoog laag of laag laag bed, wandkast, stoelen, tv, muziekinstallatie, koffiezetapparaat - Gedeeld sanitair; sanitair is groot genoeg voor elke zorgvraag (douchebrancard is mogelijk) - Familiekamer op de afdeling, zodat de familie zich even terug kan trekken - Opklapbed op de kamer voor de naasten - Kleine spullen van de cliënt mogen meegenomen worden - Aparte teampost voor overleg - Zachte kleuren op de kamer en gang, en zachte verlichting
Eisen aan locatie	- Zorg leveren binnen de gemeente waar men vandaan komt; niet teveel concentreren van zorg - Belangrijk dat het bereikbaar is voor de naasten van de cliënt
Eisen aan externe voorzieningen	Niet ter sprake gekomen, gezondheidstoestand van de cliënten is in principe niet goed genoeg om buiten de afdeling te komen, tenzij er een georganiseerde trip is geregeld.
Huidige combinatie zorgvorm op zorglocatie	- Locatie 's Gravenzande 184 bedden in totaal op locatie - Deel ELV laag complex - Deel screeningsafdeling - Aantal Wlz crisisbedden 5 bedden eerstelijnsverblijf palliatief 58 chronisch verblijf 88 chronisch verblijf voor pg
Combinatie vormen van kortdurend verblijf	Zie hieronder
Combinatie van langdurig en kortdurend verblijf	- Chronisch verblijf en kortdurende revalidatie kan samen - Nadeel aan de combinatie is dat een deel van de mensen weg gaat, terwijl een ander deel blijft: verschil in doorlooptijden - Palliatieve zorg past beter bij chronisch verblijf, omdat er geen sprake is van herstel en terugkeer naar huis - Kortdurend verblijf moet niet te aantrekkelijk zijn, anders willen mensen niet terug naar huis
Toekomstvisie	- Palliatieve zorg wordt steeds meer thuis gegeven - De specialist ouderengeneeskunde wordt onderdeel van het team thuiszorg

Zorgverleners/ Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf palliatief
Arts Verstandelijk Gehandicapten	Niet betrokken
Basisarts	Kan betrokken worden
Casemanager	Niet ter sprake gekomen
CIZ	Betrokken
Gastvrouw	Betrokken, houden zich bezig met voeding en welzijn
Geestelijk Verzorgende	Wordt op basis van de vraag van de cliënt betrokken
Gemeente	Niet ter sprake gekomen
HBO verpleegkundige	Zie hieronder: alle betrokken verpleegkundigen hebben kennis van palliatieve zorg (vast team)
HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	Betrokken, kan een coördinerende functie hebben en/of aandacht functionaris zijn indien ze een opleiding tot palliatief verpleegkundige hebben gevolgd.
Helpende (MBO niveau 2)	Betrokken
Huisarts gelieerd aan zorglocatie	Niet betrokken, zorg wordt overgenomen door een specialist ouderengeneeskunde
Huisarts van patiënt	Aanmelding kan via de huisarts verlopen, informatie wordt overgedragen aan de specialist ouderengeneeskunde

Maatschappelijke werkende	Niet ter sprake gekomen, zal niet betrokken zijn omdat er een geestelijk verzorgende is betrokken
Mantelzorger(s)	Betrokken, er is extra ruimte op de afdeling om mantelzorger te accommoderen
MBO Verpleegkundige (niveau 4)	Betrokken
Pieter's Behandelpraktijk	Niet ter sprake gekomen
Psychiater	Niet betrokken
Revalidatiearts	Niet betrokken
Specialist Ouderengeneeskunde	Zonder palliatieve kennis niet betrokken
Specialist Ouderengeneeskunde met kennis van palliatieve zorg	Betrokken en regievoerder, eindverantwoordelijk voor de zorg; Betrokken bij intake en het maken van een zorgplan; Komt elke dag langs bij de cliënt en heeft extra aandacht voor de wens van de cliënt; Gaaf met naasten in gesprek indien nodig; Eén vaste arts voor de palliatieve afdeling, met veel kennis van zaken; Besluitvorming in samenwerking met verpleegkundigen
Thuiszorg (ook wijkverpleegkundige)	Vaak betrokken voor opname op palliatieve afdeling
Transferverpleegkundige	Aanmelding kan via de transferverpleegkundige in het ziekenhuis gaan
Verpleegkundige: niet gedefinieerd	Betrokken als vaste zorgverlener Voert werkzaamheden uit in opdracht van de specialist ouderengeneeskunde Geeft aan wat de patiënt wenst of nodig heeft aan de specialist ouderengeneeskunde Is de spil in het zorgproces, verbindt alle betrokken zorgverleners en behandelaren Gaaf met naasten in gesprek indien nodig en fungeert als vraagbaak Bereidt een MDO voor, en zorgt dat de juiste zorgverleners worden ingezet Moeten gevoel hebben bij palliatieve zorgvraag om verloop van de z in te schatten
Verpleegkundig specialist	Niet er sprake gekomen
Verzorgende niet gedefinieerd	Tijdens interview gedefinieerd als verzorgende IG
Verzorgende IG (MBO niveau 3)	Aantal ervaren verzorgenden IG die (deels) de werkzaamheden van een verpleegkundige overnemen indien die niet aanwezig is
VPTZ Vrijwilliger	Vrijwilligers die een speciale scholing hebben gehad Moeten mensen zijn die goed kunnen luisteren, stil kunnen zijn wanneer nodig, en als afleiding kunnen dienen
Vrijwilliger	Alleen vrijwilligers betrokken die een speciale scholing hebben ontvangen
Welzijnsmedewerker	Betrokken in zoverre dat als de cliënt graag een activiteit wilt uitvoeren, dat meestal op de kamer is en niet in groepsverband.
Zorgbemiddelingsbureau	Niet ter sprake gekomen maar waarschijnlijk niet betrokken omdat aanmelding via de huisarts of transferverpleegkundige gaat.
Zorgcoördinator	Team specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundigen van de palliatieve unit
Zorghulp	Niet ter sprake gekomen
Zorgkantoor	Wordt eigenlijk niet betrokken, alleen indien er extra hulpmiddelen nodig zijn (zelden)

Behandelaren/ Zorgvorm	Eerstelijnsverblijf palliatief
Diëtist	Afhankelijk van zorgvraag cliënt betrokken
Ergotherapeut	Afhankelijk van zorgvraag cliënt betrokken
Fysiotherapeut	Afhankelijk van zorgvraag cliënt betrokken
Logopedist	Afhankelijk van zorgvraag cliënt betrokken
Psycholoog	Niet betrokken

ZORGPAD GERIATRISCHE REVALIDATIE

Ingevuld op basis van interview in bijlage F-11

CIZ (2016). Eerstelijnsverblijf, gebruik subsidieregeling januari-mei 2015 [Rapport].

Vilans (2018). In één keer goed – een verkennend onderzoek naar gebruik van eerstelijnsverblijf [Rapport].

Criteria / Zorgvorm	Geriatrische revalidatiezorg
Reden opname	- Revalidatie van mensen die zo zorgafhankelijk zijn dat ze niet thuis kunnen herstellen - Drie doelgroepen: cva, orthopedie/trauma en overig (bijv. longproblemen, hartfalen, urineweginfecties)
Doel opname	- Revalideren tot het moment dat de zelfredzaamheid op het punt is dat iemand weer naar huis kan en de zorg planbaar is, en thuis het laatste deel van de revalidatie voltooid - Doel is dus niet helemaal ADL zelfstandig worden
Sprake van acute zorgvraag	Niet acuut, maar opname moet wel binnen één week na opname in het ziekenhuis plaatsvinden
Instroom	Zorgbemiddelingsbureau regelt zaken rondom instroom vanaf het ziekenhuis
Doorstroom	Huis of langdurige verblijfszorg (Vilans, 2018)
Uitstroom	- Contactverzorgende inventariseert met een cliënt en familie welke zorg ingezet moet worden op het moment dat iemand met ontslag gaat - Dat wordt doorgegeven aan zorgbemiddeling, en die zet dat uit bij de thuiszorg
Indicatiesteller	Specialist ouderengeneeskunde bepaalt of iemand in aanmerking komt voor opname
Benaming voor persoon met zorgvraag	- Cliënten - Landelijk wordt er ook wel gesproken over revalidanten, omdat deze benaming een andere verwachting schept
Kenmerken persoon met zorgvraag	- Geriatrische zorg, dus voor ouderen. Soms zijn mensen wel onder 65 jaar - Conditioneel slecht belastbaar 75% van de cliënten ontvangt al thuiszorg voor opname op de GRZ
Gezondheidstoestand persoon met zorgvraag	- Zelfredzaamheid verschilt, maar hebben allemaal een zorgvraag - Drie doelgroepen: cva, orthopedie/trauma en overig
Activiteiten van persoon met zorgvraag	- Aan het begin van opname is persoon vaak erg zorgafhankelijk en weinig zelfredzaam, dat verbetert gedurende het verblijf - Cliënten worden stimuleert zo veel mogelijk uit bed te blijven en zoveel mogelijk gezamenlijk te doen in het dagverblijf (eten, tv kijken, revalideren) - Op de afdeling van het ziekenhuis blijft men veel meer op zichzelf dan op de afdeling in het verpleeghuis
Gemiddelde ligduur	Rond de acht weken
Maximaal toegestane ligduur	Drie tot zes maanden maximaal
Gemiddelde bezettingsgraad	Gebruik gemaakt van het harmonicamodel, waarbij bedden afhankelijk van de vraag worden bezet door één van de drie doelgroepen
Financiering	Zorgverzekeringswet (Vilans, 2018)
Prestatietype	Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) per cliënt
Betrokken stakeholders	Zie tabellen hieronder
Type behandeling	'Functionele revalidatie' gericht op oefenen met algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals opstaan uit bed en het zelfstandig aankleden - Behandeling door verschillende disciplines

	• Behandeling vaak in groepen • Behandeling aan de hand van modules gericht op een bepaalde doelgroep • Behandeling zo veel mogelijk op de afdeling, maar voor revalidatie met apparatuur is een fysiotherapieruimte beschikbaar
Intensiteit behandeling	• Afhankelijk van belastbaarheid cliënt • Type behandeling kan verschillen gedurende de opname, afhankelijk van behoefte • Gericht op herstel, dus ook huiswerk oefeningen
Benodigd zorgklimaat	Therapeutisch zorgklimaat, gericht op herstel en terugkeer naar huis
Eisen aan verblijf (interne voorzieningen, kamer)	• Afdeling moet 'revalidatie uitstralen', in het verpleeghuis hangen er bijvoorbeeld huiswerk oefeningen in de gang • Revalidatieafdelingen moeten naast elkaar liggen i.v.m. het harmonicamodel • Er zijn zowel één- als tweepersoonskamers, maar éénpersoonskamers hebben de voorkeur • In het verpleeghuis wordt het sanitair gedeeld, in het ziekenhuis heeft iedereen een eigen sanitaire ruimte • Huiskamer/dagverblijf waar alle cliënten overdag kunnen verblijven • Dagverblijf, kamer en gang worden gebruikt als oefenruimte • Er moet een oefenruimte zijn waar men met apparaten kan werken • Ruimte voor teamoverleg zorgprofessionals • Ruimte voor overleg met cliënten en/of familie • Ruimte waar dossiers veilig opgeborgen kunnen worden • Geen aparte ruimte voor familie om te kunnen overnachten
Eisen aan locatie	• Huidige GRZ afdeling is onderdeel van één grotere zorglocatie, maar wordt wel beschouwd als aparte locatie • Afdeling in het ziekenhuis voor korte revalidatietrajecten: scheelt een verhuizing de cliënt hoeft niet naar 'het verpleeghuis' • Zorgverzekeraar eist dat op een locatie voldoende volume aanwezig moet zijn, met minstens 10-15 cliënten per doelgroep • Locatie het liefst op korte reisafstand van thuisfront
Eisen aan externe voorzieningen	• Niet ter sprake gekomen
Huidige combinatie zorgvorm op zorglocatie	• GRZ afdeling is in drie doelgroepen verdeeld: cva, orthopedie/trauma en overig. Tussen de 16 en 20 bedden per doelgroep • Op afdeling GRZ in het ziekenhuis ook nog 20 bedden voor orthopedie, trauma en overig • GRZ afdeling gesitueerd in expertisecentrum, dus chronisch verblijf (somatiek en pg), eerstelijnsverblijf hoog complex en welzijnsvoorzieningen aanwezig
Combinatie vormen van kortdurend verblijf	• Dunne lijn tussen eerstelijnsverblijf hoog complex en GRZ: verschil is dat i.t.t. de GRZ de doelgroep van ELV heel divers is. • Voorkeur is blijven werken met doelgroepen, dus mixen van ELV en GRZ niet gewenst • Wel voorkeur voor een gebouw alleen voor tijdelijk verblijf, vanwege een stukje verwachtingsmanagement • Wel aparte afdelingen, maar geconcentreerd in één gebouw
Combinatie van langdurig en kortdurend verblijf	• Zorgprofessionals worden zowel ingezet op de GRZ als voor de langdurige zorg en/of de eerstelijnszorg via Pieter's Behandelpraktijk • GRZ moet niet geassocieerd worden met langdurige zorg vanwege verschil in doelen en imago van verpleeghuiszorg
Toekomstvisie	• GRZ komt los van langdurige zorg

Zorgverleners/ Zorgvorm	Geriatrische revalidatie
Arts Verstandelijk Gehandicapten	Niet betrokken
Basisarts	Betrokken, vullen het artsteam aan omdat er een tekort is aan specialisten ouderengeneeskunde en omdat het niet altijd een specialist ouderengeneeskunde aanwezig hoeft te zijn. Basisartsen moeten sommige zaken laten accorderen door de specialist ouderengeneeskunde, die eindverantwoordelijk is
Casemanager	Niet ter sprake gekomen, maar kan bij in/uitstroom wel betrokken zijn vanwege de thuiszorg die vaak nodig is
CIZ	Niet betrokken
Gastvrouw	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat contactverzorgenden contact hebben met de naasten
Geestelijk Verzorgende	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat een psycholoog al is betrokken
Gemeente	Niet betrokken
HBO verpleegkundige	Betrokken, maar er is een tekort aan HBO verpleegkundigen in de verpleeghuissector dus er wordt voornamelijk gewerkt met MBO verpleegkundigen
HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken, geen palliatieve zorgvraag
Helpende (MBO niveau 2)	Niet ter sprake gekomen
Huisarts gelieerd aan zorglocatie	Huisartsen in opleiding maken onderdeel uit van het artsteam
Huisarts van patiënt	Betrokken bij instroom en uitstroom, wordt geïnformeerd over cliënt. Komt zelden langs bij de cliënt tijdens de opname
Maatschappelijk werkende	Betrokken indien er verwerkingsproblematiek is, of als er in thuiszorg problemen zijn, of er op financieel of relationeel gebied problemen zijn
Mantelzorger(s)	Worden het liefst betrokken bij de revalidatie, maar daar is de mantelzorger niet altijd aan toe vanwege overbelasting. Mogen in principe niet overnachten omdat de meeste mantelzorgers zelf zorg nodig hebben, omdat het geld kost en omdat de kamers te klein zijn. Alleen als het echt meerwaarde heeft voor het revalidatietraject is er wat mogelijk
MBO Verpleegkundige (niveau 4)	Betrokken
Pieter's Behandelpraktijk	Behandelaren worden vaak ook een aantal uur ingezet voor Pieter's Behandelpraktijk. Dat maakt het soms mogelijk dat cliënt thuis bij dezelfde behandelaar kan blijven revalideren
Psychiater	Niet betrokken. Alleen als het echt nodig is via een consult.
Revalidatiearts	Wordt in consult gevraagd bij complexe revalidatietrajecten
Specialist Ouderengeneeskunde	Betrokken, is eindverantwoordelijk
Specialist Ouderengeneeskunde met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken, er is geen palliatieve zorgvraag
Thuiszorg (ook wijkverpleegkundige)	Wordt betrokken bij de uitstroom
Transferverpleegkundige	Niet ter sprake gekomen, maar zorgbemiddeling regelt de instroom vanuit het ziekenhuis waarschijnlijk met een transferverpleegkundige
Verpleegkundige: niet gedefinieerd	Verpleegkundigen zijn wel gedefinieerd
Verpleegkundig specialist	Betrokken, werken geprotocolleerd onder supervisie van de specialist ouderengeneeskunde.
Verzorgende niet gedefinieerd	Betrokken, werkt vaak onder regie van de verpleegkundige. Kan contactverzorgende zijn van een cliënt

Verzorgende IG (MBO niveau 3)	Verzorgenden zijn betrokken, maar niet gedefinieerd. Kan een verzorgende IG zijn aangezien het cliënten met een zware zorgvraag betreft
VPTZ Vrijwilliger	Niet betrokken, er is geen palliatieve zorgvraag
Vrijwilliger	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat focus vooral ligt op revalidatie en niet op welzijn
Welzijnsmedewerker	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat focus vooral ligt op revalidatie en niet op welzijn
Zorgbemiddelingsbureau	Betrokken, regelt in- en uitstroom
Zorgcoördinator	Betrokken in de vorm van contactverzorgenden en contactverpleegkundigen
Zorghulp	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat verzorgenden en verpleegkundigen betrokken zijn en zorghulp vooral doet wat cliënten op een revalidatieafdeling zelf moeten doen
Zorgkantoor	Betrokken, controleert declaraties en besluit over verlenging van een revalidatietraject toegestaan is

Behandelaren/ Zorgvorm	
Diëtist	Betrokken op basis van verwijzing van specialist ouderengeneeskunde
Ergotherapeut	Betrokken op basis van verwijzing van specialist ouderengeneeskunde
Fysiotherapeut	Betrokken op basis van verwijzing van specialist ouderengeneeskunde
Logopedist	Betrokken op basis van verwijzing van specialist ouderengeneeskunde
Psycholoog	Betrokken op basis van verwijzing van specialist ouderengeneeskunde

ZORGPAD RESPIJTZORG

Ingevuld op basis van interview in bijlage F-12

Mezzo (2018). Vervangende zorg of respijtzorg [Website]. Geraadpleegd van <https://www.mezzo.nl/pagina/voor-professionals/kennisbank/mantelzorg-thema-s/vervangende-zorg-of-respijtzorg>

Criteria / Zorgvorm	Respijtzorg met logeeropvang
Reden opname	Opvangen van personen met zorgvraag als mantelzorger tijdelijk ontlast wordt van de zorg
Doel opname	Ontlasten van mantelzorgers
Sprake van acute zorgvraag	Er is nooit sprake van crisis, maar wel van spoed
Instroom	- Instroom is vooral via huisartsen, wijkverpleegkundigen en casemanagers - Er wordt soms verwezen door medewerkers van het ontmoetingscentrum - Duidelijke regels op papier bij intake om verwachtingen helder te hebben - Er is geen zorgplan nodig - Er moet duidelijk doorgrond worden wat voor zorg thuis wordt geboden
Doorstroom	Niet van toepassing
Uitstroom	Terug naar huis met zorg van mantelzorger
Indicatiesteller	- Zorgcoördinatoren van de respijtlocatie keuren aanvraag goed of af - Er moet ook goedkeuring komen van respectievelijk de Wmo (consulent) of zorgkantoor
Benaming voor persoon met zorgvraag	Gasten, om het hotelgevoel op te roepen.
Kenmerken persoon met zorgvraag	Doelgroep is volwassenen met beginnende dementie zonder weglööpgedrag of storend gedrag, en mensen met een lichamelijke beperking die door één persoon te helpen zijn
Gezondheidstoestand persoon met zorgvraag	- Mate van zelfredzaamheid verschilt enorm: verschilt van een lichte tot zware zorgvraag - Er is vraag naar respijtzorg voor mensen met zware somatische zorg, zij zijn bijvoorbeeld rolstoel gebonden of moeten met een tillift uit bed worden gehaald. - Er is ook vraag naar respijtzorg voor mensen met ernstige pg problematiek, die bijvoorbeeld weglööpgedrag vertonen - Niet alle zorg kan geboden worden vanwege beperkte kennis op locatie en eisen aan het verblijf (sanitair, omsloten tuin etc.) - Gezondheidstoestand van de gasten hoeft niet te veranderen gedurende de opname
Activiteiten van persoon met zorgvraag	- Vakantie/hotelsfeer is belangrijk - Diverse activiteiten om het verblijf leuk te maken - Gast kan zowel verblijven op de eigen kamer als in de gemeenschappelijke voorzieningen (2 huiskamers)
Gemiddelde ligduur	14 dagen
Maximaal toegestane ligduur	- Eigen regel: maximaal 3 weken aaneen - In principe onbeperkte herhaling mogelijk zolang er genoeg tijd tussen de opnames zit - Langer verblijf dan drie weken zorgt ervoor dat gasten zich teveel thuis gaan voelen en regels op gaan leggen aan andere gasten
Gemiddelde bezettingsgraad	- Respijtzorg zit nog in de opstartfase, dus bezettingsgraad is lager dan gewenst - Huidige bezetting tussen de 50-55% - Doel voor dit jaar is 60%

	• Veel fluctuatie gedurende het jaar: drukker in de zomer dan in de winter • Inzet van personeel is moeilijk te voorspellen door fluctuatie en verschil in zorgvraag
Financiering	• Financiering mogelijk vanuit de Wmo, Zvw en pbg. • Prijsafspraken zijn per zorgkantoor, dus geen eenduidig beleid • Doel is laagdrempelige zorg met weinig administratieve last voor de mantelzorger • Eerste jaar met een lump sump financiering, nu omschakeling naar reguliere financiering • Respondent maakt het liefst een prijsafpraak per dag
Prestatietype	Er zijn meerdere opties (Mezzo, 2018): Als de zorgvrager zelf ondersteuning krijgt vanuit de Wmo kan er respijtzorg worden aangevraagd bij de gemeente. Er geldt een vermogens- en inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Heeft de zorgvrager via de Wlz een pgb, dan kan er maximaal 156 etmalen per jaar respijtzorg ingekocht worden. Naast de ZZP indicatie kan een indicatie voor respijtzorg worden aangevraagd. Het zorgkantoor moet dit goedkeuren. Een aantal zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering.
Betrokken stakeholders	Zie tabellen hieronder
Type behandeling	• Gezondheidstoestand hoeft niet te veranderen, dus geen behandeling • Soms komt Pieter's Behandelpraktijk of de eigen eerstelijns behandelaar wel langs om een behandeling voort te zetten, afhankelijk van de reisafstand
Intensiteit behandeling	• In principe geen behandeling, en anders op basis van behoefte
Benodigd zorgklimaat	• Vakantiebeleving/hotelsfeer • Belangrijk om mantelzorger over de streep te halen • 'Er hoeft niks'
Eisen aan verblijf (interne voorzieningen, kamer)	Huidige situatie: • Ontbijtzaal en huiskamer als gemeenschappelijke voorzieningen • Eigen kamer met bed, tv, tafel, stoel en kast • Sanitair is verouderd en klein, niet geschikt voor rolstoel gebonden zorg • Zowel éénpersoons als tweepersoonskamers Gewenste situatie • Grote voorkeur voor een 'luke hotelkamer' met rolstoeltoegankelijke badkamer • Zowel éénpersoons als tweepersoons • Ruimte lift nodig in verband met rolstoel gebonden gasten • Kamers bij voorkeur op de begane grond met een eigen tuin • Bij voorkeur nog extra faciliteiten, zoals een bruine kroeg of zwembad
Eisen aan locatie	• Centrale locatie in verband met vinden van vrijwilligers • Vakantiesetting, bijvoorbeeld een strand of bos nabij • Reuring in de nabijheid
Eisen aan externe voorzieningen	• Voorzieningen kunnen zorgen voor reuring • Genoemde voorbeelden: supermarkt, strand
Huidige combinatie zorgvorm op zorglocatie	• Verzorgingshuis dat wordt afgebouwd via natuurlijk verloop • Eerstelijnsverblijf laag complex • Dagverzorging van de GGZ

	• Enige uitwisseling is 1 verzorgende voor de nachtdienst die beschikbaar is voor alle afdelingen
Combinatie vormen van kortdurend verblijf	• Combinatie met een ontmoetingscentrum zou goed kunnen • Kortdurend verblijf dat is gericht op terugkeer naar huis is niet gewenst, heeft geen vakantiesfeer • Geen hotelzorg aanbieden, want daar zit geen mantelzorgvraag achter
Combinatie van langdurig en kortdurend verblijf	• Niet de voorkeur, want bij intramurale zorg wordt de zorg overgenomen, terwijl bij respijtzorg mensen terug naar huis moeten • Past niet helemaal in de vakantiesfeer ook, want langdurige zorg is permanent
Toekomstvisie	• Meer aandacht vanuit de politiek voor respijtzorg • Verwacht groei van respijtzorg nu steeds meer druk komt op mantelzorgers • Graag respijtzorg op een andere locatie: mooier, met voorzieningen als een ontvangsthal, en centraler vanwege werving vrijwilligers

Zorgverleners/ Zorgvorm	Respijtzorg met logeeropvang
Arts Verstandelijk Gehandicapten	Niet betrokken
Basisarts	Niet betrokken
Casemanager	Betrokken bij instroom
CIZ	Betrokken
Gastvrouw	Betrokken
Geestelijk Verzorgende	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat andere stakeholders zoals psycholoog en psychiater ook niet betrokken zijn
Gemeente	Betrokken
HBO verpleegkundige	Alleen vanuit de thuiszorg betrokken die langskomt in drukke tijden, en als zorgcoördinator op locatie
HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken
Helpende (MBO niveau 2)	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat er al zorg hulpen zijn en er behoefte is aan personen die technische handelingen mogen verrichten, en dat zijn verzorgenden (niveau 3)
Huisarts gelieerd aan zorglocatie	Er zijn afspraken met drie huisartsen in de regio als er iets acuuts gebeurt met een gast, maar zijn verder niet betrokken
Huisarts van patiënt	Blijft betrokken, instroom loopt vaak via de huisarts
Maatschappelijk werkende	Niet ter sprake gekomen, maar zal niet betrokken zijn omdat er geen behandeling wordt ingezet
Mantelzorger(s)	Betrokken, wordt soms ontlast tijdens het verblijf van de gast of komt mee voor overnachting Mantelzorgers doen veel zorg thuis Mantelzorgers vinden het moeilijk om de zorg tijdelijk af te staan
MBO Verpleegkundige (niveau 4)	Alleen vanuit de thuiszorg betrokken die langskomt in drukke tijden
Pieter's Behandelpraktijk	Leverd behandelaren indien de eigen eerstelijns behandelaren te ver weg gesitueerd zijn en de behandeling wel moet doorlopen Een specialistisch team van Pieter's Behandelpraktijk kan langskomen om verpleegkundige handelingen uit te voeren
Psychiater	Niet betrokken
Revalidatiearts	Niet ter sprake gekomen, er zijn echter geen revalidatiedoelen dus een revalidatiearts zal niet betrokken zijn
Specialist Ouderengeneeskunde	Niet betrokken

Specialist Ouderengeneeskunde met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken
Thuiszorg (ook wijkverpleegkundige)	Betrokken bij instroom, bij drukke tijden, en indien er verpleegkundige handelingen moeten worden verricht
Transferverpleegkundige	Kan betrokken zijn bij de instroom
Verpleegkundige: niet gedefinieerd	Alleen vanuit de thuiszorg betrokken als extra inzet
Verpleegkundig specialist	Niet ter sprake gekomen maar waarschijnlijk niet betrokken omdat de meest specialistische zorg wordt gegeven door de verzorgende IG
Verzorgende niet gedefinieerd	Wel gedefinieerd, zie verzorgende IG
Verzorgende IG (MBO niveau 3)	Betrokken omdat expertise op locatie nodig is. Mag een aantal technische handelingen doen zoals medicatie geven. Met verzorgenden IG kan er ook zwaardere zorg aangeboden worden
VPTZ Vrijwilliger	Niet betrokken
Vrijwilliger	Wel betrokken Lastig om voldoende vrijwilligers te vinden vanwege locatie: 60 nodig, enkel 15 gevonden omdat het te ver weg is
Welzijnsmedewerker	Niet betrokken, functioneert soms vanuit een ontmoetingscentrum wel als verwijzer
Zorgbemiddelingsbureau	Niet betrokken, instroom loopt via andere stakeholders
Zorgcoördinator	HBO-verpleegkundigen die de regie houden over welke aanvragen goed of afgekeurd worden
Zorghulp	Betrokken, maar hebben niet voldoende kennis voor technische handelingen. Belangrijk om professionaliteit bij te brengen zodat ze niet alle zorg uit handen nemen van de gast zoals dat gebeurt op de langdurige zorg
Zorgkantoor	Betrokken

Behandelaren/ Zorgvorm	Respijtzorg met logeeropvang
Diëtist	In principe niet, maar behandeling die iemand al ontving kan wel doorgezet worden
Ergotherapeut	In principe niet, maar behandeling die iemand al ontving kan wel doorgezet worden
Fysiotherapeut	In principe niet, maar behandeling die iemand al ontving kan wel doorgezet worden
Logopedist	In principe niet, maar behandeling die iemand al ontving kan wel doorgezet worden
Psycholoog	Niet betrokken

ZORGPAD WLZ CRISISOPVANG

Ingevuld op basis van interview in bijlage F-13

CIZ (2016). Eerstelijnsverblijf, gebruik subsidieregeling januari-mei 2015 [Rapport].

Vilans (2018). In één keer goed – een verkennend onderzoek naar gebruik van eerstelijnsverblijf [Rapport].

Zorgkantoor (n.d.). Crisiszorg Wlz [Website]. Geraadpleegd van <https://www.cz.nl/zorgkantoor/zorgaanbieder/zorg-leveren/crisiszorg-wlz>

Zorgverzekeraars Nederland (2016). Bijlage 6 – Protocol crisiszorg Wlz. Geraadpleegd van: <https://www.cz.nl/zorgkantoor/~media/zorgkantoor/2017/zorgaanbieder/bijlage-6-protocol-crisiszorg-wlz.pdf?la=nl-nl&revid=360d1379-45cb-4a19-9d83-2a66d2de7239>

Criteria / Zorgvorm	Wlz crisisopvang
Reden opname	Acute verandering in de gezondheidstoestand van een persoon waardoor diegene niet meer in de thuissituatie kan verblijven
Doel opname	- Terugkeer naar huis - Kan niet altijd, dan wordt indicatie voor verpleeghuiszorg aangevraagd
Sprake van acute zorgvraag	Ja, opname moet binnen 24 uur plaats vinden om onaanvaardbare risico's voor de gezondheid te voorkomen
Instroom	- Instroom vanaf de huisarts of ziekenhuis (SEH) - Specialist ouderengeneeskunde is regievoerder en bepaalt wie betrokken moet worden
Doorstroom	- Niet de bedoeling, maar soms wordt een indicatie voor verpleeghuiszorg aangevraagd - Toewijzing door middel van het ritsmodel (1 persoon van de wachtlijst thuis, 1 persoon van de wachtlijst voor doorplaatsing) - Bedden moeten zoveel mogelijk vrij zijn voor Wlz crisisopvang
Uitstroom	- Terug naar huis - Kan niet altijd dus dan naar een ander bed, dan wordt indicatie voor verpleeghuiszorg aangevraagd
Indicatiesteller	Huisarts of zorgbemiddeling voor aanvraag en toewijzing plek, en CIZ voor goedkeuring aanvraag (Zorgverzekeraars Nederland, 2016)
Benaming voor persoon met zorgvraag	Niet besproken met respondent: Waarschijnlijk cliënten
Kenmerken persoon met zorgvraag	- Ouderen - Kunnen sociaal eenzaam zijn en behoefte hebben aan contacten - De cliënt heeft een Wlz-indicatie, of er wordt verwacht dat de cliënt binnen twee weken met terugwerkende kracht vanaf opnamedatum een indicatie ontvangen van het CIZ (Zorgverzekeraars Nederland, 2016).
Gezondheidstoestand persoon met zorgvraag	- Kunnen cognitieve problemen hebben - Kunnen fysieke problemen hebben (bijv. valincident) - Kunnen een slechtere voedingstoestand hebben
Activiteiten van persoon met zorgvraag	- Onderzoeken van diverse zorgverleners en behandelaars om persoon weer op de rails te krijgen - Kan meedoen aan welzijnsactiviteiten in de plint, eventueel in combinatie met verpleeghuisbewoners
Gemiddelde ligduur	48 uur
Maximaal toegestane ligduur	2 weken, maximale verlenging van nog eens 2 weken (Zorgverzekeraars Nederland, 2016)
Gemiddelde bezettingsgraad	- Concrete cijfers niet besproken met respondent - Wlz crisisbedden slibben vaak dicht vanwege wachttijd van andere afdelingen
Financiering	Wet langdurige zorg

Prestatietype	Kan via een pgb, een vpt of een mpt. Er kan ook met terugwerkende kracht een Wlz-indicatie worden afgegeven (Zorgkantoor, n.d.)
Betrokken stakeholders	Zie tabellen hieronder
Type behandeling	• Behandelaren aangesloten op indicatie van specialist ouderengeneeskunde • Voornamelijk fysiotherapeut en ergotherapeut • In mindere mate behandeling van logopedist en logopedist
Intensiteit behandeling	• Opstarten van de behandeling, vervolg in principe in de eerstelijns
Benodigd zorgklimaat	• Niet besproken met respondent
Eisen aan verblijf (interne voorzieningen, kamer)	• 'Welzijnsverhogende' omgeving • Verblijf waar personen hun eigen ruimte hebben, maar ook gezamenlijke voorzieningen worden aangeboden • Voldoende capaciteit vanwege bemanning • Plint/begane grond met welzijnsvoorzieningen • Eenpersoonskamers met sanitair • Kamers voor kortdurend verblijf mogen kleiner zijn dan kamers voor langdurig verblijf
Eisen aan locatie	• Vanwege capaciteit zorgpersoneel en welzijnsactiviteiten combinatie met langdurige zorg, woningen voor zorgbehoevenden die zelfstandig willen wonen • Centrale locatie in de wijk vanwege wijkfunctie
Eisen aan externe voorzieningen	• Voorzieningen in de buurt/op locatie zoals apotheek, huisarts, bloedprikpost, Pieter's Behandelpraktijk, GGZ, polikliniek
Huidige combinatie zorgvorm op zorglocatie	• Welzijnsvoorzieningen op de begane grond • Langdurige zorg
Combinatie vormen van kortdurend verblijf	• 'Ik denk dat heel veel bij elkaar kunnen' • Crisisopvang en screeningsafdeling passen goed bij elkaar • Respijtzorg gaat vooral over welzijn en moet in een 'leuke' omgeving • Zorghotel creëren is een optie waar een sterke focus is op training & herstel • Creëert duidelijk onderscheid met langdurige zorg
Combinatie van langdurig en kortdurend verblijf	• Combinatie met langdurige zorg of zelfstandig wonende ouderen voor welzijnsvoorzieningen, vanwege het sociale aspect en benodigde capaciteit
Toekomstvisie	• Verpleeghuis wordt meer toegankelijk voor de wijk, voor welzijn en behandeling, en is een centraal punt waar vanuit zorg wordt verleend in de wijk (middels domotica)

Zorgverleners/ Zorgvorm	Wlz crisisopvang
Arts Verstandelijk Gehandicapten	Niet betrokken
Basisarts	Betrokken
Casemanager	Betrokken indien cliënt dementie heeft
CIZ	Betrokken voor de aanvraag
Gastvrouw	Aanwezig op locatie, maar gefinancierd vanuit langdurige zorg
Geestelijk Verzorgende	Niet ter sprake gekomen, waarschijnlijk niet betrokken omdat psycholoog betrokken is
Gemeente	Niet ter sprake gekomen, financiering komt echter niet vanuit de gemeente
HBO verpleegkundige	Betrokken, soms vanuit ambulant team omdat er te weinig HBO verpleegkundigen zijn voor op elke locatie of omdat de locatie niet groot genoeg is. Een verpleegkundige aanwezig op een locatie is wel gewenst
HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken

Helpende (MBO niveau 2)	Niet ter sprake gekomen
Huisarts gelieerd aan zorglocatie	Niet betrokken, dat is de specialist ouderengeneeskunde
Huisarts van patiënt	Blijft huisarts van de patiënt, betrokken bij instroom
Maatschappelijk werkende	Niet ter sprake gekomen, maar is waarschijnlijk niet betrokken omdat een psycholoog is betrokken
Mantelzorger(s)	Betrokken, is 'belangrijk'
MBO Verpleegkundige (niveau 4)	Betrokken, niet altijd zowel niveau 3 als niveau 4 aanwezig op een locatie, maar dat is wel gewenst
Pieter's Behandelpraktijk	Behandelaren van Peter's Behandelpraktijk zijn betrokken bij Wlz crisisopvang
Psychiater	Niet betrokken
Revalidatiearts	Niet betrokken
Specialist Ouderengeneeskunde	Betrokken, is regievoerder en onderdeel van het kernteam
Specialist Ouderengeneeskunde met kennis van palliatieve zorg	Niet betrokken
Thuiszorg (ook wijkverpleegkundige)	Betrokken bij instroom, zoals een wijkverpleegkundige. Niet alle personen met een zorgvraag ontvangen thuiszorg voorafgaand aan opname
Transferverpleegkundige	Niet ter sprake gekomen
Verpleegkundige: niet gedefinieerd	Betrokken als onderdeel van een ambulant team (i.v.m. te kleine locatie)
Verpleegkundig specialist	Betrokken, heeft ongeveer dezelfde functie als een basisarts
Verzorgende niet gedefinieerd	Betrokken, is de 'ogen en oren' van de behandelaar want is veel aanwezig en heeft een observerende functie. Moet vertrouwen creëren bij de personen met een zorgvraag
Verzorgende IG (MBO niveau 3)	Niet ter sprake gekomen, maar is wellicht een niet ge
VPTZ Vrijwilliger	Niet betrokken
Vrijwilliger	Betrokken
Welzijnsmedewerker	Betrokken, maar gefinancierd via langdurige zorg
Zorgbemiddelingsbureau	Betrokken bij instroom
Zorgcoördinator	Op locatie de specialist ouderengeneeskunde
Zorghulp	Niet betrokken
Zorgkantoor	Betrokken rondom financiering

Behandelaren/ Zorgvorm	Wlz crisisopvang
Diëtist	In mindere mate betrokken, persoon met zorgvraag wordt vooral gevraagd naar wat hij of zij lekker vindt om te eten
Ergotherapeut	Betrokken, onderdeel van het kernteam
Fysiotherapeut	Betrokken, onderdeel van het kernteam
Logopedist	In mindere mate betrokken
Psycholoog	Betrokken en onderdeel van kernteam. Doet testen, onderzoekt eventuele cognitieve problemen, helpt het team met benaderingswijzen.

Focus groep protocol

Inhoudsopgave

1. *Doel van de bijeenkomst*
2. *Deelnemers*
3. *Type vragen*
4. *Programma sessie 1*
5. *Programma sessie 2*
6. *Presentatiemiddelen*
7. *Rol van de moderator*
8. *Data analyse*

1. Doel van de bijeenkomst

Volgens Bryman (2016) is de focusgroep een methode waarbij een bepaald onderwerp wordt besproken tijdens een groepsinteractie.

Er zijn meerdere doelen bij het organiseren van de focusgroepen. Allereerst wordt het gebruikt om de resultaten uit deelvraag 1 en 2 te delen en te bespreken. Dit zorgt voor een grotere validiteit van de conclusies van de onderzoeker. Volgens Kumar (2011) kunnen respondenten het beste aangeven of de onderzoeksresultaten hun overtuigingen en meningen het beste vertegenwoordigen. Als de respondenten de conclusies van de onderzoeker bevestigen, dan vergroot dat de waarde van het onderzoek.

Ten tweede wordt er aan de hand van deelvraag 1 en 2 een concept ontwikkeld die invloed heeft op hoe zorg wordt geleverd en hoe vastgoed moet worden georganiseerd. Het doel is om te bespreken welke knelpunten de respondenten ervaren ten aanzien van dit concept. Groepsinteractie kan enerzijds zorgen voor het verminderen of elimineren van deze knelpunten, anderzijds kan het identificeren van knelpunten een aanzet zijn tot een implementatieplan voor dit concept.

2. Deelnemers

Alle respondenten van de interviews worden uitgenodigd voor de focusgroep bijeenkomsten. Op één persoon met een functie binnen een gemeente hebben alle respondenten een manager positie en kunnen feedback geven over de conclusies die zijn getrokken op basis van hun input. Er worden drie nieuwe deelnemers uitgenodigd: de manager van een eerstelijns behandelpraktijk voor ouderen, de manager van een ontmoetingscentrum en een huisarts. Zij worden uitgenodigd omdat de resultaten uitwijzen dat deze diensten een rol kunnen spelen bij de integratie van kortdurende zorg. Naast deze deelnemers is de bestuurder van de organisatie en de vastgoedmanager uitgenodigd.

Deze selectie leidt tot 16 respondenten, exclusief de onderzoeker. Omdat het doel is om discussies te laten ontstaan tussen de deelnemers, moet de groep niet te groot zijn zodat iedereen aan het woord kan zijn. Daarom wordt er een limiet van 8 personen per bijeenkomst gesteld. Een tweede reden is dat met meer dan 8 mensen het transcriberen van de audio moeilijk wordt.

Minder dan 4 deelnemers is niet gewenst omdat de groep dan te klein is. Daarom wordt in de uitnodigingsmail gevraagd of de deelnemers een vervanger kunnen aanwijzen indien zij zelf niet aanwezig kunnen zijn.

Niet alle deelnemers konden bij de sessies aanwezig zijn: redenen die genoemd waren zijn geen tijd of niet langer werkzaam bij de organisatie.

3. Type vragen

Volgens Krueger (1998a) zijn er twee methoden waarop vragen gesteld kunnen worden: aan de hand van een lijst met onderwerpen, of aan de hand van een lijst met vragen. De eerste is minder gestructureerd en vragen kunnen verschillen tussen de verschillende bijeenkomsten. De tweede methode is meer gestructureerd, en afwijkingen komen minder voor. Omdat er al een aantal barrières geïdentificeerd zijn, zal de tweede methode aangehouden worden.

Er kunnen verschillende typen vragen gebruikt kunnen worden in een focusgroep Krueger (1998a):

- Openingsvragen: simpele vragen om de respondenten te laten wennen aan het onderwerp
- Introductievragen: om de discussie mee te starten
- Transitievragen: overgangsvragen naar de kernvragen
- Kernvragen: doel is om met deze vragen inzicht te krijgen in de onderwerpen van het onderzoek
- Afsluitende vragen: helpt de onderzoeker bepalen welke elementen zwaarder wegen dan andere, en sluiten de discussie af.

Na de presentatie van de resultaten zal er in de groep een aantal introductievragen worden gesteld, waarna de respondenten aan de slag moeten met de flipovers om kernvragen te beantwoorden.

4. Programma sessie 1

15 minuten: Inloop

20 minuten: Welkomstwoord, uitleg doel bijeenkomst, uitleg regels, toelichting resultaten

10 minuten: Stand van zaken (aantal stellingen)

30 minuten: Feedback op concept centrum voor kortdurende zorg

10 minuten: Pauze

20 minuten: Bespreken perspectief cliënten en zorgverleners

20 minuten: Actieplan

10 minuten: Laatste woord

Elementen van de introductie:

- Doel bijeenkomst is terugkoppeling van de resultaten incl. discussie & knelpunten identificeren en bespreken in de groep
- Programma is als volgt ... pauze is
- Deze bijeenkomst wordt opgenomen via audio
- Er worden geen namen genoemd in het rapport
- Rol als moderator is om de discussie te leiden
- Beperkte tijd, dus soms ingrijpen in de discussie om genoeg tijd over te houden voor alle vragen
- Voel je vrij om met elkaar te praten, alles mag gezegd worden
- Je hoeft het niet eens te zijn met anderen
- Vanwege de audio opname niet door elkaar praten

Stand van zaken (stellingen):

- Kortdurende zorg wordt steeds belangrijker voor organisatie

- In mijn dagelijks werk loop ik tegen de schotten aan
- Locatiekeuzes omtrent kortdurende zorg zijn bepaald aan de hand van de situatie op dat moment, en niet op basis van een toekomstvisie

Vastgoedconcept:

- Ca. 12 voordelen waar de respondenten aangeven of ze het eens of oneens zijn met de voordelen.
- De respondenten leggen het uit en geven aan of het een interessant punt is en wat de aandachtspunten zijn

Perspectief cliënten en zorgverleners:

- Voor een persoon met zorgvraag wordt de volgende benamingen gebruikt: cliënt, patiënt, bewoner, gast, revalidant
- Cliënten met verschillende indicaties bij elkaar plaatsen leidt tot de eis voor dezelfde behandeling als de 'buurman'
- Een mix van cliënten met verschillende indicaties maakt het te ingewikkeld voor behandelaren om iedereen de toegestane zorg te geven
- Werken in de kortdurende zorg vergt een hele andere mindset dan voor de langdurige zorg, dus moet je niet voor beide werken

Actieplan:

- Door middel van een 'force field analysis' worden respondenten gevraagd een aantal stuwende krachten te inventariseren die de beperkende krachten moeten tegengaan.

5. Programma sessie 2

** De tweede sessie is anders n.a.v. het aantal deelnemers in de eerste sessie t.o.v. de tweede sessie, en omdat er al redelijk veel input was gegeven op deelvragen 1 en 2 en nog niet op 3.*

15 minuten:	Inloop
20 minuten:	Korte introductie, doel bijeenkomst, presentatie van de resultaten
10 minuten:	Introductiestelling
45 minuten:	Bespreken 3 barrières met terugkoppeling
Korte pauze	
40 minuten:	Bespreken mogelijke oplossingen met terugkoppeling
5 minuten:	Laatste woord

Elementen van de introductie:

- Doel bijeenkomst is terugkoppeling van de resultaten incl. discussie & knelpunten identificeren en bespreken in de groep
- Programma is als volgt ... pauze is
- Deze bijeenkomst wordt opgenomen via audio
- Er worden geen namen genoemd in het rapport
- Rol als moderator is om de discussie te leiden
- Beperkte tijd, dus soms ingrijpen in de discussie om genoeg tijd over te houden voor alle vragen
- Voel je vrij om met elkaar te praten, alles mag gezegd worden

- Je hoeft het niet eens te zijn met anderen
- Vanwege de audio opname niet door elkaar praten

Flipovers:

Groep wordt in 2 verdeeld, max. 5 mensen per groep

2x flipover met 3 barrières en kolom 'redenen' → tot in detail bespreken; ca. 10 minuten per barrière en ca. 10 minuten terugkoppeling in de groep

2x flipover met 3 bar en kolom 'oplossingen' → tot in detail bespreken; ca. 10 minuten per barrière en ca. 10 minuten terugkoppeling in de groep

Thema's 6 barrières:

Gebouw barrière

Macro barrière: wetgeving of financiering

Gedrag/mindset cliënt

Gedrag/mindset zorgprofessional

Visie van de organisatie op kortdurende zorg

Barrières groep 1:

Gebouw | De huidige gebouwen van **organisatie** sluiten niet optimaal aan op de behoeftes van kortdurende zorg (o.a. uitstraling, type ruimtes voor cliënten en medewerkers)

Macro | Cliëntgerichte kortdurende zorg is niet mogelijk want... de financiering is bepaald aan de hand van wat de gemiddelde persoon nodig heeft in een bepaalde doelgroep, en niet op basis van wat een individu specifiek nodig heeft.

Gedrag zorgprofessional | Integreren van kortdurende zorg is niet mogelijk want... Een mix van cliënten met verschillende indicaties maakt het te ingewikkeld voor behandelaren om iedereen de toegestane zorg te geven.

Barrières groep 2:

Gebouw | In de expertisecentra zijn alle benodigde disciplines voor kortdurende zorg aanwezig, maar de locaties zijn te duur of om een andere reden niet geschikt om alle typen kortdurende zorg in te huisvesten

Gedrag cliënt | Integreren van kortdurende zorg is niet mogelijk want... cliënten die met verschillende indicaties bij elkaar geplaatst worden, gaan dezelfde behandeling eisen die hun 'buurman' met een andere indicatie ontvangt terwijl dat financieel niet mogelijk is.

Visie van de organisatie op kortdurende zorg | Kortdurende zorg wordt nu grotendeels vergelijkbaar ingericht als de langdurige zorg, en niet aan de hand van de manieren van de divisie Thuis (thuiszorg, eerstelijnszorg).

6. Middelen

Powerpoint presentatie voor de introductie en toelichting van de resultaten via een beamer. Eén of meerdere flip-overs waar de respondenten hun conclusies op kunnen schrijven na een groepsdiscussie. Twee mobiele telefoons worden gebruikt om audio op te nemen.

7. Rol van de moderator

De moderator doet de toelichting van het programma en introduceert de vragen. Tijdens de focusgroep maakt de moderator geen onderdeel uit van de discussie, alleen om het gesprek in de juiste richting te sturen of om een vervolgvraag te stellen. Indien bepaalde respondenten overheersend zijn in het gesprek, zal de moderator proberen om iedereen aan het woord te krijgen.

Vanwege de beschikbare tijd wordt de bijeenkomst gestuurd door de moderator en niet door de groep. Discussies worden aan de hand van vooraf bepaalde stellingen besproken. De houding die de moderator aanneemt, wisselt tussen onderzoeker en uitdager. Dit laatste omdat het participeren in focusgroepen geen dagelijkse kost is voor de respondenten, misschien extra gestimuleerd moeten worden voor een geslaagde groepsinteractie.

8. Data analyse

Vanwege de beperkte tijd die beschikbaar is voor het verwerken van de bijeenkomsten, zal er een analyse op basis van de audio opnames plaatsvinden. Er wordt een summier transcript geschreven met opmerkingen over de besproken onderwerpen. Belangrijke of opmerkelijke quotes worden uitgeschreven. Ook worden de belangrijkste zaken van de sessies kort samengevat.

Bronvermelding

Bryman, A. (2016). *Social research methods*. New York: Oxford University Press.

Krueger, R.A. (1998a). *Developing Questions for Focus Groups – Focus Group Kit 3*. UK: Sage Publishing Inc.

Krueger, R.A. (1998b). *Moderating Focus Groups – Focus Group 4*. UK: Sage Publishing Inc.

Krueger, R.A. (1998c). *Analyzing & Reporting Focus Group Results – Focus Group 6*. UK: Sage Publishing Inc.

Kumar, R. (2011). *Research methodology – a step-by-step guide for beginners*. London: SAGE Publication Ltd. Retrieved from

http://www.sociology.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/06/Ranjit_Kumar-Research_Methodology_A_Step-by-Step_G.pdf

Betrokken stakeholders volgens de respondenten van de interviews aangevuld met andere data

					EERSTELIJS- VERBLIJF LAAG COMPLEX	EERSTELIJS- VERBLIJF HOOG COMPLEX	EERSTELIJS- VERBLIJF PALLIATIEF	RESPIJT- ZORG	GERIATRISCHE REVALIDATIE	WLZ CRISIS- OPVANG
Arts Verstandelijk Gehandicapten	3	1	2	0	Ingeschakeld via GGZ	Vanuit beleid wordt er over gesproken	Vanuit beleid wordt er over gesproken			
Basisarts	2	0	1	3						
Casemanager	0	6	0	0						
CIZ	3	3	0	0		Doorstroom; eigenlijk niet de bedoeling				
Diëtist	0	0	4	2						
Ergotherapeut	0	0	3	3						
Fysiotherapeut	0	0	2	4						
Gastvrouw	3	0	1	2						Op locatie, niet zorgspecifiek
Geestelijk Verzorgende	5	0	0	1						
Gemeente (Wmo)	5	1	0	0						
HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	5	0	0	1						
HBO verpleegkundige	3	0	1	2	Als coördinator	Niveau 4 of 5 ingezet				
Helpende (MBO niveau 2)	5	0	0	1						
Huisarts gelieerd aan zorglocatie/zorg- instelling	4	0	2	0						
Huisarts van persoon met zorgvraag	1	4	0	1	Wordt zo min mogelijk betrokken, wel geïnformeerd		Bij instroom en overdracht naar SO	Niet actief als zorgverlener tijdens verblijf	Alleen voor instroom en overdracht	

						EERSTELIJS- VERBLIJF LAAG COMPLEX	EERSTELIJS- VERBLIJF HOOG COMPLEX	EERSTELIJS- VERBLIJF PALLIATIEF	RESPIJT- ZORG	GERIATRISCHE REVALIDATIE	WLZ CRISIS- OPVANG
Logopedist	1	0	3	2							
Maatschappelijk werkers	5	0	0	1							
Mantelzorg	0	3	0	3		Wordt ontlast vaak, komt op bezoek	Wordt ontlast vaak, komt op bezoek	Veel aanwezig	Mantelzorg- vraag	Het liefst betrekken bij revalidatie	
MBO Verpleegkundige (niveau 4)	1	0	2	3			Niveau 4 of 5 ingezet		Vanuit thuiszorg		
Pieter's Behandelpraktijk	3	0	2	1		Behandelaren komen vanuit PBP			Specialistisc h team	Behandelaren werken vaak ook bij Pieter's Behandel Praktijk	
Psychiater	5	0	1	0							
Psycholoog	1	0	1	4							
Revalidatiearts	5	0	0	1							
Specialist Ouderengenees- kunde	3	0	0	3							
Specialist Ouderengenees- kunde met kennis van palliatieve zorg	5	0	0	1							
Specialist in ziekenhuis	5	1	0	0						Ontslaat patiënt uit ziekenhuis en indiceert voor GRZ	
Thuiszorg (incl. wijkverpleegkundi- ge)	0	5	0	1		Inregelen vervolg zorg	Inregelen vervolg zorg	Betrokken voor opname op de palliatieve afdeling		Thuis situatie: instroom en uitstroom	

					EERSTELIJS- VERBLIJF LAAG COMPLEX	EERSTELIJS- VERBLIJF HOOG COMPLEX	EERSTELIJS- VERBLIJF PALLIATIEF	RESPIJT- ZORG	GERIATRISCHE REVALIDATIE	WLZ CRISIS- OPVANG
Transfervernpleeg- kundige (ziekenhuis)	1	5	0	0			<i>Instroom</i>			
Verpleegkundige: niveau niet gedefinieerd	2	0	0	4						
Verpleegkundig specialist	4	0	0	2						
Verzorgende: niet gedefinieerd	0	0	0	6						
Verzorgende IG	0	0	4	2						
VPTZ vrijwilliger	5	0	0	1						
Vrijwilliger	4	0	0	2						
Weelzijnsmedewer- ker	1	3	1	1	Door combinatie met Wlz kunnen ze meedoen aan de activiteiten	Waarschijnlijk kunnen ze meedoen met de Wlz- gefinancierde activiteiten		Alleen als verwijzer vanuit een ontmoetings- centrum		
Zorgbestedings- bureau	2	4	0	0	Instroom en uitstroom	Instroom en uitstroom				
Zorgcoördinator (op locatie)	0	0	0	6	HBO verpleegkundig e		HBO verpleeg- kundige	HBO verpleeg- kundige	Contact-verpleeg- kundige of contact- verzorgende	
Zorghulp (MBO niveau 1)	5	0	0	1						
Zorgkantoor	2	4	0	0	Controle van verzekerders	Controle van zorg- verzekerders			Controle van zorgverzekerders	
Totaal:	105	33	31	65						

Legenda:

Geel: geen betrokken zorgverlener of behandelaar bij respectievelijke zorgvorm

Groen: Contact mee voor en/of na het verblijf, maar geen actieve rol gedurende de opname

Lichtblauw: Zorgverlener of behandelaar kan betrokken zijn bij de respectievelijke zorgvorm, afhankelijk van de specifieke zorgvraag van de persoon in kwestie.

Blauw: Zorgverlener of behandelaar is wel betrokken bij de respectievelijke zorgvorm

Bijlage J

	STAKEHOLDER	GEEL	GROEN	BLAUW 2X	TOTAAL
Kernstakeholder	Diëtist	0	0	6	6
Kernstakeholder	Ergotherapeut	0	0	6	6
Kernstakeholder	Fysiotherapeut	0	0	6	6
Kernstakeholder	Logopedist	1	0	5	6
Kernstakeholder	MBO Verpleegkundige (niveau 4)	1	0	5	6
Kernstakeholder	Psycholoog	1	0	5	6
Kernstakeholder	Verzorgende: niet gedefinieerd	0	0	6	6
Kernstakeholder	Verzorgende IG	0	0	6	6
Kernstakeholder	Zorgcoördinator (op locatie)	0	0	6	6
Perifere stakeholder	Gastvrouw	3	0	3	6
Perifere stakeholder	HBO verpleegkundige	3	0	3	6
Perifere stakeholder	Pieter's Behandelpraktijk	3	0	3	6
Perifere stakeholder	Specialist Ouderengenees-kunde	3	0	3	6
Perifere stakeholder	Basisarts	2	0	4	6
Incidentele stakeholder	Verpleegkundige: niveau niet gedefinieerd	2	0	4	6
Betrokken bij in/uitstroom	Casemanager	0	6	0	6
Betrokken bij in/uitstroom	Transferverpleeg-kundige (ziekenhuis)	1	5	0	6
Betrokken bij in/uitstroom	Thuiszorg (incl. wijkverpleegkundige)	0	5	1	6
Betrokken bij in/uitstroom	Zorgkantoor	2	4	0	6
Incidentele stakeholder	Huisarts van persoon met zorgvraag	1	4	1	6
Incidentele stakeholder	Zorgbemiddelingsbureau	2	4	0	6
Incidentele stakeholder	Mantelzorger	0	3	3	6
Incidentele stakeholder	Welzijnsmedewerker	1	3	2	6
Incidentele stakeholder	Arts Verstandelijk Gehandicapten	3	1	2	6
Incidentele stakeholder	CIZ	3	3	0	6
Incidentele stakeholder	Geestelijk Verzorgende	5	0	1	6
Incidentele stakeholder	Gemeente (Wmo)	5	1	0	6
Incidentele stakeholder	HBO verpleegkundige met kennis van palliatieve zorg	5	0	1	6
Incidentele stakeholder	Helpende (MBO niveau 2)	5	0	1	6
Incidentele stakeholder	Huisarts gelieerd aan zorglocatie/zorg-instelling	4	0	2	6
Incidentele stakeholder	Maatschappelijk werkenden	5	0	1	6
Incidentele stakeholder	Psychiater	5	0	1	6
Incidentele stakeholder	Revalidatiearts	5	0	1	6
Incidentele stakeholder	Specialist Ouderengenees-kunde met kennis van palliatieve zorg	5	0	1	6
Incidentele stakeholder	Specialist in ziekenhuis	5	1	0	6
Incidentele stakeholder	Verpleegkundig specialist	4	0	2	6
Incidentele stakeholder	VPTZ vrijwilliger	5	0	1	6
Incidentele stakeholder	Vrijwilliger	4	0	2	6
Incidentele stakeholder	Zorghulp (MBO niveau 1)	5	0	1	6
	Totaal:	99	40	135	39

Bijlage K

	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
	Intm. care low complex*					Intm. care high complex					Intm. care palliative				
Intermediate care low complex*						1	0	0	1	1	0	0	1	0	0
Intermediate care high complex	1	0	0	1	1						1	0	0	0	0
Intermediate care palliative	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0					
Respite care*	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Geriatric rehabilitation*	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Wlz crisis care*	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0

	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
	Respite care*					Geriatric rehabilitation*					Wlz crisis care*				
Intermediate care low complex*	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Intermediate care high complex	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Intermediate care palliative	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Respite care*						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Geriatric rehabilitation*	0	0	0	0	0						1	0	0	0	1
Wlz crisis care*	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1					

Compatibility of healthcare professionals	A	1: 15 compatibilities or more 0: Less than 15 compatibilities
Complexity of care	B	1: compatible on complexity & expertise of care 0: not compatible
Intensity of treatment	C	1: compatible on intensity of treatment 0: not compatible
Care environment	D	1: compatible on care environment 0: not compatible
Characteristics of clients	E	1: client groups can be mixed 0: client groups cannot be mixed
*		Involvement of primary care treatment centre for elderly
	2-3 out of 5 compatibilities	
	4-5 out of 5 compatibilities	

MACRO BARRIERS TOWARDS INTEGRATED PATIENT CENTRED CARE

BARRIER	EXPLANATION
Funding: financing system	• There is a difference in payment if a practitioner works in the primary care sector, or for short term care (F-7) • Getting the appropriate financing for new ideas takes over five years to develop (F-7) • Insurers are in competition with each other, and have limited knowledge of data from other insurers. They do not determine what is exactly needed in a region, but determine this on a national scale (F-9) • All types of short term care have different financial flows, which increases the differences between them (F-10) • Respite care financing depends on whether one lives within the same municipality or not, and under which type of law it is covered. This amounts to five options that result in the same care (F-12) • There is no difference between a hospice and intermediate care palliative, except financially (Health insurance act and Long term care Act) (F-11)
Funding: budget	• Financial feasibility is seen as an element that restricts new plans (F-2) • There is one budget for intermediate care and geriatric rehabilitation, so these types are financially substitutable. However, some insurers divide the budget (F-9)
Funding: payment type	• There is no component for inter-organisational collaboration. For optimal care, more collaboration is required, but there is no money to do so (F-1) • The financial model of intermediate care does take into consideration that the geriatrician and practitioners spend a considerable amount of time travelling, while this is the case for practitioners for primary care (F-8) • The amount of treatment given per week is based on what's financed, not on what the client really needs (F-7, F-10) • Intermediate care high complex caters to a very diverse group of clients, so instead of a single, fixed amount of money per day, a 'DBC' ('diagnosis treatment combination') would be better and more focused on the client's needs (F-7) • Differences between types of short term care are mostly based on the intensity of treatment that is required (F-10) • At the start of offering respite care, a lump sum payment was made in order to cut down on the administrative burden. Currently, that is changing into regular financing again because it is difficult to achieve lasting change (F-12) • A good explanation is lacking about why there is a large difference in financing between intermediate care high complex and palliative (F-11) • The payment for intermediate palliative does not consider costs for family related issues, so income is lost in order to create a room for family (F-11)
Regulative: government policy	• Because the policy is to provide care at home, short term care should integrate with home care (F-8) • Politicians want to introduce a part time nursing home, but according to healthcare professionals this exists in the shape of respite care, exhibiting that politicians also are not fully aware of the current possibilities (F-12)
Regulative: legal frameworks	• People end up on the wrong bed because triage is difficult due to the limited differences between intermediate care and geriatric rehabilitation (F-8) • Legally, there are different types of care established, mostly based on target groups. However, many people have multi morbidity and do not fit into one of those groups which makes it hard to put people into one of those types (F-8) • While the goal is to put people on the right bed, some routes are impossible to take, for example from geriatric rehabilitation to intermediate care (F-6) • Changing legal frameworks may force people to change practitioners, whether or not they wish to do so (F-7)

	• The difference between intermediate care low and high complex does not fit the reality of the diversity of elderly patients (F-7) • In contrast to all other forms of short term care, and also long term care, respite care does not require a lot of administrative work, which makes respite care jobs very attractive (F-12) • The difference between screening and crisis is that for screening, the diagnose needs to be determined within three months, while for crisis the diagnose needs to be determined within five days (F-11)
Regulative: policy of insurers	• There are minimum requirements for geriatric rehabilitation, which requires a concentration of care (F-9) • Each region has one insurer that is in the lead ('zorgkantoor'), but the policies differ between regions, which result in a lack of uniformity (F-7) • Insurers look at whether there is enough care provided within a region, and do not take into consideration whether there is care available close to someone's home (F-6) • Due to privacy issues, clients cannot be earmarked as they go through the healthcare system, which makes it hard to proof that interventions in one place save money because care elsewhere is prevented. This makes innovations in the healthcare chain very difficult because ideas cannot be proved beforehand to the insurers (F-9)
Historical developments	• Every time a new product is launched, everyone is scrambling to find the optimal way to work. Organisations do not try to sort this out before the product is instated, leading to suboptimal work processes (F-8) • People's thoughts are based on what they know, so that's partly the reason why people consider intermediate care and geriatric rehabilitation to be similar (F-8)

MESO BARRIERS TOWARDS INTEGRATED PATIENT CENTRED CARE

BARRIER	EXPLANATION
Organisational: competition	- Care providers are not allowed to make agreements with other care providers to ensure competitiveness, but that also means that this creates uncertainty for clients as well (F-6) - The care provider that is studied is a monopolist in the region, which limits the entrepreneurial spirit (F-7)
Organisational: structure	The care provider that is studied consists of two divisions, one for long term care and one that is called 'Home'. Short term care has elements from both divisions (F-6)
Organisational: Organisational policy	Although in theory there is no limit to the amount of times someone can return on a respite care ward, the organisation has created a policy which states that there should be approx. three weeks between admissions, in order to keep it a temporary solution (F-12)
Organisational: Historical developments	- The choice to introduce intermediate care is based on the services already on offer (F-6), not on the profitability for example - The choice of where to introduce intermediate care depended on the wishes of the previous board members (F-7) - The amount of beds for certain types of short term care is based on historical developments. Negotiations with insurers who require proof are needed to achieve the right supply for the current demand (F-6) - The choice to increase or decrease the number of beds on a certain location is based on how much beds there already were and how much space there is on that location (F-10)
Organisational: culture	- Practitioners and geriatricians are trained to treat clients based on what they need instead of what is financially possible (F-8). This 'problem' is increased when clients with different indications are mixed together, because the healthcare professionals might treat everyone to the extent to which the most intensive client is treated (F-10) - There is a difference between the nursing home culture and the hospital culture, which is visible on the geriatric rehabilitations units. Although the same policy is encouraged, clients in the hospital unit make limited use of shared facilities, which is much more common in the nursing home unit (F-14).
Resources: Real estate	- Some locations are not suitable for highly complex care, because the rooms and bathrooms are not big enough for the required equipment (F-9, F-10, F-12) - Some locations are permitted to admit people forcibly (under the 'BOPZ' act), while other locations do not have this permission. These locations have closed wards. Therefore, not all people can be admitted everywhere (F-9, F-7) - Some locations are nursing homes, others are care homes. Due to the difference in expertise, nursing home beds are more expensive than care home beds (F-10, F-9) - Location decisions are based in the context of the supply of other healthcare providers (F-14) - Some types of short term care are provided at a certain location because there was vacancy at that location (F-12) - Some locations physically restrict the type of treatment that can be done (F-2) - Some locations restrict contact between healthcare professionals because of a lack of shared spaces like a canteen where people can meet each other (F-2) - Some rooms physically restrict families from staying over, because there is not enough room for them to sleep (F-14)

Resources: information	• A lack of communication between different healthcare providers can lead to wrong expectations from clients (F-10) • Sometimes, general practitioners provide incorrect information which results in people receiving the wrong indication and care (F-10)
Resources: workforce	• Small volumes of a certain type of short term care lead to a lack of professionals who can work there exclusively, which limits creating expertise: 'the smaller the volume, the worse it gets' (F-10, F-13) • Whether or not certain types of care can be provided depends on the availability of certain healthcare professionals. Due to a shortage of skilled personnel, some professionals are hard to come by (F-12, F-7). • Sometimes, a small volume of clients means that it is not financially feasible to provide a certain type of care (e.g. too few clients to finance two nurses for the night shift) (F-12) • Multiple locations mean more travel time, which is subtracted from the amount of treatment/care one is entitled to get (F-7)
Resources: time	• Creating a new product or innovation takes a lot of time (F-7)
Healthcare professionals: collaboration	• Collaboration can be difficult due to limited financial budgets (Linda)

MICRO BARRIERS TOWARDS INTEGRATED PATIENT CENTRED CARE

BARRIER	EXPLANATION
Healthcare professionals: competences	- What healthcare professionals are allowed to do depends on their education, which is related to their job description and their legally assigned responsibilities (e.g. a geriatrician is medically responsible for a client, while a nursing assistant is not) (F-8, F-14) - There has not been any research into which competences healthcare professionals need for short term care (F-8), so short term care might not be provided by the right people. - According to some respondents, the required competences and expertise differs for long term care and short term care (F-14) - Extra competences can be required for short term care, such as being able to arrange everything that is needed (F-10) - Expertise of professionals is strongly linked to real estate, as some locations are deemed as expertise centres while others provide more regular care (F-6) - Due to the new government policy, the elderly that are currently admitted to a nursing home or to a short term care department have a very different demand for care than a couple of years ago. This requires new competences from healthcare professionals (F-7) - Special competences for palliative care are required, not everyone can or wants to provide this type of care (F-11)
Healthcare professionals: behaviour	- People with a need for care are called patients, clients, residents, rehabilitants and guests respectively based on their need for care and to set the right expectation (F-7, F-6, F-12, F-11, F-10) - There is some resistance of working on another ward on an incidental basis, because professionals lack knowledge of the clients (F-12) - Healthcare professionals working in short term care need to be able to handle the dynamic character: there is a lot of turn over (F-11)
Healthcare professionals: mindset	- The mindset that professionals need to adopt for long term care is completely different than the mindset needed for short term care (F-8, F-6). Those mindsets need to be trained (F-12) - The required mindset of healthcare professionals of short term care and respite care is quite similar, but it differs because respite care is also about creating a holiday feeling (F-12)
Healthcare professionals: teamwork	- Spatial proximity of types of short term care can increase inter and intra professional collaboration (F-8, F-2) - Large locations with multiple healthcare professionals with the same background do not mix well as like attracts like, which is not beneficial for multidisciplinary teams (F-7) - If different healthcare professionals attend a client, this leads to less continuity of care than if a fixed team attend a client (F-11)
Healthcare professionals: perceived difference	- There are different interpretations between the required care for intermediate low complex and respite care. The care seems to be similar, but the situation is stable for respite care clients, while it is a new situation for intermediate care low complex clients (F-10) - The focus between hotel care and intermediate care low complex (on client) versus respite care (on caregiver) is different, so the care that is provided is also perceived as different (F-10) - Intermediate care high complex is seen as much less complex than geriatric rehabilitation, although reports and some respondents state otherwise (F-8)
Clients: characteristics	Clients have diverse physical and mental needs, and sometimes differ a lot from each other, even within one type of short term care (F-13, F-8, F-6)

	• There appears to be a group that does not fit in any of the types of short term care, but also cannot go home and are not allowed to go to a nursing home (F-6) • Sometimes, clients have physical and psychiatric needs, but the mental healthcare sector is barely involved in geriatric care (F-7)
Clients: behaviour	• Most people do not want anything to do which is associated with a nursing home (F-2, F-14) • When combining short term care, clients may demand that they get the same amount of treatment as a neighbour who has a different indication (F-14) • Short term care wards within a long term care facility elicit the idea with clients that they can stay there (F-14, F-10) • Clients with the same indication group together for social activities (F-10) • From experience it appears that if people stay longer than three weeks at respite care, they start to hospitalise and impose rules on other guests because clients do not consider it temporary anymore (F-12)
Clients: behaviour of relatives	• Relatives/caregivers are preferably part of the recovery/rehabilitation process of the client, but sometimes they are overburdened or are in crisis themselves, which means that they cannot give a lot of support (F-14) • Sometimes, relatives/caregivers are not allowed to stay overnight, because many of them need care themselves, which is not financed (F-14) • Sometimes, relatives/caregivers refuse to pick up clients when they are healthy enough to go home or to another location, because they feel too overburdened or consider the proposed location not suitable (F-12, F-13)



Deze bijlage bevat vertrouwelijke informatie

Neem voor meer informatie contact op met:

Clarine van Oel
C.J.vanOel@tudelft.nl



Deze bijlage bevat vertrouwelijke informatie

Neem voor meer informatie contact op met:

Clarine van Oel
C.J.vanOel@tudelft.nl

