

Management Samenvatting



Opstasystemen



Het kunnen opstaan en weer gaan zitten is een heel belangrijke beweging voor de zelfstandigheid en mobiliteit van mensen. Zodra deze beweging niet meer zelfstandig uitgevoerd kan worden, ontstaan er allerlei problemen in het dagelijks leven. Simpele dingen als opstaan uit bed of naar het toilet gaan worden ineens dagelijks meermalen terugkerende knelpunten. Opstaan en gaan zitten zijn dan ook echte sleutelbewegingen: ze vormen meer dan eens de belangrijkste sleutel naar zelfredzaamheid.

Als cliënten niet meer zelfstandig op kunnen staan, worden ze daarmee afhankelijk van zorg. Hulpmiddelen of voorzieningen die deze beweging weer mogelijk maken zijn dus relevant. En als er desondanks hulp nodig is bij deze beweging kan de handeling snel te zwaar worden. Dan moeten er volgens de Praktijkrichtlijnen voor de zorg hulpmiddelen ingezet worden om overbelasting bij zorgverleners te voorkomen. Maar ook dan kan de zelfredzaamheid daarbij heel goed gestimuleerd worden, zelfs als er een tillift ingezet wordt. De opsta-beweging is dus enorm belangrijk voor zowel cliënten als zorgverleners.

Daar komt bij dat als cliënten weinig of niet bewegen hun functioneren snel achteruit gaat. Dat geldt ook als ze tijdelijk minder bewegen, omdat ze bijvoorbeeld ziek zijn. Dat wordt nogal eens te laat gesignaleerd. Dat komt ook omdat ouderen die problemen krijgen met opstaan, vaak eerst hun gedrag aanpassen. Daardoor valt het niet meteen op dat ze iets niet kunnen. Ze drinken bijvoorbeeld minder, zodat ze minder vaak op hoeven te staan om naar het toilet te gaan. Bij ouderen gaat hun functioneren dan heel snel achteruit, veel sneller dan bij jongeren. Als er niet tijdig ingegrepen wordt, kan het verlies aan kracht en coördinatie bovendien onomkeerbaar zijn. De achteruitgang blijft ook niet beperkt tot spieren. Er is ook een duidelijke invloed op andere vitale functies, zoals het slagvolume van het hart en de werking van de longen.

Opstasystemen kunnen helpen om deze kluwen van processen te voorkomen of weer terug te draaien. Er zijn zeer veel hulpmiddelen of voorzieningen die hierbij kunnen helpen: groot, klein, duur, goedkoop en ingewikkeld of uitermate simpel. Opstatoiletten, -stoelen, speciale looprekken, kleine steuntjes verbonden aan bed of muur: allemaal relevant mits ze op de juiste wijze geïndiceerd zijn. Zelfs met een actieve tillift kan het weer zelf opstaan en gaan zitten getraind worden. Daarnaast kan ook met een simpele aanpassing als een iets verhoogde stoel bewerkstelligd worden dat iemand weer zelfstandig kan staan en gaan zitten. Het onderwerp van deze businesscase is daarmee dus zeer

breed en in feite onbegrensd. Dat neemt niet weg dat we op basis van onderzoeken onderzoek uitspraken kunnen doen over de kosten en baten van dit type voorzieningen.

Baten

Uit het kwantitatieve deel van de businesscase blijkt dat er zeker baten te verwachten zijn, al wisselen die sterk per setting en categorie cliënten en dan vooral met hun mate van zelfredzaamheid. Afhankelijk van de doelgroep, de mate waarin zij zorgafhankelijk zijn voor het opstaan en gaan zitten en de mate waarin deze voorzieningen ingezet worden is er in elk geval een invloed op verzuim van zorgverleners mogelijk. Vaak zien we bij het opstaan vanuit het bed of de (rol)stoel dat de cliënt op de zorgverlener hangt of steunt, waardoor er klachten aan het bewegingsapparaat kunnen ontstaan. Dit kan enerzijds het gevolg zijn van een onjuiste techniek van de zorgverlener. De zorgverlener staat bijvoorbeeld te dicht bij de cliënt, waardoor de cliënt als het ware uitgenodigd wordt om te gaan hangen. Anderzijds is het ook mogelijk dat de cliënt simpelweg onvoldoende in staat is om zelf op te kunnen staan. Opstasystemen kunnen dan de cliënt stimuleren om wel zelf op te staan en daarmee wordt tegelijkertijd fysieke overbelasting van zorgverleners voorkomen. Als de impact op de totale fysieke belasting voldoende groot is, zal er daarom een effect op verzuim kunnen ontstaan. Wel ontstaan veranderingen in verzuim veelal pas na een latentietijd van rond de anderhalf tot twee jaar. Dit aspect zal dan op de korte termijn nauwelijks meewegen in een kosten-batenanalyse, maar op de langere termijn wel.

Ook zou door meer de zelfredzaamheid van de cliënt de arbeidsproductiviteit van de zorgverleners kunnen toenemen. Zorgverleners hoeven dan, in het meest ideale geval, niet meer te assisteren bij het opstaan, hetgeen tijd scheelt. Om de invloed op de arbeidsproductiviteit te kunnen becijferen is het eerst noodzakelijk te weten voor welke mobiliteitsklasse dit type hulpmiddelen het meest geschikt is. Bij diverse grote landelijke studies, waarin de mobiliteit van de cliënten die in zorg zijn, kwantitatief in kaart is gebracht, is steeds gekozen voor een onderverdeling in drie of in vijf Mobiliteitsklassen, variërend van A ((vrijwel) volledig zelfredzaam tot en met E ((vrijwel) volledig passief). Veelal gaat het dan om de groep B en C: de groep die zich op het snijvlak van zelfstandigheid en afhankelijkheid bevindt. Naarmate een organisatie meer zorg verleent voor deze groepen cliënten, zal het potentiële effect van deze systemen groter zijn. Gemiddeld genomen is deze groep in verzorgingshuizen en thuiszorg vrij fors, terwijl deze in de verpleeghuizen weer wat kleiner is.

Om de arbeidsproductiviteit te kunnen vaststellen moeten we daarnaast weten bij welke handelingen er tijdswinst geboekt kan worden. Dit zal per hulpmiddel of voorziening wisselen. Een opstatoilet zal vanzelfsprekend alleen voor de toiletgang soulaas bieden, terwijl een verrijdbaar looprek juist meer universeel toepasbaar is en zodoende ook voor meerdere doeleinden inzetbaar zal zijn.

Daarnaast zijn er hulpmiddelen die een ander hulpmiddel kunnen vervangen en sneller werken dan dit oudere hulpmiddel. Zo blijkt het opsta-looprek bijvoorbeeld rond de 40 seconden per handeling sneller te werken dan de op dit moment veelal voor dit doel gebruikte actieve tilliften. Per etmaal gaat het dan veelal om meerdere transfers en zodoende loopt de bespaarde tijd ook op.

Tenslotte kan er ook tijdswinst mogelijk zijn omdat er één of meerdere transfers wegvallen: oftewel geëlimineerd worden uit het totale proces. Zo kan ditzelfde looprek bijvoorbeeld betekenen dat iemand niet meer vanuit stoel, naar rolstoel en van rolstoel naar toilet en vice versa wordt vervoerd, maar dat er een transfer is van stoel naar opstalooprek, die vervolgens over het toilet wordt gereden en weer terug. Dit kan de helft van de tijd besparen.

Kosten

We moeten deze potentiële tijdswinst en daarmee wellicht ook, afhankelijk van de keuzes, ook financiële besparing, uiteraard afzetten tegen de aanschafkosten van de voorzieningen en hulpmiddelen. De besparing wordt in financiële zin alleen bereikt door deze uren in financiële zin te vertalen of direct weer te investeren in kwaliteit van zorg. Dit kunt u overigens zelf variëren in de rekenmodules en is vanzelfsprekend afhankelijk van de zorginhoudelijke keuzes en de loonkosten van medewerkers.

Daarnaast zullen de kosten van de hulpmiddelen zeer sterk wisselen, maar we merken wel op dat het hier meestal niet om zeer dure voorzieningen gaat. Soms zijn het bijvoorbeeld kleine extra handvatten of extra steuntjes en soms wat grotere hulpmiddelen. Soms zijn er mogelijkheden om deze hulpmiddelen te financieren of te lenen voor een beperkte duur. Deze mogelijkheden wisselen per zorgbranche.

Thuiszorg

In de thuiszorg kan een deel van deze voorzieningen via de uitleen ingezet worden. Verrijdbare opstalooprekken zijn in principe via de uitleen beschikbaar. De omschrijving van deze categorie hulpmiddelen in de basispakketlijst voor de uitleen is vrij breed te interpreteren en daarmee zal elk uitleenmagazijn ook eigen keuzes maken (zie ook Hulpmiddelenboekje, via www.goedgebruik.nl). De hulpmiddelen via de uitleen zijn voor maximaal een periode van 2 x 13 weken beschikbaar. In principe zijn ze niet bedoeld als permanente voorziening. Wanneer op voorhand al duidelijk is dat het om een langduriger inzet zal gaan, zal de aanvraag hiervoor ingediend moeten worden, zodat er alleen sprake zal kunnen zijn van overbrugging naar een definitieve voorziening die uit andere bronnen betaald zal moeten worden.

Verdere financiering in de thuissituatie hangt af van het type hulpmiddel. Een deel van de voorzieningen wordt in toenemende mate gezien als een consumentenproduct (vb. opstafauteuil) en de cliënt zal een dergelijke stoel dan zelf moeten bekostigen. Soms is financiering via de zorgverzekeraar mogelijk, waarbij dan wel een indicatie / aanvraag nodig is, bijvoorbeeld via de huisarts. Zorgverzekeraars wisselen enigszins in hun vergoedingenbeleid. Tenslotte kunnen in uitzonderlijke gevallen ook speciale fondsen extra mogelijkheden bieden.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

De financiering kan in verzorgingshuizen soms via de kanalen zoals hierboven beschreven verlopen. In verpleeghuizen zal het zowel om een individueel gebonden hulpmiddel kunnen gaan als om hulpmiddelen voor algemeen gebruik. Ook zal het soms om semi-vaste voorzieningen gaan (vb.

aangepast toilet) waardoor de financiering via die kanalen zal moeten verlopen. Het is daarmee niet op voorhand te zeggen hoe de financiering verloopt.

We komen met deze technologie op het raakvlak tussen zorg- en consumentenproducten. De eindconclusie luidt dat deze systemen zonder meer kansen bieden die op dit moment nog onvoldoende benut worden.

Algemeen

Innovatie grijpt in op: Zelfredzaamheid en kwaliteit van zorg cliënten
 Fysieke belasting zorgverleners
 Gemak en snelheid van dagelijkse handelingen

Aandachtspunten bij het invoeren van deze innovatie (7 punten van Berwick)

- 1. Krachtige innovatie:** Deze innovatie is vooral vanuit kwaliteit van zorg perspectief en in iets beperktere mate voor de zorgverleners de moeite waard. De mogelijkheden zijn legio, maar daardoor ook lastig te overzien, omdat juist kleine individuele verschillen het succes kunnen bepalen.
- 2. Zoek innovatoren:** Zowel in het begin als op den duur zal de kennis over dit type systemen laagdrempelig beschikbaar moeten zijn en er zal een voortdurende alertheid moeten zijn om hieraan te denken bij cliënten.
- 3. Begin met pilot** Begin met een goed voorbereide pilot, laat concreet zien wat er te bereiken is en zorg dat er training en instructie beschikbaar is.
- 4. Maak resultaten zichtbaar:** Laat zien wat er nu wel kan dat voorheen vastliep.
- 5. Sta aanpassingen toe** Zorg ervoor dat specifieke expertise voldoende beschikbaar is om veilig aanpassingen en alternatieven mogelijk te maken.
- 6. Bied ruimte aan verandering** Beloon en waardeer goede ideeën, maar wees ervan bewust dat kleine verschillen in een hulpmiddel grote gevolgen voor cliënt en zorgverlener kunnen hebben: kennis over de indicaties en contra-indicatie (gebruiksbeperkingen) zijn van groot belang.
- 7. Geef het goede voorbeeld** Laat zien welke verdere mogelijkheden dit type systemen biedt en kijk over de grenzen van financiële schotten heen.



De aanpak met businesscases is gebaseerd op de aanpak van het Platform Zorginnovatie van Stichting RegioPlus.

© 2008 Stichting FAOT & SAB-V&V, Den Haag / Auteurs: JJ Knibbe & NE Knibbe, LOCOmotion, Bennekom.

Disclaimer: Deze uitgave is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Noch de schrijvers, noch de uitgever stellen zich echter aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden in deze uitgave.