Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (Monitoring van het beleid en gebruik van thuiszorgtechnologie, C. Leemrijse, C.M.H. van den Ende) worden gebruikt. Dit rapport is te bestellen bij receptie@nivel.nl.

# Monitoring van het beleid en gebruik van thuiszorgtechnologie

## Eindrapport

**C. Leemrijse**
**C.H.M. van den Ende**

**Utrecht, 2002**

**NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 2729700 - www.NIVEL.nl**

ISBN 90-6905-606-2
http://www.NIVEL.nl
NIVEL@NIVEL.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2002 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

# Voorwoord

Voor u ligt het laatste van drie rapporten over de Monitoring Thuiszorgtechnologie. In deze monitoring die in opdracht van ZonMw wordt uitgevoerd door het NIVEL, wordt geëvalueerd in hoeverre het ZON-programma Thuiszorgtechnologie er in is geslaagd het gebruik van drie geselecteerde thuiszorgtechnologieën te bevorderen. Voor deze technologieën, het gebruik van tilliften, het gebruik van steunkousaantrekkers, en het intraveneus toedienen van anti-microbiële geneesmiddelen thuis zijn door ZonMw implementatieprojecten uitgezet. Deze projecten werden uitgevoerd door LOCOMOTION (tilliften), Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap (iRV; steunkousaantrekkers), en TNO Preventie en Gezondheid en KITTZ (TNO-PG; infusietechnologie).
Het rapport is opgebouwd uit twee delen. Deel A bestaat uit een zelfstandig leesbare samenvatting met conclusies. Deel B omvat het rapport met daarin (uitgebreid) de gevolgde methoden en de resultaten in tabellen.

Wij zijn alle betrokken thuiszorginstellingen en verpleegkundigen en verzorgenden zeer erkentelijk voor hun medewerking aan de enquêtes die in het kader van deze monitoring zijn gehouden.

Utrecht, 01-12-2002

# Inhoud

**Deel A: Samenvatting en conclusies** 7

1 Samenvatting en conclusie 9
1.1 Monitoring van het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van thuiszorgtechnologie 10
1.2 Methoden 10
1.3 Resultaten 14
1.3.1 Tilliften 15
13.2 Steunkousaantrekkers 19
1.3.3 Intraveneuze toediening van anti microbiële geneesmiddelen thuis 24
1.4 Beschouwing 25

**Deel B: Rapport** 27

1 Inleiding 29
1.1 Evaluatie van het ZonMw programma Thuiszorgtechnologie 30
1.2 Monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie 31

2 Methoden 35
2.1 Beleid van thuiszorginstellingen 36
2.1.1 Populatie 36
2.1.2 Meetinstrumenten 38
2.1.3 Analyse 39
2.2 Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/ verzorgenden en door steunkousdragers zelf 39
2.2.1 Populatie 39
2.2.2 Meetinstrumenten 40
2.2.3 Analyse 40
2.3 Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf 40
2.3.1 Analyse 40
2.3.2 Meetinstrumenten 41
2.3.3 Analyse 41

3 Resultaten 43
3.1 Tilliften 43
3.1.1 Beleid thuiszorginstellingen 43
3.2 Steunkousaantrekkers 52
3.2.1 Beleid thuiszorginstellingen 52
3.2.2 Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/ verzorgenden 61
3.2.3 Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf 68
3.3 Intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis 72
3.3.1 Beleid toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis 72

4 Conclusie 79

Literatuur 81

Bijlage 1: Vragenlijst: beleid thuiszorginstellingen 83
Bijlage 2: Vragenlijst: Het gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen en verzorgenden binnen thuiszorginstellingen 99
Bijlage 3: Vragenlijst: Het gebruik van steunkousaantrekkers door leden van het Patiënten panel Chronisch Zieken 117

# Deel A

## Samenvatting en conclusies

# 1 Samenvatting en conclusie

De thuiszorg heeft een belangrijke plaats in de Nederlandse gezondheidszorg waar het gaat om het zo lang mogelijk thuis wonen, of het thuis verzorgen van mensen met bepaalde aandoeningen en/of ouderdomsgebreken. Het adequaat gebruik van technologie binnen de thuiszorg kan veel bijdragen aan de vergroting van de mogelijkheden van de thuiszorg. Er wordt echter in de praktijk relatief weinig gebruik gemaakt van thuiszorgtechnologie (Driessen, 2000).
Ter stimulering van het gebruik van thuiszorgtechnologie is in 1997 aan ZonMw de opdracht gegeven het programma Thuiszorgtechnologie uit te voeren. Het algemene doel van dit ZonMw-programma is:

> ‘de mogelijkheden voor behandeling, verpleging en verzorging van mensen uit te breiden of te versterken door middel van innovatie en een doelmatige inzet van thuiszorgtechnologie'.

Het programma vormt een kader voor het stimuleren van thuiszorgtechnologieën die moeten leiden tot meer doelmatige zorg. De technologieën dienen zich te richten op drie thema’s (Friele, 1995):
1. technologieën die substitutie van intramurale door extramurale zorg opleveren;
2. technologieën die het werk van verplegenden en verzorgenden in de thuiszorg verlichten;
3. technologieën die de mantelzorg ondersteunen en/of de onafhankelijkheid van patiënten versterken.

Het NIVEL voert de evaluatie van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie uit. Het algemene doel van het programma (de mogelijkheden voor behandeling, verpleging en verzorging van mensen uit te breiden of te versterken door middel van innovatie en een doelmatige inzet van thuiszorgtechnologie) is te breed geformuleerd om te evalueren. Daarom is dit doel voor de evaluatie opgesplitst in drie operationele doelstellingen, namelijk:
1. werving van projecten met relevante technologieën;
2. selectie van technologieën die kansrijk zijn;
**3. bevorderen van het gebruik van de geselecteerde technologieën**.

De evaluatie van de eerste twee doelstellingen komt aan de orde in de NIVEL rapportages van Dane, Sixma & Dekker (2000) en Richter, Leemrijse & van den Ende (in voorbereiding). Deze twee doelstellingen komen in deze onderhavige rapportage verder niet aan de orde.

Om te evalueren of het derde doel, <u>het bevorderen van het gebruik van geselecteerde thuiszorgtechnologieën</u> is bereikt is een monitoring van het beleid en het gebruik van een drietal door ZonMw geselecteerde thuiszorgtechnologieën opgezet. Deze monitoring staat centraal in deze rapportage.

## 1.1 Monitoring van het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van thuiszorgtechnologie

Voor de technologieën tilliften, steunkousaantrekkers, en de intraveneuze toediening van anti-microbiële geneesmiddelen thuis zijn door ZonMw in 1998 implementatieprojecten uitgezet. Implementatieprojecten hebben als algemene doel het op grote schaal bevorderen van het gebruik van de betreffende technologie (ZON, 1998).
Door LOCOmotion is het project Tilweg5b gestart, dat als hoofddoelstelling heeft 'het landelijk bevorderen en het doen toenemen van het feitelijk gebruik van tilliften in de thuiszorg'. Door het kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap (iRv) is het project Steun de Steunkous uitgevoerd, met als centrale doelstelling 'het bevorderen van het gebruik van hulpmiddelen (steunkousaantrekkers) bij het aan- en uittrekken van therapeutisch elastische kousen in de thuiszorg'. Het project van TNO-PG en KITTZ heeft als doel de intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis landelijk te implementeren.

Om te evalueren of de uitgezette implementatieprojecten het gebruik van de betreffende technologieën inderdaad hebben bevorderd, is een monitoring opgezet. Om een goed beeld in de tijd te krijgen is hierbij gekozen voor drie metingen, een voor-, tussen- en nameting. De voormeting vond plaats in het najaar van 1999, de tussenmeting in het najaar van 2000 en de nameting is in het voorjaar van 2002 verricht.

***De vraagstellingen die centraal staan in deze monitoring zijn:***

1. Hoe heeft het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van de tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van anti-microbiële geneesmiddelen thuis zich ontwikkeld?
2. Wat zijn de belemmerende factoren voor het gebruik van deze technologieën binnen de thuiszorg?
3. Hoe hebben de belemmerende factoren voor het gebruik ten aanzien van de drie technologieën zich ontwikkeld?
4. Hoe heeft het gebruik van deze drie technologieën zich in de tijd ontwikkeld?

## 1.2 Methoden

In de monitoring zijn vragen gesteld aan beleidsmedewerkers van thuiszorginstellingen over het beleid van tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis binnen hun instelling. Ook werd aan deze beleidsmedewerkers gevraagd een *schatting te geven van het gebruik* van deze technologieën binnen de thuiszorgorganisatie.
Aangezien deze inschatting van het gebruik van een technologie door beleidsmedewerkers niet altijd overeen hoeft te komen met het daadwerkelijk gebruik ervan in de praktijk, werden ook vragen gesteld over het daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers en tilliften aan verpleegkundigen/verzorgenden werkzaam binnen

de thuiszorg. Daarnaast werden vragen over het gebruik van steunkousaantrekkers gesteld aan deelnemers van het Patiënten Panel Chronisch Zieken[1].
Het daadwerkelijk gebruik van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis is niet door het NIVEL geëvalueerd, maar door TNO-PG in het kader van het implementatieproject voor intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen (Quak et. al., 2000). Aanvankelijk was er bij de planning van de monitoring van uitgegaan dat het NIVEL de nameting van het gebruik van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis zou evalueren. De laatste fase van het project van TNO-PG, het uitvoeren van het landelijk implementatieplan was echter ten tijde van de nameting nog niet afgerond zodat een nameting van het gebruik van infusietechnologie niet zinvol werd geacht. In figuur 1 staan de metingen in schema weergegeven.

**Monitoring van het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van de betreffende technologieën**
Bij alle drie de metingen van de monitoring (1999, 2000, 2002) werden via beleidsmedewerkers van 59 thuiszorginstellingen die zijn aangesloten bij de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT) gegevens verzameld. Geschat wordt dat deze 59 deelnemende thuiszorginstellingen circa 90% uitmaken van het totaal aantal aangesloten instellingen van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) dat kruiswerk (waaronder wijkverpleging) in het takenpakket heeft. Er werden vragen gesteld over het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis en er werd een inschatting gevraagd van het daadwerkelijk gebruik van deze technologieën. Tevens werd gevraagd naar de belemmerende factoren voor het gebruik van deze technologieën binnen de thuiszorg. De gegevens voor de drie metingen werden verzameld door middel van een vragenlijst aan de deelnemende instellingen, welke telefonisch werd beantwoord.

Om de mate van beleid van de thuiszorginstellingen ten aanzien van de drie technologieën te bepalen, zijn per technologie een aantal vragen (items) opgesteld met betrekking tot het al dan niet aanwezig zijn van procedures en richtlijnen hiervoor (tabel 1). Deze vragen hebben de antwoordmogelijkheden ja/nee. Hoe meer items positief werden beantwoord, hoe groter de mate van beleid.
Bij tilliften worden 3 of minder items positief beantwoord vertaald als ‘geen tot matig beleid’, en 4 of meer items positief beantwoord als ‘redelijk tot veel beleid’.
Bij steunkousaantrekkers worden 1 of minder items positief beantwoord vertaald als ‘geen tot matig beleid’ en 2 of 3 items positief beantwoord als ‘redelijk tot veel beleid’.
Bij intraveneuze toediening van antimicrobieele geneesmiddelen thuis worden 1 of minder items positief beantwoord vertaald als ‘geen tot matig beleid’ en 2 items positief beantwoord als ‘veel beleid’.

[1] Het patiëntenpanel bestaat uit circa 2700 personen met een chronische somatische aandoening. De panelleden geven regelmatig informatie over de kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en de maatschappelijke positie van mensen met een chronische aandoening. Deze 2700 panelleden werden geselecteerd uit het patiëntenbestand van 56 huisartsen verspreid over Nederland.

Tabel 1: Items voor het definiëren van de mate van beleid van thuiszorginstellingen

| |
|---|
| **Tilliften** |
| 1. Standaard procedure voor gebruik tillift |
| 2. Standaard indicatiestelling |
| 3. Geregeld nagegaan of hoeveelheid tilliften voldoende is |
| 4. Zorgweigeringsprocedure |
| 5. Commissie preventie fysieke belasting |
| 6. Aanspreekpunt fysieke belasting |
| **Steunkousaantrekkers** |
| 1. Protocol of richtlijn voor gebruik van steunkousaantrekkers |
| 2. Zorgweigeringsprocedure |
| 3. Richtlijn wanneer tot aanschaf van steunkousaantrekker wordt overgegaan |
| **Infusietechnologie** |
| 1. Protocol of richtlijn m.b.t. het gebruik van infusietechnologie |
| 2. Gestandaardiseerde indicatiestelling |

Bij de derde en laatste meting van de monitoring zijn aanvullende vragen gesteld over de bekendheid met de implementatieprojecten en de producten die daarin ontwikkeld zijn. Er is bijvoorbeeld gevraagd naar het gebruik van richtlijnen die in het kader van het project van het iRv (steunkousaantrekkers) zijn ontwikkeld en naar het gebruiken van de video en/of informatiebrochure van LOCOmotion (tilliften). De implementatieprojecten proberen (onder andere) middels het op grote schaal uitzetten van deze producten het gebruik van de betreffende technologieën te bevorderen en knelpunten die het gebruik in de weg staan te verminderen. In de analyse is daarom gekeken of het gebruik van de producten uit de implementatieprojecten een relatie heeft met het gebruik van een technologie en de knelpunten die zich daarbij voordoen.

***Daadwerkelijk gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers***

Bij de voormeting is bij een steekproef van 480 verzorgenden en verpleegkundigen het daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers en tilliften in kaart gebracht. Bij de tweede en laatste meting van het gebruik werden alleen vragen gesteld over het gebruik van steunkousaantrekkers (figuur 1). De nameting van het gebruik van tilliften was niet gepland omdat het volgens de betreffende projectorganisatie (LOCOmotion) niet reëel was op zo'n korte termijn na afronding van het implementatieproject effect in het gebruik te verwachten. De nameting werd enkele maanden na afronding van de implementatieprojecten verricht.

Het gebruik van steunkousaantrekkers en de belemmerende factoren daarin werden met behulp van een schriftelijke vragenlijst in kaart gebracht. De vragenlijst was bij beide metingen in grote lijnen dezelfde. De vragen in het eerste gedeelte van de vragenlijst hadden betrekking op algemene gegevens van de verplegende of verzorgende en uit vragen met betrekking tot algemene ervaringen met steunkousaantrekkers. Daarnaast werd de verpleegkundige of verzorgende gevraagd een dagboekje bij te houden waarin het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers werd geregistreerd. Bij de voormeting van

de monitoring werden ook vragen gesteld over het gebruik van tilliften, de ervaringen met en de voor- en nadelen van tilliften (Zie: van Poppel, Leemrijse & Dekker, 2000).
Bij de nameting van het gebruik van steunkousaantrekkers werden, net als aan de beleidsmedewerkers, ook aan de verpleegkundigen/verzorgenden aanvullend een aantal vragen gesteld met betrekking tot de bekendheid met het implementatieproject rond de steunkousen en het gebruik van het protocol uit dit project.

Om het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers door patiënten zelf in kaart te brengen, is een korte vragenlijst beantwoord door ruim 140 steunkousdragers binnen het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Dit werd zowel bij de voormeting (n=141) als bij de nameting (n=147) gedaan. Aan leden van het PPCZ werd gevraagd of ze steunkousen droegen en of ze hierover een aantal vragen wilden beantwoorden. Via een korte vragenlijst werd aan patiënten gevraagd wie de steunkousen bij hen aantrok, hoe zwaar ze het aantrekken ervan vonden en of ze er steunkousaantrekkers bij gebruikten. De voor- en nadelen van steunkousaantrekkers werden geïnventariseerd. Bij de voormeting van 1999 werden deze vragen telefonisch gesteld. Bij de nameting in 2002 konden de vragen schriftelijk worden meegenomen in de gebruikelijke algemene enquêteronde die de panelleden ieder half jaar invullen. Dit werd door de onderzoekers minder belastend geacht voor de betreffende leden van het panel, in vergelijking met een (extra) telefonisch interview.

Figuur 1: Onderdelen van de drie metingen van de monitoring

| | |
|---|---|
| **Metingen in 1999 (voormeting):** | ***Beleid***<br>Beleid van thuiszorginstellingen t.a.v. tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis.<br><br>**Gebruik**<br>Daadwerkelijk gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/ verzorgenden.<br><br>Daadwerkelijk gebruik steunkousaantrekkers door gebruikers zelf (deelnemers Patiënten Panel Chronisch Zieken (PPCZ).<br><br>Daadwerkelijk gebruik intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis door medisch specialisten (TNO). |
| **Metingen in 2000 (tussenmeting):** | ***Beleid***<br>Beleid van thuiszorginstellingen t.a.v. tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis. |
| **Metingen in 2002 (nameting):** | **Beleid**<br>Beleid van thuiszorginstellingen t.a.v. tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis.<br><br>**Gebruik**<br>Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/ verzorgenden.<br><br>Daadwerkelijk gebruik steunkousaantrekkers door gebruikers zelf (deelnemers Patiënten Panel Chronisch Zieken (PPCZ). |

## 1.3 Resultaten

De resultaten zijn voor wat betreft de verschillen in de tijd die worden aangegeven gebaseerd op data van de in totaal 45 thuiszorginstellingen die zowel aan de voormeting van 1999, als aan de tussenmeting van 2000 en de eindmeting van 2002 hebben deelgenomen. Voor de antwoorden op de vragen met betrekking tot de implementatieprojecten die alleen bij de derde meting zijn gesteld, worden de gegevens van alle 52 instellingen gebruikt die aan deze laatste meting hebben meegewerkt.
Bij het interpreteren van de resultaten moet rekening worden gehouden met het feit dat niet iedere instelling gebruik maakt van zowel tilliften, steunkousaantrekkers als infusietechnologie. Hierdoor is per bevraagde technologie het aantal respondenten verschillend en ook per vraag is het aantal respondenten dat heeft geantwoord niet altijd gelijk. Om de leesbaarheid te bevorderen is het aantal respondenten dat een vraag niet heeft beantwoord, in deze samenvatting vaak niet expliciet genoemd.

### *1.3.1 Tilliften*

De 45 thuiszorginstellingen die aan alle drie de metingen hebben deelgenomen geven allemaal aan gebruik te maken van tilliften. De resultaten voor wat betreft het beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften zijn dus gebaseerd op de gegevens van alle 45 thuiszorginstellingen.
Gedurende de 2,5 jaar die is verstreken tussen de eerste en de derde meting van de monitoring is het beleid van thuiszorginstellingen significant toegenomen. Tweeëndertig van de 45 thuiszorginstellingen (71 %) zeggen in 2002 'redelijk tot veel beleid' te voeren ten aanzien van het gebruik van tilliften, wat wil zeggen dat er gewerkt wordt met standaardprocedures voor het gebruik van de tilliften en/of dat er maatregelen zijn genomen om fysieke belasting in de thuiszorg terug te dringen. In 1999 waren dit er nog 26 (58%). De stijging in de mate van het beleid is verdeeld over alle items die gebruikt worden om de hoeveelheid beleid bepalen (tabel 1).
Bij het ontwikkelen en invoeren van beleid ten aanzien van tilliften kunnen verschillende knelpunten een rol spelen. Ten opzichte van 1999 werden in 2002 significant minder knelpunten genoemd. De kwaliteit, veiligheid en het comfort van de materialen rond de tilliften is significant verbeterd: in 1999 gaven 10 van de 43 thuiszorginstellingen hier een knelpunt aan en in 2002 waren dit er nog twee van de 45. Ook op het gebied van de organisatie rondom tilliften worden in 2002 significant minder knelpunten genoemd dan in 1999 (5 van de 45 in 2002 versus 17 van de 45 in 1999). Wel blijft het ontbreken of het ontoereikend zijn van de deskundigheid ten aanzien van tilliften in 2002 een frequent genoemd knelpunt (22/45), samen met het knelpunt 'ontwikkeling' (11/45) waaronder het ontbreken van protocollen en richtlijnen voor gebruik wordt verstaan.

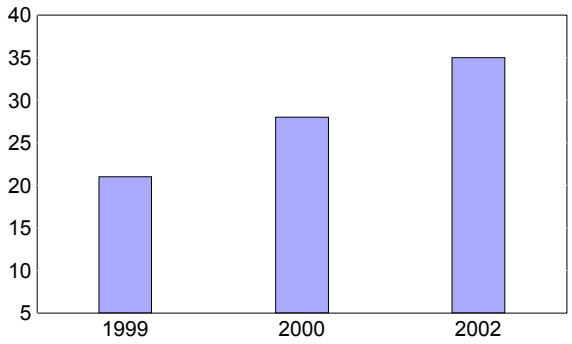
Het implementatieproject Tilweg5b van Locomotion dat in 1999 van start is gegaan heeft zich expliciet op bovengenoemde knelpunten gericht. Binnen dit project zijn richtlijnen voor het gebruik van tilliften ontwikkeld. Deze richtlijnen zijn opgenomen in een brochure 'Een tillift thuis, handreikingen voor het gebruik van tilliften in de thuiszorg' en er is ook een video 'Een tillift thuis' ontwikkeld. Beide producten, de brochure en de video zijn gratis aan alle thuiszorginstellingen in Nederland gestuurd. Bijna de helft van de thuiszorginstellingen (25/51) die aan de meting in 2002 hebben meegewerkt zegt desgevraagd de brochure 'Een tillift thuis' te kennen en 16 van hen geven aan de brochure ook te gebruiken. De video 'Een tillift thuis' is bij 37 thuiszorginstellingen bekend en 25 instellingen gebruiken deze video ook echt.

Het gebruiken van de video en/of brochure is gerelateerd aan het aantal knelpunten dat wordt genoemd belemmerend te werken bij het introduceren van het beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften. De thuiszorginstellingen die de video en/of brochure gebruiken geven significant minder vaak aan dat zij de ontwikkeling van producten, waaronder richtlijnen en protocollen een knelpunt vinden in het beleid. Vier van de 25 instellingen die de video en/of brochure wel gebruiken geven dit knelpunt aan, versus zes van de 13 instellingen die dat niet doen. Bij deze eerstgenoemde instellingen heeft het terugdringen van fysieke belasting door middel van het gebruik van tilliften ook relatief meer aandacht. De instellingen geven namelijk significant minder vaak aan dat het doorvoeren van het beleid ten aanzien van tilliften wordt belemmerd doordat er andere prioriteiten zijn binnen de instelling (1 van de 25 versus 4 van de 13). Tenslotte geven 10 van de thuiszorginstellingen die de producten vanuit het project van LOCOmotion aan

geen enkel knelpunt meer te ervaren bij het voeren van een beleid ten aanzien van tilliften, terwijl de overige thuiszorginstellingen allemaal één of meer knelpunten noemen ($p < 0.05$).

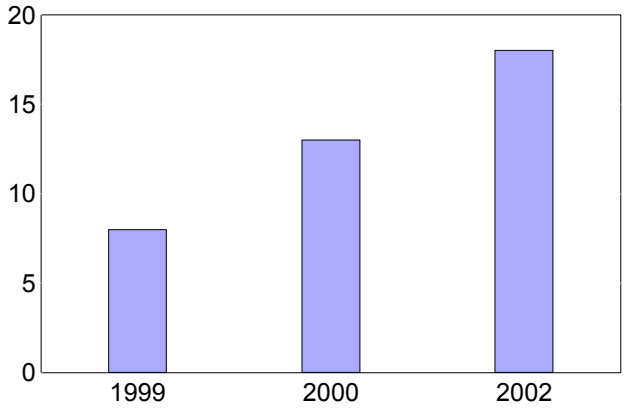
Een toename in beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften is in principe een goede ontwikkeling, maar zou in theorie beperkt kunnen blijven tot een 'papieren' beleid. Waar het in de praktijk natuurlijk eigenlijk om gaat, is of tilliften ook daadwerkelijk meer gebruikt worden. Daarmee samenhangend is van belang of er voldoende tilliften ter beschikking staan van de verpleegkundigen/verzorgenden. In het kader van het streven de fysieke belasting binnen de thuiszorg te verminderen is een landelijke subsidieregeling in het leven geroepen om hulpmiddelen en materialen aan te schaffen.Negentig procent van de thuiszorginstellingen die aan de laatste meting van de monitor hebben deelgenomen (46/52) hebben daadwerkelijk gebruik gemaakt van deze mogelijkheid om extra tilliften aan te schaffen.

Figuur 2: Gemiddeld aantal tilliften per thuiszorginstelling




Er zijn inmiddels gemiddeld 35 tilliften aanwezig bij de thuiszorginstellingen tegenover een gemiddeld aantal van 21 in 1999. Bijna alle thuiszorginstellingen geven nu aan over voldoende tilliften te beschikken (40/45), terwijl in 1999 slechts 23 van de 45 instellingen tevreden waren over het aantal tilliften. Deze verschillen zijn significant.

Figuur 3: Aantal cliënten waarbij de tillift maandelijks wordt ingezet, ingeschat door beleidsmedewerkers van thuiszorginstellingen


20
15
10
5
0
1999
2000
2002

De tilliften worden naar schatting van de beleidsmedewerkers ook significant vaker ingezet voor cliënten. Terwijl de tillift in 1999 gemiddeld voor 8 cliënten per maand werd gebruikt wordt in 2002 de tillift naar schatting bij gemiddeld 18 cliënten per maand ingezet. Daarbij maken de thuiszorginstellingen die de video en/of brochure uit het project Tilweg5b gebruiken, significant meer gebruik van tilliften dan instellingen die dat niet doen (bij gemiddeld 24 versus gemiddeld 8 cliënten per maand).

Er is in de 2,5 jaar van de monitoring niet veel verandering waar te nemen in de knelpunten die optreden bij het *gebruik* van een tillift. Het ruimtegebrek bij de cliënt thuis is en blijft het grootste knelpunt voor het gebruik van de tilliften. Dit knelpunt wordt in 2002 door 30 van de 45 thuiszorginstellingen aangegeven, terwijl het in 1999 door 25 van de 44 instellingen werd genoemd.
De problemen met de aanvraag van de tillift bij de WVG in het geval van langdurig gebruik, worden gedurende de 2,5 jaar van de monitoring significant vaker genoemd. In 2002 gaven 16 thuiszorginstellingen aan dit een belangrijk knelpunt te vinden, terwijl dit in 1999 door 7 instellingen werd genoemd. Opvallend is dat beide knelpunten (ruimtegebrek en problemen met WVG) significant vaker naar voren komen bij thuiszorginstellingen die de video en/of brochure van Tilweg5b gebruiken (bij 11 van de 25 versus 4 van de 13). De instellingen die de materialen vanuit Tilweg5b gebruiken geven de beschikbaarheid van een protocol of richtlijnen significant minder vaak als knelpunt op voor het gebruik van tilliften (2 van de 25), in vergelijking met de thuiszorginstellingen die de brochure en/of video niet gebruiken (4 van de 13).

De acceptatie van de tillift door cliënt en mantelzorg blijft in 2002 een belangrijk knelpunt in het gebruik van tilliften. Cliënten vinden het vervelend om met een tillift gedragen te worden of voelen zich onveilig (dit knelpunt wordt door 28 van de 45 thuiszorginstellingen aangegeven). Dit laatste gegeven moet mede gezien de incidenten met tilliften die bij de IGZ zijn gemeld (NRC, 2002) een extra aandachtspunt zijn. Een goede scholing in het gebruik van tilliften en protocollen voor het gebruik en het onderhoud van de tilliften zijn daarom van groot belang. Voor wat betreft de weerstand tegen het gebruik van een tillift is een goede introductie en uitleg van de tillift bij de cliënt belangrijk.

De scholing in het gebruik van tilliften is de afgelopen 2,5 jaar verbeterd. In 1999 gaven nog enkele thuiszorginstellingen (9 van de 45) aan dat binnen de instelling geen speciale training werd gegeven in het gebruik van tilliften. In 2002 zeggen daarentegen alle respondenten dat er een speciale scholing in het gebruik van tilliften wordt gegeven ($p<0.05$). De vorm waarin die training gegeven wordt verschilt per thuiszorginstelling, maar de meeste thuiszorginstellingen geven aan dat de verpleegkundigen/verzorgenden een specifieke training volgen tijdens bijscholing (34 van de 45). Het aantal instellingen waarbij de scholing standaard in de opleiding is opgenomen is inmiddels significant groter dan bij de eerste meting van de monitor (18 van de 45 instellingen in 2002 versus 4 van de 45 in 1999). Met name de instellingen die gebruik maken van de producten van het project Tilweg5b hebben de scholing vaak standaard in de opleiding opgenomen (16 van de 25 versus 2 van de 13).

Voor het merendeel van de beleidsmedewerkers van de thuiszorginstellingen (59%) is het duidelijk wanneer een situatie met een cliënt een tillift noodzakelijk maakt. Vijf respondenten (10%) zeggen dit niet duidelijk te vinden en de rest van de respondenten

geeft geen antwoord op de vraag. Het wel of niet gebruiken van de brochure en/of de video 'Een tillift thuis' heeft hier geen invloed op.
Steeds meer instellingen zijn van mening dat het gebruik van tilliften een besparing van personele inzet betekent. Het gebruik van een tillift maakt de komst van een extra verpleegkundige overbodig volgens 14 van de 45 respondenten in 2002, terwijl in 1999 acht van de 42 respondenten deze mening waren toegedaan.

De activiteiten van het project Tilweg5b hebben nadrukkelijk aansluiting gezocht bij de activiteiten die in het kader van het afgesloten Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT) werden ontplooid. Door TNO Arbeid zijn normen voor fysieke belasting in de thuiszorg ontwikkeld welke zijn uitgewerkt in een publicatiereeks 'Stilstaan bij Bewegen'. Hierin worden de zogeheten groene praktijkregels voor fysieke belasting weergegeven. Deze regels gaan in op tillen en dragen, ongunstige werkhoudingen, staan, transport van bedden en hulpmiddelen. De groene praktijkregels voor tillen en dragen geven onder andere aan bij welke tilhandeling een tillift geïndiceerd is. Voor wat betreft het werken met tilliften geeft 80 % van de thuiszorginstellingen aan volgens de groene praktijkregels te werken (40/51). De rest van de instellingen doet dat niet omdat nog aan de implementatie van de regels gewerkt wordt of omdat de scholing in de regels nog onvoldoende is.

**Conclusie tilliften**
Aan de hand van de resultaten van de monitoring kan worden gesteld dat het implementatieproject van Locomotion, Tilweg5b aan zijn doelstelling heeft beantwoordt. Meer dan de helft van de thuiszorginstellingen gebruikte op het moment van de laatste meting van de monitoring de producten vanuit het project Tilweg5b. Het beleid ten aanzien van tilliften is in de laatste 2,5 jaar duidelijk toegenomen en er zijn meer tilliften aangeschaft. Het aantal knelpunten dat het invoeren van het beleid in de weg stond is afgenomen. De resterende knelpunten zijn deskundigheid in het gebruik van tilliften en de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen voor gebruik. Dit laatste knelpunt is ook duidelijk opgelost voor de thuiszorginstellingen die de video en/of de brochure van Tilweg5b gebruiken. De deskundigheid in het gebruiken van tilliften blijft bij veel thuiszorginstellingen een lastig punt, wat blijvende aandacht verdient.
Naar schatting van de beleidsmedewerkers is ook het gebruik van tilliften toegenomen, maar benadrukt dient te worden dat dit een schatting is. Voor een betrouwbare inventarisatie van het daadwerkelijk gebruik van tilliften moeten vragen aan verpleegkundigen en verzorgenden zèlf worden gesteld.

De knelpunten die optreden bij het daadwerkelijk gebruiken van tilliften zijn de laatste 2,5 jaar niet afgenomen en blijven belangrijke aandachtspunten voor de toekomst. De knelpunten ruimtegebrek bij de cliënt thuis en problemen met de WVG aanvraag komen zelfs vaker naar voren, met name bij de thuiszorginstellingen die de producten van Tilweg5b gebruiken. Dit valt vermoedelijk te verklaren door het feit dat door deze thuiszorginstellingen vaker gebruik wordt gemaakt van tilliften en er meer worden aangevraagd. Het ruimtegebrek bij de cliënt thuis is iets waarmee wellicht bij het kiezen van de soort lift rekening kan worden gehouden (plafondlift), maar blijft een probleem.

Bij de start van het project Tilweg5b werden ook het Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg en daarmee de Groene Praktijkregels van kracht. De activiteiten van

Locomotion hebben duidelijk aansluiting gezocht bij de afspraken die in het kader van het CAT zijn gemaakt met betrekking tot het terugdringen van fysieke belasting in de thuiszorg. Het toegenomen gebruik en beleid ten aanzien van tilliften is daarom niet alleen terug te voeren op de activiteiten van het implementatieproject. Er is echter wel duidelijk een relatie aan te tonen tussen het gebruik van de video en/of brochure en het ervaren van knelpunten voor het invoeren van het beleid, de wijze waarop de scholing in het gebruik van tilliften is georganiseerd en de frequentie waarmee de tilliften worden ingezet. Hoewel het niet met zekerheid kan worden uitgemaakt of het gebruik van de producten uit het project Tilweg5b het beleid bij de thuiszorginstellingen heeft gestimuleerd òf dat de thuiszorginstellingen met een beter beleid eerder geneigd zijn de producten uit het implementatieproject te gebruiken, kan deze relatie als een extra stimulans worden opgevat voor de thuiszorginstellingen die nog niet aan de implementatie van de video en brochure vanuit Tilweg 5b zijn toegekomen.

### *1.3.2 Steunkousaantrekkers*

Van de 45 thuiszorginstellingen die aan de voor- en tussenmeting deelnamen, gaf in 1999 één instelling aan geen gebruik te maken van steunkousaantrekkers omdat dit niet onder hun basiszorg viel. Een andere instelling maakte in 1999 nog geen gebruik van steunkousaantrekkers. Een derde instelling maakte in 2000 geen gebruik meer van steunkousaantrekkers met als reden dat steunkousaantrekkers buiten de AWBZ-voorziening vallen. De onderstaande resultaten zijn daarom gebaseerd op de gegevens van 42 thuiszorginstellingen. Daarbij dient nogmaals te worden gerealiseerd dat het aantal respondenten per vraag niet altijd gelijk is.

**Beleid thuiszorginstellingen**
De mate van beleid ten aanzien van het gebruik van steunkousaantrekkers is gedurende de 2,5 jaar van de monitoring significant toegenomen. De stijging in de mate van het beleid is verdeeld over alle drie de items die gebruikt worden om de hoeveelheid beleid bepalen (tabel 1). In 1999 werkte nog bijna de helft van de thuiszorginstellingen (18/42) geheel zonder richtlijnen of procedures ten aanzien van steunkousaantrekkers, terwijl dit in 2002 nog bij zes van de 42 thuiszorginstellingen het geval is. In 2002 werkt driekwart van de thuiszorginstellingen met een protocol voor het gebruik van steunkousaantrekkers (32/42). In het merendeel van de gevallen (27/32) betreft dit bij navraag het protocol dat binnen het project Steun de Steunkous van het iRv is ontwikkeld. Van de thuiszorginstellingen die (nog) niet met het protocol van het IRv werken zegt het grootste deel (20/22) wel bezig te zijn met het implementeren ervan.

De knelpunten die zich voordoen bij het ontwikkelen en uitvoeren van het beleid ten aanzien van steunkousaantrekkers zijn wat betreft het genoemd aantal niet veranderd gedurende de 2,5 jaar van de monitoring. Wel heeft een inhoudelijke verschuiving plaatsgevonden wat betreft genoemde knelpunten. De vergoeding van de aanschaf en de vervanging van steunkousaantrekkers is volgens de beleidsmedewerkers van de thuiszorginstellingen bij deze laatste meting het voornaamste knelpunt bij het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van steunkousaantrekkers. Dit knelpunt wordt in 2002 door 27 van de 41 thuiszorginstellingen genoemd, terwijl dit in 1999 door 10 van de 39 instellingen werd aangegeven.

Knelpunten in de organisatie en samenwerking worden daarentegen in 2002 significant minder frequent aangegeven, hoewel ze vaak genoemd blijven (10 van de 41 versus 20 van de 39 in 1999). De deskundigheid ten aanzien van steunkousaantrekkers, waaronder de scholing en training in het gebruik, is eveneens nog een vaak aangegeven knelpunt. Tien van de 41 thuiszorginstellingen noemen dit knelpunt. De ontwikkeling van producten, waaronder richtlijnen en protocollen wordt door thuiszorginstellingen die volgens het protocol van het iRv werken significant minder vaak als knelpunt in het beleid ten aanzien van steunkousaantrekkers gezien dan door de instellingen die het protocol niet gebruiken (2 van de 27 versus 8 van de 23). Het wel of niet gebruiken van de protocollen van het iRv heeft geen invloed op de andere genoemde knelpunten.
Vijf respondenten geven in 2002 geen enkel knelpunt meer aan, terwijl bij de eerste meting iedere thuiszorginstelling wel een of meerdere knelpunten wist te noemen. Dit verschil is significant.

Ondanks het feit dat de scholing in het gebruik van steunkousaantrekkers toch nog vaak als knelpunt wordt aangegeven, is er gedurende de monitoring veel in veranderd. De scholing verloopt systematischer doordat deze frequenter tijdens bijscholing wordt gegeven (bij 25 van de 42 instellingen in 2002 versus 10 van de 41 instellingen in 1999) en ook vaker als standaard onderdeel in de opleiding van verpleegkundigen en verzorgenden aan bod komt (11 van de 42 in 2002 versus 2 van de 41 in 1999). Ten opzichte van 1999 zijn er significant minder thuiszorginstellingen die geen speciale training in het gebruik van steunkousaantrekkers hanteren (6 van de 42 versus 19 van de 41 in 1999) of pas instructie geven als het gebruik van steunkousaantrekkers zich toevallig voordoet (8 van de 42 in 2002 versus 18 van de 41 in 1999). Alleen een aantal thuiszorginstellingen die het protocol van het iRv (nog) niet gebruiken geeft aan geen speciale training in het gebruik van steunkousaantrekkers te hebben (7 van de 23). De training wordt in 2002 evenals in 1999 ook nog vaak ter plekke verzorgd, bijvoorbeeld door een ergonomisch adviseur.

Ook bij de steunkousaantrekkers geldt dat het hebben van een beleid geen garantie is voor het daadwerkelijk gebruiken ervan. Daarom werd ook bij de steunkousaantrekkers gevraagd naar een schatting van het gebruik ervan in de praktijk. De beleidsmedewerkers van de thuiszorginstellingen schatten dat in 2002 bij gemiddeld 200 cliënten per maand steunkousaantrekkers worden gebruikt. In 1999 werd een gemiddeld aantal van 67 cliënten per maand genoemd. Dit lijkt een forse stijging, maar benadrukt dient te worden dat dit echt een schatting is omdat bij de meeste thuiszorginstellingen het gebruik van steunkousaantrekkers niet exact wordt geregistreerd. Ruim driekwart van de thuiszorginstellingen (39 van de 50 instellingen die deze vraag bij de derde meting hebben beantwoord) was echter desgevraagd ook van mening dat het gebruik van steunkousaantrekkers de laatste 2 jaar was toegenomen, wat klopt met de gevonden cijfers. De verklaring voor de toename in het gebruik werd gezocht in de afspraken die zijn gemaakt in het kader van het CAT over het terugdringen van fysieke belasting in de thuiszorg en/of in de richtlijnen die in het project Steun de Steunkous werden ontwikkeld (14 van de 39). De thuiszorginstellingen die het iRv protocol gebruiken zeggen gemiddeld ook significant meer gebruik te maken van steunkousaantrekkers dan de andere thuiszorginstellingen (gemiddeld 301 keer versus gemiddeld 92 keer).
Het gebruik van steunkousaantrekkers is bij een groot deel van de thuiszorginstellingen (33 van de 50) inmiddels verplicht, of wordt in de toekomst verplicht gesteld (6 van de 50).

Wat betreft de knelpunten bij het gebruik van steunkousaantrekkers zijn gedurende de monitoring niet veel veranderingen te zien. De patiëntonvriendelijkheid van de steunkousaantrekkers wordt door de beleidsmedewerkers significant minder vaak naar voren gebracht. Twee van de 41 thuiszorginstellingen geven dit in 2002 als knelpunt aan, terwijl in 1999 nog acht van de 39 instellingen dit een knelpunt vonden. De knelpunten 'financiering van steunkousaantrekkers en acceptatie van cliënten en mantelzorgers blijven bij deze laatste meting van de monitor de meest frequent genoemde knelpunten (26 van de 41 resp. 10 van de 41 instellingen noemen dit knelpunt) . De acceptatie van cliënten hangt nauw samen met de kosten die voor hen aan de steunkousaantrekkers verbonden zijn. De financiering van steunkousaantrekkers is gedurende de 2,5 jaar die tussen beide metingen van de monitor zat ook niet echt veranderd: nog steeds wordt bij ongeveer de helft van de instellingen de steunkousaantrekkers door de cliënt zelf betaald. Steunkousaantrekkers vallen niet onder de regeling hulpmiddelen. De steunkousaantrekkers worden in enkele gevallen ook wel gefinancierd door de cliënt en de thuiszorg samen, of door de cliënt die dat dan later van de zorgverzekeraar terugkrijgt. Het wel of niet werken volgens het protocol van het iRv heeft geen invloed op de genoemde knelpunten in het gebruik, wat gezien de aard van de knelpunten (financiering en acceptatie van de cliënt die ook vaak samenhangt met de kosten) ook niet te verwachten was.

**Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/verzorgenden**

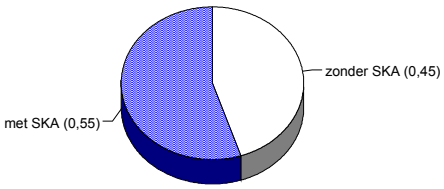
Voor meer betrouwbare cijfers ten aanzien van het daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers zijn vragen gesteld aan verpleegkundigen en verzorgenden van zes thuiszorginstellingen.

In 2002 zijn 431 verpleegkundigen/verzorgenden aangeschreven. Daarvan hebben 258 personen de enquête ingevuld teruggestuurd. In 1999 hebben 240 van de 480 aangeschreven verpleegkundigen/verzorgenden de vragenlijst ingevuld (zie verder paragraaf 2.2 in deel B van dit rapport). Gezien deze grote aantallen worden de resultaten in percentages weergegeven.

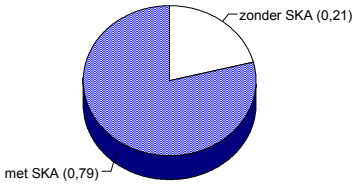
Vrijwel alle (96%) verpleegkundigen/verzorgenden geven in 2002 aan wel eens steunkousaantrekkers te gebruiken. Ten opzichte van 1999 zijn er significant meer respondenten die zeggen áltijd een steunkousaantrekker te gebruiken (75 % in 2002 versus 66% in 1999). De verpleegkundigen/verzorgenden schatten in 2002 bij de vraag in het algemene deel van de enquête in, dat zij gemiddeld 2,8 keer per dag een kous aandoen met behulp van een steunkousaantrekker. In 1999 lag deze schatting op gemiddeld 1,8 keer per dag en het verschil is significant. Wanneer het gebruik van steunkousaantrekkers tijdens drie opeenvolgende diensten daadwerkelijk wordt *geregistreerd* via een dagboekje komt ook een duidelijke stijging in het gebruik naar voren. Allereerst is het aantal steunkousen dat wordt aangetrokken in drie opeenvolgende diensten in 2002 significant hoger dan in 1999, maar bij het aantrekken van de steunkousen wordt ook relatief gezien significant meer gebruik gemaakt van steunkousaantrekkers dan in 1999. Terwijl in 1999 bij iets meer dan de helft van de gevallen (55%) een steunkousaantrekker werd gebruikt, gebeurt dit in 2002 bij ruim driekwart (79%) van de gevallen.

Figuur 4: Gebruik van steunkousaantrekkers in 1999 en 2002

**Gebruik steunkousaantrekkers 1999**




**Gebruik steunkousaantrekkers 2002**



De verpleegkundigen/verzorgenden geven zelf aan dat zij meer steunkousaantrekkers gebruiken omdat het gebruik ervan gestimuleerd wordt in het kader van de afspraken binnen het CAT (43% van de verpleegkundigen/verzorgenden noemt dit) en door het project Steun de Steunkous (20%).

Het gebruik van steunkousaantrekkers stuit volgens circa de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden meestal niet op weerstand bij de cliënt (48% in 1999 en 51% in 2002). Wanneer er wel sprake is van weerstand is dit meestal met betrekking tot de kosten (58%). Deze reden werd in 1999 ook het meest frequent genoemd (61%). Het feit dat een steunkousaantrekker moeilijk in het gebruik zou zijn werd in 1999 nog redelijk vaak genoemd om de weerstand van de cliënt te verklaren (11%), maar in 2002 wordt deze reden significant minder vaak genoemd (4%).

Vrijwel alle (98%) verpleegkundigen en verzorgenden zien voordelen van het gebruik van steunkousaantrekkers waarbij driekwart van hen opmerkt dat het aantrekken van steunkousen met behulp van een steunkousaantrekker makkelijker gaat. Andere veel genoemde voordelen zijn dat het aantrekken van steunkousen met behulp van steunkousaantrekkers minder kracht kost (94%) en het minder pijn voor de cliënt betekent (67%). Deze voordelen werden in 1999 nog maar door 23% resp. 17 % van de verpleegkundigen/verzorgenden genoemd, wat betekent dat deze voordelen in 2002 significant vaker worden genoemd.

Opmerkelijk is dat het aantal respondenten dat ook nadelen van het gebruik van steunkousaantrekkers ziet, significant is toegenomen in 2002. Zagen in 1999 nog 42 % van de respondenten die de vraag invulden nadelen van het gebruik van steunkousaantrekkers, in 2002 betrof dit 69%. De nadelen dat de cliënt de steunkousaantrekkers zowel zelf moet betalen alsook zelf moet aanschaffen worden in 2002 significant vaker genoemd dan in 1999 (86% resp. 72% in 2002 versus 23% resp. 8% in 1999).

Van de 246 verpleegkundigen die de specifieke vragen over het implementatieproject van het iRv hebben beantwoord, geven 53 mensen aan het project te kennen (22%). Zevenendertig verpleegkundigen hebben iets over het project gehoord, 20 mensen hebben er iets erover gelezen en 9 mensen hebben iets over het project gezien op tv of vakinhoudelijke workshops gevolgd. Eenendertig mensen geven aan het protocol vanuit het project te kennen, terwijl 21 verpleegkundigen antwoorden dit protocol niet te kennen. Drieëntwintig verpleegkundigen /verzorgenden werken inmiddels ook volgens het protocol, waarbij 21 mensen speciale scholing hebben gekregen in het gebruik ervan. Door het gebruik van het protocol treden bij verschillende mensen veranderingen op in werkwijze. Zo geven 17 verpleegkundigen aan dat ze veel bewuster bezig zijn met het aan- en uittrekken van steunkousen, en letten 13 verpleegkundigen beter op hun houding bij het aantrekken van de steunkousen. Zeven verpleegkundigen/verzorgenden zeggen door het gebruik van het protocol nu vaker steunkousen te gebruiken.

**Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf**
Net als bij de eerste meting van de monitor werden ook in 2002 een aantal vragen over steunkousaantrekkers gesteld aan steunkous dragende leden van het patiëntenpanel chronisch zieken. Evenals in 1999 trok het grootste deel van de 147 geënquêteerde steunkousdragers de kousen zelf aan (78%) en bij 11% moest er een mantelzorger of

professionele verzorgende aan te pas komen.[2] Circa de helft van de mensen vindt het aantrekken van steunkousen zonder gebruik van steunkousaantrekkers zwaar, heel zwaar, of kan het niet zelf.
De frequentie waarmee de steunkousaantrekkers worden gebruikt is gedurende de jaren van de monitor niet veranderd. Tweederde van de steunkousdragers bleek in 2002 geen steunkousaantrekkers te gebruiken, zoals ook in 1999 het geval was. In beide metingen was circa een kwart van de respondenten niet op de hoogte van het bestaan van steunkousaantrekkers. Opvallend is dat geen van de respondenten de prijs van de steunkousaantrekker een reden vindt deze niet te gebruiken. De voornaamste reden dat respondenten geen steunkousaantrekkers gebruiken is dat men dit niet nodig vindt (36%), hoewel deze reden bij deze laatste meting minder vaak werd genoemd dan in 1999 (door 41% van de respondenten genoemd).

Van de panelleden die *wel* steunkousaantrekkers gebruiken geeft bij beide metingen van de monitor circa driekwart aan hierover (zeer) tevreden te zijn. De meeste panelleden die zèlf een steunkousaantrekker gebruikten (20 in 1999 en 28 in 2002) vinden het aantrekken van de steunkousen met behulp van een aantrekker lichter dan zonder aantrekker (14 van de 20 steunkousdragers in 1999 geven dit antwoord en 20 van de 28 in 2002). Voor een kwart van de panelleden maakte het niet uit. Bij beide metingen is tweederde van de panelleden van mening dat zij waarschijnlijk een beroep op professionele verzorging zouden moeten doen voor het aantrekken van hun kousen indien ze geen steunkousaantrekker tot hun beschikking zouden hebben.

Het belangrijkste voordeel van steunkousaantrekkers dat wordt genoemd is dat het aantrekken van de kousen er fysiek minder zwaar door wordt (21 van de 35 panelleden die een steunkousaantrekker al dan niet zelf gebruiken, geven dit als voordeel aan). Andere voordelen die werden genoemd zijn het feit dat met steunkousaantrekker het aantrekken van de kous minder schuurt over het been en minder pijnlijk is (beide voordelen worden door 5 van de 35 panelleden genoemd). Er is geen verschil in aantal genoemde voordelen tussen de beide metingen van de monitoring.

Meer dan de helft van de gebruikers van steunkousaantrekkers (21 van de 35) gaf aan geen nadelen te ondervinden van het gebruik van aantrekkers. In 1999 werd nog als voornaamste nadeel genoemd dat de kousen sneller slijten door het gebruik van een steunkousaantrekker (8 van de 32 panelleden geven dit aan), maar bij de laatste meting werd dit nadeel niet meer genoemd.
Er is wel een significante toename te zien van het aantal personen dat aangeeft problemen te hebben met de vergoeding van de steunkousaantrekkers. In 2002 geven 10 van de 40 panelleden die steunkousaantrekkers gebruiken aan dat de steunkousaantrekkers helemaal niet of maar eenmalig vergoed werden, terwijl dit in 1999 door drie van de 32 betreffende panelleden werd vermeld. Dit verschil is significant. De kosten van de steunkousaantrekker worden in bijna de helft van de gevallen betaald door de panelleden zelf en in bijna een derde deel van de gevallen door de ziektekostenverzekering.

**Conclusie steunkousaantrekkers**

[2] Een deel van deze mensen ontvangt wellicht thuiszorg, maar dat is niet bekend.

Het beleid ten aanzien van steunkousaantrekkers en het gebruik ervan is duidelijk toegenomen. Ook voor het implementatieproject van het iRv geldt dus dat op grond van de resultaten van de monitoring kan worden gesteld dat de doelstelling is behaald. Het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen is voor de thuiszorginstellingen die met de producten van het iRv werken geen knelpunt meer. De resterende knelpunten bij het gebruik van steunkousaantrekkers zijn voornamelijk terug te voeren op de financiering ervan. Het gebruiken van protocollen en richtlijnen brengt daarin geen verandering.
Het feit dat bij de laatste meting meer nadelen worden genoemd dan in 1999 hangt mogelijk samen met het feit dat de verpleegkundigen en verzorgenden steeds vaker steunkousaantrekkers willen of moeten gebruiken en hierdoor ook vaker (o.a.) het knelpunt van financiering tegen komen.
Binnen het project van het iRv zijn wel gerichte acties ondernomen ten aanzien van de financieringsproblemen van steunkousaantrekkers, maar op het moment dat het onderhavig rapport is geschreven (augustus 2002) zijn daarvan nog geen concrete resultaten te noemen.

Ook het project van het iRv is natuurlijk in tijd samengevallen met de afspraken die in het kader van het CAT werden gemaakt. De verbetering in beleid en het toegenomen gebruik van steunkousaantrekkers heeft natuurlijk ook van hieruit een positieve impuls gekregen. De thuiszorginstellingen die gebruik maken van het protocol van het iRv schatten in significant meer steunkousaantrekkers dan de instellingen die het protocol niet gebruiken. Wel is het opvallend dat een relatief klein aantal verpleegkundigen/verzorgenden het project Steun de Steunkous kent en ook volgens het protocol zegt te werken. Vier van de zes betreffende thuiszorginstellingen van waaruit de steekproef van verpleegkundigen/verzorgenden werd samengesteld, geven namelijk aan dat er binnen hun instelling met het protocol wordt gewerkt. Daarbij is het wel zo dat zij het protocol voor eigen gebruik hebben aangepast, waardoor het voor verpleegkundigen en verzorgenden mogelijk niet meer als het protocol van het project Steun de Steunkous herkenbaar is.

Wat betreft het gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf is er gedurende de 2,5 jaar van de monitoring niets veranderd. Het project Steun de Steunkous heeft zich middels populaire tijdschriften en tv-programma's wel gericht op deze doelgroep, maar daar zijn bij deze peiling onder leden van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken nog geen aantoonbare effecten van gevonden. Ook bij de steunkousdragers zelf komt het probleem van financiering sterker naar voren dan in 1999.

### *1.3.3 Intraveneuze toediening van anti microbiële geneesmiddelen thuis*

Van de 45 thuiszorginstellingen die aan de voor- tussen- en nameting van de monitoring hebben deelgenomen, geven 41 instellingen aan intraveneuze toediening van anti-microbiële medicatie thuis toe te passen.
De mate van beleid ten aanzien van de toediening van antimicrobiële medicatie thuis is gedurende de jaren dat de monitoring plaatsvond niet veranderd. Hierbij speelt het feit dat iedere thuiszorginstelling reeds bij de eerste meting van de monitoring een protocol of richtlijn voor het gebruiken van infusietechnologie hanteerde een rol. De frequentie waar-mee antimicrobiële medicatie thuis wordt toegediend bleef eveneens gelijk.

Het aantal knelpunten dat wordt genoemd een belemmering te zijn bij het voeren van een beleid ten aanzien van de intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis is ongeveer gelijk gebleven gedurende de monitoring. Wel heeft er inhoudelijk enige verschuiving plaatsgevonden. De kwaliteit en veiligheid van de materialen alsmede de ontwikkeling van o.a. protocollen, worden in 2002 significant minder vaak als knelpunten naar voren gebracht dan in 1999. In 1999 werden de kwaliteit en veiligheid van het materiaal door 18 van de 39 instellingen als knelpunt ervaren en in 2002 nog door 7 van de 41 instellingen. Voor de ontwikkeling van o.a. protocollen liggen deze aantallen op 11 van de 39 in 1999 versus drie van de 41 in 2002. Ook geven significant meer thuiszorginstellingen aan dat zij geen knelpunten ervaren bij het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van intraveneuze toediening van antibiotica thuis. Negen van de 41 instellingen geven in 2002 geen knelpunten meer aan, terwijl in 1999 alle 39 instellingen wel een of meer knelpunten noemden.

In 2002 geven significant meer thuiszorginstellingen andere, in de vragenlijst niet voorgestructureerde knelpunten aan. Knelpunten die worden genoemd zijn de hoge kosten voor het thuis toedienen van antimicrobiële geneesmiddelen, het niet eenduidig zijn van de materialen, de complexiteit van de behandeling, en het feit dat het intraveneus toedienen van antibiotica te weinig voorkomt om de deskundigheid op peil te houden.
De organisatie en samenwerking wordt in 2002 door meer dan de helft van de respondenten (22 van de 41) als grootste knelpunt genoemd voor het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van intraveneus toedienen van antibiotica thuis. Hierbij dient te worden gedacht aan organisatie binnen de betreffende thuiszorginstelling zelf, maar ook aan de overdracht van de cliënt vanuit het ziekenhuis en de samenwerking met de mantelzorg.
Ook knelpunten in de beschikbaarheid en levering van benodigde medicatie en materialen worden nog steeds frequent genoemd (11 van de 41).

Wat betreft het daadwerkelijk gebruik van intraveneuze antibiotica thuis zijn de knelpunten vrijwel gelijk gebleven gedurende de monitoring. Het te lage aanbod van patiënten (20 van de 41 instellingen noemt dit) en het niet op peil kunnen houden van de deskundigheid (14 van de 41) ten aanzien van infusietechnologie zijn ook in 2002 de voornaamste knelpunten voor het daadwerkelijk gebruik ervan. Tegelijkertijd geven significant meer thuiszorginstellingen (6 van de 41) aan geen knelpunten bij het daadwerkelijk gebruik van infusietechnologie thuis te ondervinden. In 1999 noemden alle thuiszorginstellingen wel een of meerdere knelpunten.

**Conclusie intraveneus toedienen van antibiotica thuis**
Ten aanzien van het intraveneus toedienen van antimicrobiële geneesmiddelen thuis zijn gedurende de monitoring vrijwel geen veranderingen opgetreden in beleid en/of gebruik hiervan. Ook het aantal knelpunten bleef vrijwel gelijk, hoewel er inhoudelijk enkele veranderingen plaatsvonden. Op zichzelf waren weinig veranderingen te verwachten omdat het implementatieproject van TNO-PG/KITTZ ten tijde van deze monitoring nog niet aan de landelijke implementatiefase was toegekomen.

## 1.4 Beschouwing

Het doel van de implementatieprojecten binnen het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie is het op grote schaal doorvoeren van een verandering of vernieuwing zodat deze tot een routine wordt in het dagelijks handelen van hulpverleners binnen thuiszorginstellingen. Wat betreft de technologieën steunkousaantrekkers en tilliften lijken deze implementatiedoelstellingen te zijn behaald. De derde operationele doelstelling voor de evaluatie van het ZonMw programma Thuiszorgtechnologie 'het bevorderen van het gebruik van de geselecteerde technologieen' is dus voor wat betreft de tilliften en steunkousaantrekkers behaald. Bij de monitoring zoals die nu is uitgevoerd kunnen echter wel enige kanttekeningen te worden gemaakt.

Thuiszorginstellingen hebben te maken met veel organisatorische veranderingen (fusering, verhuizing) en met zeer frequente personele wisselingen. Hierdoor is het vaak niet mogelijk drie maal dezelfde beleidsmedewerker vragen te stellen, wat de betrouwbaarheid van deze monitoring beperkt. Ondanks deze beperkte betrouwbaarheid worden er echter significante verschillen gevonden in het beleid ten aanzien van tilliften en steunkousaantrekkers en neemt ook het (geschatte) gebruik ervan significant toe.

Een *causale relatie* tussen de activiteiten die in het kader van de implementatie projecten zijn uitgevoerd en een eventuele toename in het gebruik van deze technologieën binnen de thuiszorg is middels deze monitoring niet aan te tonen. Er zijn ook andere ontwikkelingen binnen de thuiszorg zoals het CAT, die het gebruik van thuiszorgtechnologie stimuleren. In deze monitoring werd wel een relatie gevonden tussen het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van de technologieën en het gebruik ervan en het gebruiken van de richtlijnen en protocollen die binnen de implementatieprojecten zijn ontwikkeld. Of het gebruik van deze producten nu het beleid bij de thuiszorginstellingen heeft gestimuleerd of dat de thuiszorginstellingen met een beter beleid eerder geneigd zijn de protocollen en richtlijnen vanuit de implementatie-projecten te gebruiken, is niet vast te stellen. Voor de praktijk van de thuiszorg is het echter vooral van belang dat de technologieën op grotere schaal worden ingezet.

Tenslotte is de derde meting van de monitoring enkele maanden na afronding van de implementatieprojecten van Locomotion en het iRv uitgevoerd. Het is te verwachten dat eventuele effecten van de implementatieactiviteiten dan relatief groot zijn. Het gebruik van steunkousaantrekkers en tilliften zal ook in de toekomst voorlopig gestimuleerd moeten blijven worden om te voorkomen dat het effect van de implementatieactiviteiten weer afneemt. Implementatietrajecten kennen in de zin eigenlijk geen echte einddatum.

# Deel B

## Rapport

# 1 Inleiding

Voor veel mensen is het belangrijk zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen wonen. Dankzij de thuiszorg is het mogelijk mensen thuis te behandelen, te verplegen en te verzorgen. Mensen kunnen hierdoor langer thuis blijven en verzorgd worden, of kunnen eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen om thuis te herstellen. Door een goede thuiszorg kan in sommige gevallen opname in een verpleeg- of verzorgingsinstelling voorkomen worden. Daarmee heeft de thuiszorg een onmisbare plaats in het geheel van de Nederlandse gezondheidszorg.

Het overheidsbeleid is er op gericht om waar mogelijk de intramurale zorg te vervangen door extramurale zorg. Een doelmatige inzet van technologie in de thuiszorg kan de mogelijkheden hiervoor vergroten. Het gebruik van thuiszorgtechnologie lijkt echter niet goed door te dringen in de praktijk. Een thuiszorgorganisatie besteedt niet meer dan 1 % van haar budget aan thuiszorgtechnologie (Driessen, 2000). Lang niet alle betrokkenen zijn voldoende op de hoogte van de mogelijkheden van thuiszorgtechnologie, of gebruiken deze om andere redenen te weinig. Om thuiszorgtechnologie succesvol toe te passen moet bekend zijn welke hulpmiddelen zinvol zijn, voor welke doelgroep ze geschikt zijn en in welke situatie. Gebruikers in spé moeten van het bestaan op de hoogte zijn, doordrongen zijn van het nut en de noodzaak van deze middelen en in staat zijn ze te gebruiken.

Ter stimulering van het gebruik van thuiszorgtechnologie is door de toenmalige ziekenfondsraad in 1997 aan ZonMw (toen nog ZON) de opdracht gegeven het programma Thuiszorgtechnologie uit te voeren. Het algemene doel van dit ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie is:

*'de mogelijkheden voor behandeling, verpleging en verzorging van mensen uit te breiden*
*of*
*te versterken door middel van innovatie en een doelmatige inzet van thuiszorgtechnologie'.*

Het programma was aanvankelijk gepland als vijfjarig programma lopende van 1997 tot en met 2001, en vormt een kader voor de stimulering van technologie in de thuiszorg in brede zin. Voor de uitvoering van het programma is € 5,45 miljoen beschikbaar die voor een belangrijk deel wordt besteed aan de uitvoering van de projecten naar het gebruik van verschillende specifieke thuiszorgtechnologieën. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het programma ligt bij de werkgroep Thuiszorg, die bestaat uit experts op het terrein van thuiszorg en technologie. Om verschillende redenen is in 2001 besloten het programma inhoudelijk aan te passen en in tijd te verlengen (Dane, Dekker & Sixma, 2000; Richter, Leemrijse & van den Ende, in voorbereiding).

Een veronderstelling die aan het ZonMw-programma ten grondslag ligt is dat in de thuiszorg, in vergelijking met andere gezondheidszorgsectoren, het technologisch potentieel onvoldoende benut wordt. Om het algemene doel van het programma te bereiken is het

noodzakelijk de kloof tussen technologische mogelijkheden en het daadwerkelijk gebruik van deze technologie in de thuiszorg te overbruggen. Daarbij gaat het in het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie niet om een onvoorwaardelijke stimulering van alles wat met techniek en thuiszorg te maken heeft, maar is gekozen voor bepaalde soorten technologie.

De technologieën worden in de volgende categorieën ingedeeld (Friele, 1995):
1. Technologieën die substitutie van intramurale door extramurale zorg opleveren.
2. Technologieën die het werk van de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg verlichten.
3. Technologieën die de mantelzorg ondersteunen en/of de onafhankelijkheid van de patiënt versterken.

Voor deze technologieën is gekozen omdat deze in eerder uitgevoerde programma's rond thuiszorgtechnologie onvoldoende aan bod zijn gekomen.

## 1.1 Evaluatie van het ZonMw programma Thuiszorgtechnologie

Het NIVEL heeft van ZonMw opdracht gekregen het programma Thuiszorgtechnologie te evalueren. Het eerder genoemde, algemene doel van het programma om 'de mogelijkheden voor behandeling, verpleging en verzorging van mensen uit te breiden of te versterken door middel van innovatie en een doelmatige inzet van thuiszorgtechnologie', is te algemeen geformuleerd om te kunnen evalueren. Daarom zijn drie operationele doelen geformuleerd die in het evaluatieonderzoek centraal zullen staan. Deze doelen zijn:
1. De werving van projecten met relevante technologieën.
2. De selectie van technologieën die kansrijk zijn.
3. Het bevorderen van het gebruik van de geselecteerde technologieën.

Bij de evaluatie van het programma Thuiszorgtechnologie wordt nagegaan in hoeverre de drie operationele doelen zijn bereikt. Voor de evaluatie van de eerste twee doelstellingen worden met name gegevens uit de programmarapportage van ZonMw en uit de individuele project rapportages gebruikt. De evaluatie van de eerste doelstelling, de werving van projecten met relevante technologieën heeft plaatsgevonden in 2000 en de tweede doelstelling, de selectie van kansrijke technologieën wordt geëvalueerd in 2002. Voor de resultaten van deze evaluaties wordt verwezen naar de NIVEL rapporten "ZON-programma Thuiszorgtechnologie: Evaluatie 2000" van Dane, Sixma en Dekker en "Evaluatie van het ZonMw programma, 2002 van Richter, Leemrijse & Van den Ende.
Om te evalueren of het derde doel, het bevorderen van het gebruik van geselecteerde thuiszorgtechnologieën is bereikt zijn aanvullende gegevens verzameld. Hiervoor werd een monitoring van het gebruik van de geselecteerde thuiszorgtechnologieën opgezet. Deze monitoring staat in deze rapportage centraal. Om verwarring te voorkomen dient benadrukt te worden dat de evaluatie van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie niet hetzelfde is als de monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie. De monitoring is een onderdeel van de totale evaluatie van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie en bedoelt alleen antwoord te geven op doelstelling 3 van de evaluatie: het bevorderen van het gebruik van de geselecteerde technologieën.

## 1.2 Monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie

Alleen door ZonMw geselecteerde technologieën waarvoor een implementatieproject is uitgezet om de technologie landelijk te verspreiden, zijn meegenomen in deze monitoring. Dat zijn drie technologieën, te weten het gebruik van tilliften, het gebruik van steunkousaantrekkers, en de intraveneuze toediening van anti-microbiële geneesmiddelen thuis.

Het algemene doel van implementatieprojecten is het op grote schaal in- of doorvoeren van een verandering of vernieuwing, zodat deze tot een routine wordt in het dagelijks handelen van hulpverleners binnen thuiszorginstellingen (ZON, 1998).

Binnen de projecten is het van belang belemmerende en bevorderende factoren die de landelijke implementatie van een technologie beïnvloeden in kaart te brengen. Voorafgaand aan implementatie dienen richtlijnen te zijn ontwikkeld waarin aangegeven is hoe de voorziening het beste kan worden ingevoerd. Hieronder wordt een korte beschrijving gegeven van de drie implementatieprojecten.

**Tilliften (project Tilweg 5b uitgevoerd door LOCOMOTION)**
Tilliften zijn effectief om de fysieke belasting voor zorgverleners te beperken. Desondanks worden tilliften niet optimaal en niet vaak genoeg gebruikt. Een van de oorzaken is een gebrek aan expliciete richtlijnen voor indicatie en gebruik. Er is onvoldoende bekend over andere belemmerende en bevorderende factoren om tilliften in de thuissituatie optimaal te gebruiken. Deze factoren worden in het project Tilweg 5b in kaart gebracht en op basis daarvan worden instrumenten ontwikkeld waarmee thuiszorgorganisaties zelf een effectief beleid kunnen ontwikkelen en invoeren ten aanzien van het gebruik van tilliften.

De hoofddoelstelling van het project Tilweg 5b is 'Het landelijk bevorderen en het doen toenemen van het feitelijk gebruik van tilliften in de thuiszorg'. Achterliggend doel is de fysieke belasting van zorgverleners te verlichten. Deze doelstelling is opgedeeld in drie subdoelstellingen:
1. Ontwikkelen van richtlijnen voor het gebruik van tilliften thuis.
2. Onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie.
3. Landelijk bevorderen van het gebruik van tilliften met aandacht voor het perspectief van cliënt en mantelzorger.

**Steunkousaantrekkers (project Steun de Steunkous uitgevoerd door het kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap: iRv)**
Het aantrekken van steunkousen is zowel voor de gebruikers als voor zorgverleners een belastende activiteit. Er zijn hulpmiddelen op de markt om het aan- en uittrekken makkelijker te maken en de benodigde kracht te reduceren, maar deze hulpmiddelen zijn nog weinig bekend en worden niet veel gebruikt.

De centrale doelstelling van het project Steun de Steunkous van het iRv is het bevorderen van het gebruik van hulpmiddelen bij het aan- en uittrekken van therapeutisch elastische kousen in de thuiszorg. Deze doelstelling is opgedeeld in drie subdoelstellingen:
1. Analyse van de belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van steunkousaantrekkers.

2. Het ontwikkelen van richtlijnen voor het gebruik van steunkousaantrekkers.
3. Het ontwikkelen en uitvoeren van een landelijke implementatiestrategie.

**Intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis (uitgevoerd door TNO-PG i.s.m. KITTZ)**
Ondanks het feit dat intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis voor een breed scala van infecties veilig en kosteneffectief is gebleken en de voorkeur heeft van de patiënt, is er nog geen sprake van landelijke implementatie.

Het project van TNO-PG en KITTZ heeft als doel de intraveneuze toediening van antimicrobiële middelen thuis landelijk te implementeren. Deze doelstelling is opgedeeld in drie subdoelstellingen:
1. Inzicht te verwerven in de factoren die de invoering van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen belemmeren en bevorderen.
2. Het ontwikkelen van een landelijke implementatiestrategie.
3. Het uitzetten van een landelijk implementatietraject.

**Vraagstellingen monitor**
Om een goed beeld in de tijd te krijgen van het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van de betreffende drie technologieën en het gebruik ervan is bij de monitoring gekozen voor drie metingen, een voor-, tussen- en nameting. De voormeting vond plaats in het najaar van 1999, de tussenmeting in het najaar van 2000 en de nameting is in het voorjaar van 2002 verricht. In deze metingen worden via beleidsmedewerkers gegevens verzameld over het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van tilliften, steunkousaantrekkers en infusietechnologie en over het daadwerkelijk gebruik van deze technologieën. Daarnaast wordt gevraagd naar de belemmerende factoren voor het gebruik van deze technologieën binnen de thuiszorg. Aan verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam binnen de thuiszorg werden vragen gesteld over het daadwerkelijk gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers. Om het gebruik van steunkousaantrekkers te inventariseren onder steunkousdragers zelf, werden vragen gesteld aan deelnemers van het Patiënten Panel Chronisch Zieken (zie ook figuur 1) .

Het operationele doel van de monitoring is antwoord te kunnen geven op de volgende onderzoeksvragen:
1. In hoeverre hebben thuiszorginstellingen beleid ten aanzien van tilliften, steunkousaantrekkers en infusietechnologie?
2. Wat zijn de belemmerende factoren voor het gebruik van deze technologieën binnen de thuiszorg?
3. Hoe heeft het beleid ten aanzien van de drie technologieën zich ontwikkeld?
4. Hoe hebben de belemmerende factoren voor het gebruik ten aanzien van de drie technologieën zich ontwikkeld?
5. Hoe heeft het gebruik van deze drie technologieën zich in de tijd ontwikkeld?

Om enig zicht te geven op de situatie zoals die was bij aanvang van de implementatieprojecten en de monitoring (1999), volgt hieronder een beknopte samenvatting van de resultaten uit de voormeting (de methoden volgens welke de gegevens zijn verzameld staan beschreven in hoofdstuk 2).

**Samenvatting resultaten voormeting monitor**
Het *beleid* ten aanzien van de drie betreffende thuiszorgtechnologieën werd bij 59 leden van de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT) geïnventariseerd. Daarnaast is bij 480 verzorgenden en verpleegkundigen het *feitelijk gebruik* van steunkousaantrekkers en tilliften

in kaart gebracht (respons was 50%). Om het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers door *patiënten zelf*, zonder tussenkomst van professionele verzorgers in kaart te brengen, is een korte vragenlijst beantwoord door 141 steunkousdragers binnen het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ)[3].

*Tilliften*
Iets meer dan de helft van de instellingen heeft redelijk of goed ontwikkeld beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften, wat wil zeggen dat er standaardprocedures aanwezig zijn voor onder andere de indicatiestelling en het gebruik van tilliften (de wijze waarop de mate van beleid is geoperationaliseerd staat beschreven in hoofdstuk 2). Het ontwikkelen en invoeren van beleid ten aanzien van tilliften werd in 1999 volgens de thuiszorginstellingen het meest belemmerd door het ontbreken van de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen. Het tweede knelpunt dat door de beleidsmakers werd genoemd was het op peil krijgen van de deskundigheid van het personeel met behulp van scholing en training. Als derde knelpunt kwam de financiering van de aanschaf van tilliften naar voren, wat een behoorlijke investering kan zijn voor thuiszorginstellingen.

Uit de gegevens over het gebruik van tilliften bleek dat er nog veel ruimte was voor verbetering van het feitelijk gebruik binnen de thuiszorg. Slechts in een klein percentage van de tilhandelingen werd werkelijk een tillift gebruikt. Het hebben van een protocol en indicatiestelling voor het gebruik van tilliften bleek geen garantie te zijn voor het daadwerkelijk gebruik ervan. In tegenstelling tot wat de beleidsmakers antwoorden, vonden de verpleegkundigen/verzorgenden zelf dat zij over voldoende vaardigheden en kennis beschikken om een tillift te gebruiken. Zij stonden ook in principe positief ten opzichte van het gebruik van een tillift. Een belangrijk obstakel voor het gebruik van tilliften was volgens hen de praktische situatie bij de cliënt thuis (drempels, vloerbedekking) en de weerstand van de cliënt en/of de mantelzorg tegen het gebruik van een tillift thuis.

*Steunkousaantrekkers*
Ten aanzien van de steunkousaantrekkers is het beleid bij de thuiszorginstellingen het minst ver ontwikkeld. Iets meer dan een derde van de instellingen heeft redelijk tot goed beleid ten aanzien van steunkousaantrekkers, wat wil zeggen dat er wordt gewerkt met richtlijnen ten aanzien van het gebruik van steunkousaantrekkers (zie hoofdstuk 2). Dit kan worden verklaard uit het feit dat dit een zeer 'low tech' hulpmiddel is, waar niet veel scholing of instructie voor nodig is om het te kunnen gebruiken. Het grootste knelpunt dat werd genoemd voor het invoeren van beleid ten aanzien van steunkousaantrekkers is de organisatie rondom het gebruik van steunkousaantrekkers, waaronder de afstemming met cliënten en mantelzorg. Het gebruik van steunkousaantrekkers stuit bovendien volgens de beleidsmedewerkers vaak op verzet bij cliënten. Bij de meeste instellingen worden de steunkousaantrekkers aangeschaft door de cliënten zelf. Dit, in combinatie met het feit dat dit hulpmiddel niet een direct medisch nut heeft voor de cliënt zelf, zou de weerstand van cliënten mogelijk kunnen verklaren. Een ander veel genoemd knelpunt is het ontbreken van richtlijnen en protocollen voor het gebruik van steunkousaantrekkers.

---

3 Het meten van het gebruik van intraveneuze toedieing van antimicrobiele geneesmiddelen thuis is niet door het NIVEL uitgevoerd, maar door TNO-PG in het kader van het betreffende implementatieproject. Voor gegevens wordt verwezen naar het rapport "Implementatie van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis: belemmerende en bevorderende factoren" (Quak et. al., 2000).

Uit de enquête onder verpleegkundigen/verzorgenden bleek dat steunkousaantrekkers gebruikt werden in ongeveer de helft van het aantal keren dat steunkousen aangetrokken werden. In tegenstelling tot de beleidsmedewerkers zeggen de verpleegkundigen/verzorgenden niet vaak tegen te komen dat cliënten bezwaar maken tegen het gebruik van een steunkousaantrekker. Als voornaamste nadeel van de steunkousaantrekkers wordt door hen genoemd dat de cliënt ze zelf moet betalen.

Ook bij het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf valt nog veel winst te behalen: tweederde van de steunkousdragers gebruikt het hulpmiddel niet. Vaak vinden deze mensen dit niet nodig omdat ze het aantrekken van de steunkousen over het algemeen niet als zwaar ervaren. Echter, ruim een kwart van degenen die geen steunkousaantrekker heeft, geeft aan deze niet te gebruiken omdat ze niet op de hoogte zijn van het bestaan van dit type hulpmiddel. Opvallend is dat van de 32 panelleden die een steunkousaantrekker gebruikten, slechts 3 personen aangaven dat ze problemen hadden met de vergoeding ervan.

*Infusietechnologie*
Het beleid voor infusietechnologie is het best ontwikkeld (zie voor de operationalisatie van beleid hoofdstuk 2). Op zich is dit niet verwonderlijk, aangezien deze technologie onder het medisch technisch handelen valt, en alleen verantwoord toegepast kan worden als aan strikte voorwaarden voldaan wordt. Het ontwikkelen van een protocol voor het gebruik van infusietechnologie is in de meeste thuiszorginstellingen al gebeurd. Grootste knelpunten bij het invoeren van beleid ten aanzien van het gebruik van infusietechnologie is de organisatie rondom de infusietechnologie, en de kosten die verbonden zijn aan het opzetten van een dergelijke organisatie. Bij het toepassen van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis is een goede samenwerking met ziekenhuis, apotheek en huisarts noodzakelijk. Mogelijk is het in de praktijk lastig deze samenwerking tussen alle partijen goed op te zetten.
Het zorg dragen voor de kwaliteit en veiligheid van de materialen is een ander veel gehoord knelpunt. Daarnaast is lage aanbod van patiënten is een probleem voor thuiszorginstellingen, waardoor het niet rendabel is een speciaal team op te zetten dat zich met dit soort specialistische handelingen bezig houdt. Hierdoor is het ook moeilijk de specifieke deskundigheid en vaardigheden op peil te houden.

De resultaten van de voormeting in 1999 en de tussenmeting van 2000 zijn uitgebreid beschreven in de rapportages van v. Poppel, Leemrijse & Dekker, 2000 en Leemrijse, vd Greft & Dekker, 2001. De nu volgende rapportage geeft de resultaten van de derde meting uit 2002 weer, in relatie tot die van de eerste en de tweede meting van de monitoring. In de sectie 'Methoden' wordt daarom ook vaak informatie gegeven over deze twee eerdere metingen.

# 2 Methoden

De monitoring van thuiszorgtechnologie is in gedeelten uitgevoerd. Het beleid ten aanzien van de drie betreffende thuiszorgtechnologieën is bij leden van de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT) geïnventariseerd. Het beleid werd op drie momenten in kaart gebracht, bij de voor- tussen en nameting.
Daarnaast is bij een steekproef van zes instellingen het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers en tilliften door verzorgenden en verpleegkundigen in kaart gebracht. Voor de steunkousaantrekkers werd dit zowel bij de voor- als bij de nameting gedaan. Voor de tilliften is alleen een voormeting verricht. In het projectvoorstel van de monitoring was de nameting van het gebruik van tilliften niet opgenomen omdat het volgens de betreffende projectorganisatie (Locomotion) niet reëel was op zo'n korte termijn (de nameting werd enkele maanden na afronding van het implementatieproject Tilweg5b verricht) effecten in het gebruik te verwachten.

Om het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers door patiënten zelf, zonder tussenkomst van professionele verzorgers in kaart te brengen, is een korte vragenlijst beantwoord door steunkousdragers binnen het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Dit werd zowel bij de voor- als bij de nameting gedaan.

Het meten van het gebruik van infusietechnologie is niet door het NIVEL zelf uitgevoerd, maar door TNO-PG in het kader van het implementatieproject voor intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen. Gegevens hierover zijn te vinden in het door TNO gepubliceerde rapport "Implementatie van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis: belemmerende en bevorderende factoren" (Quak et. al., 2000). Aanvankelijk was er bij de planning van de monitoring van uitgegaan dat het NIVEL het gebruik van infusietechnologie thuis door middel van een nameting bij medisch specialisten zou evalueren. De laatste fase van het project van TNO-PG, het uitvoeren van het landelijk implementatieplan was echter ten tijde van de nameting nog niet afgerond zodat een nameting van het gebruik van infusietechnologie niet zinvol werd geacht.
Bij de *derde meting* van de monitor is dus het *beleid* van thuiszorginstellingen ten aanzien van tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis in kaart gebracht, alsmede het daadwerkelijk *gebruik* van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/verzorgenden en door steunkousdragers zelf.

De metingen van 1999 (voormeting), 2000 (tussenmeting) en 2002 (nameting) worden in figuur 1 in schema weergegeven.

Figuur 1: Onderdelen van de drie metingen van de monitoring

| | |
|---|---|
| **Metingen in 1999 (voormeting):** | ***Beleid***<br>Beleid van thuiszorginstellingen t.a.v. tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis.<br><br>**Gebruik**<br>Daadwerkelijk gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/ verzorgenden.<br><br>Daadwerkelijk gebruik steunkousaantrekkers door gebruikers zelf (deelnemers Patiënten Panel Chronisch Zieken (PPCZ)).<br><br>Daadwerkelijk gebruik intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis door medisch specialisten (TNO). |
| **Metingen in 2000 (tussenmeting):** | ***Beleid***<br>Beleid van thuiszorginstellingen t.a.v. tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis. |
| **Metingen in 2002 (nameting):** | **Beleid**<br>Beleid van thuiszorginstellingen t.a.v. tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis.<br><br>**Gebruik**<br>Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/ verzorgenden.<br><br>Daadwerkelijk gebruik steunkousaantrekkers door gebruikers zelf (deelnemers Patiënten Panel Chronisch Zieken (PPCZ)). |

## 2.1 Beleid van thuiszorginstellingen

### *2.1.1 Populatie*

Voor de metingen van de monitoring van het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van thuiszorgtechnologie zijn aanvankelijk 59 thuiszorginstellingen benaderd (Van Poppel *et al.*, 2000). De adressen van deze instellingen, die de in het kader van dit onderzoek relevante zorg in hun pakket hebben, werden in 1999 aangeleverd door het Transferpunt Thuiszorgtechnologie (TTT). Geschat wordt dat deze 59 deelnemende thuiszorginstellingen circa 90% uitmaken van het totaal aantal aangesloten instellingen van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) dat kruiswerk (waaronder wijkverpleging) in het takenpakket heeft.
Bij de eerste meting in 1999 weigerden drie instellingen deelname, en bij drie thuiszorginstellingen kon de juiste contactpersoon niet worden op tijd worden benaderd. De respons van de eerste meting kwam daarmee op 90 % (van Poppel, Leemrijse & Dekker, 2000).
Bij de tussenmeting in 2000 konden als gevolg van fusering bij twee thuiszorginstellingen geen 59, maar 57 leden worden gevraagd voor deelname. Van één van de thuiszorginstellingen was de juiste contactpersoon niet te bereiken, maar de overige 56

instellingen namen deel aan het onderzoek waarmee de respons op 98 % kwam (Leemrijse, van der Greft, Dekker, 2001).
Voor de laatste meting van 2002 (dit rapport) werden wederom dezelfde 57 leden van de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT) gevraagd te participeren. Bij één van de thuiszorg-instellingen bleek het onmogelijk een afspraak te maken met de betreffende persoon en 4 instellingen weigerden hun medewerking aan de enquête. Als reden voor weigering werden gebrek aan tijd, verhuizing en fusering genoemd. De contactpersonen van de resterende 52 thuiszorginstellingen hebben wel gereageerd waarmee de respons op de derde meting van de monitor op 91 % komt. In totaal hebben 45 thuiszorg instellingen aan alle drie de metingen meegewerkt (79%). Om te controleren of deze 45 instellingen een goede afspiegeling vormen van de in totaal 56 deelnemende instellingen, werd de grootte van de instellingen wat betreft aantal werknemers en cliënten, alsmede wat betreft de mate van beleid ten aanzien van de drie technologieën vergeleken. Er werden geen significante verschillen gevonden en op grond hiervan wordt aangenomen dat de resultaten van de 45 instellingen een goede afspiegeling vormen van de totale groep van 56 thuiszorginstellingen.

Enkele kenmerken van de 52 thuiszorginstellingen die aan de derde meting van de monitoring hebben deelgenomen worden hieronder weergegeven. Voor de kenmerken van de thuiszorgin-stellingen die aan de eerste en tweede meting deelnemen (grotendeels dezelfde instellingen) wordt verwezen naar de betreffende onderzoeksrapporten (Van Poppel, Leemrijse & Dekker, 2000; Leemrijse, Van der Greft, Dekker, 2001).
Meer dan de helft van de 52 thuiszorginstellingen (69%) levert een combinatie van verzorging en verpleging en de rest levert andere zorg. Onder andere zorg wordt dan verstaan een pakket van verpleging en verzorging, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, diëtetiek en huishoudelijke diensten. In tabel 2.1 wordt de grootte van de 52 thuiszorginstellingen weergegeven in aantal werknemers en aantal cliënten.

Tabel 2.1: Aantal werknemers en cliënten van de 52 thuiszorginstellingen

| | n | % |
|---|---|---|
| **Aantal werknemers** | | |
| < 500 | 6 | 12 |
| 500-1000 | 8 | 15 |
| 1001-2000 | 11 | 21 |
| 2001-3000 | 0 | 0 |
| > 3000 | 2 | 4 |
| Niet ingevuld/onbekend | 25 | 48 |
| **Aantal cliënten** | | |
| <1000 | 0 | 0 |
| 1000-4000 | 8 | 15 |
| 4001-6000 | 6 | 12 |
| 6001-10000 | 9 | 17 |
| > 10000 | 4 | 8 |
| Niet ingevuld/onbekend | 25 | 48 |

### 2.1.2 *Meetinstrumenten*

De gegevens voor de drie metingen werden verzameld door middel van een vragenlijst aan de deelnemende thuiszorginstellingen (bijlage 1). Deze vragenlijst was bij elk van de drie metingen gelijk en werd telefonisch beantwoord.

In de vragenlijst werden vragen gesteld over de aanwezigheid van beleid ten aanzien van tilliften, steunkousaantrekkers en infusietechnologie. Om de mate van beleid van de thuiszorginstellingen ten aanzien van de drie technologieën te bepalen, zijn per technologie een aantal vragen (items) opgesteld met betrekking tot het al dan niet aanwezig zijn van procedures en richtlijnen hiervoor (tabel 2.2). Deze vragen hebben de antwoordmogelijkheden ja/nee. Hoe meer items positief werden beantwoord, hoe groter de mate van beleid. Bij tilliften worden 3 of minder items positief beantwoord vertaald als 'geen tot matig beleid', en 4 of meer items positief beantwoord als 'redelijk tot veel beleid'.
Bij steunkousaantrekkers worden 1 of minder items positief beantwoord vertaald als 'geen tot matig beleid' en 2 of 3 items positief beantwoord als 'redelijk tot veel beleid'.
Bij intraveneuze toediening van anti microbiële geneesmiddelen thuis worden 1 of minder items positief beantwoord vertaald als 'geen tot matig beleid' en 2 items positief beantwoord als 'veel beleid'.

Tabel 2.2: Items voor het definiëren van de mate van beleid van thuiszorginstellingen

**Tilliften**
1. Standaard procedure voor gebruik tillift
2. Standaard indicatiestelling
3. Geregeld nagegaan of hoeveelheid tilliften voldoende is
4. Zorgweigeringsprocedure
5. Commissie preventie fysieke belasting
6. Aanspreekpunt fysieke belasting

**Steunkousaantrekkers**
1. Protocol of richtlijn voor gebruik van steunkousaantrekkers
2. Zorgweigeringsprocedure
3. Richtlijn wanneer tot aanschaf van steunkousaantrekker wordt overgegaan

**Infusietechnologie**
1. Protocol of richtlijn m.b.t. het gebruik van infusietechnologie
2. Gestandaardiseerde indicatiestelling

Naast deze vragen over het beleid werd aan de beleidsmedewerkers gevraagd in te schatten hoe vaak de betreffende technologie werd ingezet. Ook werd geïnventariseerd welke problemen bij het ontwikkelen van beleid ten aanzien van de betreffende drie technologieën zijn opgetreden en welke problemen werden gesignaleerd bij het daadwerkelijk gebruiken van de technologieën.

Bij de derde en laatste meting van de monitoring zijn aanvullende vragen gesteld over de bekendheid met de implementatieprojecten en de producten die daarin ontwikkeld zijn. Er is bijvoorbeeld gevraagd naar het gebruik van richtlijnen die in het kader van het project van het iRv (steunkousaantrekkers) zijn ontwikkeld en het inzetten van de video van LOCOmotion (tilliften). De implementatieprojecten proberen (onder andere) middels het op grote schaal uitzetten van deze producten het gebruik van de betreffende technologieën te bevorderen en knelpunten die het gebruik in de weg staan te verminderen. In de analyse is daarom gekeken of het gebruik van de producten uit de implementatieprojecten een relatie heeft met het gebruik van een technologie en de knelpunten die zich daarbij voordoen. De aanvullende vragen zijn in samenspraak met de projectorganisaties LOCOmotion en iRv opgesteld.

### *2.1.3 Analyse*

Om de verschillen in beleid ten aanzien van tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van antibiotica thuis tussen de drie metingen van 1999, 2000 en 2002 te bepalen, zijn de data gebruikt van de 45 thuiszorginstellingen die aan alle drie de metingen hebben deelgenomen. Door middel van een Friedman Two-Way Analysis of Variance by Ranks voor de ordinale schalen en een Cochran Q test voor de dichotome variabelen werden de verschillen in beleid getoetst ($\propto = 0{,}05$). Wanneer op een ordinale variabele een verschil tussen de drie metingen werd gevonden is met een Wilcoxon Signed Ranks Test bepaald tussen welke twee meetmomenten dit verschil zich bevond. Voor de nominale variabelen werd daarvoor een McNemar change test gebruikt.
Bij de analyse is ook gekeken of er verschillen bestaan in het beleid ten aanzien van een technologie, het geschatte gebruik ervan en de knelpunten die daarbij optreden, tussen thuiszorginstellingen die de producten uit de implementatieprojecten gebruiken en de instellingen die dat niet doen.

## 2.2 Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/ verzorgenden en door steunkousdragers zelf

### *2.2.1 Populatie*

Aangezien de inschatting van het gebruik van een technologie door beleidsmedewerkers niet altijd overeen hoeft te komen met het daadwerkelijk gebruik ervan in de praktijk, werden ook vragen gesteld over het daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers en tilliften aan verpleegkundigen/verzorgenden werkzaam binnen de thuiszorg. Op basis van de gegevens uit de voormeting over het beleid van instellingen met betrekking tot het gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers werd de mate van beleid bepaald (zie paragraaf 2.1). De instellingen werden ingedeeld als instelling met 'veel beleid' of instelling met 'weinig beleid'. Uit deze twee groepen werden elk drie instellingen geselecteerd. Getracht werd een evenredige verdeling over geheel Nederland te krijgen in de selectie. Bij elk van de 6 thuiszorginstellingen werd op grond van het adressenbestand van de instelling een steekproef van 80 verpleegkundigen en verzorgenden getrokken (480 totaal). De respons bedroeg 50% bij de voormeting in 1999.
Van deze zes instellingen zijn voor de nameting in 2002 alle verpleegkundigen benaderd die in 1999 ook de vragenlijst hebben ingevuld (238 totaal). Vijf van de zes instellingen hebben

de steekproef verder aangevuld tot 80 personen. Eén instelling wilde alleen de (31) verpleegkundigen benaderen die reeds aan de voormeting hadden meegedaan. De totale steekproef kwam daarmee bij de nameting in 2002 op 431 verpleegkundigen/verzorgenden.

### *2.2.2 Meetinstrumenten*

Het gebruik van steunkousen en de belemmerende en bevorderende factoren daarvan werd met behulp van een schriftelijke vragenlijst in kaart gebracht (zie bijlage 2). De vragenlijsten werden voor vier instellingen verspreid door het NIVEL, bij de andere twee instellingen zijn de vragenlijsten onder de verpleegkundigen en verzorgenden verspreid vanuit de thuiszorginstelling. Ongeveer drie weken na het verspreiden van de vragenlijsten is een reminder gestuurd.
De vragenlijst was bij beide metingen in grote lijnen dezelfde en bestond uit drie delen. De vragen in het eerste gedeelte van de vragenlijst hadden betrekking op algemene gegevens van de verplegende of verzorgende. Het tweede deel bestond uit vragen met betrekking tot algemene ervaringen met steunkousaantrekkers. In deel drie werd het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers geregistreerd in een soort dagboekje, dat werd ingevuld voor drie opeenvolgende diensten van de betreffende verpleegkundige of verzorgende (bij de voormeting van de monitoring werden ook vragen gesteld over het gebruik van tilliften, de ervaringen met en de voor- en nadelen van tilliften (zie figuur 1 en van Poppel, Leemrijse & Dekker, 2000).
Bij de nameting van het gebruik van steunkousaantrekkers werden aanvullend ook een aantal vragen gesteld aan de verpleegkundigen/verzorgenden met betrekking tot de bekendheid met het implementatieproject rond de steunkousen en het gebruik van de producten (richtlijnen en protocollen) hieruit. Deze aanvullende vragen zijn in overleg met het iRv opgesteld.

### *2.2.3 Analyse*

Van de 238 respondenten van de eerste meting in 1999 konden 183 respondenten opnieuw worden aangeschreven. De steekproeven van 1999 en 2002 kunnen theoretisch voor maximaal 42% uit dezelfde verpleegkundigen/verzorgenden bestaan (183/431). Er werd gekozen voor een analyse die beide steekproeven als onafhankelijk beschouwt. Om de verschillen in het gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen en verzorgenden tussen 1999 en 2002 te analyseren is daarom een Wilcoxon Signed Ranks Test gebruikt ($\propto$ = 0,05). Bij de analyse is tevens gekeken of het al dan niet gebruiken van de producten uit het project Steun de Steunkous gerelateerd is aan het gebruik van steunkousaantrekkers en de knelpunten die daarbij optreden.

## 2.3 Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf

### *2.3.1 Populatie*

Om het gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf te meten zijn data verzameld in het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Het patiëntenpanel bestaat uit circa 2700 personen met een chronische somatische aandoening. De panelleden geven regelmatig

informatie over de kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en de maatschappelijke positie van mensen met een chronische aandoening. Deze 2700 panelleden werden geselecteerd uit het patiëntenbestand van 56 huisartsen verspreid over Nederland. Inclusiecriteria waren: 1) aanwezigheid van een chronische aandoening, 2) 15 jaar of ouder, 3) zelfstandig wonend, 4) op de hoogte van de diagnose, 5) niet in de terminale fase verkeren, 6) voldoende mentale en communicatieve vaardigheden om aan het panel te kunnen deelnemen.
Aan leden van het PPCZ werd gevraagd of ze steunkousen droegen en of ze hierover een aantal vragen wilden beantwoorden. Bij de voormeting van 1999 werden deze vragen telefonisch gesteld. Bij de nameting in 2002 konden de vragen schriftelijk worden meegenomen in de gebruikelijke algemene enquêteronde die de panelleden ieder half jaar invullen. Dit werd door de onderzoekers minder belastend geacht voor de betreffende leden van het panel, in vergelijking met een (extra) telefonisch interview. Het betrof hier inmiddels nieuwe panelleden, aangezien het PPCZ om de drie jaar wisselt van samenstelling.

### *2.3.2 Meetinstrumenten*

Middels een korte vragenlijst werd aan patiënten gevraagd wie de steunkousen bij hen aantrok, hoe zwaar ze het aantrekken ervan vonden en of ze er steunkousaantrekkers bij gebruikten. Aan degenen die aangaven steunkousaantrekkers te gebruiken werd gevraagd welke voor- en nadelen zij daarvan ondervonden.

### *2.3.3 Analyse*

Om de verschillen in het gebruik van steunkousaantrekkers door gebruikers zelf tussen 1999 en 2002 te analyseren is een Wilcoxon Signed Ranks Test gebruikt ($\propto = 0{,}05$).

# 3 Resultaten

De resultaten die in dit hoofdstuk worden weergegeven zijn voor wat betreft de verschillen in de tijd die worden weergegeven, gebaseerd op data van de in totaal 45 thuiszorginstellingen die zowel aan de voormeting van 1999, als aan de tussen meting van 2000 en de eindmeting van 2002 hebben deelgenomen. De antwoorden op de vragen die alleen bij de derde meting zijn gesteld worden weergegeven voor alle 51 instellingen die aan deze derde meting hebben meegewerkt.
Niet iedere instelling maakt gebruik van zowel tilliften, steunkousaantrekkers als infusietechnologie, zodat per bevraagde technologie het aantal respondenten verschillend is. Ook is per vraag het aantal respondenten dat heeft geantwoord niet altijd gelijk.
In de tabellen worden de gegevens van beide metingen daarom zowel in absolute aantallen als in percentages weergegeven.

De 45 thuiszorginstellingen die aan alle drie de metingen hebben deelgenomen geven allemaal aan gebruik te maken van tilliften. De resultaten voor wat betreft het beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften zijn dus gebaseerd op de gegevens van alle 45 thuiszorginstellingen.

## 3.1 Tilliften

### *3.1.1 Beleid thuiszorginstellingen*

Gedurende de 2,5 jaar die is verstreken tussen de eerste en de derde meting van de monitoring is het beleid van thuiszorginstellingen significant toegenomen. Deze toename vond met name plaats tussen de metingen van 1999 en 2000 ($p = 0.016$). Tweeëndertig van de 45 thuiszorginstellingen (71 %) zeggen in 2002 'redelijk tot veel beleid' te voeren ten aanzien van het gebruik van tilliften. In 1999 waren dit er nog 26 (58%).
Wanneer de toename in beleid wordt uitgesplitst naar regio is de grootste toename te zien in het Noorden en Oosten van Nederland ($p>0.05$). In deze regio's werd bij de eerste meting in 1999 ook relatief gezien het minste beleid gevoerd ten aanzien van tilliften. De stijging in de mate van het beleid is verdeeld over alle items die gebruikt worden om de hoeveelheid beleid bepalen (tabel 3.3).

Tabel 3.1: Mate van beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van tilliften

| Beleid | 1999 (n=45) | 2000 (n=45) | 2002 (n = 45) |
|---|---|---|---|
| Geen tot weinig beleid (<2 items) | **6%** | **6%** | **2%** |
| | 3 | 3 | 1 |
| Matig beleid (2-3 items) | **36%** | **20%** | **24%** |
| | 16 | 9 | 11 |
| Redelijk beleid (4-5 items) | **40%** | **42%** | **44%** |
| | 18 | 19 | 20 |
| Veel beleid (6 items) | **18%** | **33%** | **27%** |
| | 8 | 14 | 12 |
| Onbekend | | | **2%** |
| | | | 1 |

* p<0,05.

Tabel 3.2: Mate van beleid van de thuiszorginstellingen t.a.v. tilliften per regio

| | Geen/matig beleid | | | Redelijk/ veel beleid | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1999 | 2000 | 2002 | 1999 | 2000 | 2002 |
| Noord (n=3) | **100%** | **67%** | **0%** | **0%** | **33%** | **100%** |
| | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Oost (n=11) | **64%** | **27%** | **36%** | **36%** | **73%** | **64%** |
| | 7 | 3 | 4 | 4 | 8 | 7 |
| Zuid (n=13) | **31%** | **31%** | **31%** | **69%** | **69%** | **69%** |
| | 4 | 4 | 4 | 9 | 9 | 9 |
| West (n=18)* | **28%** | **17%** | **24%** | **72%** | **83%** | **76%** |
| | 5 | 3 | 4 | 13 | 15 | 13 |

* Van 1 thuiszorginstelling uit West Nederland is in 2002 de mate van beleid onbekend.

Tabel 3.3: De items voor het bepalen van de mate het beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften

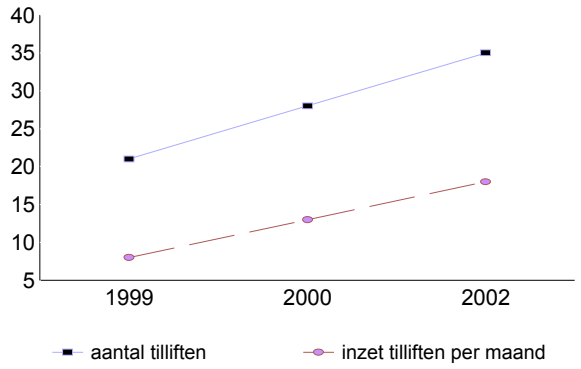
| Beleid | 1999 (n=45) | 2000 (n=45) | 2002 (n = 45) |
|---|---|---|---|
| Standaardprocedure voor gebruik tillift (ja) | **62%** | **73%** | **71%** |
| | 28 | 33 | 32 |
| Standaardindicatiestelling (ja) | **62%** | **51%** | **62%** |
| | 28 | 23 | 28 |
| Geregeld nagaan of er voldoende tilliften zijn (ja) | **58%** | **60%** | **67%** |
| | 26 | 27 | 30 |
| Zorgweigeringsprocedure (ja) | **71%** | **87%** | **80%** |
| | 32 | 39 | 36 |
| Commissie preventie fysieke belasting (ja) | **69%** | **71%** | **82%** |
| | 31 | 32 | 37 |
| Aanspreekpunt fysieke belasting (ja) | **64%** | **67%** | **69%** |
| | 29 | 30 | 31 |

**Aanwezigheid en gebruik tilliften**

Het aantal respondenten dat aangeeft over voldoende tilliften te beschikken is significant gestegen in de 2,5 jaar van de monitoring. In 2002 zeggen 40 van de 45 thuiszorginstellingen over voldoende tilliften te beschikken, terwijl in 1999 slechts 23 van de 45 instellingen tevreden waren over het aantal tilliften. In 2002 zijn gemiddeld 35 tilliften aanwezig bij de thuiszorginstellingen (mediaan: 29) terwijl de instellingen in 1999 aangaven over gemiddeld 21 tilliften te beschikken (mediaan: 16) ($p < 0.005$). Daarbij dient te worden opgemerkt dat bij iedere meting circa een derde van de respondenten niet precies weet over hoeveel tilliften de thuiszorginstelling beschikt.

Van de 52 thuiszorginstellingen die aan de derde meting van de monitoring hebben deelgenomen, geven 46 instellingen aan dat zij gebruik hebben gemaakt van de landelijke subsidieregeling om tilliften aan te schaffen.

Figuur 2: Aantal tilliften aanwezig bij thuiszorginstellingen en inzet per maand



Ook de frequentie waarmee de tillift voor cliënten wordt ingezet is toegenomen. Werd de tillift in 1999 gemiddeld voor 8 cliënten per maand gebruikt (mediaan: 5), in 2002 zeggen de respondenten de tillift bij gemiddeld 18 cliënten per maand in te zetten (mediaan: 12) (figuur 2). In tabel 3.4 wordt de inzet van tilliften per categorie weergeven.

Aan de thuiszorginstellingen werd gevraagd of het gebruik van een tillift het bezoek van een (extra) verpleegkundige of verzorgende soms overbodig maakt. In 1999 waren acht van de 42 respondenten die deze vraag beantwoordden van mening dat dit inderdaad regelmatig het geval was. In 2000 waren 12 van de 45 respondenten van mening dat een tillift de komst van een extra verpleegkundige overbodig maakte, terwijl in 2002 14 van de 45 respondenten deze mening waren toegedaan. Het gebruik van tilliften maakt dus in significant toenemende mate de komst van een extra verpleegkundige bij een tilhandeling overbodig.

Tabel 3.4: Gebruik van tilliften binnen de thuiszorginstellingen

| | 1999 (n=45) | 2000 (n=45) | 2002 (n=45) |
|---|---|---|---|
| Voldoende liften (ja)* | **51%** | **84%** | **89%** |
| | 23 | 38 | 40 |
| Totaal aantal tilliften*: | | | |
| <10 liften | **16%** | **4%** | **11%** |
| | 7 | 2 | 5 |
| 10-20 liften | **31%** | **27%** | **13%** |
| | 14 | 12 | 6 |
| 21-50 liften | **22%** | **29%** | **31%** |
| | 10 | 13 | 14 |
| >50 liften | **4%** | **7%** | **13%** |
| | 2 | 3 | 6 |
| Onbekend aantal liften | **27%** | **33%** | **31%** |
| | 12 | 15 | 14 |
| Frequentie inzetten tillift*: | | | |
| <5 cliënten per maand | **24%** | **20%** | **16%** |
| | 11 | 9 | 7 |
| 5-10 cliënten per maand | **20%** | **13%** | **11%** |
| | 9 | 6 | 5 |
| 11-20 cliënten per maand | **9%** | **7%** | **16%** |
| | 4 | 3 | 7 |
| >20 cliënten per maand | **2%** | **11%** | **13%** |
| | 1 | 5 | 6 |
| Onbekend aantal cliënten per maand | **44%** | **49%** | **44%** |
| | 20 | 22 | 20 |

* $p<0,05$.

**Knelpunten bij het ontwikkelen en uitvoeren van het beleid**

Wanneer het totaal aantal genoemde knelpunten dat een rol speelt bij het ontwikkelen van beleid ten aanzien van tilliften bij elkaar wordt opgeteld, is er in 2002 een significante

afname van knelpunten te zien ten opzichte van 2000 (tabel 3.5). Tien respondenten geven in 2002 aan helemaal geen knelpunten meer te ervaren, terwijl in 1999 alle respondenten wel één of meer knelpunten bij het ontwikkelen van het beleid ten aanzien van tilliften naar voren brachten ($p < 0.05$).
Toch blijven een flink aantal knelpunten genoemd. Ook in 2002 is het ontbreken of het ontoereikend zijn van de deskundigheid ten aanzien van tilliften met 49 % het meest gehoorde knelpunt. In 2000 was dit ook het geval en in 1999 werd alleen het knelpunt 'ontwikkeling', waaronder het ontbreken van protocollen en richtlijnen voor gebruik wordt verstaan, vaker genoemd. Ook in 2002 speelt dit knelpunt nog een belangrijke rol.
De kwaliteit, veiligheid en comfort van de materialen rond de tilliften wordt in 2002 significant minder vaak genoemd dan in 1999. De knelpunten betreffende de organisatie rondom tilliften worden in 2002 significant minder vaak genoemd dan in 2000. Bij knelpunten in de organisatie moet worden gedacht aan samenwerking met distributiecentra van tilliften, samenwerking met een tilcoördinator, afstemming van wensen en mogelijkheden met de betreffende cliënt en/of de mantelzorger etc.

Tabel 3.5: Knelpunten bij het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften

| | 1999 (n=43)[a] | 2000 (n=45) | 2002 (n = 45) |
|---|---|---|---|
| Deskundigheid (o.a. scholing/training) | **37%** | **38%** | **49%** |
| | 16 | 17 | 22 |
| Ontwikkeling product (o.a. tilprotocol) | **40%** | **24%** | **24%** |
| | 17 | 11 | 11 |
| Distributie van tilliften | **7%** | **9%** | **16%** |
| | 3 | 4 | 7 |
| Organisatie/samenwerking (o.a. binnen instelling, afstemming cliënt/mantelzorg)* | **21%** | **38%** | **11%** |
| | 9 | 17 | 5 |
| Andere prioriteiten | **19%** | **22%** | **11%** |
| | 8 | 10 | 5 |
| Wet- en regelgeving | **19%** | **11%** | **11%** |
| | 8 | 5 | 5 |
| Financiën m.b.t. aanschaf tilliften | **28%** | **18%** | **9%** |
| | 12 | 8 | 4 |
| Materialen (o.a. kwaliteit, comfort, veiligheid)* | **23%** | **11%** | **4%** |
| | 10 | 5 | 2 |
| Anders* | **5%** | **38%** | **18%** |
| | 2 | 17 | 8 |
| Geen knelpunten* | **0%** | **7%** | **22%** |
| | 0 | 3 | 10 |

[a] Twee respondenten hebben in 1999 de vraag naar knelpunten niet ingevuld.
* $p < 0,05$.

**Scholing personeel**

De scholing in het gebruik van tilliften is de afgelopen 2,5 jaar toegenomen (tabel 3.6). In 1999 gaven nog 9 thuiszorginstellingen aan dat binnen de instelling geen speciale training werd gegeven in het gebruik van tilliften. In 2002 zeggen alle respondenten dat er een speciale scholing in het gebruik van tilliften wordt gegeven, wat een significante toename is. De vorm waarin die training gegeven wordt verschilt per thuiszorginstelling, maar specifieke training tijdens bijscholing wordt het meest frequent genoemd.

Het aantal instellingen waarbij de scholing standaard in de opleiding is opgenomen is in 2002 en 2000 significant groter dan in 1999. Het aantal respondenten dat aangeeft dat de scholing ter plekke wordt verzorgd wisselt: in 1999 antwoordden 34 instellingen dat zij de training ter plekke verzorgden, in 2000 waren dit er slechts 21 en in 2002 geven weer 33 instellingen aan een training ter plekke te organiseren (tabel 3.6). Beide verschillen zijn significant ($p<0.05$).

Een tegengestelde schommeling is te zien in het aantal respondenten dat aangeeft dat de scholing in het gebruik van tilliften 'anders' is geregeld. In 2000 werd door significant meer mensen aangegeven dat de scholing in het gebruik van tilliften op een andere manier werd geregeld dan in 1999, terwijl deze antwoordcategorie in 2002 weer door significant minder respondenten wordt gebruikt. De andere wijzen van training die worden genoemd zijn onder andere training door tilcoördinator, door tilcentrum, door magazijnmedewerker, door leverancier, regelmatige bijscholing op verzoek van gegadigden. Mogelijk dat een aantal van deze vormen van training in 2000 als training ter plekke is gekenmerkt, wat het inconsistent verloop van de resultaten zou kunnen verklaren.

Tabel 3.6: Scholing van het personeel in het gebruik tilliften

| | 1999 (n=45) | 2000 (n=45) | 2002 (n=45) |
|---|---|---|---|
| Training tijdens bijscholing | **53%** | **64%** | **76%** |
| | 24 | 29 | 34 |
| Training ter plekke* | **76%** | **47%** | **73%** |
| | 34 | 21 | 33 |
| Standaard in opleiding* | **9%** | **33%** | **40%** |
| | 4 | 15 | 18 |
| Geen speciale training* | **20%** | **13%** | **0%** |
| | 9 | 6 | 0 |
| Anders* | **9%** | **31%** | **13%** |
| | 4 | 14 | 6 |

$p < 0.05$.

**Knelpunten bij het gebruik van tilliften**

Wat betreft het totale aantal knelpunten dat wordt genoemd voor het gebruik van tilliften is er in de 2,5 jaar geen verandering waar te nemen (tabel 3.7). Het ruimtegebrek bij de cliënt thuis is en blijft het grootste knelpunt voor het gebruik van de tilliften. Dertig van de 45 thuiszorginstellingen noemen dat als knelpunt. Ook de acceptatie van verpleegkundigen, cliënt en mantelzorg blijft in 2002 een belangrijk knelpunt. Het gebrek aan comfort van de tilliften voor de cliënt wordt in 2002 (en in 2000) significant minder vaak genoemd dan in 1999 ($p <$

0.05). De problemen met de aanvraag van de tillift bij de WVG in het geval van langdurig gebruik, zijn gedurende de 2,5 jaar van de monitoring significant toegenomen. In 2002 gaven 16 thuiszorginstellingen aan dit een belangrijk knelpunt te vinden, terwijl dit in 1999 en 2000 respectievelijk 7 en 8 instellingen betrof.

Tabel 3.7: Knelpunten bij het gebruik van tilliften in 1999, 2000 en 2002

| | 1999 (n=44)[a] | 2000 (n=45) | 2002(n=45) |
|---|---|---|---|
| Ruimtegebrek bij cliënt thuis | **57%** | **80%** | **67%** |
| | 25 | 36 | 30 |
| Acceptatie cliënt/mantelzorg | **68%** | **58%** | **62%** |
| | 30 | 26 | 28 |
| Acceptatie verpleegkundige/verzorgende | **57%** | **51%** | **42%** |
| | 25 | 23 | 19 |
| Problemen met aanvraag bij WVG* | **16%** | **20%** | **36%** |
| | 7 | 9 | 16 |
| Gebrek vaardigheden inrichten gebruiksruimte | **21%** | **27%** | **33%** |
| | 9 | 12 | 15 |
| Gebrek vaardigheden gebruik tillift | **48%** | **40%** | **27%** |
| | 21 | 18 | 12 |
| Scholing/training personeel | **23%** | **22%** | **22%** |
| | 10 | 10 | 10 |
| Afwezigheid van tilprotocol | **25%** | **20%** | **13%** |
| | 11 | 9 | 6 |
| Comfort en patiënt-onvriendelijkheid van tillift* | **32%** | **7%** | **7%** |
| | 14 | 3 | 3 |
| Afwezigheid til coördinator | **7%** | **13%** | **4%** |
| | 3 | 6 | 2 |
| Snelheid van plaatsen laat te wensen over | **11%** | **9%** | **4%** |
| | 5 | 4 | 2 |
| Te weinig beschikbare tilliften | **16%** | **4%** | **4%** |
| | 7 | 2 | 2 |
| Problemen met kwaliteit en bedieningsgemak tilliften | **5%** | **7%** | **4%** |
| | 2 | 3 | 2 |
| Vergoeding van (gebruik) tillift | **2%** | **4%** | **4%** |
| | 1 | 2 | 2 |
| Veiligheid van tillift | **2%** | **2%** | **2%** |
| | 1 | 1 | 1 |
| Arbo-wetgeving | **0%** | **0%** | **0%** |
| | 0 | 0 | 0 |
| Anders | **0%** | **13%** | **9%** |
| | 0 | 6 | 4 |
| Geen knelpunten | **7%** | **0%** | **0%** |
| | 3 | 0 | 0 |

[a] Eén respondent heeft de vraag naar knelpunten niet ingevuld.
* $p<0,05$.

**Specifieke vragen gerelateerd aan Tilweg 5b**

Aan alle 52 thuiszorginstellingen die mee hebben gedaan aan de derde meting van de monitoring thuiszorgtechnologie, zijn een aantal vragen gesteld die specifiek betrekking hadden op de activiteiten die vanuit het implementatieproject Tilweg 5b zijn ondernomen. De activiteiten van het project Tilweg 5b hebben nadrukkelijk aansluiting gezocht bij de activiteiten die in het kader van het afgesloten Arbeidsomstandighedenconvenant Thuiszorg werden ontplooid. Om die reden werden ook wat meer algemene vragen gesteld. Eenenvijftig thuiszorginstellingen hebben de vragen beantwoord (tabel 3.8).

In het kader van het streven de fysieke belasting binnen de thuiszorg te verminderen is een landelijke subsidieregeling in het leven geroepen om hulpmiddelen en materialen aan te schaffen. Aan de thuiszorginstellingen werd gevraagd of zij gebruik hadden gemaakt van deze subsidie regeling om nieuwe tilliften aan te schaffen. Zes en veertig van de 51 thuiszorginstellingen hebben daadwerkelijk gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

In het project Tilweg5b van Locomotion zijn richtlijnen ontwikkeld voor het gebruik van tilliften. Deze richtlijnen zijn opgenomen in een brochure 'Een tillift thuis, handreikingen voor het gebruik van tilliften in de thuiszorg' en wordt uitgegeven door het AWO fonds en het CAT (Convenantspartijen Arbeidsomstandigheden Thuiszorg). Naast deze brochure is binnen het project Tilweg5b ook een video 'Een tillift thuis' ontwikkeld. Beide producten, de brochure en de video zijn gratis aan alle thuiszorginstellingen in Nederland gestuurd.

Vijfentwintig respondenten van de thuiszorginstellingen zeggen de brochure 'Een tillift thuis' te kennen en 16 respondenten geven aan de brochure ook te gebruiken. Op de vraag naar de bekendheid binnen de thuiszorginstelling met de video 'Een tillift thuis' antwoorden 37 thuiszorginstellingen bevestigend. Veertien respondenten geven aan de video niet te kennen of weten het niet. Van de 37 thuiszorginstellingen die de video kennen maken 25 instellingen ook werkelijk gebruik van de video.

Door TNO Arbeid zijn normen voor fysieke belasting in de thuiszorg ontwikkeld. Deze normen zijn uitgewerkt in een publicatiereeks Stilstaan bij Bewegen waarin de zogeheten groene praktijkregels voor fysieke belasting worden weergegeven. Er zijn onder andere regels ontwikkeld voor tillen en dragen, voor ongunstige werkhoudingen, staan, transport van bedden en hulpmiddelen. De groene praktijkregels voor tillen en dragen geven onder andere aan bij welke tilhandeling een tillift geïndiceerd is.

Twee derde van de thuiszorginstellingen zeggen inmiddels in de *algemene zorg* volgens de groene praktijk regels te werken (34 van de 51). Zestien respondenten geven aan deze groene praktijkregels niet te volgen. De redenen die daarvoor worden genoemd zijn dat de regels niet bekend zijn (n = 2), dat er nog aan de implementatie van de groene praktijkregels gewerkt wordt (n=8), de scholing in het toepassen van die regels nog onvoldoende is (n = 5), of de situatie bij de cliënt thuis het toepassen van de groene praktijkregels niet toelaat (n = 1).

Voor wat betreft het *werken met tilliften* geven 41 van de 51 thuiszorginstellingen aan volgens de groene praktijkregels te werken. Zeven instellingen doen dat niet. De redenen hiervoor zijn dat de regels niet bekend zijn (n = 2), er nog aan de implementatie van de regels gewerkt wordt (n=3) of de scholing in de regels onvoldoende is (n = 2).

Tabel 3.8: Specifieke vragen gerelateerd aan Tilweg5b

| | Ja | Nee | Totaal |
|---|---|---|---|
| Nieuwe tilliften aangeschaft via landelijke subsidieregeling | **89%** | **11%** | **100%** |
| | 46 | 5 | 51 |
| Bekend met brochure 'Een tillift thuis' | **49%** | **51%** | **100%** |
| | 25 | 26 | 51 |
| gebruik van brochure | **64%** | **36%** | **100%** |
| | 16 | 9 | 25 |
| Bekend met video 'Een tillift thuis' | **73%** | **27%** | **100%** |
| | 37 | 14 | 51 |
| gebruik van video | **68%** | **32%** | **100%** |
| | 25 | 12 | 37 |
| Duidelijk wanneer een tillift noodzakelijk is | **59%** | **41%** | **100%** |
| | 30 | 21 | 51 |
| Werken volgens groene praktijkregels alg. | **67%** | **33%** | **100%** |
| | 34 | 17 | 51 |
| Werken volgens groene praktijkregels tilliften | **80%** | **20%** | **100%** |
| | 41 | 10 | 51 |

**Relatie tussen het gebruiken van de producten uit Tilweg 5b en genoemde knelpunten en geschat gebruik van tilliften**

Het gebruiken van de video en/of brochure uit het project Tilweg5b is gerelateerd aan het aantal knelpunten dat wordt genoemd een rol te spelen bij het introduceren van het beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften. De thuiszorginstellingen die de video en/of brochure gebruiken (n=25) geven significant minder vaak aan dat zij de ontwikkeling van producten (waaronder richtlijnen en protocollen) een knelpunt vinden in het beleid dan de thuiszorginstellingen die de video en/of brochure niet gebruiken (n =13). Vier van de 25 thuiszorginstellingen die de producten van Tilweg5b gebruiken vinden de ontwikkeling van producten nog steeds een knelpunt, terwijl 6 van de 13 instellingen die deze producten niet gebruiken de ontwikkeling van producten een knelpunt vinden.

Bij deze instellingen heeft het terugdringen van fysieke belasting door middel van het gebruik van tilliften relatief ook meer aandacht. De instellingen die de producten vanuit het project van Locomotion gebruiken geven significant minder vaak aan dat het 'hebben van andere prioriteiten' een knelpunt vormt in het doorvoeren van het beleid ten aanzien van tilliften (1 van de 25 versus 4 van de 13). Tenslotte geven deze thuiszorginstellingen significant vaker aan geen enkel knelpunt meer te ervaren bij het voeren van een beleid ten aanzien van tilliften (10 van de 25 versus 0 van de 13).

Ten aanzien van het gebruik van tilliften wordt de beschikbaarheid van een protocol en/of richtlijnen voor gebruik significant minder vaak als knelpunt opgegeven door de thuiszorg-instellingen die de producten vanuit het project Tilweg5b gebruiken (2 van de 25 versus 4 van de 13). De knelpunten ruimtegebrek bij de client thuis en problemen met de WVG aanvraag komen daarentegen significant meer naar voren bij thuiszorginstellingen die de video en/of brochure van Tilweg5b gebruiken (21 van de 25 versus 5 van de 13).

Deze laatstgenoemde instellingen hebben de training in het gebruik van tilliften significant vaker standaard in de opleiding opgenomen (16 van de 25) dan de thuiszorginstellingen die de producten vanuit het project Tilweg5b nietgebruiken (2 van de 13).
In de brochure 'Een tillift thuis' staat onder andere omschreven wanneer het gebruik van een tillift geïndiceerd is. Dertig van de 51 respondenten geven desgevraagd aan dat het voor hen duidelijk is wanneer een situatie met een cliënt een tillift noodzakelijk maakt. Vijf respondenten zeggen dit niet duidelijk te vinden en 16 respondenten geven geen antwoord op de vraag. Het wel of niet gebruiken van de brochure en/of de video 'Een tillift thuis' heeft hier geen invloed op.
Het gebruiken van de video en/of brochure heeft wel een relatie met het aantal keren per maand dat de tillift wordt ingezet. De thuiszorginstellingen die de producten van Tilweg5b gebruiken zetten gemiddeld 24 keer per maand een tillift in (mediaan: 18), versus gemiddeld 8 keer per maand (mediaan: 4) door de instellingen die de video en/of brochure niet gebruiken. Dit verschil is significant.

## 3.2 Steunkousaantrekkers

Van de 45 thuiszorginstellingen die aan de voor- en tussenmeting deelnamen, gaf in 1999 één instelling aan geen gebruik te maken van steunkousaantrekkers omdat dit niet onder hun basiszorg viel. Een andere instelling maakte in 1999 nog geen gebruik van steunkousaantrekkers. Een derde instelling maakte in 2000 geen gebruik meer van steunkousaantrekkers met als reden dat steunkousaantrekkers buiten de AWBZ-voorziening vallen. De onderstaande resultaten zijn daarom gebaseerd op de gegevens van 42 thuiszorginstellingen.
De antwoorden op de vragen die alleen bij de derde meting zijn gesteld, worden weergegeven voor alle 50 instellingen die aan deze derde meting hebben meegewerkt.

### *3.2.1 Beleid thuiszorginstellingen*

De mate van beleid ten aanzien van het gebruik van steunkousaantrekkers is gedurende de 2,5 jaar van de monitoring significant toegenomen (tabel 3.9). In 1999 werkte nog bijna de helft van de thuiszorginstellingen geheel zonder richtlijnen of procedures ten aanzien van steunkousaantrekkers, terwijl dit in 2002 nog bij 14% van de thuiszorginstellingen het geval is (tabel 3.11; $p<0.05$). De toename in beleid is terug te vinden in alle drie de items waarmee de mate van beleid wordt bepaald. Tussen de meting van 1999 en de meting van 2000 neemt met name het aantal thuiszorginstellingen dat een zorgweigerings-procedure hanteert significant toe. Tussen 2000 en 2002 is een significante toename te zien is in het aantal thuiszorginstellingen dat een richtlijn gebruikt waarin duidelijk wordt gemaakt wanneer tot aanschaf van steunkousaantrekkers dient te worden overgegaan. Gedurende de drie jaar van de monitoring stijgt eveneens het aantal thuiszorginstellingen dat een protocol of richtlijn heeft voor het gebruik van steunkousaantrekkers ($p<0.05$). In 2002 werken 32 thuiszorginstellingen (76%) met een protocol voor het gebruik van steunkousaantrekkers. In zeventwintig van de gevallen betreft dit bij navraag het protocol dat binnen het project Steun de Steunkous van het iRv is ontwikkeld (84%).
In totaal hebben nu 32 instellingen (77%) 'redelijk tot veel beleid' ten aanzien van het gebruik van steunkousaantrekkers ten opzichte van 15 thuiszorginstellingen (36%) in 1999. Dit is een significante toename.

Tabel 3.9: Mate van beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van het gebruik van steunkousaantrekkers

| Mate van beleid* | 1999 (n=42) | 2000 (n=42) | 2002 (n=42) |
|---|---|---|---|
| Geen beleid (0 items) | **43%**<br>18 | **10%**<br>4 | **14%**<br>6 |
| Weinig beleid (1 item) | **22%**<br>9 | **26%**<br>11 | **10%**<br>4 |
| Redelijk beleid (2 items) | **14%**<br>6 | **41%**<br>17 | **17%**<br>7 |
| Veel beleid (3 items) | **22%**<br>9 | **24%**<br>10 | **60%**<br>25 |

* p<0,05.

Tabel 3.10: Mate van beleid van de 42 thuiszorginstellingen t.a.v. steunkousaantrekkers per regio

| | Mate van beleid | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Geen/matig | | | Redelijk/veel | | |
| | 1999 | 2000 | 2002 | 1999 | 2000 | 2002 |
| Noord (n=3) | **33%**<br>1 | **33%**<br>1 | **0%**<br>0 | **67%**<br>2 | **67%**<br>2 | **100%**<br>3 |
| Oost (n=10) | **70%**<br>**7** | **50%**<br>5 | **40%**<br>4 | **30%**<br>3 | **50%**<br>5 | **60%**<br>6 |
| Zuid (n=13) | **69%**<br>9 | **46%**<br>6 | **8%**<br>1 | **31%**<br>4 | **54%**<br>7 | **92%**<br>12 |
| West (n=16) | **63%**<br>10 | **19%**<br>3 | **31%**<br>5 | **37%**<br>6 | **81%**<br>13 | **69%**<br>11 |

Tabel 3.11: De items voor het bepalen van de mate van het beleid t.a.v. steunkousaantrekkers

| | 1999 (n=42) | 2000 (n=42) | 2002 (n=42) |
|---|---|---|---|
| Protocol of richtlijn voor gebruik van steunkousaantrekkers (ja)* | **45%**<br>19 | **62%**<br>26 | **76%**<br>32 |
| Zorgweigeringsprocedure aanwezig* | **33%**<br>14 | **64%**<br>27 | **69%**<br>29 |
| Richtlijn wanneer tot aanschaf van steunkousaantrekkers wordt overgegaan aanwezig* | **36%**<br>15 | **55%**<br>22 | **76%**<br>32 |

* p<0,05.

**Gebruik steunkousaantrekkers**

Bij de eerste meting van de monitoring in 1999 gaven de thuiszorginstellingen aan bij gemiddeld 67 cliënten per maand (mediaan: 39) steunkousaantrekkers te gebruiken. In 2000 werd een gemiddeld aantal clienten van 100 genoemd (mediaan: 68) en in 2002 geven de respondenten aan dat steunkousaantrekkers bij gemiddeld 200 cliënten per maand (mediaan: 152) worden gebruikt. Dertien instellingen (32%) geven in 2002 aan dat zij bij meer dan 50 cliënten per maand steunkousaantrekkers gebruiken, terwijl dit aantal in 1999 door 5 instellingen (11%) werd aangegeven (tabel 3.12).
Hoewel het gebruik van steunkousaantrekkers gedurende de monitoring dus lijkt te zijn gestegen, wordt deze toename bij toetsing niet statistisch significant. Dit kan worden verklaard door het feit dat slechts drie thuiszorginstellingen *zowel bij de voor- tussen als nameting* van de monitoring een goede schatting konden geven van de frequentie waarmee steunkousaantrekkers worden gebruikt. Bij iedere meting kan circa 2/3 deel van de respondenten geen schatting geven van het aantal clienten voor wie een steunkousaantrekker wordt gebruikt. Er blijken bij navraag ook slechts drie thuiszorginstellingen te zijn die daadwerkelijk *registreren* bij hoeveel cliënten steunkousaantrekkers worden gebruikt.

Bij de derde meting in 2002 werd echter ook expliciet gevraagd of de beleidsmedewerkers van mening waren of het gebruik van steunkousaantrekkers de laatste 2 jaar was toegenomen. Negenendertig van de 50 respondenten dachten dat dit inderdaad het geval was. Wanneer naar een verklaring voor het toegenomen gebruik werd gevraagd gaven veertien respondenten (36%) aan dat deze toename een gevolg was van de afspraken die waren gemaakt over het terugdringen van fysieke belasting in de thuiszorg in het kader van het CAT. Acht respondenten (21%) waren van mening dat de richtlijnen die in het project Steun de Steunkous werden ontwikkeld een belangrijke rol hadden gespeeld en veertien respondenten dachten dat een combinatie van beide factoren een rol heeft gespeeld (36%). Ook worden door 22 thuiszorginstellingen nog andere redenen genoemd, waaronder het feit dat er veel meer aandacht is voor fysieke belasting, ARBO regels en ziekteverzuim (n=12) en het feit dat het gebruik van steunkousaantrekkers verplicht is (n=5). Deze twee redenen kunnen direct worden gerelateerd aan de afspraken die in het kader van CAT zijn gemaakt. Verder geven twee thuiszorginstellingen aan dat er meer clienten zijn die steunkousen gebruiken (n=3).

Bij 33 van de 50 thuiszorginstellingen (66%) die aan de derde meting van de monitoring deelnamen is het gebruik van steunkousaantrekkers inmiddels verplicht.

Tabel 3.12: Frequentie gebruik van steunkousaantrekkers

| | 1999 (n=41)[a] | 2000 (n=41)[a] | 2002 (n=42) |
|---|---|---|---|
| Frequentie gebruik steunkousaantrekkers: | | | |
| ≤ 50 cliënten per maand | **19%** | **17%** | **7%** |
| | 8 | 7 | 3 |
| 51-100 cliënten per maand | **2%** | **10%** | **10%** |
| | 1 | 4 | 4 |
| 101-200 cliënten per maand | **7%** | **10%** | **5%** |
| | 3 | 4 | 2 |
| >200 cliënten per maand | **2%** | **2%** | **17%** |
| | 1 | 1 | 7 |
| Onbekend aantal cliënten per maand | **69%** | **62%** | **62%** |
| | 28 | 25 | 26 |

[a] 1 respondent heeft de vragen niet beantwoord

**Knelpunten bij het ontwikkelen en uitvoeren van het beleid**

Het totaal aantal genoemde knelpunten is gedurende de 2,5 jaar van de monitoring niet veranderd, maar er heeft wel een inhoudelijke verschuiving wat betreft genoemde knelpunten plaatsgevonden. De vergoeding van de aanschaf en de vervanging van steunkousaantrekkers is volgens de beleidsmedewerkers bij deze laatste meting het voornaamste knelpunt bij het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van steunkousaantrekkers (64%; tabel 3.13). Dit knelpunt wordt in 2000 en 2002 significant vaker genoemd dan in 1999. Het knelpunt organisatie/samenwerking wordt in 2000 en 2002 significant minder frequent aangegeven, hoewel het een veel genoemd knelpunt blijft. De deskundigheid ten aanzien van steunkousaantrekkers, waaronder de scholing en training in het gebruik ervan valt, blijft ook een vaak aangegeven probleem.

Tabel 3.13: Knelpunten bij het ontwikkelen en invoeren van beleid ten aanzien van gebruik van steunkousaantrekkers

| | 1999 (n=39)[a] | 2000 (n=41)[b] | 2002(n=41)[b] |
|---|---|---|---|
| Vergoeding aanschaf/vervanging steunkousaantrekkers* | **25%**<br>10 | **60%**<br>25 | **64%**<br>27 |
| Deskundigheid (o.a. scholing/training) | **10%**<br>4 | **21%**<br>9 | **24%**<br>10 |
| Organisatie/samenwerking (o.a. binnen instelling, afstemming met cliënt en mantelzorg)* | **50%**<br>20 | **24%**<br>10 | **24%**<br>10 |
| Ontwikkeling product (o.a. steunkousprotocol, zorgweigeringsprocedure) | **25%**<br>10 | **14%**<br>6 | **22%**<br>9 |
| Materialen (o.a. kwaliteit, comfort, veiligheid) | **18%**<br>7 | **10%**<br>4 | **17%**<br>7 |
| Wet- en regelgeving (o.a. Arbo-wetgeving) | **8%**<br>3 | **0%**<br>0 | **5%**<br>2 |
| Anders | **5%**<br>2 | **21%**<br>9 | **19%**<br>8 |
| Geen knelpunten | **0%**<br>0 | **12%**<br>5 | **12%**<br>5 |

[a] Twee respondenten hebben in 1999 de vraag naar knelpunten niet ingevuld.

[b] Een respondent heeft de vraag niet ingevuld.

* $p<0,05$.

**Scholing personeel**

Op het gebied van scholing in het gebruik van steunkousaantrekkers is gedurende de monitoring veel veranderd (tabel 3.14). De scholing verloopt systematischer. Het aantal thuiszorginstellingen dat geen speciale training in het gebruik van steunkousaantrekkers hanteert is in 2002 significant afgenomen ten opzichte van 1999, evenals het aantal instellingen dat instructie geeft als het gebruik van steunkousaantrekkers zich toevallig voordoet, wat als een niet gestructureerde vorm van scholing kan worden gezien. De training in het gebruik van steunkousaantrekkers wordt in 2002 frequenter tijdens bijscholing gegeven, en komt ook vaker als standaard onderdeel in de opleiding van verpleegkundigen en verzorgenden aan bod ($p < 0.05$). De training wordt in 2002 evenals in 1999 ook nog vaak ter plekke verzorgd (38%), bijvoorbeeld door een ergonomisch adviseur.

De antwoordcategorie 'anders' vertoont een vreemd patroon wat niet echt kan worden verklaard. Vijf thuiszorginstellingen geven aan dat de scholing in het gebruik van steunkousaantrekkers nog in ontwikkeling is en op korte termijn zal worden gestart. Twee instellingen geven aan dat de scholing via het teamoverleg plaatsvindt.

Tabel 3.14: Scholing steunkousaantrekkers

| | 1999 (n=41)[a] | 2000 (n=42) | 2002 (n=42) |
|---|---|---|---|
| Training tijdens bijscholing* | **24%** | **26%** | **60%** |
| | 10 | 11 | 25 |
| Training ter plekke | **37%** | **29%** | **38%** |
| | 15 | 12 | 16 |
| Standaard in opleiding* | **5%** | **21%** | **26%** |
| | 2 | 9 | 11 |
| Als het zich voordoet* | **45%** | **5%** | **19%** |
| | 18 | 2 | 8 |
| Geen speciale training* | **46%** | **31%** | **14%** |
| | 19 | 13 | 6 |
| Anders* | **15%** | **38%** | **19%** |
| | 6 | 16 | 8 |

[a] Eén respondent heeft de vraag naar scholing niet ingevuld.
$p < 0,05$.

**Financiering steunkousaantrekkers**

Er blijkt in 2002 geen duidelijke verandering te zijn in de wijze van financiering van de steunkousaantrekkers ten opzichte van 1999 (tabel 3.15). Nog steeds wordt bij ongeveer de helft van de instellingen de steunkousaantrekkers door de cliënt zelf betaald. De antwoordcategorie 'andere wijze van financiering' wordt significant vaker ingevuld in 2002 ten opzichte van 1999. Uit de toelichtingen op deze vraag blijken de steunkousaantrekkers worden ook wel gefinancierd te worden door de cliënt en de thuiszorg samen (n=6), of door de client die dat dan in enkele gevallen van de zorgverzekeraar terugkrijgt (n=4).

Tabel 3.15: De financiering van steunkousaantrekkers

| | 1999 (n=41)[a] | 2000 (n=42) | 2002(n=42) |
|---|---|---|---|
| Cliënt betaalt | **64%**<br>26 | **62%**<br>26 | **45%**<br>19 |
| Soms vergoed | **17%**<br>7 | **5%**<br>2 | **12%**<br>5 |
| Thuiszorg betaalt | **2%**<br>1 | **7%**<br>3 | **5%**<br>2 |
| Standaard vergoed | **10%**<br>4 | **5%**<br>3 | **2%**<br>1 |
| Anders* | **5%**<br>2 | **14%**<br>6 | **29%**<br>12 |
| Weet niet | **2%**<br>1 | **5%**<br>2 | **5%**<br>2 |

[a] Eén respondent heeft in 1999 de vraag naar financiering niet ingevuld.
* $p<0.05$

**Knelpunten bij het gebruik van steunkousaantrekkers**
Wat betreft de knelpunten bij het gebruik van steunkousaantrekkers zijn gedurende de monitoring niet veel significante veranderingen te zien. Het knelpunt patiëntonvriendelijkheid van de steunkousaantrekkers wordt significant minder frequent naar voren gebracht door de beleidsmedewerkers van de thuiszorginstellingen en ook op het gebied van de ARBO wetgeving is er wat verbeterd (tabel 3.16). De knelpunten 'financiering van steunkousaantrekkers (62%) en acceptatie van cliënten en mantelzorgers (41%) blijven in 2002, evenals in 1999 de meest frequent genoemde knelpunten, terwijl in 2002 ook het knelpunt scholing in het gebruik van steunkousaantrekkers vaak wordt genoemd. Het knelpunt tijdige vervanging van defecte steunkousaantrekkers vertoont een grillig verloop, wat niet kan worden verklaard.

Tabel 3.16: Knelpunten bij het gebruik van steunkousaantrekkers

| | 1999 (n=39)[a] | 2000 (n=42) | 2002(n=41) |
|---|---|---|---|
| Financiering van steunkousaantrekkers | **39%** | **55%** | **62%** |
| | 15 | 23 | 26 |
| Acceptatie cliënt en mantelzorg | **44%** | **38%** | **41%** |
| | 17 | 16 | 17 |
| Scholing/training personeel | **15%** | **19%** | **29%** |
| | 6 | 8 | 12 |
| Acceptatie verpleegkundige/verzorgende | **10%** | **14%** | **24%** |
| | 4 | 6 | 10 |
| Vervanging van steunkousaantrekkers* | **31%** | **7%** | **24%** |
| | 12 | 3 | 10 |
| Gebruiksongemak SKA voor verpleegkundige/ | **26%** | **14%** | **10%** |
| of verzorgende | 10 | 6 | 4 |
| Kwaliteit van steunkousaantrekkers | **15%** | **7%** | **10%** |
| | 6 | 3 | 4 |
| Patiënt-onvriendelijkheid SKA* | **21%** | **7%** | **5%** |
| | 8 | 3 | 2 |
| Arbo-wetgeving* | **8%** | **0%** | **0%** |
| | 3 | 0 | 0 |
| Geen knelpunten | **3%** | **7%** | **12%** |
| | 1 | 3 | 5 |
| Anders | **3%** | **14%** | **12%** |
| | 1 | 6 | 5 |

[a] Drie respondenten hebben de vraag naar knelpunten niet ingevuld.

* $p < 0,05$.

**Specifieke vragen gerelateerd aan het implementatieproject Steun de Steunkous van het iRv.**

Op de vraag of de respondenten van de thuiszorginstellingen bekend zijn met het project Steun de Steunkous antwoorden 46 van de 50 instellingen bevestigend (tabel 3.17). Zesenveertig respondenten (92%) hebben er iets over gelezen, 43 respondenten iets van gehoord en 31 respondenten (62%) hebben er iets over op tv gezien.

Negenenveertig thuiszorginstellingen (98%) hebben de protocollen en richtlijnen van het iRv ontvangen en 27 thuiszorginstellingen (55%) gebruiken deze protocollen ook daadwerkelijk. Elf van deze thuiszorginstellingen hebben het protocol enigszins aan de eigen organisatie aangepast, terwijl 16 instellingen het protocol zonder verdere aanpassingen toepassen. Van de overige 22 thuiszorginstellingen geven twee instellingen aan met een ander protocol te werken. De andere 20 instellingen zijn de invoering van het protocol momenteel aan het voorbereiden of plannen hier voor het eind van 2002 mee te beginnen.

Aan de thuiszorginstellingen werd gevraagd of zij het gebruik van steunkousaantrekkers inmiddels verplicht hebben gesteld. Bij 33 van de 50 instellingen (66%) is dat inderdaad het geval. De overige instellingen geven aan het gebruik van de steunkousaantrekkers aan de individuele verpleegkundige over te laten (5), vinden hun personeel op dit moment nog onvoldoende geschoold is om het gebruik van steunkousaantrekkers te verplichten (3) of geven aan het moeilijk te vinden om clienten die nu reeds in de zorg zijn te verplichten tot het aanschaffen van een steunkousaantrekker (5). Zes van de thuiszorginstellingen geven aan dat zij in de nabije toekomst het gebruik van steunkousaantrekkers wel verplicht gaan stellen.

Tabel 3.17: Specifieke vragen gerelateerd aan implementatieproject Steun de Steunkous (iRv) (N=50)

| | Ja | Nee |
|---|---|---|
| Bekend met project Steun de Steunkous? | **92%** | **8%** |
| | 46 | 4 |
| Protocollen/richtlijnen ontvangen? | **98%** | **2%** |
| | 49 | 1 |
| Gebruikt u protocollen/richtlijnen? | **55%** | **45%** |
| | 27 | 23[a] |
| Is het gebruik van SKA verplicht? | **66%** | **37%** |
| | 33 | 17 |

[a] Twintig respondenten geven aan dit in de toekomst wel te gaan doen.

* $p < 0,05$.

**Relatie tussen het gebruiken van het protocol van het iRv en genoemde knelpunten en geschat gebruik van steunkousaantrekkers**

De thuiszorginstellingen die volgens het protocol van het iRv werken geven significant minder vaak aan dat de ontwikkeling van producten (waaronder de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen valt) een knelpunt is in het beleid ten aanzien van steunkousaantrekkers. Twee van de 27 thuiszorginstellingen die het protocol en de richtlijnen van het iRv gebruiken vinden de ontwikkeling van producten een knelpunt, terwijl 8 van de 23 instellingen die het protocol en de richtlijnen niet gebruiken dit als knelpunt aangeven. Op de verdere knelpunten voor het beleid of het gebruik van steunkousaantrekkers is het wel of niet volgens het protocol van het iRv werken niet van invloed.

De thuiszorginstellingen die volgens het protocol van het iRv werken verzorgen allemaal een aparte scholing in het gebruik van steunkousaantrekkers, terwijl zeven van de 23 andere instellingen geen aparte scholing hebben ($p < 0.05$).

Het aantal steunkousaantrekkers dat maandelijks wordt gebruikt is gerelateerd aan het werken volgens de richtlijnen en protocollen van het iRv. De thuiszorginstellingen die het protocol gebruiken, maken gemiddeld bij 301 (mediaan: 250) clienten per maand gebruik van steunkousaantrekkers , terwijl de andere thuiszorginstellingen dit bij gemiddeld bij 92 clienten doen (mediaan: 80)($p<0.05$).

### 3.2.2 *Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/verzorgenden*

In totaal zijn 431 verpleegkundigen/verzorgenden aangeschreven. Daarvan hebben 258 personen de enquête ingevuld teruggestuurd (tabel3.18). Vijf personen gaven telefonisch aan niet meer werkzaam te zijn in de thuiszorg en twee verpleegkundigen hadden inmiddels een andere functie binnen de thuiszorginstelling. De respons kwam daarmee op 60%. Aangezien het aantal respondenten per vraag vaak verschilt maar altijd van ruime omvang is, worden in de tekst en tabellen vooral percentages genoemd om de leesbaarheid te verhogen.

Tabel 3.18: Respons uitgesplitst per instelling

| Instelling | Respons | (%) |
|---|---|---|
| Carint (voorheen Thuiszorg centraal Twente) | 22/31 | (71) |
| Stichting Thuiszorg De Omring (voorheen Thuiszorg West Friesland) | 44/80 | (55) |
| Groene Kruis Heuvelland | 46/80 | (58) |
| Stichting Thuiszorg Salland | 50/80 | (63) |
| Stichting Opmaat | 55/80 | (69) |
| Vitras | 41/80 | (51) |
| Totaal | 258/431 | (60) |

De algemene gegevens van de respondenten zijn weergegeven in tabel 3.19. Wat betreft leeftijd, percentage vrouwen en jaren werkzaam in verpleging en thuiszorg is de steekproef van 2002 niet significant verschillend van de steekproef van de eerste meting van de monitoring in 1999. De gemiddelde leeftijd van de groep verzorgenden en verpleegkundigen was in 2002 44 jaar en het waren wederom bijna allemaal vrouwen (98%). De verzorgenden en verpleegkundigen werkten in 2002 gemiddeld ruim tien jaar in de thuiszorg, evenals in 1999. Bij de steekproef van de meting van 2002 waren in verhouding significant meer verpleegkundigen C/D niveau, en significant minder wijkverpleegkundigen vertegenwoordigd. Waar relevant zal in de analyse rekening worden gehouden met dit verschil.

Het aantal verpleegkundigen/verzorgenden dat ooit last heeft gehad van de rug is bij deze tweede meting significant lager. Deze afname is alleen aan de orde bij wijkverpleegkundigen, bij verpleegkundigen C/D is het aantal mensen dat ooit last van de rug heeft gehad niet verschillend tussen beide metingen. Veertig procent van alle verpleegkundigen/verzorgenden had de afgelopen drie maanden last van hun rug, waarbij 29 % aangaf dat dit veroorzaakt werd door het werk.

Tabel 3.19: Beschrijving van de totale onderzoekspopulatie

| Individuele kenmerken | 1999 (n=238) | 2002 (n=258) |
|---|---|---|
| Leeftijd, gemiddelde (sd), jaren | 40.6 | 44.0 |
| Aantal (%) vrouwen | 95% | 98.1% |
| Jaren werkzaam in de verpleging, gemiddelde (sd) | 17.1 | 16.1 |
| Jaren werkzaam in de thuiszorg, gemiddelde (sd) | 10.6 | 10.8 |
| Jaren werkzaam bij huidige thuiszorg instelling, gemiddelde (sd) | 9.5 | 9.8 |
| | | |
| Aantal personen (%) per functie | | |
| HV A/B | 1% | 2% |
| HV C/D* | 21% | 42% |
| Wijkziekenverzorgende/verplegende | 31% | 28% |
| Wijkverpleegkundige* | 35% | 17% |
| Anders | 12% | 11% |
| | | |
| Aantal personen (%) met rugklachten ooit* | 73% | 64% |
| Niet ingevuld | 0.2% | 1% |
| | | |
| Aantal personen (%) met rugklachten in de afgelopen 3 maanden | 51% | 40% |
| Niet ingevuld | 0.2% | 35% |
| | | |
| Aantal personen (%) met rugklachten ten gevolge van werk | 31% | 29% |
| Niet ingevuld | 26% | 37% |

* $p < 0,05$.

**Gebruik van hulpmiddelen bij het aantrekken van steunkousen**

Aan de verpleegkundigen werd gevraagd of ze een hulpmiddel gebruikten bij het aantrekken van steunkousen, en zo ja, welk hulpmiddel (tabel 3.20). Vrijwel iedereen (96%) geeft in 2002 aan wel eens gebruik te maken van een steunkousaantrekker. In 1999 was dit nog 92% ($p < 0.05$). Ook de huishoudhandschoen wordt in 2002 vaak gebruikt bij het aantrekken van steunkousen (43 %), zelfs significant vaker dan in 1999 (26%). Het aantal verpleegkundigen/ verzorgenden dat *altijd* een steunkousaantrekker gebruikt is in 2002 significant groter dan in 1999. In 1999 trok driekwart van de verpleegkundigen ook wel eens steunkousen aan zonder steunkousaantrekkers, terwijl dit in 2002 door 66 % van de verpleegkundigen wel eens wordt gedaan. Dit verschil is significant. De meest frequent genoemde redenen hiervoor waren dat er geen steunkousaantrekker aanwezig was (80%), dat het zonder steunkousaantrekker ook makkelijk ging, het gebruik van een steunkousaantrekker niet nodig was (15%) of diverse andere redenen (16%).

Tabel 3.20: Gebruik van hulpmiddelen bij het aantrekken van steunkousen

| Hulpmiddel bij aantrekken steunkousen | 1999 (n=234) | 2002 (n=256) |
|---|---|---|
| Steunkousaantrekker* | **92%** | **96%** |
| Huishoudhandschoen* | **26%** | **43%** |
| Anders | **9%** | **5%** |
| Geen | **6%** | **3%** |

* p<0,05.

Het geschatte gebruik van steunkousaantrekkers is in 2002 significant gestegen ten opzichte van 1999. In 2002 schatten de verpleegkundigen en verzorgenden in gemiddeld 2,8 keer per dag een steunkousaantrekker te gebruiken terwijl de groep verpleegkundigen in 1999 aangaf dit gemiddeld 1,8 keer per dag te doen. Aan de verpleegkundigen en verzorgenden die aan de meting van 2002 deelnamen werd ook gevraagd of zij zelf het idee hadden de laatste tijd vaker steunkousaantrekkers gebruikten. Honderdvijfenzeventig verpleegkundigen (68%) dachten inderdaad vaker steunkousaantrekkers te gebruiken dan vroeger. De redenen die daarvoor werden genoemd zijn dat dit een gevolg is van de afspraken die in het kader van het CAT zijn gemaakt (43%), dit inmiddels verplicht wordt gesteld door de thuiszorgorganisatie (34%), het een gevolg is van het project Steun de Steunkous (20%) of dat er andere redenen zijn (33%). Deze andere redenen zijn voornamelijk dat het gebruik van steunkousaantrekkers veel voordelen biedt.
Deze toename in het gebruik van steunkousaantrekkers die door de verpleegkundigen werd genoemd in het algemene deel van de vragenlijst wordt bevestigd door de gegevens die de verpleegkundigen in drie opeenvolgende diensten hebben *geregistreerd* over het gebruik van steunkousaantrekkers (zie paragraaf hieronder).

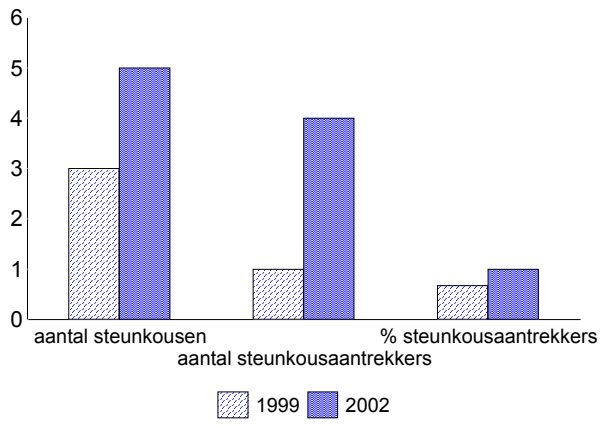
**Geregistreerd gebruik steunkousaantrekkers in drie opeenvolgende diensten**
Uit de gegevens van drie opeenvolgende diensten komen bij deze laatste meting een aantal significante verschillen naar voren ten opzichte van 1999. Het aantal uren dat wordt gewerkt per dienst is in de drie jaar van de monitoring iets toegenomen. In 1999 werd er gemiddeld 16.3 uur (mediaan 14.0) gewerkt in drie diensten en in 2002 ligt het gemiddelde op 17.3 uur (mediaan 15.5; p<0.05). Het aantal cliënten dat wordt gezien in 2002 is niet significant hoger dan in 1999, maar het aantal steunkousen dat wordt aangetrokken in drie opeenvolgende diensten wel. In 1999 werden er gemiddeld 3,6 steunkousen (mediaan:3) aangetrokken, terwijl dit er in 2002 gemiddeld 6.5 zijn (mediaan:5). Bij het aantrekken van de steunkousen worden in 2002 significant meer steunkousaantrekkers gebruikt dan in 1999. Werd in 1999 in gemiddeld 55% (mediaan: 67%) van de gevallen een steunkousaantrekker gebruikt, in 2002 ligt dit gemiddelde op 79% (mediaan:100%).
Wanneer deze toename per functie binnen de groep verpleegkundigen/verzorgenden wordt bekeken, is de toename voor de verpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden significant. De wijkverpleegkundigen gebruiken inmiddels ook wel meer steunkousaantrekkers (gem. in 74 % van de gevallen) maar gebruikten er bij de eerste meting van de monitor ook al relatief veel (gem. in 59% van de gevallen), waardoor de toename in het gebruik niet significant is.

Tabel 3.21: Gebruik steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/verzorgenden gedurende drie opeenvolgende diensten

| | 1999 | 2002 |
|---|---|---|
| Mediaan aantal keren aantrekken steunkousen* | 3 | 5 |
| Mediaan aantal keren gebruik SKA* | 1 | 4 |
| Mediane percentage van gebruik SKA* | 67 | 100 |

* $p < 0.05$.

Figuur 3: Geregistreerd gebruik van steunkousen en steunkousaantrekkers door verpleegkundigen/verzorgenden (mediaan) gedurende drie opeenvolgende diensten




**Ervaringen steunkousaantrekkers**

Alle respondenten zijn in meer of mindere mate tevreden over steunkousaantrekkers. Bij beide metingen is circa 80 % tachtig procent van de verpleegkundigen tevreden over steunkousaantrekkers en geeft 20 % aan deels wel en deels niet tevreden te zijn. In 1999 kreeg driekwart van de verpleegkundigen uitleg over het gebruik van steunkousaantrekkers en in 2002 was dit 79%. Verzorgenden en verpleegkundigen vonden deze uitleg voldoende (98% in 1999; 97% in 2002).

Het gebruik van steunkousaantrekkers stuit volgens circa de helft van de respondenten meestal niet op weerstand bij de cliënt (48% in 1999 en 50,6% in 2002, tabel 3.22). Wanneer er wel sprake is van weerstand is dit meestal met betrekking tot de kosten (58%; n=62). Deze reden werd in 1999 ook het meest frequent genoemd (61%; n=70). Het feit dat een steunkousaantrekker moeilijk in het gebruik zou zijn werd in 1999 nog redelijk vaak genoemd om de weerstand van de cliënt te verklaren (11%; n=13), maar in 2002 wordt deze reden significant minder vaak genoemd (4%; n=4).

Tabel 3.22: Ervaringen met het gebruik van steunkousaantrekkers (in percentages)

| | 1999 | 2002 |
|---|---|---|
| **Hulpmiddel bij aantrekken steunkousen (n=234 resp. 256)** | | |
| Steunkousaantrekker* | 92 | 96 |
| Huishoudhandschoen* | 26 | 43 |
| Anders | 9 | 5 |
| Geen | 6 | 3 |
| **Ervaring aantrekken kousen met SKA (n=218 resp. 243)** | | |
| Heel licht | 5 | 4 |
| Licht* | 35 | 47 |
| Niet licht/niet zwaar | 56 | 47 |
| Zwaar | 2 | 2 |
| Heel zwaar | 1 | 0.4 |
| **Ervaring aantrekken kousen zonder SKA (n=161 resp. 161)** | | |
| Heel licht | 0.6 | 0 |
| Licht | 4 | 4 |
| Niet licht/niet zwaar | 37 | 39 |
| Zwaar | 54 | 48 |
| Heel zwaar | 4 | 8 |
| **Stuit gebruik SKA op weerstand cliënten/mantelzorgers (n=216 resp. n=243)** | | |
| Nooit | 43 | 54 |
| Soms | 48 | 41 |
| Geregeld | 8 | 5 |
| Vaak | 0 | 0,4 |
| Bijna altijd | 0 | 0 |

### Voor- en nadelen steunkousaantrekkers

Aan de verzorgenden/verpleegkundigen werd gevraagd naar de voor- en nadelen van het gebruik van steunkousaantrekkers (tabel 3.23). Vrijwel alle verpleegkundigen en verzorgenden zien voordelen van het gebruik van steunkousaantrekkers (in 1999 zag 97% van de 216 respondenten die deze vraag invulden voordelen en in 2002 99% van de 247 respondenten). Frequent genoemde voordelen zijn dat het aantrekken van steunkousen met behulp van steunkousaantrekkers minder kracht kost (94%) en het minder pijn voor de cliënt betekent (67%). Deze voordelen werden in 2002 significant vaker genoemd dan in 1999. Het feit dat het aantrekken van steunkousen met behulp van een steunkousaantrekker makkelijker gaat werd door 71% van de verpleegkundigen als een voordeel aangegeven. Dit voordeel werd in 1999 door significant meer verpleegkundigen/verzorgenden naar voren werd gebracht (86%).

Opmerkelijk is dat het aantal respondenten dat ook nadelen van het gebruik van steunkousaantrekkers ziet significant is toegenomen in 2002. Zagen in 1999 nog 88 van de 212 respondenten (42%) die de vraag invulden nadelen van het gebruik van steunkousaantrekkers, in 2002 betrof dit 167 van de 243 verpleegkundigen en verzorgenden (69%).

De nadelen dat de cliënt de steunkousaantrekkers zowel zelf moet betalen alsook zelf moet aanschaffen worden in 2002 significant vaker genoemd dan in 1999 (86% resp. 72% in 2002 versus 23% resp. 8% in 1999). In 2002 zijn significant minder respondenten van mening dat het aantrekken van de steunkousen met behulp van een steunkousaantrekker niet makkelijker gaat of zelfs onhandig is (0% resp. 2% in 2002 versus 10% resp. 8% in 1999).

Tabel 3.23: Voor- en nadelen van steunkousaantrekkers (in percentages)

| | 1999 | 2002 |
|---|---|---|
| **Voordelen SKA (n=216 resp. n=247)** | 97 | 99 |
| Behoud kousen* | 0.9 | 41 |
| Aantrekken makkelijker* | 86 | 71 |
| Minder pijn cliënt* | 17 | 67 |
| Minder kracht verpl./verzorgende* | 23 | 94 |
| Minder belastend huid* | 9 | 60 |
| Anders | 6 | 5 |
| | | |
| **Nadelen SKA (n=212 resp. n=243)** | | |
| Cliënt moet zelf betalen* | 23 | 86 |
| Cliënt moet zelf aanschaffen* | 8 | 72 |
| Aantrekken gaat niet beter* | 10 | 0 |
| SKA is onhandig* | 8 | 2 |
| Anders* | 60 | 13 |

Op de vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk, dus het percentage telt niet op tot 100%.
* $p < 0.05$.

**Vergoeding en vervanging van de steunkousaantrekkers**

In 80 % van de gevallen worden de steunkousaantrekkers in 2002 door de cliënt zelf betaald. Dit is niet veranderd ten opzichte van de situatie in 1999. Wel worden de steunkousaantrekkers in 2002 significant vaker door de thuiszorgorganisatie vergoed. Gaf in 1999 slechts één verpleegkundige aan dat de thuiszorgorganisatie de steunkousaantrekkers betaalde, in 2002 waren dit er 19 (tabel 3.24).

Meer dan de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden (64%) geeft in 2002 aan dat de cliënt of mantelzorger degene is die voor vervanging van de steunkousaantrekkers moet zorgen (in 1999 was dit 62%). In 23 % van de gevallen zorgt de thuiszorgorganisatie voor vervanging (in 1999 lag dit percentage op 20). De vervanging gebeurt meestal op tijd (64% bij beide metingen). Indien de vervanging niet op tijd gebeurt is dat omdat de cliënt er de noodzaak niet van in ziet (9 van de 75 respondenten geven dat aan) of er is een financiële reden voor. Achtendertig verpleegkundigen (51%) geven aan dat de vervanging niet op tijd gebeurt omdat dit geld kost. Deze reden werd in 1999 significant minder vaak genoemd, nl. door een kwart van de betreffende verpleegkundigen genoemd (n=16).

Tabel 3.24: Vergoeding en vervanging van steunkousaantrekkers (in percentages)

| | 1999 | 2002 |
|---|---|---|
| **Vergoeding steunkousaantrekkers (n=210 resp. n=237)** | | |
| Cliënt/mantelzorg | 80 | 79 |
| Thuiszorgorganisatie* | 0,5 | 8 |
| Ziektekostenverzekeraar | 10 | 6 |
| Verplegende/verzorgende zelf | 4 | 0.8 |
| Anders | 5 | 5 |
| **Vervanging steunkousaantrekkers (n=206 resp. n=230)** | | |
| Cliënt/mantelzorg | 62 | 64 |
| Thuiszorgorganisatie | 20 | 23 |
| Anders | 18 | 13 |
| **Problemen met vergoeding (ja) (n=67 resp. n=75)** | | |
| SKA wordt niet vergoed* | 72 | 52 |
| SKA is te duur | 45 | 35 |
| Anders | 7 | 19 |

* $p < 0.05$.

**Vragen die specifiek werden gesteld over het project Steun de Steunkous**

Van de 246 verpleegkundigen die de specifieke vragen over het implementatie-project van het iRv hebben beantwoord geven 53 mensen aan het project te kennen (tabel 3.25). Zevenendertig verpleegkundigen hebben iets over het project gehoord, 20 mensen hebben er iets erover gelezen en 9 mensen hebben iets over het project gezien op tv of vakinhoudelijke workshops gevolgd.

Eenendertig mensen geven aan het protocol vanuit het project te kennen, terwijl 21 verpleegkundigen antwoorden dit protocol niet te kennen. Drieëntwintig verpleegkundigen/verzorgenden werken inmiddels ook volgens het protocol, waarbij 21 mensen speciale scholing hebben gekregen in het gebruik ervan. Door het gebruik van het protocol treden bij verschillende mensen veranderingen op in werkwijze. Zo geven 17 verpleegkundigen aan dat ze veel bewuster bezig zijn met het aan- en uittrekken van steunkousen, en letten 13 verpleegkundigen beter op hun houding bij het aantrekken van de steunkousen. Zeven verpleegkundigen/verzorgenden zeggen door het gebruik van het protocol nu vaker steunkousen te gebruiken.

Er kon geen relatie worden aangetoond tussen het gebruiken van het protocol van het iRv en het gebruik van steunkousaantrekkers en/of ervaren voor- en nadelen ervan.

Tabel 3.25: Specifieke vragen Steun de Steunkous (in percentages en absolute aantallen)

| | Ja | Nee |
|---|---|---|
| Kent u het project Steun de Steunkous? (n=246) | **22%** | **78%** |
| | 53 | 193 |
| Kent u het protocol vanuit dit project? (n=53) | **58%** | **42%** |
| | 31 | 22 |
| Gebruikt u het protocol? (n=31) | **74%** | **26%** |
| | 23 | 8 |
| Speciale scholing in gebruik protocol gehad? (n=31) | **68%** | **32%** |
| | 21 | 10 |
| Gebruikt u ander protocol voor gebruik SKA? (209) | **42%** | **58%** |
| | 88 | 121 |

### *3.2.3 Daadwerkelijk gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf*

Om het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers door patiënten zelf, zonder tussenkomst van professionele verzorgers in kaart te brengen, is een korte vragenlijst beantwoord door steunkousdragers binnen het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Dit patiëntenpanel bestaat uit circa 2700 personen met een chronische somatische aandoening (zie paragraaf Methoden). Van de panelleden, die aan de algemene vragenronde hebben deelgenomen hebben 147 personen de vragen over steunkousen beantwoord. In 1999 werden 141 panelleden geënquêteerd. De resultaten over het feitelijk gebruik van steunkousaantrekkers door steunkousdragers zelf staan in tabel 3.26.
Evenals in 1999 trok het grootste deel van de steunkousdragers de kousen zelf aan (78%) en bij 11% moest er een mantelzorger of professionele verzorgende aan te pas komen. Iets minder dan de helft van de mensen (45%) vindt het aantrekken van steunkousen zonder gebruik van steunkousaantrekkers zwaar, heel zwaar, of kan het niet zelf. In 2002 vinden significant meer respondenten het aantrekken van steunkousen niet licht, maar ook niet zwaar.
Tweederde van de steunkousdragers bleek geen steunkousaantrekker te gebruiken. In beide metingen was circa een kwart van de respondenten niet op de hoogte van het bestaan van steunkousaantrekkers.
Opvallend is dat geen van de respondenten de prijs van de steunkousaantrekker een reden vindt deze niet te gebruiken. Significant minder mensen gaven als reden voor het niet gebruiken van een steunkousaantrekker op dat ze dit nodig vonden of dat ze de steunkousaantrekker moeilijk in het gebruik vonden (41% in 1999 versus 34% in 2002 resp. 13% in 1999 versus 2% in 2002).

Tabel 3.26: Het aantrekken van steunkousen door steunkousdragers zelf en het gebruik van steunkousaantrekkers daarbij

| | 1999 | 2002 |
|---|---|---|
| **Wie trekt uw steunkousen aan? (n=95 resp. n=140)** | | |
| Zelf | **82%** | **80%** |
| | 78 | 112 |
| Mantelzorger | **9%** | **6%** |
| | 9 | 9 |
| Zelf of mantelzorger* | **1%** | **8%** |
| | 1 | 11 |
| Verzorgende | **7%** | **5%** |
| | 7 | 7 |
| niet ingevuld | **0%** | **1%** |
| | 0 | 1 |
| **Hoe zwaar vindt u het aantrekken zonder SKA?** | | |
| Heel licht | **4%** | **5%** |
| | 4 | 7 |
| Licht | **14%** | **12%** |
| | 13 | 17 |
| Niet licht/niet zwaar* | **19%** | **32%** |
| | 18 | 45 |
| Zwaar | **29%** | **26%** |
| | 28 | 37 |
| Heel zwaar | **20%** | **14%** |
| | 19 | 19 |
| Kan geen kousen aantrekken zonder SKA | **14%** | **8%** |
| | 13 | 11 |
| Niet ingevuld | **0%** | **3%** |
| | 0 | 4 |
| **Gebruikt u een steunkousaantrekker?** | | |
| Ja | **34%** | **29%** |
| | 32 | 40 |
| Nee/onbekend | **77%** | **71%** |
| | 63 | 100 |
| **Waarom gebruikt u geen steunkousaantrekkers? (n=63 resp. n=100)** | | |
| Wist niet van het bestaan van SKA | **27%** | **23%** |
| | 17 | 23 |
| Niet nodig* | **41%** | **36%** |
| | 26 | 36 |
| Te duur | **0%** | **0%** |
| | 0 | 0 |
| Vervelend | **1%** | **0%** |
| | 1 | 0 |
| Moeilijk* | **13%** | **2%** |
| | 8 | 2 |
| Geen reden | **6%** | **12%** |
| | 4 | 12 |
| Anders | **11%** | **16%** |
| | 7 | 16 |
| Niet ingevuld | **0%** | **11%** |
| | 0 | 11 |

* $p < 0.05$.

De frequentie waarmee de steunkousaantrekkers worden gebruikt is niet veranderd ten opzichte van 1999 (mediaan aantal keer per week bij beide metingen is 7,0). Zes van de 40 respondenten die in 2002 steunkousaantrekkers gebruiken, trekken hun kousen ook wel eens zonder een steunkousaantrekker aan. In 1999 waren dit 8 van de 32 panelleden die steunkousaantrekkers gebruikten.

Bij beide metingen van de monitor geeft circa driekwart van de respondenten die steunkousaantrekkers gebruiken aan hierover (zeer) tevreden te zijn. Van de 20 panelleden die in 1999 een zèlf een steunkous-aantrekker gebruikten en de 28 panelleden die dat in 2002 deden, vonden de meesten (circa 70%) het aantrekken van de steunkousen met behulp van een aantrekker lichter dan zonder aantrekker. Voor een kwart maakte het niet uit en 2 personen vonden het met steunkousaantrekker zwaarder dan zonder (in 1999 was dat 1). Bij beide metingen is tweederde van de respondenten van mening dat zij waarschijnlijk een beroep op professionele verzorging zouden moeten doen voor het aantrekken van hun kousen indien ze geen steunkousaantrekker tot hun beschikking zouden hebben.

Zoals ook uit het voorgaande blijkt is het belangrijkste voordeel van de steunkousaantrekkers dat het aantrekken van de kousen er fysiek minder zwaar door wordt (tabel 3.27). Andere voordelen die werden genoemd zijn het feit dat met steunkousaantrekker het aantrekken van de kous minder schuurt over het been en minder pijnlijk is. Er is geen verschil in genoemde voordelen tussen de metingen van 1999 en 2002.
Meer dan de helft van de gebruikers van steunkousaantrekkers gaf aan geen nadelen te ondervinden van het gebruik van aantrekkers. In 1999 werd als voornaamste nadeel genoemd dat de kousen hierdoor sneller slijten, maar in 2002 werd dit nadeel niet meer genoemd ($p < 0.05$).

De kosten van de steunkousaantrekker werd in 2002 in 43% van de gevallen betaald door de panelleden zelf en in 29 % door de ziektekostenverzekering. In 1999 was dit nog in 38% van de gevallen door de cliënt en in 44% door de zorgverzekeraar. De cliënten lijken dus relatief vaker zelf hun steunkousaantrekkers te betalen. Het verschil is niet statistisch significant, maar er is in 2002 wel een significante toename te zien van het aantal personen dat aangeeft problemen te hebben met de vergoeding van de steunkousaantrekkers. In 2002 geven 10 personen (29%) aan dat de steunkousaantrekkers helemaal niet of maar eenmalig vergoed werden. In 1999 werd dit probleem slechts door 3 personen aangegeven (9%), wat een significant verschil is.

Tabel 3.27: Voor- en nadelen van steunkousaantrekkers

| | 1999 (n = 32) | 2002 (n = 35) [a] |
|---|---|---|
| **Tevredenheid gebruik SKA** | | |
| Heel erg tevreden | **22%** | **23%** |
| | 7 | 8 |
| Tevreden | **56%** | **49%** |
| | 18 | 17 |
| Deels wel/deels niet | **9%** | **17%** |
| | 3 | 6 |
| Niet tevreden | **6%** | **0%** |
| | 2 | 0 |
| Helemaal niet tevreden | **6%** | **0%** |
| | 2 | 0 |
| Onbekend | **0%** | **11%** |
| | 0 | 4 |
| **Voordelen SKA** | | |
| Geen voordelen | **9%** | **0%** |
| | 3 | 0 |
| Minder schuren huid | **16%** | **14%** |
| | 5 | 5 |
| Minder pijnlijk | **19%** | **14%** |
| | 6 | 5 |
| Minder problemen bij wonden | **3%** | **9%** |
| | 1 | 3 |
| Fysiek minder zwaar | **78%** | **60%** |
| | 25 | 21 |
| Anders | **19%** | **26%** |
| | 6 | 9 |
| **Nadelen SKA** | | |
| Geen nadelen | **53%** | **60%** |
| | 17 | 21 |
| Duur | **22%** | **17%** |
| | 7 | 6 |
| Weinig gebruiksgemak | **3%** | **3%** |
| | 1 | 1 |
| Snelle slijtage kousen* | **25%** | **0%** |
| | 8 | 0 |
| Anders | **13%** | **23%** |
| | 4 | 8 |

[a] Niet alle respondenten die steunkousaantrekkers gebruiken vulden deze vraag in.
* $p < 0.05$.

## 3.3 Intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis

Van de 45 thuiszorginstellingen die aan de voor- tussen- en nameting van de monitoring hebben deelgenomen, geven 41 instellingen aan intraveneuze toediening van anti-microbiële medicatie thuis toe te passen. De genoemde redenen waarom (4) thuiszorginstellingen zelf geen intraveneuze toediening van anti-microbiële medicatie thuis toepassen zijn dat er wordt samengewerkt met een andere thuiszorginstelling (n=2), of dat er nog aan de opzet van een systeem voor infusietechnologie thuis wordt gewerkt (n=2).
De resultaten voor wat betreft het beleid ten aanzien van het toepassen van infusietechnologie thuis zijn dus gebaseerd op de gegevens van 41 thuiszorginstellingen.

### *3.3.1 Beleid intraveneuze toediening antimicrobiële geneesmiddelen thuis*

De mate van beleid ten aanzien van de toediening van antimicrobiële medicatie thuis is gedurende de jaren dat de monitoring plaatsvond niet significant veranderd (tabel 3.28). Hierbij dient ten eerste te worden opgemerkt dat de mate van beleid slechts aan de hand van twee items (protocol/richtlijn en gestandaardiseerde indicatiestelling, zie tabel 3.29) wordt bepaald, en de kans op verandering in beleid dus klein is. Ten tweede hanteerde iedere thuiszorginstelling reeds bij de eerste meting van de monitoring een protocol of richtlijn voor het gebruiken van infusietechnologie.
In tabel 3.30 wordt de mate van beleid weergegeven per regio.

Tabel 3.28: Mate van beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van infusietechnologie

| Mate van beleid | 1999 (n=41) | 2000 (n=41) | 2002(n=41) |
|---|---|---|---|
| Geen beleid (0 items) | **2%** | | |
| | 1 | | |
| Matig beleid (1 item) | **44%** | **54%** | **58%** |
| | 18 | 22 | 24 |
| Veel beleid (2 items) | **54%** | **46%** | **42%** |
| | 22 | 19 | 17 |

Tabel 3.29: De items voor het bepalen van de mate van beleid ten aanzien van infusietechnologie

| | 1999 (n=41) | 2000 (n=41) | 2002(n=41) |
|---|---|---|---|
| Protocol of richtlijn met betrekking tot het gebruik van infusietechnologie (ja) | **100%**[a]<br>40 | **100%**<br>41 | **100%**<br>41 |
| Gestandaardiseerde indicatiestelling (ja) | **56%**[b]<br>22 | **46%**<br>19 | **42%**<br>17 |

[a] n=40.
[b] n=39.

Tabel 3.30: Mate van beleid van thuiszorginstellingen t.a.v. infusietechnologie per regio

| | Mate van beleid | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | geen tot matig | | | veel | | |
| | 1999 | 2000 | 2002 | 1999 | 2000 | 2002 |
| Noord (n=2) | **50%**<br>1 | | **50%** | **50%**<br>1 | **100%**<br>1 | **50%**<br>21 |
| Oost (n=10) | **40%**<br>4 | 40%<br>4 | **60%**<br>6 | **60%**<br>6 | **60%**<br>6 | **40%**<br>4 |
| Zuid (n=13) | **54%**<br>7 | **69%**<br>9 | **62%**<br>8 | **46%**<br>6 | **31%**<br>4 | **38%**<br>5 |
| West (n=16) | **44%**<br>7 | **56%**<br>9 | **56%**<br>9 | **56%**<br>9 | **44%**<br>7 | **44%**<br>7 |

**Gebruik intraveneuze toediening antimicrobiële geneesmiddelen thuis**

Er zijn geen significante verschillen gevonden in de frequentie van het toedienen van antimocrobiële medicatie thuis. Bij de voormeting van 1999 was het mediane aantal cliënten dat thuis intraveneuze antibiotica kreeg toegediend 30 per jaar, en bij de meting in 2002 werd een mediaan aantal van 35 cliënten thuis behandeld. Het gebruik van infusietechnologie thuis staat vermeld in Tabel 3.31. Circa de helft van de respondenten van de thuiszorginstellingen geeft aan dat infusietechnologie bij meer dan 25 cliënten per jaar wordt gebruikt.

Tabel 3.31: Frequentie van gebruik van infusietechnologie

| | 1999 (n=41) | 2000 (n=41) | 2002(n=41) |
|---|---|---|---|
| **Frequentie gebruik infusietechnologie** | | | |
| < 10 cliënten per jaar | **7%** | **17%** | **7%** |
| | 3 | 7 | 3 |
| 10-25 cliënten per jaar | **24%** | **20%** | **32%** |
| | 10 | 8 | 13 |
| 26-50 cliënten per jaar | **15%** | **10%** | **17%** |
| | 6 | 4 | 7 |
| 51-100 cliënten per jaar | **15%** | **17%** | **15%** |
| | 6 | 7 | 6 |
| >100 cliënten per jaar | **7%** | **7%** | **17%** |
| | 3 | 3 | 7 |
| Onbekend aantal cliënten per jaar | **32%** | **29%** | **12%** |
| | 13 | 12 | 5 |

**Model volgens welke de intraveneuze toediening van antibiotica thuis wordt georganiseerd**
De wijze waarop intraveneuze toediening van antimicrobiële medicatie thuis wordt georganiseerd (het model van infusietechnologie dat wordt gehanteerd) is gedurende de jaren van de monitoring niet veranderd (tabel3.32). De respondenten van de 41 thuiszorginstellingen geven aan dat toediening van intraveneuze antibiotica thuis voornamelijk door een gespecialiseerd team plaatsvind, dat daarnaast al dan niet gewone basiszorg doet. Ook wat betreft de persoon die de indicatie voor intraveneuze toediening van antibiotica thuis stelt zijn geen significante verschillen opgetreden tussen de drie metingen van de monitoring.
De indicatie voor intraveneuze toediening van antibiotica thuis wordt in 2002 het meest frequent gesteld door degene die ook de intake doet. Dit kan bijvoorbeeld iemand zijn van een Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Onder de antwoordcategorie 'anders' geven de thuiszorginstellingen in 2002 aan dat de indicatie door de huisarts wordt gesteld (n = 4), of door een transferverpleegkundige (n = 3).

Tabel 3.32: Model volgens welke intraveneuze toediening van antibiotica thuis georganiseerd is en indicatiestelling

| | 1999 (n=40) | 2000 (n=41) | 2002(n=41) |
|---|---|---|---|
| **Model infusietechnologie**[a] | | | |
| Specialistenteam dat geen basiszorg doet | **13%** | **27%** | **34%** |
| | 5 | 11 | 14 |
| Specialistenteam dat wel basiszorg doet | **38%** | **32%** | **29%** |
| | 15 | 13 | 12 |
| Differentiatiegroep medisch technisch handelen | **13%** | **17%** | **22%** |
| | 5 | 7 | 9 |
| Instructieteam (primair voor instructies | **8%** | **12%** | **20%** |
| aan collega's, voeren het niet zelf uit) | 3 | 5 | 8 |
| Alle verpleegkundigen krijgen scholing | **8%** | **15%** | **15%** |
| | 3 | 6 | 6 |
| Overkoepelend specialistenteam | **18%** | **15%** | **12%** |
| (voor meerdere thuiszorginstellingen) | 7 | 6 | 5 |
| Anders | **5%** | **17%** | **5%** |
| | 2 | 7 | 2 |
| **Indicatiestelling door**[a]: | | | |
| Degene die intake cliënt doet | **27%** | **29%** | **34%** |
| | 11 | 12 | 14 |
| Specialist ziekenhuis | **24%** | **20%** | **12%** |
| | 10 | 8 | 5 |
| Wijkverpleegkundige | **5%** | **10%** | **7%** |
| | 2 | 4 | 3 |
| Anders | **24%** | **20%** | **17%** |
| | 10 | 8 | 7 |
| Niet ingevuld* | **20%** | **54%** | **59%** |
| | 8 | 22 | 24 |

[a] Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
* $p < 0.05$.

**Knelpunten bij het ontwikkelen en invoeren van het beleid**

Bij het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van het intraveneus toedienen van antimicrobieel geneesmiddelen thuis spelen de knelpunten 'materialen' (waaronder kwaliteit en veiligheid van de materialen) en 'ontwikkeling product' (waaronder o.a. de ontwikkeling van protocollen) in 2002 significant minder vaak een rol. Deze afname vond plaats tussen de eerste meting in 1999 en de tweede meting in 2000 (tabel 3.33).

In 2002 geven significant meer beleidsmedewerkers van thuiszorginstellingen andere, niet voorgestructureerde knelpunten aan. Knelpunten die worden genoemd zijn de hoge kosten voor het thuis toedienen van antimicrobiële geneesmiddelen, het niet eenduidig zijn van de materialen, de complexiteit van de behandeling, en het feit dat het intraveneus toedienen van antibiotica te weinig voorkomt om de deskundigheid op peil te houden. Ook geven significant

meer thuiszorginstellingen aan dat zij helemaal geen knelpunten ervaren bij het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van intraveneuze toediening van antibiotica thuis.

Het knelpunt wet en regelgeving waaronder bijv. ook financiering valt, geeft een grillig, niet te verklaren verloop aan. In 2000 geven significant meer thuiszorginstellingen aan de wet en regelgeving rondom infusietechnologie een knelpunt te vinden ten opzichte van 1999, terwijl in 2002 het aantal beleidsmedewerkers dat dit knelpunt noemt weer significant is afgenomen.

De organisatie en samenwerking met onder andere arts, ziekenhuis en apotheek wordt door meer dan de helft van de respondenten als grootste knelpunt genoemd voor het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van intraveneus toedienen van antibiotica thuis. Tee-en-twintig van de 41 beleidsmedewerkers noemen dit knelpunt. Bij de organisatie moet niet alleen worden gedacht aan organisatie binnen de betreffende thuiszorginstelling zelf, maar ook aan de overdracht van de cliënt vanuit het ziekenhuis en de samenwerking met de mantelzorg. Daarnaast worden frequent knelpunten aangegeven in de beschikbaarheid en levering van benodigde medicatie en materialen (11/41).

Tabel 3.33: Knelpunten bij het ontwikkelen en invoeren van het beleid ten aanzien van het gebruik van infusietechnologie[a]

| | 1999 (n=39) | 2000 (n=41) | 2002(n=41) |
|---|---|---|---|
| Organisatie/samenwerking (o.a. binnen instelling, | **41%** | **54%** | **54%** |
| afstemming cliënt/mantelzorg, overdracht ziekenhuis) | 16 | 22 | 22 |
| Distributie (o.a. beschikbaarheid, snelheid van levering) | **28%** | **12%** | **27%** |
| | 11 | 5 | 11 |
| Deskundigheid (o.a. scholing/training) | **31%** | **49%** | **24%** |
| | 12 | 20 | 10 |
| Wet- en regelgeving (o.a. financiering)* | **18%** | **42%** | **20%** |
| | 7 | 17 | 8 |
| Kosten van opzetten organisatie | **31%** | **22%** | **20%** |
| | 12 | 9 | 8 |
| Materialen (o.a. kwaliteit, comfort, veiligheid)* | **46%** | **10%** | **17%** |
| | 18 | 4 | 7 |
| Ontwikkeling product (o.a. protocol)* | **28%** | **5%** | **7%** |
| | 11 | 2 | 3 |
| Anders* | **5%** | **12%** | **27%** |
| | 2 | 5 | 11 |
| Geen knelpunten* | **0%** | **2%** | **22%** |
| | 0 | 1 | 9 |

[a] Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
* $p < 0.05$.

**Distributie medicijnen en materialen**

Het aantal instellingen dat aangeeft de medicijnen via de openbare apotheek, via de ziekenhuisapotheek en via het facilitair bedrijf te distribueren is significant toegenomen (tabel 3.34). Deze toename vond plaats tussen 1999 en 2000. De distributie van medicijnen geschiedt in 2002 het meest frequent via de openbare apotheek (95%).

De distributie van materialen van infusietechnologie via het facilitair bedrijf en de openbare apotheek is significant toegenomen gedurende de 2,5 jaar van de monitoring. De toename via de openbare apotheek is met name terug te vinden tussen 1999 en 2000. Distributie van materialen vindt in 2002 voornamelijk plaats via het facilitair bedrijf (88%) en de openbare apotheek (54%).

Tabel 3.34: Distributie van medicijnen en materialen van infusietechnologie

| | 1999 (n=40) | 2000 (n=41) | 2002(n=41) |
|---|---|---|---|
| **Distributie medicijnen via**[a] | | | |
| Openbare apotheek* | **75%** | **98%** | **95%** |
| | 30 | 40 | 39 |
| Ziekenhuisapotheek* | **23%** | **56%** | **46%** |
| | 9 | 23 | 19 |
| Facilitair bedrijf* | **10%** | **32%** | **24%** |
| | 4 | 13 | 10 |
| Anders | **20%** | **12%** | **12%** |
| | 8 | 5 | 5 |
| Weet niet | **2%** | **2%** | **0%** |
| | 1 | 1 | 0 |
| **Distributie materialen via** | | | |
| Facilitair bedrijf* | **65%** | **73%** | **88%** |
| | 26 | 30 | 36 |
| Openbare apotheek* | **20%** | **42%** | **54%** |
| | 8 | 17 | 22 |
| Leverancier | **25%** | **15%** | **22%** |
| | 10 | 6 | 9 |
| Ziekenhuisapotheek | **5%** | **15%** | **17%** |
| | 2 | 6 | 7 |
| Anders | **13%** | **5%** | **7%** |
| | 5 | 2 | 3 |
| Weet niet | **3%** | **2%** | **0%** |
| | 1 | 1 | 0 |

[a] Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

* $p < 0.05$.

**Knelpunten bij het daadwerkelijke gebruik van infusietechnologie**

Wat betreft het daadwerkelijke toedienen van intraveneuze antibiotica thuis zijn de knelpunten vrijwel gelijk gebleven gedurende de monitoring (tabel 3.25). Het te lage aanbod van patiënten (49%) en het niet op peil kunnen houden van de deskundigheid (34%) ten

aanzien van infusietechnologie zijn ook in 2002 de voornaamste knelpunten voor het daadwerkelijk gebruik ervan. Wel geven significant meer thuiszorginstellingen aan geen knelpunten bij het daadwerkelijk gebruik van infusietechnologie thuis te ondervinden.

Tabel 3.35: Knelpunten bij het daadwerkelijke gebruik van infusietechnologie[a]

| | 1999 (n=40) | 2000 (n=41) | 2002(n=41) |
|---|---|---|---|
| Aanbod patiënten te laag | **58%** | **54%** | **49%** |
| | 24 | 22 | 20 |
| Deskundigheid op peil krijgen en houden | **50%** | **54%** | **34%** |
| | 20 | 22 | 14 |
| Problemen met overdracht vanuit ziekenhuis | **32%** | **44%** | **32%** |
| | 13 | 18 | 13 |
| Problemen met levering medicijnen | **15%** | **12%** | **22%** |
| | 6 | **5** | 9 |
| Problemen rond financiering | **34%** | **34%** | **20%** |
| | 14 | 14 | 8 |
| Problemen met zorgoverdracht naar reguliere team | **7%** | **22%** | **20%** |
| | 3 | 9 | 8 |
| Infusiematerialen soms niet beschikbaar | **22%** | **12%** | **20%** |
| | 9 | 5 | 8 |
| Bereikbaarheid/beschikbaarheid van arts of apotheker | **10%** | **20%** | **17%** |
| | 4 | 8 | 7 |
| Problemen met de organisatie in eigen instelling | **20%** | **15%** | **12%** |
| | 8 | 6 | 5 |
| Gebrek aan informatie over ontwikkeling op gebied van infusietechnologie | **7%** | **2%** | **12%** |
| | 3 | 1 | 5 |
| Problemen met organisatie 24-uur bereikbaarheid | **17%** | **12%** | **10%** |
| | 7 | 5 | 4 |
| Problemen met de zorgcoördinatie | **12%** | **10%** | **7%** |
| | 5 | 4 | 3 |
| Aanbod patiënten te hoog | **0%** | **2%** | **2%** |
| | 0 | 1 | 1 |
| Kwaliteit van materialen laat te wensen over | **2%** | **2%** | **0%** |
| | 1 | 1 | 0 |
| Anders | **27%** | **32%** | **22%** |
| | 11 | 13 | 9 |
| Geen knelpunten* | **?** | **0%** | **15%** |
| | ? | 0 | 6 |

[a] Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
$p < 0.05$.

# 4 Conclusie

De monitoring naar het gebruik van thuiszorgtechnologie is opgezet om de vraag te beantwoorden of het gebruik van de door ZonMw geselecteerde technologieën (tilliften, steunkousaantrekkers en infusietechnologie) is bevorderd. Ter bevordering van deze technologieën zijn drie implementatieprojecten van start gegaan: Tilweg5b, Steun de Steunkous en de intraveneuze toediening van antimicrobieel geneesmiddelen thuis.

Wat betreft de steunkousaantrekkers kan op basis van (onder andere) deze monitoring worden gesteld dat de doelstelling is behaald. Het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van deze technologieën is toegenomen en ook het daadwerkelijk gebruik ervan door verpleegkundigen en verzorgenden is gestegen. Belangrijke knelpunten in het beleid en het gebruik van steunkousaantrekkers zijn opgelost of verminderd (beschikbaarheid protocollen), met name bij de thuiszorginstellingen die de producten uit de implementatieprojecten gebruiken. Het knelpunt van financiering blijft voor de steunkousaantrekkers bestaan en dient in de toekomst ook nog aandacht te krijgen.

Ook wat betreft de tilliften is het beleid van thuiszorginstellingen toegenomen en is het aantal aanwezige tilliften bij de instellingen duidelijk gestegen. Uit de eerste meting bleek echter dat het hebben van een protocol of indicatiestelling voor het gebruik van tilliften niet altijd is gerelateerd aan het daadwerkelijk gebruiken ervan (v.Poppel, Leemrijse & Dekker, 2000). Voor een zuivere meting van het feitelijk gebruik van tilliften zou dus eigenlijk opnieuw een enquête onder de verpleegkundigen en verzorgenden zèlf moeten worden gehouden, zoals ook bij de voormeting is gedaan. Conform het projectplan van de monitoring is dit niet gebeurd. Wel is bij alle drie de metingen aan beleidsmedewerkers gevraagd een inschatting te geven van het gebruik van tilliften. Afgaande op deze schatting is het gebruik van tilliften toegenomen.
Ook bij de tilliften zijn belangrijke knelpunten voor het beleid en het gebruik opgelost of verminderd (beschikbaarheid protocollen), met name bij de thuiszorginstellingen die de producten uit de implementatieprojecten gebruiken. Het knelpunt van de ruimte bij de cliënt thuis blijft bestaan en verdient blijvende aandacht.

Ten aanzien van de intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis is er weinig veranderd gedurende de monitoring. Voor wat betreft het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van deze technologie is dat goed verklaarbaar door het feit dat dit beleid al bij de eerste meting van de monitoring vrij ver ontwikkeld was. Doordat de landelijke implementatie van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis ten tijde van de derde meting van de monitoring (nog) niet was gestart, was een toename in het gebruik van deze technologie ook niet te verwachten.

De laatste meting van de monitoring is enkele maanden na afronding van de implementatieprojecten van LOCOmotion en het iRv uitgevoerd. Het is te verwachten dat eventuele effecten van de implementatieactiviteiten dan relatief groot zijn. Het gebruik van steunkousaantrekkers en tilliften zal ook in de toekomst voorlopig gestimuleerd moeten blijven worden om te voorkomen dat het effect van de implementatieactiviteiten weer afneemt. Implementatietrajecten kennen in de zin eigenlijk geen echte einddatum.

Tenslotte dient benadrukt te worden dat een *causale relatie* tussen de activiteiten die in het kader van deze projecten zijn uitgevoerd en een eventuele toename in het gebruik van deze technologieën binnen de thuiszorg niet is aan te tonen. Er zijn natuurlijk ook andere ont-

wikkelingen binnen de thuiszorg zoals het CAT, die het gebruik van thuiszorgtechnologie stimuleren. In deze monitoring kon wel een relatie worden aangegeven tussen het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van de technologieën en het gebruik ervan en het gebruiken van de richtlijnen en protocollen die binnen de implementatieprojecten zijn ontwikkeld. Of het gebruik van deze producten nu het beleid bij de thuiszorginstellingen heeft gestimuleerd of dat de thuiszorginstellingen met een verder ontwikkeld beleid eerder geneigd zijn de protocollen en richtlijnen vanuit de implementatieprojecten te gebruiken, is niet vast te stellen. Voor de praktijk van de thuiszorg is het echter vooral van belang dat de technologieën op grotere schaal worden ingezet.

Op zichzelf lijkt de hier gehanteerde wijze van monitoring een redelijk geschikte manier om een eventuele toename in beleid ten aanzien van technologieën in de thuiszorg en het gebruik ervan te evalueren. Het herhaaldelijk enquêteren van thuiszorginstellingen heeft echter nadelen. Thuiszorginstellingen hebben niet alleen te maken met veel organisatorische veranderingen (fusering, verhuizing) maar er vinden tevens zeer frequent personele wisselingen plaats. Hierdoor is het vaak niet mogelijk drie maal dezelfde beleidsmedewerker de vragen te stellen, wat de betrouwbaarheid van deze monitoring beperkt. Dit probleem was groot geweest indien er geen (significante) verschillen waren gevonden in beleid en in het (geschat) gebruik van de technologieën. Ondanks deze beperkte betrouwbaarheid worden er echter significante verschillen gevonden in het beleid ten aanzien van tilliften en steunkousaantrekkers en neemt ook het (geschatte) gebruik ervan significant toe.
De derde operationele doelstelling voor de evaluatie van het ZonMw programma Thuiszorg-technologie 'het bevorderen van het gebruik van de geselecteerde technologieen' is dus voor wat betreft de tilliften en steunkousaantrekkers behaald.

# Literatuur

Dane, A, Sixma H, Dekker J. ZON-programma Thuiszorgtechnologie: Evaluatie 2000. Utrecht, NIVEL, 2001.

Friele RD, Kerssens JJ. Techniek in de thuiszorg, een evaluatie van het stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie. Utrecht: NIVEL, 1995.

Poppel MNM, Leemrijse C, Dekker J. De monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie. Utrecht, NIVEL, 2000.

Quak, A.B.W.M, Pijpers, F.I.M, Fleuren, M., Rijcken, J. Implementatie van intraveneuze toediening van antimicrobiele geneesmiddlen thuis: belemmerende en ebvorderende factoren. Leiden, TNO, 2000.

Richter, J., Leemrijse, C. van den Ende, C.H.M. ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie: Evaluatie 2002. Utrecht, NIVEL, 2002.

# Bijlage 1

**Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg**

**Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht**

---

## VRAGENLIJST
## BELEID THUISZORGINSTELLINGEN

---

***Informatie:***
***mw. dr. Chantal Leemrijse***
***telefoonnummer: 030 - 2729692***

**Algemene gegevens thuiszorginstelling**

1. Naam thuiszorginstelling: . . . . . .

2. Plaatsnaam: . . . . . .

3. Welke zorg levert uw instelling?
   - ❑ Levert zelf geen zorg (bijv. bemiddelingsbureau; geen verzorgenden of verpleegkundigen in dienst)
   - ❑ Alleen gezinszorg (verzorgenden zijn in dienst van thuiszorginstelling)
   - ❑ Alleen verpleegkundige zorg (verpleegkundigen zijn in dienst van thuiszorginstelling)
   - ❑ Combinatie van verzorging en verpleging (zowel verzorgenden als verpleegkundigen in dienst)
   - ❑ Alleen kraamzorg (kraamhulpen zijn in dienst van thuiszorginstelling)
   - ❑ Anders, nl. . . . . .

4. Hoe groot is, naar schatting, uw thuiszorginstelling?

   ..... cliënten per jaar in zorg

   **Indien mogelijk**: aangeven hoeveel fte:

   ..... fte verzorgenden en/of verpleegkundigen

   **Anders**: het aantal werknemers in dienst:

   ..... verzorgenden en/of verpleegkundigen in dienst (zowel in tijdelijke als in vaste dienst)

5. Werken de verzorgenden en/of verpleegkundigen binnen uw organisatie volgens protocollen of richtlijnen die centraal zijn ontwikkeld of doorgevoerd?
   - ❑ Ja (geheel of gedeeltelijk)
   - ❑ Nee, alle verzorgenden en/of verpleegkundigen handelen naar eigen inzicht

**Tilliften**

1. Wordt er binnen uw organisatie gebruik gemaakt van tilliften?
   - ❑ Ja (ga naar vraag 3)
   - ❑ Nee (ga naar vraag 2)

2. Waarom worden tilliften niet gebruikt?
   *(meerdere antwoorden mogelijk)*

   In verband met problemen met:
   - ❑ Deskundigheid (o.a. scholing/training)
   - ❑ Materialen (o.a. kwaliteit, comfort, veiligheid)
   - ❑ Distributie (o.a. beschikbaarheid, snelheid van plaatsen)
   - ❑ Organisatie/samenwerking (o.a. met distributiecentrum, met tilcoördinator, afstemming met cliënt en mantelzorg)
   - ❑ Ontwikkeling product (o.a. tilprotocol, zorgweigeringsprocedure)
   - ❑ Wet/regelgeving (o.a. financiering, Arbo-wetgeving)
   - ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

3. Hoeveel tilliften zijn er binnen uw organisatie?
   .... passieve tilliften (cliënt hangt in een mat)
   .... actieve of sta-tilliften
   .... andere tilliften

4. Zijn er voldoende tilliften binnen uw organisatie?
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee

5. Maakt u gebruik/heeft u gebruik gemaakt van de landelijke subsidieregeling om tilliften voor uw thuiszorgorganisatie aan te schaffen?
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee

   Indien nee, waarom niet?

   . . . . . .

6. Wordt er regelmatig nagegaan of er voldoende tilliften zijn?
   - ❑ Ja, ..... keer per jaar
   - ❑ Nee, niet structureel

7. Is het duidelijk wanneer er wel en wanneer er geen tillift noodzakelijk is in de zorgverlening thuis?
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee

8. Worden de tilliften naar uw mening goed onderhouden?
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee

| | | |
|---|---|---|
| 9. | Hoe vaak worden tilliften ingezet (schatting van het aantal cliënten per maand? | ..... cliënten per maand |
| 10. | Heeft uw organisatie een standaardprocedure of richtlijn m.b.t. het gebruik van tilliften? | ❑ Ja<br>❑ Nee |
| 11. | Is er een gestandaardiseerde indicatiestelling voor gebruik van tilliften bij cliënten? | ❑ Ja<br>❑ Nee |
| | Zo ja, door wie wordt de indicatie gesteld? *(meerdere antwoorden mogelijk)* | ❑ Door tilcoördinator<br>❑ Door wijkverpleegkundige<br>❑ Door degene die het intake gesprek doet (bijv. RIO)<br>❑ Anders, nl. . . . . |
| 12. | Bestaat er een zorgweigerings-procedure binnen uw organisatie als cliënten het gebruik van tilliften weigeren? | ❑ Ja<br>❑ Nee |
| | Zo ja, hoe vaak wordt daar gebruik van gemaakt? | ❑ Nooit<br>❑ Zelden (tot 5 keer per jaar)<br>❑ Geregeld (5 tot 10 keer per jaar)<br>❑ Vaak (meer dan 10 keer per jaar) |
| 13. | Is er binnen uw organisatie een commissie of werkgroep die zich expliciet bezighoudt met het preventie beleid op het gebied van fysieke belasting (anders dan de ARBO-commissie)? | ❑ Ja<br>❑ Nee |
| 14. | Is er binnen uw organisatie een aan-spreekpunt op afdelings- of teamniveau op het gebied van fysieke belasting (bijvoorbeeld een til- of transferspecialist)? | ❑ Ja<br>❑ Nee |

15. Wordt er binnen uw organisatie in het algemeen volgens de groene praktijkregels voor fysieke belasting gewerkt?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Indien nee, waarom niet?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Deze praktijkregels zijn niet bekend
- ❑ Het werken volgens deze regels heeft geen prioriteit
- ❑ Het werken volgens deze regels kost teveel tijd
- ❑ De scholing in het werken volgens deze regels is nog onvoldoende
- ❑ De indicatie gemaakt door het RIO laat het werken volgens deze regels vaak niet toe
- ❑ De situatie bij de cliënt thuis laat dit meestal niet toe
- ❑ Anders, nl. . . . . .

16. Voert uw organisatie de groene praktijkregels ook voor wat betreft het gebruik van tilliften in?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Indien nee, waarom niet?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Deze praktijkregels zijn niet bekend
- ❑ Het werken volgens deze regels heeft geen prioriteit
- ❑ Het werken volgens deze regels kost teveel tijd
- ❑ De scholing in het werken volgens deze regels is nog onvoldoende
- ❑ De indicatie gemaakt door het RIO laat het werken volgens deze regels vaak niet toe
- ❑ De situatie bij de cliënt thuis laat dit meestal niet toe
- ❑ Er zijn onvoldoende (geschikte tilliften)
- ❑ Anders, nl. . . . . .

17. Kent u de video 'een tillift thuis' die door het AWO-fonds en het CAT (Convenantspartijen Arbeidsomstandigheden Thuiszorg) wordt uitgegeven?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Maakt uw organisatie gebruik van deze video?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Indien nee, waarom niet?

. . . . . 18.Kent u de brochure 'Een tillift thuis, handreikingen voor het gebruik van tilliften in de thuiszorg' die door het AWO-fonds en het CAT

(Convenantspartijen Arbeidsomstandigheden Thuiszorg) wordt uitgegeven?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Maakt uw organisatie gebruik van deze brochure?

Indien nee, waarom niet?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

. . . . . .

19. Wat zijn de grootste knelpunten bij het *ontwikkelen en invoeren van het beleid* m.b.t. het gebruik van tilliften binnen uw organisatie?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Deskundigheid (o.a. scholing/training)
- ❑ Financiën m.b.t. tot de aanschaf van tilliften
- ❑ Materialen (o.a. kwaliteit, comfort, veiligheid)
- ❑ Distributie (o.a. aantal tilliften, snelheid van plaatsen)
- ❑ Organisatie/samenwerking (o.a. binnen instelling met uitleenmagazijn, met tilcoördinator, afstemming met cliënt en mantelzorg)
- ❑ Ontwikkeling product (o.a. tilprotocol, zorgweigeringsprocedure)
- ❑ Wet/regelgeving (o.a. financiering, Arbo-wetgeving)
- ❑ Andere activiteiten hadden hogere prioriteit
- ❑ Er zijn geen knelpunten
- ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

20. Hoe is de scholing/training voor het gebruik van tilliften georganiseerd?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Standaard in opleiding voor of tijdens in dienst treden
- ❑ Training tijdens bijscholing
- ❑ Training ter plekke als het gebruik van tilliften zich voordoet (bijv. door tilcoördinator)
- ❑ Geen speciale training voor gebruik tilliften
- ❑ Anders, nl. . . . . .

21. Hoe is de distributie van tilliften georganiseerd?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Via uitleenmagazijn (eigen organisatie)
- ❑ Via distributiecentrum (regionaal/landelijk)
- ❑ Via lease-maatschappij (landelijk)
- ❑ Anders, nl. . . . . .

22. Wat zijn de grootste knelpunten voor het *daadwerkelijk gebruiken* van tilliften?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Scholing/training personeel
- ❑ Gebrek aan vaardigheden voor gebruik van tillift
- ❑ Gebrek aan vaardigheden voor inrichten gebruiksruimte
- ❑ Problemen met kwaliteit en bedieningsgemak tilliften
- ❑ Te weinig beschikbare tilliften
- ❑ Snelheid van plaatsing laat te wensen over
- ❑ Problemen met aanvraag bij WVG bij langdurig gebruik
- ❑ Afwezigheid van tilprotocol
- ❑ Afwezigheid van tilcoördinator
- ❑ Acceptatie door verpleegkundige of verzorgende
- ❑ Ruimtegebrek bij cliënt thuis
- ❑ Acceptatie door cliënt en mantelzorg
- ❑ Comfort en patiënt-vriendelijkheid van tillift
- ❑ Veiligheid van tillift
- ❑ Arbo-wetgeving
- ❑ Vergoeding van (gebruik) tillift
- ❑ Er zijn geen knelpunten
- ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

23. Heeft het gebruik van tilliften het bezoek van cliënten door verpleegkundige of verzorgende overbodig gemaakt?

- ❑ Nee, nooit
- ❑ Ja, soms ( 1 of 2 keer per maand)
- ❑ Ja, geregeld ( tot 10 keer per maand)
- ❑ Ja, vaak ( meer dan 10 keer per maand)

**Steunkousaantrekkers**

1. Wordt er binnen uw organisatie gebruik gemaakt van steunkousaantrekkers (bijv. Eureka, Easyslide)?
   - ❑ Ja (ga naar vraag 3)
   - ❑ Nee (ga naar vraag 2)

2. Waarom worden steunkousaantrekkers niet gebruikt? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

   In verband met problemen met:
   - ❑ Deskundigheid (o.a. scholing/training)
   - ❑ Materialen (o.a. kwaliteit, comfort)
   - ❑ Distributie (o.a. beschikbaarheid, vervanging)
   - ❑ Organisatie/samenwerking (o.a. afstemming met cliënt en mantelzorg)
   - ❑ Ontwikkeling product (o.a. zorgweigeringsprocedure)
   - ❑ Wet/regelgeving (o.a. financiering, Arbo-wetgeving)
   - ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

3. Bij hoeveel cliënten worden steunkousaantrekkers gebruikt in een maand?

   ..... cliënten per maand

   Is dit een schatting of registreert uw organisatie dit ook werkelijk?
   - ❑ Dit is een schatting
   - ❑ De aantallen worden structureel geregistreerd

4. Heeft uw organisatie een protocol of richtlijn voor het gebruik van steunkousaantrekkers?
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee

5. Kent u het project Steun de steunkous? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja, daar heb ik iets van gehoord
   - ❑ Ja, daar heb ik iets van gelezen
   - ❑ Ja, daar heb ik iets van gezien (TV, workshop etc.)
   - ❑ Ja, combinatie van bovengenoemde mogelijkheden

6. Heeft u de richtlijnen en protocollen ontvangen?
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee

7. Werkt uw organisatie nu ook daadwerkelijk volgens deze richtlijnen en protocollen?

- ❑ Ja, het protocol uit het project Steun de Steunkous wordt zonder verdere aanpassingen gebruikt
- ❑ Ja, maar het protocol van het project Steun de Steunkous is wel door ons aangepast
- ❑ Nee

Indien nee, waarom niet?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Er is nog geen tijd geweest om de richtlijnen in te voeren
- ❑ De richtlijnen zijn niet adequaat
- ❑ Er wordt gewerkt volgens een geheel eigen protocol
- ❑ Er wordt volgens een ander protocol gewerkt, nl. . . . . .
- ❑ Anders, nl. . . . . .

8. Bestaat er een zorgweigerings-procedure binnen uw organisatie als cliënten geen steunkousaantrekkers willen?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Zo ja, hoe vaak wordt daar gebruik van gemaakt?

- ❑ Nooit
- ❑ Zelden (tot 5 keer per jaar)
- ❑ Geregeld (5 - 10 keer per jaar)
- ❑ Vaak (meer dan 10 keer per jaar)

9. Is er een richtlijn wanneer tot aanschaf van steunkousaantrekkers wordt overgegaan?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Indien ja, is dat de richtlijn uit het project Steun de Steunkous?

- ❑ Ja
- ❑ Nee, dat is een andere richtlijn

10. Door wie worden de steunkousaantrekkers aangeschaft? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Door de client zelf
- ❑ Door de thuiszorgorganisatie
- ❑ Door de verpleegkundige of verzorgende
- ❑ Anders, nl. . . . . .

11. Door wie wordt het initiatief voor aanschaf van steunkousaantrekkers genomen?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Door wijkverpleegkundige of verzorgende
- ❑ Door degene die het intake gesprek doet (bijv. RIO)
- ❑ Door de cliënt zelf
- ❑ Anders, nl. . . . . .

12. Stelt u het gebruik van steunkousaantrekkers verplicht?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Zo niet, waarom niet?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Gebruik van een steunkousaantrekker wordt aan de individuele verzorgende overgelaten
- ❑ Niet alle zorgverleners zijn in het gebruik van een steunkousaantrekker geschoold
- ❑ Het is niet mogelijk om de cliënten die al in zorg waren nu te verplichten een hulpmiddel aan te schaffen
- ❑ Anders, nl. . . . . .

13. Wat zijn de grootste knelpunten bij *het ontwikkelen en invoeren van het beleid* m.b.t. het gebruik van steunkousaantrekkers binnen uw organisatie?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Deskundigheid (o.a. scholing/training)
- ❑ Materialen (o.a. kwaliteit, comfort)
- ❑ Vergoeding van aanschaf en vervanging van steunkousaantrekkers
- ❑ Organisatie/samenwerking (o.a. afstemming met cliënt en mantelzorg)
- ❑ Ontwikkeling product (o.a. protocol, zorgweigeringsprocedure)
- ❑ Wet/regelgeving (o.a. Arbo-wetgeving)
- ❑ Er zijn geen knelpunten
- ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

14. Hoe is de scholing/training voor het gebruik van steunkousaantrekkers georganiseerd?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Standaard in opleiding
- ❑ Training ter plekke als het gebruik van steunkousaantrekkers zich voordoet
- ❑ Training in bijscholing
- ❑ Geen speciale training voor gebruik steunkousaantrekkers
- ❑ Anders, nl. . . . . .

15. Wordt er ook standaard een scholing gegeven bij het in dienst treden?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

16. Is het gebruik van SKA toegenomen?

- ❑ Ja
- ❑ Nee

Zo ja, wat is hiervan, denkt u, de reden/ oorzaak?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Dit is een gevolg van de afspraken die zijn gemaakt in het kader van het Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg
- ❑ Dit is een gevolg van de invoering van de richtlijnen die vanuit het project Steun de Steunkous zijn gekomen
- ❑ Dit is een gevolg van een combinatie van bovengenoemde factoren
- ❑ Anders, nl. . . . . .

17. Hoe is de financiering van steunkous-aantrekkers georganiseerd?

- ❑ Cliënt betaalt het zelf
- ❑ Wordt standaard vergoed door zorgverzekeraar
- ❑ Wordt in bepaalde gevallen vergoed door zorgverzekeraar
- ❑ Wordt door thuiszorgorganisatie betaald
- ❑ Sterk wisselend
- ❑ Anders, nl. . . . . .

18. Wat zijn de grootste knelpunten bij het *daadwerkelijk gebruik* van steunkous-aantrekkers?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Scholing/training personeel
- ❑ De kwaliteit van de steunkousaantrekkers
- ❑ Gebruiks(on)gemak steunkousaantrekkers voor verpleegkundige of verzorgende
- ❑ Financiering van steunkousaantrekkers
- ❑ Vervanging van steunkousaantrekkers
- ❑ Acceptatie door verpleegkundige of ver-zorgende
- ❑ Acceptatie door cliënt en mantelzorg
- ❑ Patiënt-onvriendelijkheid van steunkous-aantrekker
- ❑ Arbo-wetgeving
- ❑ Er zijn geen knelpunten
- ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

19. Heeft het gebruik van steunkousaantrekkers het bezoek van cliënten door ver-pleegkundige/verzorgende overbodig gemaakt?

- ❑ Nee, nooit
- ❑ Ja, soms (1 of 2 keer per maand)
- ❑ Ja, geregeld (5 tot 10 keer per maand)
- ❑ Ja, vaak (meer dan 10 keer per maand)

## Infusietechnologie

***NB: In deze enquête wordt onder infusietechnologie alleen de intraveneuze toediening van antibiotica of antivirale middelen verstaan.***

1. Wordt er binnen uw organisatie gebruik gemaakt van infusietechnologie?
   - ❑ Ja (ga naar vraag 3)
   - ❑ Nee (ga naar vraag 2)

2. Waarom wordt infusietechnologie niet gebruikt? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

   In verband met problemen met:
   - ❑ Deskundigheid (o.a. scholing/training)
   - ❑ Materialen (o.a. kwaliteit, veiligheid)
   - ❑ Distributie (o.a. beschikbaarheid, snelheid van levering)
   - ❑ Organisatie/samenwerking (o.a. met ziekenhuis, huisarts en apotheek)
   - ❑ Ontwikkeling product (o.a. protocol, indicatiestelling)
   - ❑ Wet/regelgeving (o.a. financiering)
   - ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

3. Volgens welk model wordt infusietechnologie binnen uw organisatie uitgevoerd? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
   - ❑ Instructie team (primair voor instructies aan collega's, voeren niet zelf uit)
   - ❑ Specialisten team dat geen basiszorg doet
   - ❑ Specialisten team dat wel basiszorg doet
   - ❑ Overkoepelend specialisten team (voor meerdere thuiszorginstellingen)
   - ❑ Differentiatie groep medisch technisch handelen (ook basiszorg)
   - ❑ Alle verpleegkundigen krijgen scholing
   - ❑ Anders, nl. . . . . .

4. Hoe vaak wordt infusietechnologie ingezet (schatting van het aantal cliënten per jaar)?

   ..... cliënten per jaar

5. Heeft uw organisatie protocollen of richtlijnen m.b.t. het gebruik van infusietechnologie?
- ❑ Ja
- ❑ Nee

6. Kent u de organisatiemodellen, protocollen/richtlijnen van TNO/KITTZ met betrekking tot de intraveneuze toediening van antibiotica?
- ❑ Ja
- ❑ Nee (ga naar vraag 8)

Zo ja, gebruikt u deze modellen en protocollen/richtlijnen in uw organisatie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ❑ Ja
- ❑ Nee, er worden eigen modellen, protocollen/richtlijnen gebruikt
- ❑ Nee, er worden andere modellen, protocollen/richtlijnen gebruikt, nl. . . . . .
- ❑ Nee, er is nog geen tijd geweest deze modellen/protocollen/richtlijnen in te voeren
- ❑ Nee, de modellen en protocollen/richtlijnen zijn voor onze organisatie niet adequaat
- ❑ Nee, er zijn andere redenen om deze modellen en protocollen/richtlijnen niet te gebruiken, nl. . . . . .
. . . . . .

7. Maakt uw organisatie gebruik van informatie die u vanuit het project van TNO/ KITTZ met betrekking tot de intraveneuze toediening van antibiotica heeft gekregen?
- ❑ Nee
- ❑ Ja, nl. . . . . .

8. Is er een gestandaardiseerde indicatiestelling voor gebruik van infusietechnologie bij cliënten?
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Zo ja, door wie wordt de indicatie gesteld? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ❑ Door wijkverpleegkundige
- ❑ Door degene die het intake gesprek doet (bijv. RIO)
- ❑ Door specialist in het ziekenhuis
- ❑ Anders, nl. . . . . .

9. Hoe is de distributie van medicijnen georganiseerd?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Via openbare apotheek
- ❑ Via facilitair bedrijf
- ❑ Via ziekenhuis-apotheek
- ❑ Anders, nl. . . . . .

10. Hoe is de distributie van infusiematerialen geregeld (infusen, pompen e.d.)?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Via leverancier
- ❑ Via ziekenhuis
- ❑ Via facilitair bedrijf
- ❑ Via openbare apotheek
- ❑ Anders, nl. . . . . .

11. Wat zijn de grootste knelpunten bij *het ontwikkelen en invoeren van het beleid* m.b.t. het gebruik van infusietechnologie binnen uw organisatie?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Deskundigheid (o.a. scholing/training)
- ❑ Materialen (o.a. kwaliteit, comfort, veiligheid)
- ❑ Kosten van opzetten organisatie
- ❑ Distributie (o.a. beschikbaarheid, snelheid van plaatsen)
- ❑ Organisatie/samenwerking (o.a. binnen instelling, afstemming met cliënt en mantelzorg, overdracht met ziekenhuis)
- ❑ Ontwikkeling product (o.a. protocol)
- ❑ Wet/regelgeving (o.a. financiering)
- ❑ Er zijn geen knelpunten
- ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

12. Wat zijn de grootste knelpunten voor *het daadwerkelijk gebruik* van infusietechnologie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ Deskundigheid op peil krijgen en houden
- ❑ Gebrek aan informatie over ontwikkeling op gebied van infusietechnologie
- ❑ Kwaliteit van de materialen laat te wensen over
- ❑ Infusiematerialen soms niet beschikbaar
- ❑ Te weinig service van de leverancier van de materialen
- ❑ Problemen met de levering medicijnen
- ❑ Bereikbaarheid/beschikbaarheid van arts of apotheker
- ❑ Problemen met de organisatie van 24hrs bereikbaarheid
- ❑ Aanbod patiënten te laag
- ❑ Aanbod patiënten te hoog
- ❑ Problemen met de overdracht vanuit ziekenhuis
- ❑ Problemen met de zorgcoördinatie
- ❑ Problemen rond de financiering
- ❑ Problemen met de organisatie in eigen instelling
- ❑ Problemen met de zorgoverdracht naar reguliere team
- ❑ Er zijn geen knelpunten
- ❑ Anders, nl. . . . . .

Eventuele toelichting: . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**

NIVEL
Chantal Leemrijse
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT
Tel: 030 - 2729692
Enquêtekamer: 030-2729796

## Bijlage 2

**Nederlands instituut**
**voor onderzoek van de**
**gezondheidszorg**

**Drieharingstraat 6**
**Postbus 1568**
**3500 BN Utrecht**

---

# VRAGENLIJST

## Het gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen en verzorgenden binnen thuiszorginstellingen

---

***Informatie:***
***mw. dr. Chantal Leemrijse***
***telefoonnummer: 030 - 2729692***

## Toelichting

Deze vragenlijst gaat over het gebruik van steunkousaantrekkers binnen thuiszorginstellingen. Omdat u als verpleegkundige of verzorgende werkzaam bent in de thuiszorg , willen wij u graag enige vragen stellen. Naast vragen over het gebruik zullen enkele vragen gesteld worden over uw werk, uw gezondheid en rugklachten. De volgende onderwerpen zullen aan bod komen:

1. algemene gegevens (persoonsgegevens, uw werk, uw gezondheid en rugklachten)
2. algemene ervaringen met het gebruik van steunkousaantrekkers
3. het gebruik van steunkousaantrekkers in drie opeenvolgende diensten

Wij willen u vragen deze vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen. Als u de vragen van deel 1 en 2 op uw gemak beantwoordt zult u ongeveer 10 minuten nodig hebben. Het invullen van deel 3 zal na elke dienst ongeveer 5 minuten in beslag nemen. De meeste vragen zijn eenvoudig te beantwoorden. Kruis steeds slechts één mogelijkheid aan, tenzij anders staat aangegeven. Kies steeds het antwoord, dat naar uw mening het beste past.

Uw antwoorden zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Behalve de onderzoekers van het NIVEL krijgt niemand toegang tot deze gegevens zonder uw toestemming. De gegevens worden bovendien losgekoppeld van uw naam en verder anoniem verwerkt.

**Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!**

Chantal Leemrijse
Stichting NIVEL
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
telefoon: 030-2729692

**Naam:** .....
**Thuiszorginstelling:** .....

## Voorbeelden

**Voorbeeld 1**

Heeft u weleens last van hoofdpijn?

- ■ ja
- ❑ nee

Zo ja, hoe vaak per maand?

- ■ 1 tot 5 keer
- ❑ 6 tot 10 keer
- ❑ meer dan 10 keer

*Toelichting: Als u de eerste vraag met 'ja' heeft beantwoord, moet u ook de tweede vraag beantwoorden.*

**Voorbeeld 2**

Hoeveel mensen werken er ongeveer binnen uw thuiszorginstelling?

- ❑ minder dan 10
- ❑ 10 tot 25
- ❑ 25 tot 60
- ■ 60 tot 80
- ❑ 80 of meer

*Toelichting: bij deze vraag mag u maar één antwoord aankruisen.*

**Voorbeeld 3**

Welke sporten beoefent u?

*(Meerdere antwoorden mogelijk*

- ❑) voetbal
- ■ fitness / bodybuilding
- ■ tennis
- ❑ vechtsport (judo / karate e.d.)
- ❑ motorsport
- ❑ anders, namelijk

*Toelichting: Bij deze vraag mag u meerdere antwoorden aankruisen.*

**Voorbeeld 4**

Wilt u de mate van spierpijn die u de afgelopen week heeft gehad weergeven door het getal dat hiermee overeenkomt aan te kruisen?

| helemaal geen spierpijn | | | | | | | | | maximale spierpijn |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

*Toelichting: Als u de afgelopen week nauwelijks spierpijn heeft gehad dan antwoordt u zoals hieronder is aangegeven.*

| helemaal geen spierpijn | | | | | | | | | maximale spierpijn |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ■ | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

## Deel 1:
## Algemene gegevens

In dit gedeelte van de vragenlijst zullen enkele vragen gesteld worden over uzelf, uw werk, uw gezondheid en over rugklachten.

**Persoonsgegevens**

1. Wat is uw geboortedatum? .....

2. Wat is uw geslacht?
   - ❑ man
   - ❑ vrouw

3. Wat is uw lengte? .....

**Uw werk**

4. Hoe lang bent u werkzaam in de verpleging / verzorging? ..... jaren / maanden*
   *(*doorhalen wat niet van toepassing is)*

5. Hoe lang bent u werkzaam in de thuiszorg? ..... jaren / maanden*
   *(*doorhalen wat niet van toepassing is)*

6. Hoe lang bent u werkzaam binnen deze thuiszorginstelling? ..... jaren / maanden*
   *(*doorhalen wat niet van toepassing is)*

7. Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week? .....

8. Hoeveel dagen werkt u gemiddeld per week? .....

9. Wat is uw functie bij de thuiszorg?
   - ❑ niveau A of B
   - ❑ niveau C of D
   - ❑ wijkziekenverzorgende of verplegende
   - ❑ wijkverpleegkundige
   - ❑ anders, namelijk.....
     .....

10. Welke dienst(en) werkt u in het algemeen?
    - ❑ dagdiensten zonder weekenddienst
    - ❑ dagdiensten met af en toe weekenddienst
    - ❑ weekenddiensten met avondzorg
    - ❑ alleen weekenddienst
    - ❑ alleen avond- en nachtzorg
    - ❑ anders, namelijk.....
      .....

**Uw gezondheid**

11. Wat was gedurende de afgelopen twee weken de zwaarste inspanning die u tenminste twee minuten kon volhouden?

- ❑ zeer zwaar *(bijvoorbeeld rennen in hoog*
- ❑ *tempo)*
- ❑ zwaar *(bijvoorbeeld op een drafje lopen)*
- ❑ matig *(bijvoorbeeld in flink tempo*
- ❑ *doorstappen)*
- licht *(bijvoorbeeld in een matig tempo)*
- zeer licht *(bijvoorbeeld in een langzaam tempo of niet in staat zijn tot lopen)*

12. Heeft u de afgelopen twee weken last gehad van emotionele problemen zoals angst, depressiviteit, geïrriteerdheid of neerslachtigheid?

- ❑ helemaal niet
- ❑ een klein beetje
- ❑ matig
- ❑ nogal veel
- ❑ zeer veel

13. Hoeveel moeite had u de afgelopen twee weken met uw dagelijkse bezigheden binnen- en buitenshuis als gevolg van lichamelijk of emotionele problemen?

- ❑ helemaal geen moeite
- ❑ een klein beetje moeite
- ❑ enige moeite
- ❑ veel moeite
- ❑ zeer veel moeite

14. Voelde u zich de afgelopen weken door lichamelijke of emotionele problemen belemmerd in uw sociale activiteiten met familie, vrienden, buren of clubs?

- ❑ helemaal niet
- ❑ een klein beetje
- ❑ matig
- ❑ nogal veel
- ❑ zeer veel

15. Hoe beoordeelt u uw gezondheidstoestand op dit moment vergeleken met twee weken geleden?

- ❑ veel beter
- ❑ iets beter
- ❑ ongeveer gelijk
- ❑ iets slechter
- ❑ veel slechter

16. Hoe beoordeelt u uw algemene gezondheidstoestand gedurende de afgelopen twee weken?

- ❑ uitstekend
- ❑ heel goed
- ❑ goed
- ❑ matig
- ❑ slecht

17. Kunt u alle plaatsen aangeven, waar u nu of in de afgelopen maand last van heeft (gehad)? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ geen klachten
- ❑ vingers of hand
- ❑ pols of onderarm
- ❑ elleboog of bovenarm
- ❑ schouder of schouderstreek
- ❑ nek of nekstreek
- ❑ hoog in de rug (tussen de schouderbladen)
- ❑ laag in de rug of bekkenstreek
- ❑ heup of bovenbeen
- ❑ knie of onderbeen
- ❑ tenen, voet of enkel
- ❑ elders, namelijk.....
  .....

**Rugklachten**

18. Heeft u ooit rugklachten gehad?

- ❑ ja *ga verder met vraag 19*
- ❑ nee *ga verder met deel 2*

19. Wanneer had u voor het eerst rugklachten?

..... jaren / maanden* geleden
*(*doorhalen wat niet van toepassing is)*

20. Wanneer had u voor het laatst rugklachten?

- ❑ nog steeds
- ❑ ..... jaren / maanden* geleden
  *(*doorhalen wat niet van toepassing is)*

21. Hoe vaak had u in de afgelopen drie maanden rugklachten?

- ❑ geen klachten
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 keer
- ❑ meer dan 2 keer

22. Duurden deze klachten wel eens langer dan een dag?

- ❑ ja
- ❑ nee

23. Hoe vaak heeft u vanwege uw rugklachten contact gehad met een arts in de afgelopen drie maanden?

- ❑ nooit
- ❑ 1 keer
- ❑ 2 keer
- ❑ meer dan 2 keer

24. In hoeverre denkt u dat uw rugklachten het gevolg waren van het werk dat u doet?

- ❑ helemaal niet
- ❑ nauwelijks
- ❑ voor het grootste deel
- ❑ volledig

25. Heeft u nu of in de afgelopen week rugklachten (gehad)?

- ❑ ja *gaat u verder met vraag 26*
- ❑ nee *gaat u verder met deel 2*

26. Kunt u aangeven waar u nu of in de afgelopen week pijn heeft (gehad)?

- ❑ alleen in de rug
- ❑ in de rug en een of beide billen
- ❑ in de rug en een of beide benen
- ❑ ergens anders, namelijk.....
  .....
  ...

27. Heeft u de afgelopen week problemen gehad met de uitvoering van dagelijkse werkzaamheden als gevolg van uw rugklachten?

- ❑ nooit
- ❑ soms
- ❑ vaak
- ❑ voortdurend

28. Wilt u de mate van pijn die u de afgelopen week heeft gehad ten gevolge van uw rugklachten weergeven door het getal dat hiermee overeenkomt aan te kruisen?

| geen pijn | | | | | | | | | ondraaglijke pijn |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

**Deel 2:**
**Algemene ervaringen met het gebruik van steunkousaantrekkers**

Deze vragen gaan over het gebruik van steunkousaantrekkers in het algemeen. We willen graag weten hoe vaak u dit type hulpmiddel gebruikt en hoe u het gebruik ervan ervaart. Het gaat in dit deel dus niet alleen om vandaag, maar over al uw ervaringen met steunkousaantrekkers binnen uw werk.

1. Gebruikt u wel eens een hulpmiddel om steunkousen aan te trekken?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ ja, een steunkousaantrekker (bijvoorbeeld Easy slide of Eureka)
- ❑ ja, een huishoudhandschoen
- ❑ ja, anders namelijk . . . . . .
  . . . . . .
- ❑ nee, omdat . . . . . .
  . . . . . .

Bij beantwoording van de volgende vragen gaat het specifiek over steunkousaantrekkers (bijvoorbeeld Easy slide of Eureka), zoals benoemd bij de eerste keuzemogelijkheid van vraag

2. Hoe vaak gebruikt u ongeveer een steunkousaantrekker?

.....keer per dag

3. Trekt u wel eens steunkousen aan *zonder* gebruik te maken van een steunkousaantrekker?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ ja, want er is niet altijd een steunkousaantrekker aanwezig
- ❑ ja, want cliënt wil het niet altijd
- ❑ ja, want dat vind ik net zo makkelijk
- ❑ ja, want . . . . . .
  . . . . . .
- ❑ nee *doorgaan met vraag 5*

4. Hoe ervaart u het aantrekken van een steunkous *zonder* gebruik van een steunkousaantrekker?

- ❑ heel licht
- ❑ licht
- ❑ niet zwaar, maar ook niet licht
- ❑ zwaar
- ❑ heel zwaar

5. Hoe ervaart u het aantrekken van een steunkous *met* gebruik van een steunkousaantrekker?

- ❑ heel licht
- ❑ licht
- ❑ niet zwaar, maar ook niet licht
- ❑ zwaar
- ❑ heel zwaar

6. Heeft u uitleg gekregen over het gebruik van de steunkousaantrekker?

- ❑ ja
- ❑ nee

Zo ja, van wie?

. . . . . .

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ❑ | ja |
| | Was deze uitleg voldoende? | ❑ | nee |
| 7. | Kent u het project Steun de Steunkous? *(meerdere antwoorden mogelijk)* | ❑ | nee *doorgaan met vraag 12* |
| | | ❑ | ja, daar heb ik iets van gehoord |
| | | ❑ | ja, daar heb ik iets van gelezen |
| | | ❑ | ja, daar heb ik iets van gezien (tv, workshops etc.) |
| 8. | Bent u bekend met het protocol dat in het kader van dit project is ontwikkeld? | ❑ | ja |
| | | ❑ | nee |
| 9. | Indien ja, heeft u een speciale scholing gekregen in het gebruik van dit protocol (evt. via een collega) | ❑ | ja |
| | | ❑ | nee |
| 10. | Gebruikt of volgt u dit protocol van Steun de Steunkous nu ook daadwerkelijk? | ❑ | ja |
| | | ❑ | nee |
| 11. | Indien ja, kunt u aangeven wat het gebruik van dit protocol heeft veranderd? *(meerdere antwoorden mogelijk)* | ❑ | ik gebruik nu veel vaker een steunkousaantrekker |
| | | ❑ | ik ben nu veel bewuster bezig met het aan- en uittrekken van steunkousen |
| | | ❑ | ik let beter op mijn werkhouding |
| | | ❑ | anders, nl..... |
| 12. | Indien nee, werkt u wel volgens een (ander) vast protocol voor het gebruik van steunkousaantrekkers ? | ❑ | ja |
| | | ❑ | nee |
| 13. | Bent u tevreden over het gebruik van de steunkousaantrekker? | ❑ | ja, heel erg |
| | | ❑ | ja |
| | | ❑ | deels wel, deels niet |
| | | ❑ | nee |
| | | ❑ | nee, helemaal niet |

14. Wat zijn de **voor**delen van het gebruik van een steunkousaantrekker?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ geen voordelen
- ❑ kousen blijven langer heel
- ❑ het werkt makkelijker
- ❑ het kost minder kracht voor de verpleegkundige/verzorgende
- ❑ het is minder pijnlijk voor de cliënt
- ❑ het is minder belastend voor de huid van de client
- ❑ anders, nl . . . . . .
  . . . . . .

15. Wat zijn de **na**delen van het gebruik van een steunkousaantrekker?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ geen nadelen
- ❑ kousen slijten harder
- ❑ het aantrekken met steunkousaantrekkers is geen verbetering
- ❑ het aantrekken gaat met steunkousaantrekkers lastiger
- ❑ cliënt wil het liever niet
- ❑ cliënt moet de steunkousaantrekker zelf aanschaffen
- ❑ cliënt moet de steunkousaantrekker zelf betalen
- ❑ anders, nl.....

16. Wie betaalt de steunkousaantrekker?

- ❑ verplegende of verzorgende zelf
- ❑ cliënt zelf
- ❑ ziekenfonds/ ziektekostenverzekeraar
- ❑ thuiszorg organisatie
- ❑ anders, namelijk .....
  .....

17. Zijn er in het algemeen problemen met de vergoeding van de aanschaf van steunkousaantrekkers?

- ❑ geen problemen
- ❑ ja, namelijk .....
  .....
- ❑ onbekend

18. Wie regelt dat de steunkousaantrekkers worden vervangen?

- ❑ cliënt of mantelzorg
- ❑ thuiszorg organisatie
- ❑ anders, namelijk .....

.....

19. Gebeurt het vervangen van steunkous-aantrekkers in het algemeen op tijd?

- ❑ ja
- ❑ nee, omdat

20. Hoe vaak maakt, in uw ervaring, het gebruik van een steunkousaantrekker door de cliënt zelf of door de mantelzorg de komst van een verzorgende of verpleegkundige overbodig?

- ❑ eigenlijk nooit
- ❑ soms
- ❑ geregeld
- ❑ vaak
- ❑ bijna altijd

21. Stuit het gebruik van steunkousaantrekkers bij de cliënt of de mantelzorgers op weerstand?

- ❑ eigenlijk nooit
- ❑ soms
- ❑ geregeld
- ❑ vaak
- ❑ bijna altijd

22. Wat is de reden van deze weerstand?

- ❑ n.v.t.

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

23. Zijn er standaardprocedures of afspraken voor:

-indicatiestelling

- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ onbekend

- gebruik

- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ onbekend

- weigering door de cliënt of mantelzorger

- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ onbekend

24. Gebruikt u de laatste tijd vaker een steunkousaantrekker?

- ❑ ja
- ❑ nee

25. Zo ja wat is daarvan denkt u de reden/oorzaak? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ is een gevolg van de afspraken die zijn gemaakt in het kader van het Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg
- ❑ is een gevolg van de invoering van de richtlijnen die vanuit het project Steun de Steunkous zijn gekomen
- ❑ het gebruik van steunkousaantrekkers is inmiddels verplicht
- ❑ anders, nl . . . . . .

**Deel 3:**
**Het gebruik van steunkousaantrekkers in <u>drie opeenvolgende diensten</u>**

Het is de bedoeling dat u voor **drie opeenvolgende diensten** onderstaande vragen beantwoordt. Na elke dienst moeten dezelfde vragen beantwoord worden. Wij willen graag weten of u in die dienst bij het aan- trekken van steunkousen een steunkousaantrekker of een ander hulpmiddel heeft gebruikt. Voor zowel het gebruiken als het niet gebruiken van een steunkousaantrekker willen we graag de reden weten.

**Dienst 1**

1. Wat voor dienst heeft u de afgelopen dienst gewerkt?
   - ❑ vroege- en dagdienst
   - ❑ avonddienst
   - ❑ nachtdienst
   - ❑ weekenddienst
   - ❑ anders, namelijk.....
   .....
   .

2. Hoeveel uur heeft u binnen deze dienst gewerkt?
   .....uur

3. Hoeveel cliënten heeft u tijdens de afgelopen dienst gezien?
   .....cliënten

4. Hoe vaak heeft u de afgelopen dienst steunkousen aangetrokken?
   .....keer

5. Hoe vaak heeft u hierbij een steunkousaantrekker gebruikt?
   .....keer

6. Als u bij het aantrekken van de steunkousen een steunkousaantrekker heeft gebruikt, welk is dit dan?
   .....
   .....
   .....

7. Wat is de reden dat u bij het aantrekken van de steunkousen een steunkousaantrekker heeft gebruikt?
   (meerdere antwoorden mogelijk)
   - ❑ het gaat makkelijker
   - ❑ het is minder zwaar
   - ❑ het is minder belastend voor de cliënt
   - ❑ het is fysiek minder belastend voor de verzorgende
   - ❑ het is minder pijnlijk voor de cliënt
   - ❑ het beschermt de huid van de cliënt
   - ❑ anders, nl . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .

8. Welke problemen ondervond u bij het aantrekken van steunkousen met steunkousaantrekker?

- ❑ geen problemen
- ❑ anders, nl . . . . . .

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

9. Wat is de reden dat u bij het aantrekken van de steunkousen geen steunkousaantrekker heeft gebruikt?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ niet van toepassing, er werd wel een steunkousaantrekker gebruikt
- ❑ zonder steunkousaantrekker ging het makkelijker
- ❑ er was geen juiste steunkousaantrekker aanwezig
- ❑ de steunkousaantrekker was niet te vinden
- ❑ er was helemaal geen steunkousaantrekker aanwezig
- ❑ er was geen steunkousaantrekker aangevraagd
- ❑ anders, nl . . . . . .

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

Opmerkingen over het aantrekken van steunkousen:

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

**Dienst 2**

1. Wat voor dienst heeft u de afgelopen dienst gewerkt?
   - ❑ vroege- en dagdienst
   - ❑ avonddienst
   - ❑ nachtdienst
   - ❑ weekenddienst
   - ❑ anders, namelijk.....
   .....

2. Hoeveel uur heeft u binnen deze dienst gewerkt?
   .....uur

3. Hoeveel cliënten heeft u tijdens de afgelopen dienst gezien?
   .....cliënten

4. Hoe vaak heeft u de afgelopen dienst steunkousen aangetrokken?
   .....keer

5. Hoe vaak heeft u hierbij een steunkousaantrekker gebruikt?
   .....keer

6. Als u bij het aantrekken van de steunkousen een steunkousaantrekker heeft gebruikt, welk is dit dan?
   .....
   .....
   .....

7. Wat is de reden dat u bij het aantrekken van de steunkousen een steunkousaantrekker heeft gebruikt?
   (meerdere antwoorden mogelijk)
   - ❑ het gaat makkelijker
   - ❑ het is minder zwaar
   - ❑ het is minder belastend voor de cliënt
   - ❑ het is fysiek minder belastend voor de verzorgende
   - ❑ het is minder pijnlijk voor de cliënt
   - ❑ het beschermt de huid van de cliënt
   - ❑ anders, nl . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .

8. Welke problemen ondervond u bij het aantrekken van steunkousen met steunkousaantrekker?
   - ❑ geen problemen
   - ❑ anders, nl . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .

9. Wat is de reden dat u bij het aantrekken van de steunkousen geen steunkousaantrekker heeft gebruikt?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ niet van toepassing, er werd wel een steunkousaantrekker gebruikt
- ❑ zonder steunkousaantrekker ging het makkelijker
- ❑ er was geen juiste steunkousaantrekker aanwezig
- ❑ de steunkousaantrekker was niet te vinden
- ❑ er was helemaal geen steunkousaantrekker aanwezig
- ❑ er was geen steunkousaantrekker aangevraagd
- ❑ anders, nl . . . . . .

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

Opmerkingen over het aantrekken van steunkousen:

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

**Dienst 3**

1. Wat voor dienst heeft u de afgelopen dienst gewerkt?
   - ❑ vroege- en dagdienst
   - ❑ avonddienst
   - ❑ nachtdienst
   - ❑ weekenddienst
   - ❑ anders, namelijk.....
   .....

2. Hoeveel uur heeft u binnen deze dienst gewerkt?
   .....uur

3. Hoeveel cliënten heeft u tijdens de afgelopen dienst gezien?
   .....cliënten

4. Hoe vaak heeft u de afgelopen dienst steunkousen aangetrokken?
   .....keer

5. Hoe vaak heeft u hierbij een steunkousaantrekker gebruikt?
   .....keer

6. Als u bij het aantrekken van de steunkousen een steunkousaantrekker heeft gebruikt, welk is dit dan?
   .....
   .....
   .....

7. Wat is de reden dat u bij het aantrekken van de steunkousen een steunkousaantrekker heeft gebruikt?
   (meerdere antwoorden mogelijk)
   - ❑ het gaat makkelijker
   - ❑ het is minder zwaar
   - ❑ het is minder belastend voor de cliënt
   - ❑ het is fysiek minder belastend voor de verzorgende
   - ❑ het is minder pijnlijk voor de cliënt
   - ❑ het beschermt de huid van de cliënt
   - ❑ anders, nl . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .

8. Welke problemen ondervond u bij het aantrekken van steunkousen met steunkousaantrekker?
   - ❑ geen problemen
   - ❑ anders, nl . . . . . .
   . . . . . .
   . . . . . .

9. Wat is de reden dat u bij het aantrekken van de steunkousen geen steunkousaantrekker heeft gebruikt?
*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ❑ niet van toepassing, er werd wel een steunkousaantrekker gebruikt
- ❑ zonder steunkousaantrekker ging het makkelijker
- ❑ er was geen juiste steunkousaantrekker aanwezig
- ❑ de steunkousaantrekker was niet te vinden
- ❑ er was helemaal geen steunkous-aantrekker aanwezig
- ❑ er was geen steunkousaantrekker aangevraagd
- ❑ anders, nl . . . . . .

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

Opmerkingen over het aantrekken van steunkousen:

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

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Wilt u de lijst zo spoedig mogelijk aan het NIVEL terugsturen in de bijgevoegde antwoordenveloppe?

Stichting NIVEL
Chantal Leemrijse
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

**Steunkousen en steunkousaantrekkers** **Bijlage 3** (inlegvel)

*De vragen op dit losse inlegvel zijn alléén bedoeld voor mensen die steunkousen gebruiken.*

**1** Trekt u de steunkousen zelf aan?
❏ ja
❏ nee, dat doet een mantelzorger (familielid/kennis/buren)
❏ nee, dat doet een verzorgende of verpleegkundige
❏ nee, dat doet . . . . . (iemand anders)

**2** Hoe zwaar vindt u het aantrekken van uw steunkousen zonder het gebruik van een steunkousaantrekker of ander hulpmiddel?
❏ heel licht
❏ licht
❏ niet licht/niet zwaar
❏ zwaar
❏ heel zwaar
❏ ik kan het niet zelf zonder steunkousaantrekker

**3.** Gebruikt u zelf (of degene die uw kousen aantrekt) een steunkousaantrekker? (bijv. merk Eureka/Easyslide?
❏ ja, namelijk . . . . . (merknaam indien bekend) ➜ga naar vraag 6
❏ nee ➜ ga naar vraag 4 & 5

**4.** Kunt u een reden geven waarom u geen steunkousaantrekkers gebruikt?
❏ ik was niet (voldoende) op de hoogte van het bestaan van steunkousaantrekkers
❏ ik vind steunkousaantrekkers niet nodig
❏ ik vind de kosten van steunkousaantrekkers te hoog
❏ ik vind steunkousaantrekkers vervelend in het gebruik
❏ ik vind steunkousaantrekkers moeilijk in het gebruik
❏ eigenlijk geen reden
❏ anders, nl . . . . . .

**5.** Gebruikt u wel eens een ander hulpmiddel bij het aantrekken?
❏ ja, nl . . . . . .
❏ nee, omdat . . . . . .

*De volgende vragen alleen invullen indien u steunkousaantrekkers gebruikt!*

**6.** Hoe vaak per week gebruikt u (of degene die uw kousen aantrekt) een steunkousaantrekker ?
. . . . . (aantal keer per week)

**7.** Trekt u (of degene die uw kousen aantrekt), wel eens kousen aan **zonder** steunkousaantrekker?
❏ ja, want . . . . . .
❏ nee

**8.** Als u **zelf** uw steunkousen aantrekt, hoe ervaart u het aantrekken van uw steunkousen **met** gebruik van steunkousaantrekker?
❏ niet van toepassing, iemand anders trekt ze aan
❏ heel licht
❏ licht
❏ niet licht/niet zwaar
❏ zwaar
❏ heel zwaar

**9.** Heeft u (of degene die uw kousen aantrekt) uitleg gekregen over het gebruik van de steunkousaantrekkers?
❏ ja, en de uitleg was voldoende Van wie? . . . . . .
❏ ja, maar de uitleg was onvoldoende Van wie? . . . . . .
❏ nee

**10.** Denkt u dat u een professionele verzorger nodig zou hebben voor het aantrekken van de steunkousen als u geen steunkousaantrekker zou hebben?
❏ ja
❏ misschien
❏ nee
❏ weet niet

**11.** Als uw steunkousen aangetrokken worden door iemand anders dan uzelf: Wat vindt u van het gebruik van een steunkousaantrekker?
❏ niet van toepassing, ik trek de steunkousen zelf aan
❏ ik wil het niet, want . . . . . .
❏ neutraal, als de ander dat wil vind ik dat prima
❏ positief, wil het zelf graag

**12.** Bent u tevreden over het gebruik van steunkousaantrekkers?
❏ ja, heel erg
❏ ja
❏ deels wel, deels niet
❏ nee
❏ nee, helemaal niet

**13.** Wat zijn voor u de voordelen van het gebruik van steunkousaantrekkers?
❏ geen voordelen
❏ het is minder belastend (schurend) voor de huid
❏ het is minder pijnlijk
❏ het geeft minder problemen bij wonden
❏ het aantrekken is fysiek minder zwaar (voor de steunkousgebruiker zelf/ verzorgende)
❏ anders, nl . . . . . .

**14.** Wat zijn voor u de nadelen van het gebruik van steunkousaantrekkers?
❏ geen nadelen
❏ de steunkousaantrekkers zijn te duur
❏ het aantrekken met steunkousaantrekkers biedt weinig gemak
❏ de kousen slijten sneller
❏ anders, nl . . . . . .

**15.** Worden de steunkousaantrekkers in het algemeen op tijd vervangen?
❏ ja
❏ nee, omdat . . . . . .

**16.** Wie bepaalt wanneer dit gebeurt?
❏ ik zelf
❏ verzekering
❏ thuiszorg
❏ anders, nl . . . . . .
❏ weet niet

**17.** Wie betaalt de steunkousaantrekker?
❏ ik zelf
❏ ziektekosten verzekering
❏ thuiszorgorganisatie
❏ verzorgende/verplegende
❏ weet niet
❏ anders, nl . . . . . .

**18.** Zijn er problemen met de vergoeding ?
❏ ja, namelijk . . . . . .
❏ nee

Recent Nivel rapport

**ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie: Evaluatie 2002**

J. Richter
C. Leemrijse
C.H.M. van den Ende

109 blz.

Het programma Thuiszorgtechnologie van ZorgOnderzoek Nederland - Medische Wetenschappen (ZonMw) heeft als doelstelling de mogelijkheden voor behandeling, verpleging en verzorging van mensen thuis uit te breiden of te versterken door middel van innovatie en een doelmatige inzet van technologie. Het NIVEL heeft dit programma in opdracht van ZonMw twee maal geëvalueerd. De eerste evaluatie verscheen in 2001 (ZON-Programma Thuiszorgtechnologie: Evaluatie 2000; Dane, Sixma, Dekker, 2001).
Het doel van deze tweede evaluatie is te beoordelen of het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie er in geslaagd is technologieën te selecteren die kansrijk zijn in de praktijk. Om dit doel te bereiken zijn de projecten die binnen het programma Thuiszorgtechnologie zijn gehonoreerd, beoordeeld aan de hand van een aantal vooraf opgestelde vraagstellingen en evaluatiecriteria. Tevens is een korte evaluatie van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie zelf uitgevoerd. De meeste uitgevoerde projecten laten zowel positieve als negatieve resultaten zien, maar over het algemeen kan worden gesteld dat het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie kansrijke technologieën heeft geselecteerd en een zinvolle bijdrage levert aan het uitbreiden van de mogelijkheden voor behandeling, verpleging en verzorging van mensen thuis.