



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie: Evaluatie 2002, J. Richter, C. Leemrijse, C.M.H. van den Ende) worden gebruikt. Dit rapport is te bestellen bij [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

## **ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie: Evaluatie 2002**

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

**Utrecht, 2002**

**NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030 - 2729700 - [www.NIVEL.nl](http://www.NIVEL.nl)**

ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie: Evaluatie 2002 / J. Richter, C. Leemrijse, E.  
van den Ende  
Utrecht: NIVEL  
Met lit. opg.  
ISBN 90-6905-605-4

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 voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.  
Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

pag.

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie	7
1.2 ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie	8
1.2.1 Werkgroep Thuiszorg	8
1.2.2 De indeling van de technologieën	9
1.2.3 Werving, selectie en honorering van projecten	11
1.2.4 Budget en looptijd van het programma Thuiszorgtechnologie	11
1.3 Evaluatie ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie	11
1.3.1 Project-evaluatie	13
1.3.2 Monitoring	14
1.3.3 Programma-evaluatie	14
1.4 Opbouw rapportage en leeswijzer	15
2 Methoden	17
2.1 Project-evaluatie	17
2.1.1 Proces-evaluatie van de projecten	17
2.1.2 Evaluatie aan de hand van criteria voor kansrijke technologieën	18
2.2 Programma-evaluatie	20
3 Resultaten pilot-projecten	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Proces-evaluatie	23
3.2.1 Transferhulpmiddelen	23
3.2.2 Ruggordels voor verplegend/verzorgend personeel	24
3.2.3 Zelfstandig gebruik van tilliften	26
3.2.4 Het opzithulpmiddel 'Betty'	27
3.2.5 Tijdige detectie van valincidenten	29
3.2.6 Thuismanagement antistolling	30
3.2.7 Klik klak badkamersysteem	31
3.2.8 Elektrisch verstelbare hoog/laag bedden	32
3.2.9 TENS (Neurostimulatie voor Alzheimer Patiënten)	33
3.3 Evaluatiecriteria pilotprojecten	33
3.4 Conclusie en aanbevelingen pilotprojecten	37
4 Resultaten evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten	39
4.1 Inleiding	39
4.2 Details en voortgang projecten	39
4.2.1 Fotherapie bij babygeelzucht	39
4.2.2 Bloedtransfusie thuis	40
4.2.3 Gebruik van vernevelaars	41
4.2.4 Enterale en parenterale voeding thuis	42
4.3 Conclusie evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten	42



5	Resultaten implementatieprojecten	43
5.1	Inleiding	43
5.2	Proces-evaluatie	43
5.2.1	Het bevorderen van het gebruik van tilliften thuis	43
5.2.2	Bevordering van het gebruik van steunkousaantrekkers	43
5.2.3	Blaaskatheterisatie thuis	46
5.2.4	Intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis	48
5.3	Evaluatie-criteria implementatieprojecten	49
5.4	Monitoring	52
5.5	Conclusies en aanbevelingen implementatieprojecten	53
6	Evaluatie op programma-niveau	55
6.1	Geplande middelen versus daadwerkelijk gerealiseerde middelen	55
6.1.1	Organisatiestructuur	55
6.1.2	Samenwerking	55
6.1.3	Looptijd van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie	56
6.1.4	Financiën van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie	56
6.2	Ingeschatte condities versus in de praktijk opgetreden condities	57
6.2.1	Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT)	57
6.2.2	Productie-afspraken	57
6.2.3	Terugloop belangstelling programma	58
6.3	Beoogde resultaten versus de feitelijke resultaten	59
7	Samenvatting en conclusies	61
	Referenties	67
	Lijst van afkortingen	69
	Bijlagen	71
	Bijlage 1: Betrokken organisaties	73
	Bijlage 2: ZonMw-procedure voor werving, selectie en uitvoering van projecten	75
	Bijlage 3: Volledige projecttitels	77
	Bijlage 4: Specifieke gegevens van de pilotprojecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie	79
	Bijlage 5: Specifieke gegevens van de evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie	97
	Bijlage 6: Specifieke gegevens van de implementatieprojecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie	101

## Voorwoord

Voor u ligt het rapport van de tweede evaluatie van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie. Het NIVEL heeft deze evaluatie uitgevoerd in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland - Medische Wetenschappen (ZonMw), evenals de eerste evaluatie, waarvan het rapport in 2001 verschenen is.

Het doel van deze 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 oorspronkelijk beoogde looptijd van het programma bedroeg 5 jaar (1997-2001), en de onderhavige evaluatie was bedoeld als eind-evaluatie. In 2001 is echter besloten het programma Thuiszorgtechnologie in de tijd te verlengen en het programma zal naar schatting in 2004 afgerond zijn. Met de betrokkenen is afgesproken om de onderhavige rapportage toch te schrijven, in de vorm van een tussen-evaluatie.

Op deze plaats willen wij een aantal mensen graag bedanken voor hun medewerking aan de evaluatie. De werkgroep Thuiszorgtechnologie, die zowel indirect als direct een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van dit rapport. Daarnaast willen wij onze dank uitspreken aan de personen die bereid zijn geweest aanvullende informatie te verstrekken, zodat wij dit rapport zo volledig mogelijk hebben kunnen maken.

Utrecht, augustus 2002



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie

De afgelopen jaren is de vraag naar thuiszorg fors toegenomen. Als oorzaken kunnen hier ten eerste demografische veranderingen genoemd worden, zoals de 'dubbele' vergrijzing (steeds meer mensen worden steeds ouder, en daardoor zijn er steeds meer hulpbehoevenden), kleinere gezinnen, meer alleenstaanden en een toename van het aantal chronisch zieken. Ten tweede speelt het substitutiebeleid van de overheid een grote rol. Om de kosten zo laag mogelijk te houden wil de overheid het aantal ziekenhuisopnames beperken of opnames zo kort mogelijk houden. Opname in verpleeg- en verzorgingshuizen of instellingen voor gehandicapten dient zo lang mogelijk te worden vermeden of uitgesteld. Tenslotte geven veel cliënten er zelf ook de voorkeur aan om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ofwel om na ziekenhuisopname of verblijf in een verpleeghuis zo snel mogelijk weer naar huis te kunnen.

Het gebruik van technologie kan veel bijdragen aan vergroting van de mogelijkheden voor thuiszorg. Hiervoor zijn de afgelopen jaren diverse oplossingen bedacht. Sommige technologieën kunnen het werk van de mantelzorger, de verpleegkundige of de verzorgende verlichten, zoals een tillift, of de zelfredzaamheid van mensen vergroten, zoals het gebruik van een steunkousaantrekker. Andere maken het vertrek van het ziekenhuis naar huis technisch mogelijk, bijvoorbeeld doordat iemand thuis een infuus met medicatie krijgt.

Om thuiszorgtechnologie succesvol toe te passen moet eerst 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.

Begin jaren '90 zijn twee onderzoeksprogramma's uitgevoerd die zich bezig hielden met toepassing van (medische) technologie in de thuiszorg. Door het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd in 1991 het stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie gelanceerd, iets eerder werd gestart met het Programma Medische Apparatuur Thuis door de Ziekenfondsraad (thans CVZ, College voor Zorgverzekeringen). Aangezien beide programma's, afgezien van de verschillen in doelstelling en aanpak, grote overeenkomsten vertoonden, heeft het ministerie van VWS aan TNO-Preventie en Gezondheid (TNO-PG) en het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) gevraagd een advies te formuleren over eventueel samenvoegen van beide programma's. Dit advies kreeg vorm in het 'Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie' (Oortwijn e.a., 1996). Hierin werd aangegeven wat de doelstellingen van een dergelijk samengevoegd programma op het gebied van thuiszorgtechnologie zouden moeten zijn en hoe de opzet en uitvoering er uit zouden moeten zien.

Op basis van deze rapportage heeft de Ziekenfondsraad in 1997 besloten tot samenvoeging van de budgetten van VWS en het CVZ, en tot toekenning hiervan aan ZorgOnderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZonMw) voor de uitvoering van het zogenoemde 'ZON-programma Thuiszorgtechnologie'. Het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) heeft de opdracht gekregen dit programma te evalueren. In 2001 heeft reeds een eerste evaluatie van het programma plaatsgevonden (Dane et al, 2001). Volgens



planning zou de huidige rapportage de eindevaluatie betreffen van het programma Thuiszorgtechnologie. Het programma is op dit moment echter nog niet afgerond, en om die reden is een eind-evaluatie op dit tijdstip nog niet aan de orde. Samen met de werkgroep is besloten dat de evaluatie in de onderhavige rapportage daarom een tussen-evaluatie zal zijn van het ZON-programma Thuiszorgtechnologie. In onderstaande paragraaf 1.2 wordt voor de duidelijkheid een algemene uitleg gegeven van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie. In paragraaf 1.3 komt de evaluatie van het programma aan de orde.

## **1.2 ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie**

Het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie 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 programma vormt een kader voor het stimuleren van thuiszorgtechnologieën. Het begrip 'technologie' moet daarbij breed worden opgevat en omvat het gehele scala van therapeutische hulpmiddelen, procedures en richtlijnen. Het betreft zowel bestaande als nieuwe technologieën, die geavanceerd (hightech) of juist eenvoudig (lowtech) kunnen zijn. De te stimuleren technologieën moeten leiden tot meer doelmatige zorg en 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.

Binnen het programma Thuiszorgtechnologie kunnen organisaties voorstellen indienen voor projecten op het gebied van thuiszorgtechnologie. Dit kan zowel volgens een bottom-up procedure plaatsvinden waarbij via een open inschrijving iedere organisatie een voorstel kan indienen, als top-down, waarbij een selectie van organisaties wordt uitgenodigd een voorstel in te dienen over een vooraf geprioriteerde en vastgestelde voorziening. Een speciaal voor het programma opgerichte werkgroep maakt een selectie van deze voorstellen, en bepaalt welke projecten uitgevoerd mogen worden. Er is een bepaald budget beschikbaar voor elk project.

In het programma Thuiszorgtechnologie komen technologieën in aanmerking die thuis worden ingezet of technologieën die worden gebruikt om de zorgverlening thuis effectief en efficiënt te laten plaatsvinden. Verstrekking van hulpmiddelen aan gehandicapten in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en de uitvoeringsregeling Hulpmiddelen van de Ziekenfondswet (ZFW) vallen buiten het kader van dit programma (ZON, 1999).

### **1.2.1 Werkgroep Thuiszorg**

Het programma Thuiszorgtechnologie wordt onder verantwoordelijkheid van de werkgroep Thuiszorg uitgevoerd. Deze werkgroep is ingesteld door de Programmacommissie Zorg (PCZ), een overkoepelende organisatie voor zorgprogramma's. De taken van de werkgroep zijn in grote lijnen de uitvoering van het programma Thuiszorgtechnologie, de beoordeling van projectvoorstellen (ook middels beoordeling door externe referenten), de begeleiding en voortgangscntrole van zowel de afzonderlijke projecten als van het programma als geheel, en het verzorgen van tussentijdse evaluaties en een eindevaluatie. Leden van de werkgroep beschikken over een brede deskundigheid op het gebied van de thuiszorg en met name het

gebruik van technologieën in de thuiszorg, en op het gebied van de organisatie en financiering van de thuiszorg. De volgende expertisegebieden zijn vertegenwoordigd in de werkgroep: huisarts, medisch specialist, management, verpleegkundige, wetenschapper, ervaringsdeskundige en een vertegenwoordiger uit de brancheorganisatie. In de werkgroep nemen bovendien waarnemers vanuit het College voor Zorgverzekeringen en het ministerie van VWS zitting. Verder zijn verschillende organisaties betrokken bij de uitvoering en de controle van het ZON-programma Thuiszorgtechnologie, te weten het CVZ, ZonMw (Zorg-Onderzoek Nederland-Medische Wetenschappen), TTT (Transferpunt Thuiszorgtechnologie), TNO-PG en het NIVEL. Voor meer informatie over deze organisaties wordt verwezen naar bijlage 1.

### **1.2.2 De indeling van de technologieën<sup>1</sup>**

Het doel van het programma is 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. Er kunnen grote verschillen bestaan in de mate waarin een technologie al geïmplementeerd is in de praktijk. Zo zijn er nieuwe technologieën, waarvan nog niet veel mensen op de hoogte zijn, maar ook technologieën die al volop gebruikt worden, maar door enkele belemmerende factoren nog niet geheel landelijk geïmplementeerd zijn. Door deze onderlinge verschillen binnen het programma Thuiszorgtechnologie is ervoor gekozen verschillende soorten projecten te onderscheiden, namelijk pilot-, evaluatie, richtlijn- en implementatieprojecten. Elk soort project heeft een aantal doelstellingen die tijdens het project beantwoord moeten worden. Deze doelstellingen zijn, afzonderlijk voor de verschillende soorten projecten, opgesteld door de werkgroep Thuiszorg en staan hieronder uitgewerkt. Ook staan ze in uitgebreidere vorm beschreven in het rapport 'Thuiszorgtechnologie: programma' (ZonMw, 1998).

#### **Pilot-projecten**

Het doel van de pilotprojecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie is het stimuleren van nieuwe technologieën. In een pilotproject dient te worden vastgesteld of een nieuwe technologie in de praktijk haalbaar is en of de technologie een relevante bijdrage levert aan de doelstelling van het programma, nl. mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Bij de haalbaarheid gaat het om de werkzaamheid van een technologie in de praktijk maar ook om een eerste indruk van aspecten als sociale acceptatie en om organisatorische voorwaarden. Daarnaast levert een pilotproject inzicht in de veiligheid van de technologie bij gebruik in de thuissituatie en biedt het een schatting van de kosten en van de effectiviteit bij een landelijke toepassing van de betreffende technologie. Alleen technologieën waarvan de veiligheid en algemene werkzaamheid zijn vastgesteld, komen in aanmerking. Dat betekent dat productontwikkeling is uitgesloten.

#### **Evaluatieprojecten**

Het doel van evaluatieprojecten is om vast te stellen of een (nieuwe) technologie ook werkelijk geschikt is om als reguliere voorziening te worden opgenomen (effectiviteitsanalyse),

<sup>1</sup> De doelstellingen van de verschillende projecten (fasen) zijn tijdens de uitvoering van het programma enigszins aangepast, conform de aanbevelingen uit de evaluatie van 2000 (Dane e.a. 2000). In dit rapport wordt de meest recente projectbeschrijving gegeven. De onderzoeksprojecten die in dit rapport worden besproken zijn echter volgens de oorspronkelijke beschrijving opgezet en gehonoreerd. Voor de beoordeling van de projecten in de onderhavige evaluatie maakt dit echter geen verschil.

dan wel of een bestaande voorziening een reguliere voorziening moet blijven (praktijkevaluatie)<sup>2</sup>.

Bij een effectiviteitsanalyse dient de doelmatigheid van de technologie te worden bepaald, alsmede het toepassingsgebied, factoren die de werkzaamheid van een technologie in de praktijk beïnvloeden en de voorwaarden die nodig zijn voor een verantwoorde toepassing van de betreffende technologie in de thuissituatie.

Praktijkevaluatieonderzoek is aan de orde om na te gaan of een technologie die reeds is opgenomen in het voorzieningenpakket beschikbaar moet blijven als een voorziening in de gezondheidszorg. De doelmatigheid van de technologie wordt geëvalueerd en de belemmerende/bevorderende factoren en ervaringen van gebruikers worden geïnventariseerd. Zo nodig worden richtlijnen bijgesteld en indien van toepassing wordt een kwaliteitssysteem opgezet en gebruikt.

### **Richtlijnontwikkeling**

Richtlijnontwikkeling is aan de orde nadat besloten is dat een bepaalde technologie geschikt is om als reguliere voorziening in de thuissituatie toe te passen. Het doel van richtlijnen is om aan te geven aan welke voorwaarden moet zijn voldaan om de betreffende technologie verantwoord in de thuissituatie te laten plaatsvinden. Richtlijnen dienen als een checklist voor zorgverleners bij de invoering van een voorziening. De projecten met betrekking tot richtlijnontwikkeling moeten richtlijnen opleveren die door het veld worden gedragen. Daarbij zijn een aantal zaken relevant, waaronder: een opsomming van (o.a. functionele en ergonomische) eisen die aan een technologie worden gesteld, eisen die moeten worden gesteld aan de organisatorische inrichting van de zorgaanbieder, eisen die moeten worden gesteld aan het proces waarop de betreffende technologie is gericht en een beschrijving van de kritische factoren.

### **Implementatieprojecten**

Het 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. Onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren die de landelijke implementatie van een technologie beïnvloeden is van groot belang. Voorafgaand aan implementatie dient in een evaluatie te zijn vastgesteld dat introductie van de voorziening op grote schaal mogelijk en zinvol is. Ook dienen richtlijnen te zijn ontwikkeld waarin aangegeven is hoe de voorziening het beste kan worden ingevoerd. De eindtermen bij dit type projecten zijn de mate van bekendheid en gebruik van een technologie, en de waardering en acceptatie van de technologie door betrokkenen.

Tabel 1: De verschillende soorten projecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie met de bijbehorende doelstellingen

<b>Soort project</b>	<b>Primaire doelstellingen</b>
Pilot	Bepalen van haalbaarheid en relevantie (werkzaamheid, sociale acceptatie, organisatorische voorwaarden, veiligheid, kosten, aantal gebruikers).

<sup>2</sup> De laatstgenoemde doelstelling: vast stellen of een bestaande voorziening een regulier voorziening moet blijven stond niet in de programmabeschrijving van 1999, maar is toegevoegd aan de beschrijving in 2002.

Evaluatie	Bepalen of technologie een reguliere voorziening moet worden/of moet blijven (zie voetnoot 2) Relevante aspecten daarbij: effectiviteit, kosten, voor wie, patiëntenvoorkeur, sociale en ethische/juridische aspecten.
Richtlijnontwikkeling	Voorwaarden bepalen voor verantwoorde toepassing (eisen aan technologie, organisatie, proces en bepalen kritische factoren). Onderzoeken of bestaande richtlijnen op grond van nieuwe inzichten moeten worden bijgesteld.
Implementatie	Introductie en implementatie van een technologie op grote schaal. Onderzoek naar belemmerende/bevorderende factoren, bepalen van implementatiedoelen- en strategieën en uitvoeren van implementatieactiviteiten.

### **1.2.3 Werving, selectie en honorering van projecten**

Het programma Thuiszorgtechnologie werkt in programmerondes, die elk een jaar duren. Een programmeronde bestaat uit het werven, selecteren, honoreren en uitvoeren van projecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie. De programmeronde wordt doorlopen volgens de procedure die door ZON is ontwikkeld (Procedures voor ZON-programma's, 1999). Deze procedure staat in tabelvorm weergegeven in bijlage 2. De wijze van werving en selectie van projecten is uitgebreid aan de orde gekomen in de eerste tussen-evaluatie van het ZON-programma Thuiszorgtechnologie (Dane, Sixma & Dekker, 2001), en zal voor de volledigheid in bijlage 2 toegelicht worden.

### **1.2.4 Budget en looptijd van het programma Thuiszorgtechnologie**

In november 1997 ging de toenmalige Ziekenfondsraad akkoord met de financiering van het programma Thuiszorgtechnologie voor de periode 1997-2001. Voor de uitvoering van het programma is een bedrag van € 5,5 miljoen beschikbaar gesteld. Bij aanvang van het programma bleek het onmogelijk te zijn om nog in 1997 nieuwe projecten te stimuleren. Om deze reden is een deel van het budget overgeheveld naar 2001. Voor elke programmeronde binnen het programma Thuiszorgtechnologie is een bepaald budget gereserveerd.

Na elke programmeronde evalueert ZonMw de gang van zaken en stelt zo nodig op grond van de laatste ontwikkelingen de prioriteiten bij. Hierover wordt het College voor Zorgverzekeringen geïnformeerd. Aan het eind van het jaar van de betreffende programmeronde, en daarna aan het eind van elk volgend kalenderjaar verwacht het CVZ een tussentijdse evaluatie van de in het kader van het programma uitgevoerde werkzaamheden en een -eventueel bijgesteld- bestedingsprogramma voor de uitvoering van het dan resterende deel van het programma. Op basis van deze voortgangsrapportages besluit het CVZ over de middelen die in het daarop volgende jaar ter beschikking gesteld worden.

## **1.3 Evaluatie ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie**

Bij aanvang van het programma Thuiszorgtechnologie is afgesproken dat het programma op twee momenten zou worden geëvalueerd. Het algemene doel van het programma 'De mogelijkheden voor behandeling, verpleging en verzorging van mensen thuis uit te breiden of te versterken door innovatie en een doelmatige inzet van technologie' is daartoe opgesplitst in drie operationele doelen:

1. De werving van projecten met relevante technologieën;
2. De selectie van technologieën die kansrijk zijn in de praktijk;
3. Het bevorderen van het gebruik van de geselecteerde technologieën.

### **Evaluatie 2000**

De eerste evaluatie vond plaats in 2000 en hierin is gekeken in hoeverre het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie in 1998 en 1999 in staat is geweest relevante projecten op het gebied van thuiszorgtechnologie te werven (Dane, Sixma & Dekker, 2001). Dit werd gedaan door onderstaande vragen te beantwoorden:

1. Op welke wijze zijn de projecten voor het programma Thuiszorgtechnologie geworven en geselecteerd?
2. Is deze wijze conform de door ZON opgestelde procedure?

3. Wat is de visie van betrokkenen op het programma Thuiszorgtechnologie tot nu toe?
4. Welke suggesties hebben betrokkenen ten aanzien van de voortgang van het programma Thuiszorgtechnologie?

Deze onderzoeksvragen zijn beantwoord door documentanalyse van alle vergaderstukken van de werkgroep Thuiszorg (11/97 t/m 9/200) en door interviews met een achttal sleutelpersonen die op enigerlei wijze betrokken zijn (geweest) bij het programma Thuiszorgtechnologie.

In de periode waarover de eerste evaluatie zich uitstreckte hebben twee programmerondes plaatsgevonden waarin projecten zijn geworven. In totaal werden er 56 vooraanmeldingen en projectvoorstellen ingediend, 35 in de eerste ronde en 21 in de tweede ronde. Van deze vooraanmeldingen werden in totaal zeventien projecten gehonoreerd, acht in 1998 en negen in 1999.

De belangstelling voor het programma nam in de tweede ronde af, waarvoor een aantal mogelijke oorzaken werden aangewezen. De oproep tot vooraanmeldingen voor pilotprojecten bleek in de tweede ronde op minder grote schaal bekend gemaakt te zijn dan in de eerste ronde, waardoor mogelijk potentiële indieners in de tweede ronde niet bereikt zijn. Mogelijk stonden ook de 'ARBO-achtige technologieën' die in de eerste ronde in 1998 werden geprioriteerd meer in de belangstelling bij de thuiszorg dan de meer op substitutie gerichte technologieën die in 1999 werden geprioriteerd.

Een andere belangrijke oorzaak leek te zijn dat zowel de indieners als de externe referenten niet duidelijk bleken te weten wat de doelstellingen van de verschillende projecten waren (onderzoek, ontwikkeling of implementatie). Indieners lieten derhalve in hun voorstel niet duidelijk blijken welk soort projectvoorstel werd ingediend en aan de externe referenten leek niet duidelijk gemaakt te zijn met welke beoordelingscriteria zij een projectvoorstel moesten beoordelen. Mogelijk hiermee samenhangend waren de oordelen van referenten over het projectvoorstel zeer uiteenlopend en was het voor projectindieners uit de eerste ronde aanleiding om in een volgende ronde geen voorstel meer in te dienen.

Deze onduidelijkheid kon voor een deel verklaard worden doordat in dit programma twee systemen door elkaar lopen, de levenscyclus van een technologie en de ZON-systematiek. Deze laatste systematiek is vooral gericht op de implementatiekansen van een projectvoorstel, terwijl het bij met name pilotprojecten eigenlijk nog niet mogelijk is iets te zeggen over de implementatie van de technologie. Daarnaast beoogt het programma om op de praktijk gerichte projecten uit te zetten. Echter met name projectvoorstellen, gericht op pilotprojecten, werden volgens de geïnterviewden wel beoordeeld aan de hand van wetenschappelijke criteria. Deze eisen werden als niet gepast en te zwaar ervaren voor niet op wetenschappelijk onderzoek georiënteerde instellingen. Tegelijkertijd kwam in de ogen van de onderzoekswereld het programma niet wetenschappelijk over door de aandacht voor pilot- en implementatieprojecten. Aan wetenschappelijk onderzoek in de vorm van effectiviteits- of doelmatigheidsonderzoek is weinig aandacht geschonken. Door de praktijkgericht instelling van het programma is bij verschillende onderzoeksinstituten de belangstelling voor het programma verminderd.

Ondanks de verminderde belangstelling is de werkgroep wel in staat te zijn geweest geschikte projecten te honoreren voor vrijwel alle geprioriteerde technologieën en zijn de criteria voor het honoreren van projectvoorstellen niet bijgesteld.

Uit de resultaten van deze evaluatie in 2000 kwam naar voren dat het grootste knelpunt van het programma niet de werkwijze van de werkgroep is geweest, maar de onduidelijke opzet van het programma.

De volgende aanbevelingen voor verbetering werden geformuleerd:

1. Verheldering van de procedure voor het werven en selecteren van projecten voor het programma door:
  - a. de aankondiging van het programma en doelstellingen van de desbetreffende projecten in de media en uitnodigingen te verduidelijken;
  - b. de projectindieners er op te wijzen dat zij in hun projectvoorstel duidelijk dienen aan te geven wat het uitgangspunt is van het projectvoorstel (onderzoek, ontwikkeling, implementatie);
  - c. de beoordelingscriteria voor externe referenten beter af te stemmen op het soort projectvoorstel dat zij ter beoordeling krijgen.
2. Het stimuleren van samenwerking en afstemming tussen thuiszorginstellingen, patiëntenverenigingen en onderzoeksinstellingen, zowel voor de uitvoering van projecten alsook voor de afstemming van technologieën die geprioriteerd dienen te worden.
3. Het accentueren van goede implementatieprojecten, die zich ook daadwerkelijk richten op de implementatie van technologieën bij thuiszorginstellingen en/of patiënten, zodat thuiszorginstellingen meer geïnteresseerd raken in projecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie. Daarnaast dienen deze projecten zodanig opgezet te worden dat thuiszorginstellingen in staat gesteld worden deze projecten zelf op te zetten en uit te voeren.
4. Het accentueren van gedegen doelmatigheids- en effectiviteitsonderzoek, zodat onderzoeksinstellingen meer geïnteresseerd worden in projecten binnen het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie.

## **Evaluatie 2002**

In de Evaluatie 2000 werd de eerste operationele doelstelling van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie geëvalueerd, namelijk het werven van projecten met relevante technologieën. In de tweede (onderhavige) evaluatie van het ZonMw-programma wordt gekeken naar de tweede operationele doelstelling, namelijk in hoeverre het programma erin is geslaagd technologieën te selecteren die kansrijk zijn in de praktijk<sup>3</sup>. De derde doelstelling wordt geëvalueerd middels de monitoring van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie, waarvan in dit rapport enkele resultaten worden gepresenteerd.

Binnen het programma Thuiszorgtechnologie worden door de werkgroep geselecteerde projecten uitgevoerd, die betrekking hebben op een bepaalde technologie. Deze projecten moeten de uiteindelijke implementatie van relevante technologieën bewerkstelligen. Om te kijken in hoeverre kansrijke technologieën zijn geselecteerd moeten daarom zowel de kwaliteiten van het uitgevoerde *project* als aspecten van de hierbinnen onderzochte *technologie* beoordeeld worden. De evaluatie waarbinnen dit gebeurt wordt in dit rapport aangeduid met project-evaluatie.

### **1.3.1 Project-evaluatie**

De project-evaluatie is opgesplitst in een proces-evaluatie en een beoordeling aan de hand van evaluatie-criteria. Er wordt in deze evaluatie gekeken naar de wijze waarop een project is uitgevoerd (proces-evaluatie). Daarbij wordt gekeken of de gestelde doelstellingen van het project zijn gehaald en of de tijdsplanning en financiële planning zijn aangehouden. De wijze waarop een project is uitgevoerd en de mate waarin de geplande doelstellingen daadwerkelijk

---

<sup>3</sup>

Gezien het feit dat de werving van projecten in de nieuwe programmaronde 2001/2002 zeer recent is gestart, wordt de eerste doelstelling (werving van projecten) niet opnieuw geëvalueerd in de huidige evaluatie.



zijn behaald geven een eerste indicatie van het kansrijk zijn van een technologie. Belangrijker nog dan de manier waarop een project is uitgevoerd, is de vraag of de technologie zelf, die binnen het project onderzocht wordt, kansrijk is. In het programma Thuiszorgtechnologie draait het uiteindelijk om de implementatie van deze technologieën. Het project zelf is in die zin belangrijk, dat het één manier is om de betreffende technologie te onderzoeken. Als blijkt dat het project niet goed is uitgevoerd, zal dat belemmerend werken op de uiteindelijke implementatie van de technologie. Een niet of minder geslaagd project wil echter nog niet per sé zeggen dat de technologie *an sich* minder kansrijk is. Andersom kan een project zeer goed zijn uitgevoerd maar kan de conclusie zijn dat de betreffende technologie niet kansrijk is. Het is belangrijk dit verschil te onderscheiden.

Om te beoordelen in welke mate de technologieën kansrijk zijn, en om technologieën onderling te kunnen vergelijken, zijn een aantal algemeen geldende evaluatie-criteria opgesteld voor elk soort project. Aan de hand van deze evaluatie-criteria kunnen algemene uitspraken gedaan worden over de mate van kansrijk zijn van een technologie. Deze evaluatie-criteria zijn ontleend aan Grol & Wensing (2001) en aan Heiligers, Calsbeek & Friele (2001). Deze evaluatie-criteria worden beschreven in het hoofdstuk 'methoden'.

### **1.3.2 Monitoring**

De derde doelstelling, het bevorderen van het gebruik van technologieën, is het uiteindelijke doel van alle technologieën binnen het programma Thuiszorgtechnologie. Om succesvol geïmplementeerd te worden moet een technologie namelijk op grote schaal geïntroduceerd en daarna gebruikt worden. Om te kunnen toetsen of er tijdens de uitvoering van het programma Thuiszorgtechnologie een toename in het gebruik van thuiszorgtechnologieën heeft plaatsgevonden is een monitoring uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van ZonMw. In deze monitoring wordt het beleid beoordeeld ten aanzien van drie technologieën van implementatieprojecten die door de werkgroep geselecteerd zijn, namelijk het gebruik van tilliften, het gebruik van steunkousaantrekkers en het gebruik van intraveneuze toediening van antibiotica thuis. De resultaten van deze monitoring zullen worden beschreven in het rapport 'Monitoring van het gebruik van Thuiszorgtechnologie: eindrapport' (Leemrijse & Van den Ende, in voorbereiding). Omdat een eventuele toename in het gebruik van een technologie tijdens de uitvoering van een implementatieproject natuurlijk direct iets zegt over de mate van kansrijk zijn van een technologie, worden enkele belangrijke resultaten van de monitoring kort in dit rapport gepresenteerd.

### **1.3.3 Programma-evaluatie**

Behalve het evalueren van de technologieën en de projecten zelf, wordt in dit rapport ook kort aandacht besteed aan het ZonMw-programma zelf. Wanneer het programma niet soepel verloopt, zal dat ook zijn uitwerking kunnen hebben op de uitvoering van de projecten binnen het programma. Bij het evalueren van het programma komen vragen naar boven zoals: Is het programma volgens planning verlopen? Zijn er wijzigingen opgetreden tijdens de uitvoering van het programma? Zijn de geplande resultaten ook daadwerkelijk gerealiseerd?

De evaluatie van het programma Thuiszorgtechnologie vindt plaats aan de hand van het Stake-model voor programma-evaluatie (Stake 1967, Sixma 1995). Het Stake-model is een

veel gebruikt model voor programma-evaluatie. Dit model wordt aan het begin van hoofdstuk 6 kort toegelicht.

## 1.4 Opbouw rapportage en leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de methoden van de evaluatie 2002 besproken. Hierin wordt toegelicht op welke manier de projecten zijn beoordeeld en aan de hand van welke criteria de technologieën zijn geëvalueerd. Tevens wordt gepresenteerd op welke manier het programma zelf is beoordeeld.

In de hoofdstukken 3, 4 en 5 worden de resultaten van de evaluatie van de projecten en technologieën binnen het programma Thuiszorgtechnologie weergegeven. De resultaten zijn uitgesplitst naar de verschillende soorten projecten: in hoofdstuk 3 worden de resultaten van de pilotprojecten besproken, in hoofdstuk 4 de resultaten van de evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten en in hoofdstuk 5 de resultaten van de implementatieprojecten. In ieder hoofdstuk wordt per project een korte inleiding gegeven en worden de resultaten van de project-evaluatie gepresenteerd, bestaande uit de proces-evaluatie van het *project* en de beoordeling van de *technologie* volgens de opgestelde evaluatie-criteria. De specifieke projectgegevens aan de hand waarvan de technologieën volgens de criteria zijn beoordeeld, worden in bijlagen 4,5 en 6 weergegeven.

In hoofdstuk 5 worden tevens enkele resultaten van de monitoring beschreven die van belang zijn voor de beoordeling van de mate van kansrijk zijn van technologieën uit de implementatieprojecten. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie. Van de evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten wordt een gedeelte van de proces-evaluatie besproken maar vindt geen beoordeling van de technologie aan de hand van evaluatie-criteria plaats omdat de projecten nog niet zijn afgerond. Er kan over deze projecten dus ook geen conclusie worden gegeven.

In hoofdstuk 6 wordt het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie geëvalueerd aan de hand van het evaluatiemodel van Stake. Hierbij wordt het geplande programma vergeleken met het daadwerkelijk uitgevoerde programma.

Tenslotte wordt in hoofdstuk 7 een samenvatting gegeven van de resultaten uit de voorgaande hoofdstukken en worden conclusies geformuleerd over het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie en de projecten en technologieën binnen dit programma.

Er is voor gekozen hoofdstuk 7 zó te schrijven, dat bij het lezen van alleen dit hoofdstuk een snelle indruk wordt verkregen van de resultaten van de Evaluatie 2002 van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie. Hierdoor bevat het hoofdstuk onvermijdelijk enkele herhaling van gegevens en conclusies die in de voorgaande hoofdstukken aan de orde zijn geweest.

Om een volledig beeld te krijgen van de resultaten van de evaluatie van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie en de aanbevelingen die daaruit voortvloeien, wordt aangeraden het gehele rapport te lezen, inclusief de bijlagen waarin de specifieke projectgegevens worden gepresenteerd.



## 2 Methoden

Het belangrijkste accent van de evaluatie 2002 ligt bij de evaluatie op projectniveau. De project-evaluatie is uitgevoerd aan de hand van de ingediende projectvoorstellen, voortgangsrapportages en/of eindrapportages van de projecten en aan de hand van de vergaderverslagen van de werkgroep Thuiszorg. De periode die daarbij werd aangehouden is vanaf de aanvang van het programma tot en met mei 2002. De werkgroep Thuiszorg heeft de uitvoering en de voortgang van de projecten gedocumenteerd in hun vergaderverslagen. Om voldoende inzicht te krijgen in de voortgang van de projecten, heeft de werkgroep met de projectleiders afgesproken dat bij de uitvoering van het project minstens éénmaal tussentijds gerapporteerd moet worden aan de werkgroep door middel van een voortgangsrapportage. In deze evaluatie worden de tot dan toe verrichte activiteiten, resultaten en eventuele wijzigingen besproken.

Wanneer de projectrapportages ouder waren dan een half jaar en/of samen met de vergaderverslagen onvoldoende recente informatie verschaften om een technologie adequaat te kunnen beoordelen, is telefonisch of schriftelijk contact opgenomen met de projectleiders om aanvullende informatie te vragen. Met de onderzoekers van de pilotprojecten en implementatieprojecten die nog niet waren afgerond ten tijde van de evaluatie werden telefonische interviews gehouden. Na afloop van deze gesprekken is de uitwerking hiervan naar de betreffende persoon gestuurd ter goedkeuring. De op deze manier geautoriseerde informatie is gebruikt voor de beoordeling van de projecten.

### 2.1 Project-evaluatie

#### 2.1.1 *Proces-evaluatie van de projecten*

Tijdens de *proces-evaluatie* wordt gekeken of een project daadwerkelijk is uitgevoerd zoals in het projectvoorstel werd beschreven. In de proces-evaluatie wordt per project antwoord gegeven op de volgende vragen:

1. Zijn de gestelde vraagstellingen van het project beantwoord?
2. Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?
3. Zijn er tijdens de uitvoering van het project belemmerende of bevorderende factoren naar voren gekomen?

Deze vragen worden in de hoofdstukken met resultaten puntsgewijs beantwoord voor elk project. Voorafgaand aan de proces-evaluatie wordt een korte inleiding gegeven met informatie over de technologie en het project. De wijze waarop een project is uitgevoerd en de mate waarin de geplande doelstellingen daadwerkelijk zijn behaald geven een eerste indicatie van het kansrijk zijn van een technologie. Wanneer een of meer vraagstellingen (van de projecten zelf) namelijk negatief beantwoord worden bij de proces-evaluatie, of wanneer er veel belemmerende factoren naar voren komen tijdens de uitvoering van het *project*, heeft dit mogelijk implicaties voor de kans op succesvolle implementatie van de *technologie*.



### 2.1.2 **Evaluatie aan de hand van criteria voor kansrijke technologieën**

Naast de proces-evaluatie van de projecten worden de technologieën die centraal staan in de projecten geëvalueerd aan de hand van een aantal algemene evaluatie-criteria die zijn opgesteld om te beoordelen in welke mate een technologie kansrijk kan worden genoemd. Middels deze evaluatie is het niet alleen mogelijk een uitspraak te doen over de mate van kansrijk zijn van een technologie *an sich*, maar het is bovendien ook mogelijk een vergelijking te maken tussen de verschillende technologieën die binnen eenzelfde categorie projecten worden onderzocht. Hierdoor kan worden bekeken of bepaalde criteria bij meerdere technologieën een knelpunt vormen en kunnen algemene conclusies worden geformuleerd over de mate van kansrijk zijn van de technologieën binnen het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie.

De evaluatie-criteria zijn verschillend per soort project, aangezien de doelstellingen van elk soort project niet hetzelfde zijn. Voor de technologieën binnen de pilotprojecten en de implementatieprojecten zijn in de huidige tussen-evaluatie criteria opgesteld, maar aangezien er ten tijde van het schrijven van dit rapport nog geen richtlijnontwikkelings- of evaluatieprojecten waren afgerond, zijn voor deze technologieën geen evaluatie-criteria opgesteld. Wel wordt een korte beschrijving van de richtlijnontwikkelingsprojecten en de evaluatieprojecten gegeven, en wordt eveneens de voortgang van de projecten besproken (beschreven in hoofdstuk 4). Op deze manier krijgt de lezer een beeld van deze technologieën binnen het programma Thuiszorgtechnologie, ook al zijn ze ten tijde van deze tussen-evaluatie nog niet afgerond.

#### **Criteria voor pilot-projecten**

Zoals in hoofdstuk 1 naar voren is gekomen, draait het bij pilot-projecten hoofdzakelijk om de haalbaarheid en relevantie van een in te voeren technologie. Ook zaken als sociale acceptatie, veiligheid en het aantal potentiële gebruikers komen aan de orde. De evaluatiecriteria voor technologieën binnen pilotprojecten zijn geformuleerd aan de hand van de door de werkgroep opgestelde doelstellingen. Deze doelstellingen staan in het kort beschreven in het rapport Thuiszorgtechnologie: programma (ZON, 1998). In de vergaderverslagen zijn deze doelstellingen verder uitgewerkt voor het programma Thuiszorgtechnologie, waarbij de volgende steekwoorden genoemd zijn: haalbaarheid, werkzaamheid, sociale acceptatie, organisatorische voorwaarden, veiligheid, utiliteit, relevantie, aantal potentiële gebruikers (voorstel herziening programma thuiszorgtechnologie, ZON, 2001; Programma thuiszorgtechnologie 2001-2004, prioriteiten 2001-2002, ZonMw, 2002). Deze steekwoorden zijn door de onderzoekers van deze tussen-evaluatie geëxtraheerd tot evaluatie-criteria:

1. Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?
2. Is het project relevant en voegt het iets toe aan de bestaande situatie van zorgverlening?
3. Wat zijn de kenmerken van de uiteindelijke doelgroep en hoe groot is het (geschat) aantal potentiële gebruikers?
4. Is de technologie financieel haalbaar in de praktijk?
5. Zijn er randvoorwaarden waaraan bij gebruik van de technologie moet worden voldaan?
6. Wat zijn de ervaringen met de technologie van de gebruikers en/of hulpverleners?
7. Hoe hoog is de therapietrouw en hoe groot is de uitval tijdens het onderzoek?
8. Is de technologie veilig?

#### **Criteria voor implementatieprojecten**

Implementatieprojecten vormen in principe de laatste fase in het algehele implementatieproces. Hierbij moet een technologie tenslotte daadwerkelijk op grote schaal geïmplementeerd worden en moeten vragen worden beantwoord zoals: Hoe wordt een technologie op grote schaal geïntroduceerd, en welke factoren zijn belangrijk voor het succesvol invoeren van die technologie?

De evaluatie-criteria die voor deze technologieën zijn uitgewerkt aan de hand van de doelstellingen voor implementatieprojecten, die zijn opgesteld door de werkgroep Thuiszorg (ZON, 1998) en aangevuld met belangrijke factoren die van invloed zijn op implementatie en worden genoemd door Grol & Wensing (2001) en Heiligers, Calsbeek & Friele (2001). De volledige lijst met evaluatie-criteria voor de implementatieprojecten is in globale vorm besproken met de werkgroep Thuiszorg en gebruikt om technologieën uit de implementatieprojecten te beoordelen. De lijst ziet er als volgt uit:

1. Is er een stappenplan met implementatie-voornemens uitgewerkt?
2. Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden door invoering van de technologie? Eventuele knelpunten zijn hierbij specifiek van belang, aangezien implementatie vooral gericht moet zijn op aspecten die niet goed verlopen.
3. Is de context waarbinnen de implementatie plaatsvindt, bekend?
4. Is er een duidelijk omschreven doelgroep/gebruikersgroep, en zijn hun belangen en doelen duidelijk?
5. Hoe is de betrokkenheid en inschakeling van gebruikers bij de implementatie?
6. Wordt er voldoende en gevarieerde informatie over de technologie aan de beoogde gebruikers/doelgroepen gegeven, en wordt gezorgd voor voldoende draagvlak bij betrokkenen?
7. Worden de belangen en motivatie van gebruikers/doelgroepen om te veranderen/implementeren ondersteund door strategieën met beloningen, sancties of andere prikkels?
8. Wat zijn de ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgverleners?
9. Hoe is de beschikbaarheid van benodigde faciliteiten en materialen gebleken?
10. Is de technologie financieel en organisatorisch geschikt voor implementatie (o.a. vergoedingsmogelijkheden)?
11. Is er een plan voor de toekomst dat is gericht op bestendiging van de technologie (bijvoorbeeld door continuering van het project of overdracht van het project aan andere organisaties)?
12. Wordt de bestendiging van geïmplementeerde resultaten ondersteund door het (laten) vastleggen van financiële en wettelijke of procedurele waarborgen (faciliteiten, materialen, financiën en vergoedingen)?
13. Hoe is de betrokkenheid van het management bij de implementatie?

In enkele gevallen zijn een aantal criteria voor een technologie niet te beantwoorden. Dit komt omdat er binnen één bepaalde categorie projecten toch enige verschillen in doelstellingen kunnen zijn. Zo is bijvoorbeeld niet bij alle projecten gebruik gemaakt van cliënten om een technologie te testen, maar werd in sommige gevallen een inventarisatie gemaakt om de stand van zaken aan te duiden, waarbij geen andere personen betrokken waren dan de projectmedewerkers.

#### **Datapresentatie evaluatie-criteria**

Om 'de score' op evaluatie-criteria overzichtelijk te presenteren zijn de evaluatie-criteria in een tabel voor één soort project uitgezet tegen de uitgevoerde projecten. Bij de evaluatie is besloten een eenvoudig scorings systeem te hanteren met plussen (+) en minnen (-). Twee



onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar de technologieën beoordeeld op basis van deze criteria. De door hen toegekende scores zijn met elkaar vergeleken, en bij niet overeenkomende scores bij bepaalde criteria heeft onderling overleg plaatsgevonden.

Een plus (+) betekent dat er bij beoordeling van het betreffende criterium geen problemen of knelpunten zijn gesignaleerd bij de betreffende technologie. Voorbeeld: wanneer de beoogde praktijkverandering bij het project van het iRv met betrekking tot het gebruik van steunkousaantrekkers wordt beoordeeld, wordt een '+' gescoord. De beoogde verandering is duidelijk: het gebruik van steunkousaantrekkers binnen de thuiszorg moet toenemen.

Een min (-) houdt in dat zich één of meer knelpunten voordoen ten aanzien van het betreffende criterium. Aan dit knelpunt moet bij eventueel vervolgonderzoek aandacht worden besteed, aangezien het belemmerend kan werken op de implementatie van een technologie. Voorbeeld: wanneer de betrokkenheid van het management van een organisatie bij implementatie bij het project intraveneuze toediening van antibiotica thuis van TNO-PG wordt beoordeeld, wordt een '-' gescoord. Het management van de betrokken instellingen werd door de onderzoekers wel uitgenodigd, maar was nooit aanwezig bij gesprekken.

Een plus-min (+/-) betekent dat een technologie ten aanzien van het betreffende criterium (nog) niet geheel zonder problemen toegepast kan worden, en dat nog wel enige aanpassingen nodig zijn. Voorbeeld: Wanneer de relevantie van ruggordels bij verzorgend en verplegend personeel wordt beoordeeld, wordt een '+/-' gescoord, omdat de onderzoek naar de effectiviteit van ruggordels voor het voorkomen van rugklachten tegenstrijdige resultaten laat zien.

De beoordeling van de criteria en de technologieën zullen kort besproken worden ter verduidelijking en uitbreiding van de tabel. Hierbij worden met name de opvallende of ongewone scores van de criteria besproken.

Voor de volledigheid staan in de bijlagen de uitwerkingen van de evaluatie-criteria voor alle technologieën. Zo kan worden opgezocht op grond van welke gegevens de onderzoekers tot een bepaalde score zijn gekomen bij een criterium.

## 2.2 Programma-evaluatie

De evaluatie van het verloop van het programma Thuiszorgtechnologie vindt plaats aan de hand van het Stake-model voor programma-evaluatie (Stake 1967, Sluijs et al 1998). In de programma-evaluatie wordt het geplande programma (theorie) vergeleken met het gerealiseerde programma (empirie). De opzet van de programma-evaluatie wordt toegelicht aan de hand van onderstaande figuur.

Figuur 1: Het evaluatiemodel van Stake (1967)

<b>GEPLAND PROGRAMMA</b>		<b>GEREALISEERD PROGRAMMA</b>
<b>Geplande middelen</b>	-----Overeenstemming?-----	<b>Gerealiseerde middelen</b>
<i>Theoretische samenhang</i>		<i>Empirische samenhang</i>
<b>Ingeschatte condities</b>	-----Overeenstemming?-----	<b>In de praktijk opgetreden condities</b>
<i>Theoretische samenhang</i>		<i>Empirische samenhang</i>
<b>GEPLAND RESULTAAT</b>	-----Overeenstemming?-----	<b>GEREALISEERD RESULTAAT</b>

Volgens het Stake-model moet bij een programma-evaluatie worden nagegaan in hoeverre:

1. *De inschatting van de geplande middelen overeenkomt met de gerealiseerde middelen*  
Onder middelen wordt verstaan de organisatiestructuur, de samenwerking, het werkgebied, de looptijd en de financiën (Stake, 1967). In deze rapportage zal specifiek ingegaan worden op interne condities die opgetreden zijn.
2. *De verwachte condities overeenkomen met de feitelijke condities*  
Hierbij wordt bekeken welke condities het functioneren van het programma Thuiszorgtechnologie belemmeren of bevorderen en in hoeverre men daar bij de start en in de loop van het project op heeft geanticipeerd. Bij de evaluatie van het programma Thuiszorgtechnologie zal expliciet gekeken worden naar externe condities die opgetreden zijn.
3. *De beoogde resultaten overeenkomen met de feitelijke resultaten*  
Hier zal ingegaan worden op de projecten die gehonoreerd zijn, en de drie thema's waar binnen de technologieën moeten vallen.

De reden dat de beginsituatie ook wordt meegenomen in de evaluatie, is dat er bijna altijd verschillen zijn tussen de oorspronkelijke verwachtingen van een programma en de manier waarop het programma feitelijk uitgevoerd is. Dit betekent dat bij aanvang van het programma duidelijk moet worden vastgesteld wat er van het programma verwacht wordt. Bij aanvang van het programma Thuiszorgtechnologie is dit in de rapportage Thuiszorgtechnologie: programma (ZON, 1998) gebeurd.

Bij het beantwoorden van de vragen is voornamelijk gebruik gemaakt van de vergaderverslagen van de werkgroep Thuiszorg.



## 3 Resultaten pilot-projecten

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen de resultaten van de pilot-projecten die in de programmarondes 1998 en 1999 gehonoreerd zijn, aan de orde. In de onderstaande paragrafen wordt de proces-evaluatie van alle pilot-projecten uitgewerkt waarbij antwoord wordt gegeven op de vragen zoals beschreven in hoofdstuk 2. Van de projecten die nog niet zijn afgerond wordt een inleiding gepresenteerd en wordt kort de voortgang besproken.

Na de proces-evaluatie worden de technologieën met elkaar vergeleken aan de hand van de opgestelde evaluatie-criteria voor pilotprojecten. De specifieke informatie over de technologieën, aan de hand waarvan de technologieën beoordeeld zijn, zijn voor de leesbaarheid van het rapport in bijlage 4 geplaatst.

Voor diezelfde leesbaarheid zijn hieronder niet de volledige projecttitels gebruikt, maar een afgekorte naam.

Tabel 2: Overzicht van de gehonoreerde pilotprojecten in de programmarondes 1998 en 1999.

Pilotprojecten	Programma-ronde	Project afgerond?
1. Transferhulpmiddelen (KITZ) <sup>4</sup> 2. Ruggordels (EUR) 3. Zelfstandig gebruik van tilliften (NIVEL, APCP) 4. Opzithulpmiddel 'Betty' (United Care)	1998	1. Ja 2. Ja 3. Ja 4. Ja
5. Valdetector (iRv) 6. Thuismanagement antistolling (AMC) 7. Badkamersysteem 'Klikkak' (LOCOmotion) 8. Hoog/laag bedden (LOCOmotion) 9. TENS neurostimulatie (VU)	1999	5. Ja 6. Nee 7. Nee 8. Nee 9. Nee

### 3.2 Proces-evaluatie

#### 3.2.1 Transferhulpmiddelen

Transferhulpmiddelen kunnen een bijdrage leveren aan het verplaatsen van cliënten, zodat de transfer voor de cliënt comfortabeler verloopt en de professionele hulpverlener of mantelzorg minder belast wordt. Naast het gebruik van tilliften worden nog relatief weinig andere hulpmiddelen gebruikt bij het verplaatsen van cliënten. De nu aanwezige kennis en informatie over transferhulpmiddelen is op onderdelen onvolledig, fragmentarisch en onvoldoende toegankelijk voor de verschillende gebruikers. Dit draagt er toe bij dat deze hulpmiddelen

<sup>4</sup> De volledige projecttitels van de pilotprojecten staan in bijlage 3.

bepikt en niet altijd in de juiste situatie en op de juiste wijze gebruikt worden. KITZ heeft een pilot-onderzoek uitgevoerd met als doel het verder optimaliseren van de introductie van het zelfstandig gebruik van hulpmiddelen om cliënten te draaien en verplaatsen. Dit project moet de betrokkenen praktische informatie opleveren over de inzetbaarheid van een aantal hulpmiddelen in de juiste situatie op de juiste werkwijze. Het project richt zich op de eerste plaats op het gebruik van hulpmiddelen voor het verplaatsen van cliënten door hulpverleners en op de tweede plaats op het gebruik voor mantelzorgers.

Het resultaat van het onderzoek is een informatiemap, waarin onder andere geprotocolleerde werkinstructies en keuzewijzers zitten, die de hulpverlener ondersteunen bij het kiezen van het juiste hulpmiddel en de juiste wijze van gebruik.

#### **De doelstelling van het project luidt:**

Inzicht bieden in de bruikbaarheid en toepasbaarheid van hulpmiddelen voor het draaien en verplaatsen van cliënten. Dit moet resulteren in informatie, die de hulpverlener ondersteunt bij het inzetten van het juiste hulpmiddel, zodat de cliënt zo eenvoudig mogelijk wordt verplaatst, het comfort wordt verhoogd en de ervaren fysieke belasting van de professional en de mantelzorger wordt verminderd.

#### **Is de doelstelling van het project behaald?**

De doelstelling is gedeeltelijk behaald; het doel van dit project was inzicht te geven in de bruikbaarheid en toepasbaarheid van hulpmiddelen voor het draaien en verplaatsen van cliënten. In het project zijn enkele goedgekeurde hulpmiddelen nog niet voldoende getest in verschillende cliënt-situaties, en geven nog geen goed beeld van de werkzaamheid in de praktijk.

#### *Antwoorden op de doelstelling:*

Uit de skills labtoets is gebleken dat niet alle geteste hulpmiddelen hun primaire functie waar konden maken. Dit ondanks het feit dat alle geteste hulpmiddelen op de markt verkrijgbaar zijn. Het gebruik van deze slecht functionerende transferhulpmiddelen maakt de zorgverlening zwaarder en minder comfortabel. De hulpmiddelen die wel werkzaam en geschikt zijn gebleken in verschillende cliënt-situaties, zijn opgenomen in de informatiemap (opgenomen zijn 5 rollakens, 2 tilbanden, 5 draaischijven en 3 glijplanken). Voor details hierover wordt verwezen naar deze informatiemap, genaamd 'Transferhulpmiddelen? Gebruik ze goed!' (KITZ, 2001) Naar aanleiding van de slecht werkende hulpmiddelen heeft de werkgroep Thuiszorgtechnologie een brief naar de Inspectie van de Gezondheidszorg gestuurd, waarin gevraagd wordt maatregelen te treffen waardoor in de toekomst alleen werkzame transferhulpmiddelen op de markt kunnen komen.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

De tijdsplanning is volgens plan verlopen, de financiële planning is iets aangepast als gevolg van een niet geplande werkconferentie en een informatiebijeenkomst voor leveranciers.

#### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Een bevorderende factor is de medewerking van de firma's en de thuiszorg-organisaties, die zeer voorspoedig is verlopen.

Belemmerende factoren tijdens het onderzoek zijn niet genoemd.

### **3.2.2 Ruggordels voor verplegend/verzorgend personeel**

Rugklachten vormen in Nederland een groot gezondheidsprobleem. Door het relatief hoge risico dat hulpverleners in de thuiszorg lopen, is er een toenemende aandacht voor preventie en beleid bij lage rugpijn. Het gebruik van ruggordels ter voorkoming en behandeling van rugklachten op de werkplek voor verplegenden/verzorgenden is een mogelijk zinvolle aanvulling op dit beleid. Een ruggordel is een elastische band die de rug ondersteunt en in de juiste positie brengt. In de Verenigde Staten worden ruggordels reeds frequent verstrekt aan werknemers die zwaar lichamelijke arbeid verrichten, maar in Nederland is het gebruik van ruggordels nog redelijk nieuw en worden ze nog niet veel gedragen.

In het hier beschreven pilot-onderzoek, uitgevoerd door de Erasmus Universiteit Rotterdam, wordt gekeken naar de werkzaamheid en effectiviteit van het dragen van ruggordels op het werk bij lage rugpijn. Eerder uitgevoerd onderzoek laat tegenstrijdige resultaten zien bij het gebruik van ruggordels bij lage rugpijn.

Deelnemers die meedoen aan het onderzoek moeten een voorgeschiedenis van lage rugpijn hebben, of last van rugpijn hebben bij aanvang van het programma. De ruggordel, die individueel aangemeten wordt, wordt gedurende 6 maanden gedragen tijdens werkuren wanneer de betrokkene last heeft van rugklachten.

#### **De vraagstellingen luiden:**

1. Wat is het oordeel van verplegenden/verzorgenden over het dragen van een ruggordel bij lage rugpijn?
2. Hoe hoog is de therapietrouw t.a.v. het dragen van een ruggordel?
3. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij de introductie van ruggordels?
4. Wat is de state-of-the-art over het (therapeutisch) effect van ruggordels?

#### **Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?**

De vraagstellingen zijn in het eindrapport behandeld.

#### *Antwoorden op de vraagstellingen:*

1. De meeste deelnemers zijn positief over de effecten van het dragen van de ruggordel. Zo wil bijvoorbeeld 88% van de deelnemers de ruggordel ook na de studie blijven gebruiken. De vorm van de ruggordel blijkt het grootste nadeel te zijn; 76% vond de ruggordel niet comfortabel wanneer men zat. Opvallend was dat 31% van de deelnemers die geen rugklachten had, de ruggordel toch droeg en dat 23% hem thuis droeg terwijl dit niet opgedragen was.
2. Tijdens het onderzoek droeg 61-81% van de deelnemers (percentage afhankelijk van gebruikte methode) de ruggordel tijdens het werk bij lage rugklachten, wat een voldoende tot hoge therapietrouw genoemd mag worden.
3. Belemmerende en bevorderende factoren:  
Het kunnen dragen van de ruggordel onder de kleding is een bevorderende factor. De vorm van de ruggordel is een belemmerende factor; 76% van de deelnemers vindt dat je niet makkelijk kunt zitten met een ruggordel, zou de voorzijde van de ruggordel minder stug willen maken en een andere sluiting willen.
4. Voorafgaand aan het onderzoek is een literatuurstudie uitgevoerd naar het (therapeutische) effect van het gebruik van ruggordels. Deze studie laat tegenstrijdige resultaten zijn met betrekking tot het gebruiken van ruggordels als secundaire preventie tegen rugpijn.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

Het project is op tijd afgerond met de geplande financiële middelen.

**Belemmerende en bevorderende factoren**

Een belemmerende factor is geweest, dat de fabrikant, die de ruggordels oorspronkelijk zou leveren voor het onderzoek, zich terugtrok uit het onderzoek. Hierna bleken vier andere firma's zeer geïnteresseerd in deelname aan het onderzoek.

### 3.2.3 *Zelfstandig gebruik van tilliften*

Tilliften kunnen mensen hulp bieden bij verplaatsing van de ene naar de andere situatie. Er zijn verschillende soorten tilliften op de markt, waaronder actieve en passieve tilliften en plafond-liften. Tot nu toe worden tilliften vooral door zorgverleners gebruikt en in zeer beperkte mate door mantelzorgers/cliënten. Door meer zelfstandig gebruik van tilliften door cliënt en/of mantelzorger kan de kwaliteit van leven van cliënten bevorderd worden, krijgen cliënten meer autonomie en privacy en kunnen de transfers bij goed gebruik van de tillift comfortabeler worden. Onder zelfstandig gebruik wordt in dit onderzoek verstaan dat de tillift ofwel zonder hulp van een professionele zorgverlener gebruikt wordt door de cliënt zelf of door de mantelzorger, ofwel deels zelfstandig en deels met behulp van een ADL-assistent gebruikt wordt. Het doel van het huidige pilotproject is te inventariseren in welke mate het zelfstandig gebruik van de tillift door cliënten en/of mantelzorgers op dit moment mogelijk is. Een realistische en eerlijke voorlichting vóór de introductie van de tillift blijkt bepalend te zijn voor de acceptatie van de tillift (Knibbe, 2000). Eerder onderzoek naar tilliften wijst uit dat het vóórkomen van rugklachten bij zorgverleners daalt wanneer tilliften gebruikt worden (Knibbe, 1994).

Het project is uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in samenwerking met het APCP (Amsterdams Patiënten Consumenten Platform). Er worden interviews gehouden met tilliftgebruikers die de tillift (gedeeltelijk) zelfstandig gebruiken. In de eind-rapportage worden de ervaringen van gebruikers met 4 typen tilliften besproken, namelijk van de actieve tillift, de passieve tillift, de plafondsysteem en de bad/ doucheliften.

#### **De onderzoeksvragen luiden:**

1. Welke ervaringen zijn er met het zelfstandig gebruik van tilliften?
2. Wat zijn de randvoorwaarden voor het zelfstandig gebruik van tilliften?
3. In welke mate voldoen de huidige tilliften aan de randvoorwaarden?
4. Voor welke groep gebruikers zou dit mogelijkheden bieden en tot welke voordelen (opbrengst) kan dit leiden?

Naast de 4 onderzoeksvragen zullen er een aantal factoren rond de aanvraag, levering en veiligheid van de huidige tilliften worden onderzocht. Uiteindelijk zal, naast het eindrapport, een stroomdiagram voor het zelfstandig gebruik van tilliften worden opgesteld, aan de hand waarvan bekeken kan worden welke tillift voor een bepaalde cliënt het meest geschikt is.

#### *Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?*

Gedeeltelijk, op grond van het huidige onderzoek blijkt het niet mogelijk te zijn uitspraken te doen over de opbrengst van het zelfstandig gebruik van tilliften (vraagstelling 4). Dit is een punt dat in eventueel vervolgonderzoek aan de orde zal moeten komen.

#### *Antwoorden op de onderzoeksvragen:*

1. Uit het pilotproject blijkt dat de tillift het meest wordt gebruikt om in en uit bed te komen, maar ook door het merendeel van de gebruikers bij het douchen of toiletteren. De meerderheid van de gebruikers is tevreden met de tillift; als voordelen worden genoemd dat het tillen voor de mantelzorger minder zwaar is en de rugklachten daardoor verminderen, en dat door meer zelfstandig gebruik van tilliften de kwaliteit van leven van de cliënt verbetert door meer onafhankelijkheid en privacy, en meer comfort bij de transfers. 54% ziet ook nadelen bij het zelfstandig gebruik (transfers zijn zwaar en kosten



meer tijd), 40% ziet geen nadelen. 88% van de cliënten benadrukt het belang van het zelfstandig gebruik van de tillift.

2. Voor geheel zelfstandig gebruik van de tillift is het belangrijk dat de cliënt zelf de tillift kan bedienen en zelf de tilband kan omdoen, fixeren en afdoen. Dit blijkt slechts 17% van de tillift-gebruikers geheel zelfstandig te kunnen. Verder is de ruimte in huis een belangrijke randvoorwaarde; bij 40% van de cliënten zijn voor plaatsing van de tillift aanpassingen aan de omgeving gemaakt. Dit zijn aanpassingen aan bijvoorbeeld drempels, muren of het monteren van rails.  
In dit onderzoek heeft een selecte en vrij kleine groep tillift-gebruikers meegedaan, hierdoor kunnen er geen harde uitspraken gedaan worden over de randvoorwaarden voor zelfstandig gebruik.
3. Vrijwel alle cliënten zijn van mening dat de huidige tillift geschikt is voor het zelfstandig gebruik, wel geven veel cliënten aan dat er verbeteringen mogelijk zijn aan de tillift of de omgeving, en dat de bediening voor mantelzorgers lichter moet worden (d.m.v. elektrische bediening). Verbeteringen aan de tillift die genoemd worden, zijn aanpassingen aan de tilband, de wielen en de bediening van de tillift. Enkele aanpassingen aan de omgeving die aan de orde komen, zijn veranderingen in drempels, een andere rails en aanpassingen aan de badkamer.
4. De opbrengst van zelfstandig gebruik van tilliften blijkt erg complex aan te geven en afhankelijk van verschillende factoren. Zo komen thuiszorgorganisaties niet of bijna niet bij personen thuis die een tillift geheel zelfstandig gebruiken, waardoor het moeilijk is een reëel beeld te geven van het aantal zelfstandige gebruikers. Verder varieert de tijd die een transfer in beslag neemt enorm, waardoor de kosten en kostenbesparing door zelfstandig gebruik van tilliften moeilijk geschat kunnen worden. Tenslotte wordt in de praktijk van de thuiszorg gewerkt met ADL-assistenten, die wellicht minder belast worden door meer zelfstandig gebruik van tilliften, maar toch 24 uur per dag beschikbaar moeten zijn, waardoor de zorginzet gelijk blijft. Concluderend is het gezien de complexiteit van de vraag niet mogelijk uitspraken te doen over de opbrengst van het zelfstandig gebruik van tilliften.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

Het project is 4 maanden later afgerond dan gepland door zwangerschapsverlof. De financiële planning is gehandhaafd tijdens het project.

#### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Een belemmerende factor in het onderzoek, is het feit dat het aantal cliënten dat in het onderzoek betrokken is geweest, vrij klein is. Zo zijn er slechts zes cliënten die de tillift geheel zelfstandig gebruiken. Hierdoor is het onmogelijk harde uitspraken te doen voor welke cliënten zelfstandig gebruik wel mogelijk is en voor welke niet.

#### **3.2.4 *Het opzithulpmiddel 'Betty'***

In de thuissituatie blijkt het opstaan uit bed een handeling te zijn die leidt tot veel problemen bij zowel zorgvrager als zorgverlener. Zowel actieve als passieve tilliften blijken niet geschikt te zijn als hulpmiddel bij het uit en in bed komen. Om in bed makkelijker te kunnen gaan zitten en vervolgens uit bed te komen, is een 'opzit' hulpmiddel ontwikkeld: de 'Betty'. Betty bestaat uit een zwenkarm met twee knoppen voor de bediening en is te bedienen door degene die in bed ligt, of door de zorgverlener. Het hulpmiddel is ontwikkeld om de zelfredzaamheid van de patiënt te vergroten en de zorgzwaarte voor de mantelzorger/zorgverlener te verminderen. United Care bv voert binnen het programma

Thuiszorgtechnologie een pilot-onderzoek uit in samenwerking met het Instituut Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

*De vraagstellingen luiden:*

1. Wat is binnen de thuiszorg de aard en omvang van het probleem met betrekking tot het uit en in bed komen?
2. In welke mate heeft het opzithulpmiddel de 'Betty' invloed op de zelfredzaamheid van de cliënt en op de zorgzwaarte voor de zorgverlener?
3. Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden met betrekking tot implementatie van de 'Betty' in de thuissituatie?

Het eerste deel van het uitgevoerde onderzoek richt zich op de inventarisatie van het probleem met betrekking tot het in en uit bed komen in de thuiszorg. Hiervoor wordt onder 500 cliënten en 500 zorgverleners binnen de thuiszorg een vragenboekje verspreid. In deelonderzoek 2 worden 25 cliënten geselecteerd die de Betty gedurende 3 maanden gaan gebruiken, en waarbij wordt onderzocht welke invloed de Betty heeft op de zelfredzaamheid bij de cliënt en de zorgzwaarte van de zorgverlener.

### **Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?**

Ja, de vraagstellingen zijn in het eindrapport beantwoord.

*Antwoorden op de vraagstellingen:*

1. Bijna 30% van de ondervraagde cliënten binnen de thuiszorg geeft aan niet zonder hulp(middelen) van lig tot zit op de rand van het bed te kunnen komen, en bijna 50% geeft aan deze handeling in bepaalde mate zwaar te vinden.
2. De Betty blijkt functioneel voor zowel het uit als het in bed komen. De zelfredzaamheid bij het in en uit bed komen is significant hoger geworden door de Betty. Verder voelde 81,3% van de cliënten zich minder afhankelijk door de Betty, en 43,8% had met de Betty geen hulp meer nodig van de thuiszorg om uit bed te komen. Verder is gebleken dat de schadelijke houdingen die de zorgverlener bij de handelingen rond het bed innam verminderden met het gebruik van de Betty, met name de schadelijke hoofd-en rughoudingen namen af.
3. Aanbevelingen: Verder onderzoek naar in- en exclusiecriteria voor veilig en verantwoord gebruik van de Betty is nodig. De werking en mogelijkheden van de Betty dienen geoptimaliseerd te worden, aangezien uit het onderzoek is gebleken dat cliënten de Betty op verschillende manieren gebruikten. Naar aanleiding hiervan moet ook een beter instructieprotocol ontwikkeld worden. De rol van de mantelzorg bij het inzetten van hulpmiddelen moet onderzocht worden. Uit onderzoek blijkt dat het moeilijk kan zijn voor de cliënt en/of mantelzorger om de zorg te laten vervangen door een hulpmiddel. Er bestaan tussen cliënten grote verschillen in de gewenningsperiode; 56,3% had minder dan 2 dagen nodig om aan de Betty te wennen, terwijl 31,5% hiervoor meer dan 2 weken nodig had. De invloeden die een rol spelen bij gewenning zijn nog onbekend, en dienen nader onderzocht te worden. Enkele cliënten waren niet tevreden over de speling in de zwenkarm, evenals de grootte van de motor, waarnaar eveneens gekeken moet worden voor een optimaal gebruik van de Betty.

### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

Zowel de tijdsplanning als de financiële planning van het project zijn aangehouden.

### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Een belemmerende factor was de grote uitval van deelnemers; 9 cliënten van de in totaal 25 zijn gestopt tijdens het onderzoek. Hiervan zijn er 4 gestopt als direct gevolg van het werken met de Betty.

### 3.2.5 *Tijdige detectie van valincidenten*

Valpartijen in huis komen vaak voor, onder andere bij zelfstandig wonende ouderen of bij mensen met een epileptische aandoening. Meer dan 5% van de thuiswonende ouderen is aangesloten op sociale alarmering; Actieve alarmering (hulp na indrukken noodknop) heeft als nadeel dat de noodknop soms niet bediend kan worden. Ten tweede bestaat passieve alarmering (alarm wanneer lange tijd geen activiteit in huis is), wat als nadeel veel valse alarmen en vertraging in hulpverlening bij valincidenten heeft.

De hier besproken valdetector wordt geactiveerd als de drager valt en in een horizontale positie blijft liggen. Indien de activering niet wordt herroepen door de drager, wordt de meldcentrale gebeld, die hulp organiseert. Het gebruik van een goed werkende valdetector kan het mogelijk maken dat mensen met een verhoogd valrisico langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Het pilot-onderzoek is uitgevoerd door het iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap. In het onderzoek wordt deelnemers gevraagd een nieuw ontwikkelde valdetector gedurende 3 maanden uit te testen. In deze periode vinden regelmatig telefonische interviews plaats met vragen over het gebruik van de valdetector. Deelnemers zijn thuiswonende ouderen met een aantoonbaar (extra) valrisico, en thuiswonende epileptici. Eventuele deelnemers moeten om kunnen gaan met de verstrekte valsensor, en mogen geen ernstige cognitieve beperking hebben of doof/slechthorend zijn. Verder moeten ze al voor aanvang van het onderzoek thuiszorgalarmering gebruiken.

#### **De vraagstellingen in het onderzoek luiden:**

1. In hoeverre is de valdetector een betrouwbaar en acceptabel hulpmiddel?
2. In hoeverre zijn gebruikers in staat de valdetector te bedienen?
3. Hoe dient de alarmopvolging te worden geregeld?
4. Wat is de omvang van de groep potentiële gebruikers?

#### **Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?**

De eerste drie vraagstellingen zijn beantwoord. Uit het onderzoek blijkt dat de deelnemers veel aan te merken hadden op de valdetector en hieruit is geconcludeerd dat de valdetector niet geschikt is voor de eerder beoogde doelgroep. De omvang van de groep potentiële gebruikers is mede hierdoor op dit moment niet in te schatten (vraagstelling 4).

#### *Antwoorden op de onderzoeksvragen:*

1. Uit de onderzoeksresultaten blijkt duidelijk dat het aantal valse alarmen bij gebruik van de valdetector groot is. De oorzaak van valse alarmen ligt in het feit dat de activiteit die optreedt bij de uitvoering van normale bewegingen, veel lijkt op de activiteit die optreedt bij vallen. Er is een overlappend gebied waar de valdetector geen beslissing kan nemen, en voor de zekerheid het alarm in werking stelt, waardoor er zeer veel valse alarmeringen optreden. Slechts 3 deelnemers hebben de valdetector de volledige test-periode van 3 maanden gedragen en slechts 1 deelnemer verkiest de valdetector boven de traditionele alarmering m.b.v. de halshanger. Uit bovenstaande blijkt dat de valdetector in de huidige vorm geen acceptabel hulpmiddel is.
2. Het gebruik van de valdetector is vrij moeilijk. Het leerproces wordt bemoeilijkt doordat de feedback van de valdetector vrij indirect is (vertraging tussen actie van de gebruiker en de reactie van de valdetector). Zowel het geluidssignaal als het lichtsignaal op de valdetector zijn niet voldoende duidelijk bij alarmering. Tenslotte verkiezen vrijwel alle deelnemers de halshanger die normaal bij een alarmeringsapparaat wordt geleverd, boven de valdetector.

3. De valdetector kan volledig geïntegreerd worden in de bestaande sociale alarmering met Tunstall meldcentrales. De alarmopvolging verschilt niet van de gebruikelijke alarmopvolging bij sociale alarmering; er bestaan standaard protocollen voor de afhandeling van alarmmeldingen.
4. Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat de valdetector in de huidige vorm niet geschikt is voor gebruik bij de algemene populatie van ouderen met een verhoogd valrisico en personen met een epileptische aandoening. De meerwaarde die de valdetector heeft boven de halshanger is laag. Voor een selectie binnen deze groep zou de valdetector wellicht nuttig kunnen zijn, hierbij wordt gedacht aan cliënten die regelmatig het bewustzijn verliezen, een geschiedenis van valincidenten hebben, of een ernstige vorm van epilepsie hebben. De motivatie van de dragers zal groot moeten zijn, mede door het grote aantal valse alarmen. De omvang van deze groep is niet goed in te schatten, maar waarschijnlijk zeer klein.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

Nee, er is vertraging opgelopen bij het werven van deelnemers voor het tweede deel van het onderzoek, hierdoor is het project met enkele maanden vertraging afgerond. De financiële planning is behaald.

#### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Het aantal potentiële deelnemers bleek veel kleiner dan vooraf verwacht was. Hierdoor konden van de geplande 24 deelnemers slechts 10 deelnemers geïnccludeerd worden in het onderzoek.

Daarnaast stopten veel deelnemers met het onderzoek als gevolg van het grote aantal valse alarmen dat optrad. Van de in totaal 10 deelnemers hebben slechts 3 deelnemers de valdetector de volledige test-periode van 3 maanden gedragen.

### **3.2.6 *Thuismanagement antistolling***

Antistollingstherapie wordt in Nederland bij ongeveer 300.000 patiënten toegepast. De juiste dosering van deze antistollingsmiddelen is van levensbelang, aangezien het risico bestaat bij te hoge dosering dat er bloedingen optreden. Om deze reden moeten patiënten regelmatig voor controle van de intensiteit van de antistolling en voor aanpassing van de dosering naar het ziekenhuis of de trombosedienst. Inmiddels zijn kleine draagbare apparaatjes op de markt gekomen waarmee patiënten (na voldoende educatie) door middel van een vingerprik thuis de instelling van de antistolling kunnen controleren en zelf de dosering kunnen aanpassen.

In huidig pilot-onderzoek, uitgevoerd door het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, zal onder leiding van de verpleegkundigen van 3 trombosediensten thuismanagement bij een groep patiënten worden geïmplementeerd. Tevens zullen programma's voor patiënteneducatie en -begeleiding worden ontwikkeld of aangepast. Patiënten die meedoen moeten een chronische indicatie voor antistolling hebben (>1jr gebruiker) en de bereidheid en fysieke mogelijkheid om te starten met zelf-management van antistolling. Er zullen in totaal 150 patiënten aan het onderzoek meedoen, 50 per trombosedienst in Amsterdam, Rotterdam en Groningen.

#### **De vraagstellingen luiden:**

1. Is zelf-management van antistolling in de thuissituatie onder begeleiding van de trombosedienst praktisch uitvoerbaar?

2. Is de kwaliteit van de instelling op antistolling vergelijkbaar met de kwaliteit van bij de trombosedienst begeleide patiënten?
3. Is het mogelijk te komen tot een systeem van patiënteneducatie en -begeleiding ter ondersteuning van patiënt thuismanagement van antistolling binnen de trombosediensten?

**Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?**

Antwoorden op de vraagstellingen kunnen in deze fase van het onderzoek nog niet gegeven worden.



### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

Het project is een aantal maanden uitgelopen. Over de financiële planning zijn nog geen uitspraken te doen.

### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Eventuele belemmerende en bevorderende factoren zijn nu nog niet bekend.

#### **3.2.7 Klik klak badkamersysteem**

Om de zelfredzaamheid bij ADL-activiteiten in badkamer en toilet te bevorderen is een scala van hulpmiddelen beschikbaar. Dit scala blijkt niet goed op elkaar afgestemd, onvoldoende multifunctioneel en onvoldoende individueel instelbaar te zijn. Ook is de technische installatie soms te complex. Gebruikers raken hierdoor onnodig afhankelijk van zorg en zorgverleners worden fysiek te zwaar belast. In een pilot-project, uitgevoerd door LOCOmotion, worden de mogelijkheden van een nieuw systeem, genaamd 'Klikklak', in kaart gebracht. Dit systeem pretendeert aan genoemde bezwaren tegemoet te komen en werd samen met gebruikers en zorgverleners ontwikkeld.

Het systeem werkt vanuit de basismodule van een rail waaraan diverse hulpmiddelen en aanpassingen eenvoudig aangeklikt, verwijderd of individueel ingesteld kunnen worden. De doelgroepen voor dit systeem zijn in 5 mobiliteitsklassen ingedeeld, variërend in fysieke mobiliteit van vrijwel geheel zelfstandig tot en met geheel zorgafhankelijk en passief. Het systeem van hulpmiddelen kan aangepast worden als er veranderingen in mobiliteit optreden.

Het project omvat onderzoek in een proefopstelling en in de praktijk. In de proefopstelling wordt een realistische praktijksituatie door 5 personen nagespeeld om de ruimtelijke eisen te bepalen, de fysieke belasting van zorgverleners te meten en deze te toetsen aan gezondheidskundige normen. In het praktijkonderzoek worden voor- en nadelen voor gebruikers en zorgverleners geëvalueerd, waarbij in totaal 12 gebruikers worden geobserveerd en geïnterviewd, verdeeld over 3 mobiliteitsklassen. Tenslotte krijgen de inpassing in de huidige wet- en regelgeving, financiering en thuiszorgpraktijk aandacht en worden suggesties voor implementatie gedaan.

*De vraagstellingen luiden:*

1. Wat is de invloed van het Klikklak-systeem op de zelfredzaamheid van gebruikers en de fysieke belasting van de (mantel)zorgverlener?
2. Hoe sluit het Klikklak-systeem aan bij de huidige regelgeving, financiering en bouwvoorschriften rondom (vaste) voorzieningen en bouw? Hoe sluit het systeem aan bij (financiële) procedures voor de keuze, uitleen, installatie en gebruik van hulpmiddelen?
3. Tot welke aanbevelingen leiden de antwoorden op vraag 1 en 2?

### **Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?**

Antwoorden op de vraagstellingen kunnen in deze fase van het onderzoek nog niet gegeven worden.

### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

Het project is 2 maanden later begonnen dan gepland, i.v.m. het doorlopen van een medisch ethische toetsingsprocedure. De praktijkfase is bij het schrijven van dit rapport gestart.

### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Eventuele belemmerende en bevorderende factoren zijn nu nog niet bekend.

#### **3.2.8 Elektrisch verstelbare hoog/laag bedden**

Elektrisch verstelbare hoog/laag bedden (EHL-bedden) hebben zich de laatste 10 jaar technisch sterk ontwikkeld. Ze bieden veel mogelijkheden voor zowel zorgverleners als cliënten. Een EHL-bed stelt mensen in staat om, ondanks fysieke beperkingen, een aantal ADL-activiteiten zoals bewegen binnen het bed en opstaan vanaf en gaan zitten op bed te blijven uitvoeren. Tevens stelt een dergelijk bed de mantelzorger en/of professionele zorgverlener in staat met zo min mogelijk fysieke belasting verzorgende taken en tilhandelingen uit te voeren. De mogelijkheden van EHL-bedden zijn de afgelopen jaren zo snel uitgebreid dat zorgverleners en indicatiestellers onvoldoende op de hoogte zijn van zowel de types bedden als de optimale wijze van gebruik. De kennis hierover is niet volledig, fragmentarisch en niet voldoende voor de praktijk toegankelijk. Het is onduidelijk met welke aspecten rekening gehouden moet worden om de zelfredzaamheid van de gebruiker te bevorderen en de fysieke belasting van de zorgverleners te beperken. De mogelijkheden van EHL-bedden, die reeds beschikbaar zijn en steeds meer ingezet worden, worden daardoor onvoldoende benut.

In een pilotproject, uitgevoerd door LOCOmotion, is een inventarisatie gemaakt van de mogelijkheden van EHL-bedden voor gebruikers, mantelzorgers en professionele hulpverleners. Het project wordt uitgevoerd in 2 fases: In de eerste fase zal een enquête verspreid worden onder ongeveer 100 (mantel)zorgverleners, met als doel een inventarisatie van de huidige kennis en inzichten over EHL-bedden. Deze fase wordt gevolgd door een praktijkfase waarbij het gebruik van EHL-bedden door 55 gebruikers, zowel zelfstandige gebruikers als met hulp van zorgverleners, beoordeeld wordt. Daarnaast worden enkele innovatieve bedden onderzocht die nog slechts mondjesmaat gebruikt worden in de thuiszorg: het netbed en het stoeldraaibed.

#### **De vraagstellingen in het onderzoek luiden:**

1. Welke mogelijkheden biedt de huidige generatie EHL-bedden voor bevordering van de zelfredzaamheid van mensen met fysieke beperkingen en voor beperking van de fysieke belasting van zorgverleners (mantelzorg/professionele hulp)?
2. Tot welke concrete aanbevelingen leiden de antwoorden op vraag 1 voor de keuze voor een bepaald type bed en voor het optimale gebruik van EHL-bedden in thuissituaties?

#### **Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?**

In deze fase van het onderzoek kunnen de vraagstellingen nog niet beantwoord worden.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

In september 2001 zijn de ISO-normen van EHL-bedden verscherpt, waardoor de bedden van één van de leveranciers uit de markt zijn teruggenomen. Hierdoor is een fors gat in de begroting alsmede de tijdsplanning geslagen. Intussen is de vraag voor aanvullende financiering voor de bedden gehonoreerd. Bij het schrijven van dit rapport bevindt het project zich in de praktijkfase, waarin het gebruik van de bedden beoordeeld wordt.

### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Het feit dat de ISO-standaard voor EHL-bedden tijdens het onderzoek aangescherpt werd, is een belemmerende factor: hierdoor werden de bedden uit het onderzoek door de fabrikant

van de markt gehaald, en trad een forse vertraging op. Ook is de beperkte beschikbaarheid van vooral de meer geavanceerde EHL-bedden in thuiszorgorganisaties een belemmerende factor.

### 3.2.9 TENS (Neurostimulatie voor Alzheimer Patiënten)

De neuropathologie van de ziekte van Alzheimer (AD, Alzheimer Disease) wordt niet alleen gekenmerkt door celdood maar ook door schrompelen van cellen. Het reactiveren van deze cellen kan plaatsvinden door middel van neuronale stimulatie. Een vorm van neuronale stimulatie is Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie (TENS). Uit een aantal studies blijkt dat TENS een gunstig effect heeft op cognitie, gedrag en het slaap-waak ritme van patiënten in zowel een vroeg- als middenstadium van AD. Alle voorafgaande studies vonden plaats in het verpleeghuis. Het doel van het pilotproject, uitgevoerd door de Vrije Universiteit Amsterdam, is te onderzoeken of de TENS-behandeling toepasbaar is in de thuissituatie, uitgevoerd door de partner/verzorger van de Alzheimer-patiënt. Onderzocht wordt of TENS, toegepast in de thuissituatie, dezelfde gunstige effecten op cognitie, gedrag en slaap-waakritme vertoont als die werden waargenomen in de verschillende studies binnen de verpleeghuis-setting. In het onderzoek wordt gestreefd naar 90 deelnemers met Alzheimer, die gedurende 6 weken een TENS-behandeling krijgen van 30 minuten per dag. Van deze 90 deelnemers krijgt de helft daadwerkelijk de TENS-behandeling, en de andere helft een placebo-behandeling. De deelnemers moeten zich in een relatief vroeg stadium van AD bevinden, het cognitief functioneren moet tussen bepaalde grenzen liggen.

#### **De vraagstellingen luiden:**

1. Wil en kan de partner/verzorger van een patiënt met Alzheimer dagelijks TENS behandeling uitvoeren en welke sociale, ethische en organisatorische aspecten spelen hierbij een rol?
2. Heeft TENS ook een gunstig effect op een AD patiënt indien het in de thuissituatie door de partner wordt toegepast?
3. Levert TENS een bijdrage aan de verlichting van het werk van de mantel- en thuiszorg?

#### **Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?**

In deze fase van het onderzoek kunnen de vraagstellingen nog niet beantwoord worden.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

Of de tijdsplanning en financiële planning worden aangehouden is nog niet bekend.

#### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Een belemmerende factor is dat het aantal deelnemers minder is dan verwacht. De verwachting is dat de primaire onderzoeksvraag ondanks het tegenvallend aantal deelnemers wel te beantwoorden is, maar wetenschappelijk verantwoorde uitspraken over de effecten zullen pas later volgen.

Een bevorderende factor is het feit dat verzekeraars hebben toegezegd de apparatuur en toebehoren te vergoeden voor deelnemers die na het huidige project nog door willen gaan met de behandeling.

## 3.3 Evaluatiecriteria pilotprojecten

De technologieën binnen het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie worden op twee manieren beoordeeld, namelijk via een proces-evaluatie en via beoordeling van de technologieën met behulp van evaluatie-criteria.

Met behulp van de proces-evaluatie zoals uitgevoerd in de voorafgaande paragrafen wordt een beeld gekregen van de uitvoering van een project, de doelstellingen en de al dan niet aangehouden planning. In de nu volgende paragraaf zal een vergelijking gemaakt worden tussen de technologieën met behulp van evaluatie-criteria. De criteria aan de hand waarvan elke technologie beoordeeld zal worden luiden:

- Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?
- Is het project relevant en voegt het iets toe aan de bestaande situatie van zorgverlening?
- Wat zijn de kenmerken van de uiteindelijke doelgroep en hoe groot is het (geschat) aantal potentiële gebruikers?
- Is de technologie financieel haalbaar in de praktijk?
- Zijn er randvoorwaarden waaraan bij gebruik van de technologie moet worden voldaan?
- Wat zijn de ervaringen met de technologie van de gebruikers en/of hulpverleners?
- Hoe hoog is de therapietrouw en hoe groot is de uitval tijdens het onderzoek?
- Is de technologie veilig?

Om een vergelijking te kunnen maken tussen de technologieën, is hieronder een tabel gemaakt, waarin de technologieën per evaluatiecriterium een score hebben gekregen (tabel 3). Door de scores op de criteria te vergelijken, kunnen de sterke en zwakke punten van technologieën geïdentificeerd worden, en kan tevens een uitspraak gedaan worden over technologieën die in meer of mindere mate kansrijk zijn.

Tabel 3: Overzicht van de evaluatie van de technologieën binnen de pilot-projecten

<b>Pilot-projecten:</b>									
	Duidelijk omschreven doelgroep (potentiële gebruikers)?	Duidelijk beoogde praktijkveranderingen?	Relevantie technologie?	Financiële haalbaarheid en vergoeding?	Randvoorwaarden voor gebruik (gebruikers, hulpverleners, omgeving)?	Ervaringen gebruikers (cliënt/hulpverlener/mantelzorg) en sociale acceptatie?	Therapietrouw en uitval gedurende onderzoek?	Veiligheid product?	
+	+	+	+/-	+/-	n.v.t.	n.v.t.	+/-	1. Transferhulpmiddelen	
+	+	+	+	+	+/-	+/-	+	2. Ruggordel	
+	+	+	+	+/-	+/-	n.v.t.	+/-	3. Zelfstandig gebruik van tilliften	
+	+	+	-	+/-	+	+/-	+	4. Opzithulpmiddel Betty	
-	+	+	+	+/-	-	-	+	5. Valdetector	
+	+	+	+/-	?	?	?	?	6. Antistolling	
+	+	+	+/-	?	?	?	?	7. Klik klak badkamersysteem	
+	+	+	+/-	+/-	?	n.v.t.	?	8. Hoog/laag bedden	

+	+	+	+	?	?	?	?	9. TENS neurostimulatie
---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

+ = positief beoordeeld, geen knelpunten  
 +/- = deels positief, deels negatief beoordeeld.  
 - = negatief beoordeeld, knelpunten gesignaleerd

? = nog niet te beoordelen  
 n.v.t. = dit criterium is bij deze technologie niet van toepassing

Hieronder wordt een toelichting gegeven op schema 2, waarin de resultaten van de opgestelde evaluatie-criteria staan weergegeven. Van de projecten die nog niet afgerond zijn, kunnen slechts enkele criteria beantwoord worden aan de hand van het projectvoorstel of een voortgangsrapportage.

Bij de meeste technologieën is duidelijk wie de uiteindelijke doelgroep is voor het gebruik van van een bepaalde technologie. Een uitzondering hierop is het project ten aanzien van tijdige valdetectie. De valdetector bleek in de huidige vorm niet geschikt te zijn voor de beoogde doelgroep, die bestond uit de algemene populatie van ouderen met een verhoogd valrisico en personen met een epileptische aandoening. Door de uitvoerders van het project wordt aangegeven dat de valdetector wellicht voor een zeer selecte groep binnen deze populatie wel nuttig zou kunnen zijn (o.a. cliënten die regelmatig het bewustzijn verliezen, of cliënten met een ernstige vorm van epilepsie) maar hierover zijn geen exacte uitspraken te doen.

Bij de meeste technologieën zijn de beoogde praktijkveranderingen duidelijk, en hebben deze een meerwaarde ten opzichte van de huidige situatie. Een uitzondering hierop is weer de nieuw ontworpen valdetector, die in de loop van het onderzoek geen meerwaarde bleek te hebben ten opzichte van het huidige alarmsysteem voor de doelgroep.

Een van de eisen die gesteld wordt aan een nieuw in te voeren technologie, is de relevantie van de technologie. Door een inventarisatie te maken van de huidige stand van zaken op het desbetreffende gebied binnen de thuiszorg, wordt een goed beeld verkregen van de relevantie van een nieuw in te voeren technologie. De meeste pilotprojecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie betreffen relevante technologieën. De relevantie van het gebruik van ruggordels is echter niet helemaal helder omdat wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van ruggordels als secundaire preventie tegenstrijdige resultaten laat zien.

In pilotprojecten staan nieuw in te voeren technologieën centraal, die op dat moment grotendeels nog niet op de markt zijn of verder getest moeten worden. In een aantal gevallen is voor deze technologieën nog geen standaard vergoeding van verzekeraars mogelijk. Op zichzelf is dat voor de hand liggend omdat financiering pas geregeld wordt nadat de technologie een aanwijsbare positieve waarde heeft.

Ten tijde van de uitvoering van de pilotprojecten is de vergoeding van technologieën dan nog vaak een (potentieel) knelpunt. Zo valt de vergoeding van kleine transferhulpmiddelen (vooralsnog) niet onder de gewone financieringsregelingen zoals de Wet Voorzieningen Gehandicapten of de Ziekenfondswet, al worden transferhulpmiddelen incidenteel al wel vergoed. Bij het opzithulpmiddel 'Betty' is vooralsnog onduidelijk of de vergoeding door de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) of door de ziekenfondsinstellingen gegeven moet worden. In het pilotproject 'Klikklak' worden bepaalde onderdelen van de modules al wel vergoed (bv. plafondliften), maar andere delen nog niet. Indien in vervolgonderzoek voor deze technologieën geen duidelijkheid over de financiering verkregen kan worden, kan dit een belemmering voor de kans op implementatie.

Om tot een succesvolle implementatie te komen, zijn de randvoorwaarden van een technologie belangrijk. Wanneer de technologie zeer specifieke eisen stelt aan de gebruiker of de omgeving waaraan moeilijk tegemoet kan worden gekomen, wordt de kans groot dat de acceptatie afneemt. Bij het merendeel van de technologieën is de leefruimte van de cliënt de belangrijkste randvoorwaarde voor (optimaal) gebruik. De gebruikte technologieën nemen vaak nogal wat ruimte van de -meestal kleine- leefruimte van de cliënt in beslag. Hier moet

rekening mee worden gehouden wanneer een technologie daadwerkelijk geïmplementeerd wordt. Bij sommige technologieën worden randvoorwaarden gesteld voor de gebruiker. Zo moet de gebruiker van het opzithulpmiddel Betty voldoende kracht in zijn armen hebben om de stang vast te kunnen houden bij het omhoog tillen. Een randvoorwaarde voor het zelfstandig gebruik van tilliften is dat de bediening niet te zwaar mag zijn voor de gebruiker en/of de mantelzorger.

Een van de belangrijkste indicatoren voor een geslaagde implementatie is de ervaring van gebruikers met de technologie. Een hulpmiddel kan in theorie nog zo goed werken, maar als cliënten, mantelzorgers of hulpverleners er in de praktijk slechte ervaringen mee hebben, is een geslaagde implementatie vrijwel onmogelijk. Het is daarom noodzakelijk de oorzaak van eventuele slechte ervaringen met een technologie te achterhalen. Enerzijds kan een slechte ervaring een gevolg zijn van de technologie zelf, die wellicht niet goed werkt of in de verkeerde situaties ingezet wordt. Zo is in het pilotproject naar ruggordels gebleken dat de geteste ruggordels niet prettig bevonden werden wanneer de gebruikers gingen zitten. In vervolgonderzoek zal daarom een ander merk ruggordel getest moeten worden, of zal de gebruikte ruggordel aangepast moeten worden. Anderzijds kan een negatieve ervaring ook het gevolg zijn van de keuze van de doelgroep, en werkt de technologie an sich goed. Bij de valdetector die getest is, komen beide oorzaken van slechte ervaringen (technologie en doelgroep) naar voren. Zo is uit het pilotproject gebleken dat de huidige valdetector aangepast moet worden, aangezien er een hoog aantal valse alarmen werd gegenereerd. Hierdoor wilden de gebruikers de valdetector niet meer gebruiken. Ook werd na het project duidelijk, dat de van tevoren beoogde doelgroep te ruim gekozen was.

De therapietrouw en aantal uitgevallen deelnemers tijdens het uitgevoerde onderzoek kan een belangrijke maatstaf zijn voor een goede implementatie in de toekomst. Deze twee aspecten zijn echter niet voor alle hier besproken technologieën te beoordelen. Bij enkele projecten zijn kleinschalige onderzoeken uitgevoerd door studenten of projectmedewerkers, waar geen cliënten aan te pas kwamen. Ook werden bijvoorbeeld bij het tilliften-project de tilliften al voor aanvang van het onderzoek door cliënten gebruikt, en is er van terapietrouw tijdens het project geen sprake. Meestal worden pilotprojecten relatief kleinschalig opgezet, en moeten de in- en exclusiecriteria soms nog opgesteld of genuanceerd worden. Om deze redenen is de kans op uitval van deelnemers tijdens het onderzoek redelijk groot. Een onderzoek waar relatief veel uitval was als gevolg van het gebruik van de technologie, is dat van het opzithulpmiddel Betty; vier van de in totaal 25 cliënten vielen uit tijdens het onderzoek. Tijdens het onderzoek naar de valdetector is het merendeel van de deelnemers voortijdig gestopt met het dragen van de valdetector. Ook bij het pilotproject naar ruggordels voor hulpverleners is 22% van de deelnemers gestopt tijdens het onderzoek.

Tenslotte is de veiligheid van een technologie een belangrijk evaluatiecriterium. Technologieën zijn weliswaar reeds bij hun productie uitvoerig getest door de fabrikant en voorzien van een gebruiksaanwijzing, maar dit sluit niet uit dat er in de praktijk alsnog verkeerd gebruik van een technologie kan worden gemaakt. Zo verloopt het zelfstandig gebruik van tilliften nog niet geheel zonder problemen; bij 18% van de deelnemers van het pilotproject is iets mis gegaan bij het gebruik. Soms lag de oorzaak bij de lift (bijvoorbeeld een breuk in de lift of een scheur in de tilband) en soms bij de gebruikers (de haken van de tilband zaten bijvoorbeeld niet goed vast of werden te vroeg los gemaakt). Een oplossing hiervoor is een goede instructie en begeleiding bij de installatie en tijdens het gebruik van de tilliften.



Enkele gebruikers van het opzithulpmiddel Betty hadden een onveilig gevoel bij het omhoog komen, aangezien er wat speling in de zwenkarm van de Betty zit, waardoor hij niet sterk lijkt (maar het wel is). Wanneer dit niet veranderd wordt, kan het implementatie in de weg zitten. Bij de veiligheid van een technologie moet zeker rekening gehouden worden met de in- en exclusiecriteria van de technologie. Het gebruik van ruggordels leidt mogelijk tot een verhoging van de bloeddruk, hierdoor worden mensen met cardiovasculaire problemen uitgesloten van gebruik. Bij neurostimulatie voor Alzheimer patiënten (TENS) worden mensen met epilepsie en/of een pacemaker geëxcludeerd van deelname. Wanneer soortgelijke exclusie-criteria gelden voor het gebruik van een technologie, zal er bij uiteindelijke implementatie extra goed op gebruikers gelet moeten worden, zodat het gebruik van de technologie geheel zonder gevaar is.

### 3.4 Conclusie en aanbevelingen pilotprojecten

Op dit moment kunnen eigenlijk alleen uitspraken gedaan worden over de 5 pilotprojecten die inmiddels zijn afgerond. Aan de hand van de proces-evaluatie kan over het algemeen worden gesteld dat de meeste projecten de door hun gestelde vraagstellingen beantwoorden.

Daar waar de vraagstellingen uit het onderzoeksproject niet allemaal konden worden beantwoordt, had dit in twee gevallen, nl. bij het project over het zelfstandig gebruik van tilliften en project met betrekking tot de valdetector mede te maken met het feit dat de onderzoeksgroep te klein was. Ook bij het project naar het gebruik van TENS bij patiënten met Alzheimer is nu reeds bekend dat de tegenvallende groepsomvang van deelnemers in het onderzoek een belemmerende rol zal spelen.

Het is geen onbekend fenomeen bij onderzoeksprojecten dat de instroom van patiënten in praktijk lager uitpakt dan van tevoren werd ingeschat. Bij de beoordeling van onderzoeksvoorstellen dient wellicht meer aandacht te worden besteed aan dit aspect. Er moet op een goede onderbouwing van het verwachte aantal patiënten worden gelet, waarin ook rekening wordt gehouden met uitval van patiënten tijdens een project. Tijdens de uitvoering van het project is het aan te bevelen de patiënteninstroom te monitoren en eventuele maatregelen te nemen indien de onderzoeksgroep te klein dreigt te worden. Daarbij is een goede analyse van de oorzaak van het tegenvallende aantal deelnemers van belang, omdat dit ook relevante informatie kan opleveren voor de latere implementatie(kansen) van de betreffende technologie. Een tegenvallende patiënteninstroom die wordt veroorzaakt doordat de betreffende artsen te weinig tijd hebben om patiënten gericht door te sturen voor deelname aan het onderzoek, hoeft vooralsnog weinig te zeggen over de te onderzoeken technologie zelf. Wanneer er te weinig patiënten aan het onderzoek deelnemen omdat er bijna geen mensen aan de vooraf gestelde criteria kunnen voldoen, zegt dit vermoedelijk ook meer over de uiteindelijke implementatiekansen van de betreffende technologie.

Een ander opvallend punt is dat de tijdsplanning van projecten niet altijd wordt gehaald. De oorzaken hiervan zijn uiteenlopend (aanscherpen van ISO-normen, medisch ethische commissie, zwangerschapsverlof), maar ook hier speelt soms de vertraagde instroom van cliënten in het onderzoek een rol (valdetector, TENS). Door deze uiteenlopende oorzaken is het lastig hiervoor echte oplossingen te bedenken. De tijdsplanning moet in ieder geval een duidelijk aandachtspunt blijven bij de beoordeling van onderzoeksvoorstellen.

Samenvattend kan over de pilotprojecten die tot nu toe zijn uitgevoerd worden gezegd dat dit geslaagde projecten zijn geweest die aan hun doelstellingen hebben beantwoord. Daarbij is het relevant te benadrukken dat een geslaagd project niet altijd hoeft te betekenen dat een

technologie ook waardevol is. Een goed voorbeeld hiervan is het project rondom de valdetector. Het project heeft aan de gestelde doelstellingen voldaan en is dus goed geslaagd, maar de conclusie is dat de valdetector in de huidige vorm geen acceptabel hulpmiddel is. Het is uiteraard ook relevant om op grond van een project te kunnen vaststellen dat verdere investeringen in een technologie op grond van de huidige stand van zaken niet zijn aan te bevelen.

Om de technologie 'an sich' te kunnen beoordelen werden de onderzochte technologieën ook volgens tevoren opgestelde criteria geëvalueerd. Bij de meeste technologieën is duidelijk wie de uiteindelijke doelgroep is voor het gebruik van een bepaalde technologie en zijn de beoogde praktijkveranderingen duidelijk en relevant.

Ten tijde van de uitvoering van de pilotprojecten is de vergoeding van de technologieën vaak een potentieel knelpunt. Op zichzelf is dit logisch gezien de fase van ontwikkeling waarin de meeste technologieën zich dan bevinden. Het is echter aan te bevelen om in het geval van positieve ervaringen met een technologie reeds tijdens de uitvoering van het pilot-project stappen richting overheid te nemen om vergoeding van de betreffende technologie te realiseren. Gezien het feit dat dit vaak langdurige trajecten zijn, kan ZonMw hierbij wellicht een ondersteunende rol spelen.

De randvoorwaarden voor het gebruik van technologieën blijven belangrijke aandachtspunten die bij iedere nieuwe technologie weer aandacht verdienen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de technologieën transferhulpmiddelen, ruggordels en het opzithulpmiddel Betty kansrijk zijn, onder voorwaarde dat de financiën geregeld gaan worden in vervolgonderzoek. De valdetector is duidelijk niet kansrijk; de valdetector zelf blijkt niet goed te werken en de beoogde doelgroep geeft de voorkeur aan een andere vorm van alarmering. De tilliften voor zelfstandig gebruik is een technologie die extra aandacht nodig heeft, aangezien het zelfstandig gebruik van tilliften gepaard gaat met instructies en regels die strikt opgevolgd moeten worden voor veilig en verantwoord gebruik. Uit het politieonderzoek blijkt dat het zelfstandig gebruik nog niet zonder problemen verloopt, en dat dit mede te wijten is aan het niet goed opvolgen van de instructie. Wanneer een goede begeleiding vóór en tijdens het zelfstandig gebruik van tilliften op een of andere manier gewaarborgd kan worden, zodat het gebruik ervan veilig is, kan de technologie kansrijk genoemd worden.

## 4 Resultaten evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten

### 4.1 Inleiding

In het programma Thuiszorgtechnologie zijn in de programmarondes 1998 en 1999 in totaal 2 evaluatieprojecten en 2 richtlijnontwikkelingsprojecten gehonoreerd. Bij het schrijven van dit rapport was nog geen van deze projecten afgerond. Daarom is het niet mogelijk een uitspraak te doen over het al dan niet behalen van de doelstellingen van de projecten, de tijdsplanning en financiële planning, of over eventuele evaluatiecriteria voor de technologieën. In de volgende paragraaf wordt daarom per project een inleiding gegeven, de vraagstellingen gepresenteerd en de voortgang van de 4 projecten besproken aan de hand van de voortgangsrapportages die verschenen zijn, en/of aan de hand van aanvullende informatie die van de betreffende onderzoekers is verkregen.

Tabel 4: Overzicht van de gehonoreerde evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten<sup>5</sup> in de programmarondes 1998 en 1999.

Evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten	Soort project	Programmaronde	Geplande einddatum project	Afgerond?
Fototherapie (ExTra)	evaluatie	98	apr 04	nee
Bloedtransfusie thuis (ExTra + AZM)	evaluatie	99	jan 04	nee
Vernevelaars (TNO-PG + KITZ)	richtlijn	99	dec 01	nee
(Par)enterale voeding (LUMC (RET, TNO-PG + KITZ)	richtlijn	99	okt 02	nee

### 4.2 Details en voortgang projecten

#### 4.2.1 Fototherapie bij babygeelzucht

Babygeelzucht is een betrekkelijk vaak voorkomende conditie die het gevolg is van een nog niet volledig functionerende lever bij pasgeborenen, waardoor de bilirubinespiegel in het bloed te hoog wordt. Bilirubine kan onder invloed van blauw licht worden afgebroken, en de behandeling bij baby's bestaat dan ook uit het gedurende enkele dagen blootstellen van het kind aan blauw licht totdat de bilirubinespiegel voldoende gedaald is en er mag worden aangenomen dat de leverfunctie op peil is gekomen. Tijdens de behandeling thuis komt er dagelijks een verpleegkundige op een afgesproken tijd langs om het kind te controleren, bloed af te nemen en na te gaan of de lamp goed werkt en de ouders de lamp goed toepassen. Het doel van de studie is te onderzoeken of dezelfde behandeling thuis tegen lagere kosten voor de gezondheidszorg kan plaatsvinden, bij een op zijn minst gelijkblijvende kwaliteit van leven en van zorg. In het onderzoek zal worden nagegaan wat de kosten en effecten zijn indien

<sup>5</sup> De volledige projecttitels van de evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten staan in bijlage 3.

kinderen met babygeelzucht fototherapie thuis krijgen (interventiegroep) in plaats van in het ziekenhuis (controlegroep).

Naar schatting komen per jaar 500 tot 1000 kinderen in aanmerking voor fototherapie. Inclusiecriteria zijn kinderen met babygeelzucht en een verhoogd bilirubine, die verder gezond zijn, waarbij fototherapie geïndiceerd is. Exclusiecriteria zijn co-morbiditeit, die thuisbehandeling ongewenst of onmogelijk maakt, en het ontbreken van adequate mantelzorg.

#### **De vraagstellingen luiden:**

*Voorstudie (fase 1):*

Wat is bekend over de toepassing en evaluatie van fototherapie?

Hoe is fototherapie in de Nederlandse context te protocolleren, organiseren, financieren en evalueren?

*Vervolgstudie (fase 2):*

Welke factoren beïnvloeden de implementatie?

Wat zijn (bij)werkingen bij de baby's?

Wat zijn effecten op kwaliteit van leven bij de ouders, kwaliteit van zorg en kosten (of besparing)?

#### **Voortgang project**

De projectmedewerkers zijn met vertraging aangenomen, het zorgprotocol voor fototherapie is in voorbereiding, en naar schatting wordt nog voor de zomer begonnen met de werving en inclusie van patiënten.

### **4.2.2 Bloedtransfusie thuis**

Bloedtransfusies betreffen het per infuus toedienen van bloed(producten) aan patiënten die hieraan een acuut, regelmatig of chronisch tekort hebben. Voor patiënten en naasten brengt infuusbehandeling vaak een extra praktische en psychische belasting met zich mee. Om zorg vanuit het ziekenhuis te verschuiven en de patiënt in zijn eigen omgeving te behandelen kunnen patiënten thuis een infuus krijgen, aannemende dat infuusbehandeling veilig thuis kan worden toegepast. De infuusbehandeling thuis kan de kosten van de gezondheidszorg beperken bij een op zijn minst gelijkblijvende kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg.

Aan de behandeling thuis kunnen ook nadelen kleven. Zo kan niet continu de medische zorg beschikbaar zijn die in de tweede lijn voorhanden is. Voorwaarden voor toepassing thuis zijn een goede organisatie van de zorg (transmuraal verpleegkundige) en een adequate mantelzorg. Een thuisinfuus blijkt uit eerder onderzoek haalbaar indien gespecialiseerde verpleegkundigen, een centraal meldpunt en een adequate mantelzorg beschikbaar zijn.

Doel van dit evaluatieproject is het in kaart brengen van de kosten en de effecten van bloedtransfusie in de thuissituatie in diverse gebieden in Nederland via een gerandomiseerde studie.

#### **De vraagstellingen luiden:**

1. Onder welke voorwaarden kan bloedtransfusie thuis verantwoord uitgevoerd worden?
2. Is deze aanpak als vervanging voor de reguliere behandeling in de tweede lijn (kosten)effectief?
3. Welke factoren spelen een rol bij de implementatie op grote schaal van bloedtransfusie thuis?

4. Wat zijn de extra kosten (of besparingen) op populatieniveau, indien de resultaten van dit onderzoek vertaald worden naar de Nederlandse samenleving?

### **Voortgang project**

Er is vertraging opgelopen bij het vinden van projectmedewerkers. Intussen is er een conceptversie geschreven voor een zorgprotocol voor bloedtransfusies, naar schatting wordt nog voor de zomer begonnen met de werving en inclusie van patiënten.

#### **4.2.3 Gebruik van vernevelaars**

Een vernevelaar is een apparaat waarmee een medicament wordt verstoven zodat het in de vorm van een aërosol (nevel) met de lucht kan worden meegevoerd. Dit heeft als voordeel dat het vloeibare medicament direct lokaal in de luchtwegen wordt toegediend. Vernevelapparatuur is erg geschikt om verschillende soorten medicijnen voor de behandeling van luchtwegaandoeningen toe te dienen. Gebruik van deze apparatuur in de thuissituatie stelt eisen aan organisatie, zorgverlening en hulpmiddelen. In Nederland zijn deze voorwaarden voor verantwoord gebruik thuis nog niet in de vorm van algemeen aanvaarde richtlijnen beschikbaar. Tot nu toe doen zich bijvoorbeeld problemen voor met het thuis goed schoonhouden van de apparatuur (schoonmaakmiddelen en -procedures zijn onvoldoende toegespitst op de thuissituatie) en met de afstemming van de verschillende instanties die bij de dienstverlening betrokken zijn (die niet allemaal een geborgde kwaliteit hebben).

Er wordt een richtlijn ontwikkeld, met daarin zowel eisen aan organisatie en zorgverlening als regels rondom het medisch handelen en de indicatiestelling. Voor de uitvoering van het project is een werkgroep in het leven geroepen met deskundigen en vertegenwoordigers van belangengroeperingen.

#### **De vraagstelling luidt:**

Hoe is de zorg voor thuisbehandeling met een vernevelaar georganiseerd, wie zijn erbij betrokken en welke belemmerende en bevorderende factoren zijn te benoemen?

#### *Deelvragen die hieruit voortkomen luiden:*

- ▶ Welke structuren zoals afspraken over taken en verantwoordelijkheden van betrokkenen, zijn te onderscheiden in de organisatie van thuisbehandeling met een vernevelaar?
- ▶ Welke processen zijn ontworpen om de zorg te realiseren, of te wel hoe verloopt de dienstverlening?
- ▶ Welke zorginhoudelijke, organisatorische en technische knelpunten zijn in de verschillende structuren en processen te onderscheiden?
- ▶ Aan welke voorwaarden moet worden voldaan om thuisbehandeling met een vernevelaar veilig en verantwoord plaats te laten vinden?

### **Voortgang project**

De richtlijnen zijn in concept klaar. Voorafgaand heeft een literatuuronderzoek plaatsgevonden en is bovendien gekeken naar Europese ontwikkelingen.

Het project is iets in de tijd uitgelopen, mede doordat bij aanvang van het project is besloten om in plaats van twee richtlijnen (één met eisen aan organisatie en zorgverlening, en één rondom het medisch inhoudelijk handelen), één richtlijn te ontwikkelen waarin alle aspecten zijn geïntegreerd.

De financiële planning is conform het projectplan verlopen.



#### **4.2.4 Enterale en parenterale voeding thuis**

Behandeling met (par)enterale voeding vindt plaats als patiënten, meestal vanwege een ernstige onderliggende ziekte, onvoldoende orale voeding kunnen innemen om in de dagelijks benodigde hoeveelheid voedingsstoffen te voorzien. Enterale voeding is hetzelfde als sondevoeding, parenterale voeding gebeurt intraveneus met een infuus in de bloedbaan. Door thuisbehandeling met (par)enterale voeding kan de opnameduur van patiënten verkort worden. Ook is gebleken dat patiënten deze behandeling thuis op een veilige en verantwoorde wijze kunnen krijgen. Thuisbehandeling met enterale en parenterale voeding neemt in Nederland voortdurend toe, maar komt nog steeds op relatief beperkte schaal voor met een grote variatie in intensiteit tussen organisaties en regio's, en met grote verschillen in de geleverde zorg. Ook ontbreekt een landelijke richtlijn nog. Om deze reden wordt een landelijke richtlijn voor thuisbehandeling met (par)enterale voeding ontwikkeld, met daarin minimaal gestelde eisen op het gebied van zorginhoud, organisatie en technologie. In opdracht van de Stichting Registratie enterale en parenterale voeding Thuis Nederland (RET) voert KITZ een deel van dit project uit.

##### **De doelstelling:**

Het ontwikkelen van een landelijke richtlijn waarin de minimale eisen op zorginhoudelijk, organisatorisch en technisch gebied worden geformuleerd waaraan thuisbehandeling met (par)enterale voeding moet voldoen. Deze richtlijn zal worden gebaseerd op basis van een grondige inventarisatie van knelpunten in de structuur en het proces van deze zorgverlening. Tevens wordt een richtlijn ontwikkeld voor de behandeling met (par)enterale voeding thuis.

##### **Voortgang project**

In de eerste fase van de ontwikkeling van richtlijnen is een inventarisatie gemaakt van ervaringen met behandeling met (par)enterale voeding in ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. Het doel hiervan is een brede indruk te krijgen van de ervaring met en de omvang en organisatie van zorgprocessen voor (par)enterale voeding thuis. Er is een invitationale conference georganiseerd, voorafgegaan door een praktijktoets bestaande uit groeps gesprekken met deskundigen en een referententoets. Op basis van informatie uit de eerste fasen wordt een programma van eisen opgesteld en in december 2002 zullen de definitieve richtlijnen zijn vastgesteld.

Van de tijds- en financiële planning is niet afgeweken.

#### **4.3 Conclusie evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten**

De vier evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten die in de programmarondes 1998 en 1999 gehonoreerd zijn, zijn ten tijde van deze evaluatie 2002 nog niet afgerond. De projecten naar het gebruik van vernevelaars in de thuissituatie en de thuisbehandeling met (par)enterale voeding bevinden zich in de eindfase. Zoals het zich laat aanzien zullen beide projecten aan de gestelde doelstellingen beantwoorden, maar hierover kan zonder eindproducten op papier nog geen exacte uitspraak worden gedaan. Het project naar vernevelaars is iets vertraagd en het project naar enterale en parenterale voeding thuis loopt vooralsnog precies op schema. Uit de voortgangsrapportages van de evaluatieprojecten met betrekking tot fotherapie en bloedtransfusie blijken de projectleiders moeite te hebben met het vinden van projectmedewerkers, waardoor een vertraging is opgetreden.



De technologieën kunnen ten tijde van deze evaluatie 2002 (voortgang ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie t/m mei 2002) nog niet worden beoordeeld aan de hand van evaluatiecriteria.

## 5 Resultaten implementatieprojecten

### 5.1 Inleiding

In programmaronde 1998 zijn drie implementatieprojecten gehonoreerd, die tevens door de werkgroep geselecteerd zijn voor de monitoring van het beleid en gebruik van Thuiszorgtechnologie. Het doel van deze monitoring is te laten zien in hoeverre het ZON-programma Thuiszorgtechnologie het gebruik van deze drie technologieën bevordert. In 1999 is één technologie geprioriteerd, nl. een onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren van blaascatheterisatie in de thuissituatie.

In onderstaand hoofdstuk komt ten eerste de project-evaluatie aan bod. Het project naar intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis (ook infusietechnologie genoemd) is het enige implementatieproject dat ten tijde van deze evaluatie 2002 nog niet is afgerond. Van dit project kan een gedeelte van de project-evaluatie wel uitgevoerd worden. Na de project-evaluatie komt de monitoring aan bod, die uitgevoerd is om te onderzoeken in hoeverre het gebruik van technologieën is bevordert binnen de looptijd van de betreffende projecten. Resultaten van deze monitor zullen slechts kort besproken worden aangezien de resultaten in een apart rapport zullen worden verwerkt.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de implementatieprojecten van de programmarondes 1998 en 1999, en geeft aan welke projecten geselecteerd zijn voor de monitoring.

Tabel 5: Overzicht van de gehonoreerde implementatieprojecten<sup>6</sup> in de programmarondes 1998 en 1999

Implementatieprojecten	Programma-ronde	Einddatum project	Afgerond?	Meegenomen in monitoring?
Tilliften thuis; Tilweg 5b (LOCOmotion)	98	jan 02	ja	ja
Steunkousen (iRV)	98	okt 01	ja	ja
Blaascatheterisatie in de thuissituatie (TNO PG + KITZ)	99	jun 01	ja	nee
Intraveneuze toediening anti-microbiële geneesmiddelen (TNO PG + KITZ)	98	sept 01	nee	ja

### 5.2 Proces-evaluatie

#### 5.2.1 *Het bevorderen van het gebruik van tilliften thuis*

Tilliften zijn effectief om de fysieke belasting voor zorgverleners te beperken. Daarnaast stellen tilliften cliënten en hun mantelzorgers bij goed gebruik in staat minder afhankelijk te zijn van professionele zorg. Desondanks worden tilliften niet optimaal en niet vaak genoeg

<sup>6</sup> De volledige projecttitels van de implementatieprojecten staan in bijlage 3.

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 dit onderzoek 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.

*De (sub)doelstellingen van het onderzoek luiden:*

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.

### **Zijn de doelstellingen van het project behaald?**

Samengevat kan worden gesteld dat de doelstellingen van het project behaald zijn.

*Uitwerking van de doelstellingen:*

1. Voor het gebruik van tilliften zijn richtlijnen ontwikkeld en op bruikbaarheid getoetst. Deze richtlijnen sluiten direct aan bij de Groene Praktijkregels Fysieke Belasting, die een uitvloeisel zijn van het Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT) dat in maart 1999 werd gesloten (zie hoofdstuk 6 voor meer details over het CAT). In het boekje 'Een tillift thuis', dat alle thuiszorgorganisaties hebben ontvangen, zijn de richtlijnen vastgelegd. Deze zijn tevens bekend gemaakt via de CAT Nieuwsbrief en elektronisch beschikbaar via internet. De richtlijnen dragen bij aan een binnenkort te verschijnen landelijke beleidsregel van het ministerie van SZW op het gebied van tillen in de zorg. Dit houdt in dat de Arbeidsinspectie na afloop van de convenant periode zal toetsen of er volgens de richtlijnen gehandeld wordt. Naast het boekje 'Een tillift thuis' is een werkpakket met de richtlijnen en allerlei praktische suggesties uitgegeven, evenals een werkpakket Til-protocollen. De pakketten hebben als doel de richtlijnen van Tilweg 5b in de organisatie van de thuiszorg in te passen. Het werkpakket Til-protocollen is ontwikkeld in samenwerking met de Klankbordgroep en wordt door het CAT gedistribueerd onder alle thuiszorgorganisaties.
2. Belemmerende factoren: Voor thuiszorgorganisaties bleek de invoering van tilliften (technisch) complex, organisatorisch ingrijpend en tijdrovend te zijn. Tilliften bleken zowel bij de cliënt als bij de zorgverleners (emotionele) weerstand op te roepen en een negatief imago te hebben. Tevens werden vele praktische en financiële belemmeringen genoemd. Bevorderende factoren: Een bevorderende factor is het feit dat het gebruik van tilliften wordt gestimuleerd door het Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT).
3. Een Klankbordgroep van 15 thuiszorgorganisaties heeft op basis van het onderzoek en eigen ervaringen de prioriteiten voor het implementatietraject vastgesteld. Er werd een video ontwikkeld die erop gericht is de emotionele weerstand tegen tilliften te voorkomen. Deze video werd gratis toegestuurd aan alle thuiszorgorganisaties en laat drie cliëntsituaties zien. Er werd ook direct gestart met een vaste column in het Tijdschrift voor Verzorgenden waarin oplossingen voor allerlei praktische knelpunten werden besproken. In deze column werden eenvoudige tips en adviezen gegeven die inmiddels ook regelmatig gebruikt worden in trainingssyllabi voor het gebruik van tilliften. De adviezen zijn in

elektronische vorm beschikbaar via de ARBO-site van de thuiszorg en het TTT van het KITZ. Verder werden het eerder genoemde werkpakket met richtlijnen en praktische tips en het werkpakket 'Tilprotocollen' uitgegeven. Daaromheen zijn verschillende andere producten gemaakt en landelijke implementatie-activiteiten ondernomen, zoals workshops, voorlichtingsmateriaal, brochures etc.

### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

De activiteiten in het kader van het project Tilweg 5b hebben zich gaandeweg verbreed naar andere ARBO-relevante hulpmiddelen. Dit heeft als gevolg gehad dat het project iets is uitgelopen in de tijd. Voor met name de ontwikkeling van de producten (video, brochure) is aanvullende financiering aangevraagd.

### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Een belemmerende factor was de financiering van de landelijke implementatie die zeer kostbaar was in verband met o.a. de druk, vormgeving en verspreiding van materialen en producten. Het begrootte bedrag was onvoldoende en verschillende vormen van co-financiering moesten worden aangeboord, wat zeer tijdrovend was. Door de bottom up strategie waarbij werd aangesloten bij lopende ontwikkelingen (o.a. CAT) was de tijdsplanning lastig aan te houden.

Daartegen hebben de afspraken die in het kader van het CAT zijn gemaakt ook een bevorderende werking gehad, doordat de aandacht voor het terugdringen van fysieke belasting in de thuiszorg hierdoor al was toegenomen.

## **5.2.2 Bevordering van het gebruik van steunkousaantrekkers**

Het aantrekken van steunkousen is zowel voor de gebruikers als voor zorgverleners een belastende activiteit. Veel gebruikers hebben moeite met aantrekken en zijn daardoor afhankelijk van hulp. Als het aantrekken niet goed gebeurt zijn de kousen niet effectief en kunnen complicaties (huiddefecten) optreden. 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. Het hier beschreven implementatieonderzoek, uitgevoerd door het iRv, richt zich op het bevorderen van het gebruik van hulpmiddelen bij het aan- en uittrekken van therapeutisch elastische kousen in de thuiszorg.

Het onderzoek richt zich op het gebruik van steunkousaantrekkers in de thuissituatie, en beperkt zich tot de meest gebruikte steunkousenaantrekkers (de Easyslide en de Eureka) en de doelgroepen waarvoor ze een oplossing kunnen zijn.

*De doelstellingen van het onderzoek luiden:*

1. het maken van een 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.

### **Zijn de doelstellingen van het project behaald?**

Samengevat kan worden gesteld dat de doelstellingen van het project behaald zijn.

*Uitwerking van de doelstellingen:*

1. Er is een analyse gemaakt van factoren die het gebruik van de hulpmiddelen op grote schaal kunnen bevorderen of afremmen. De factoren worden ingedeeld in microniveau (cliënten, mantelzorgers, uitvoerende zorgverleners), mesoniveau (directies en middenkader thuiszorgorganisaties, verwijzers, fabrikanten en importeurs van steunkousen, leveranciers en aanmeters van steunkousen, fabrikanten van de hulpmiddelen, RIO's, lokale zorgverzekeraars) en macroniveau (partners

Arbeidsomstandigheden Convenant Thuiszorg, koepels fabrikanten, importeurs en leveranciers, financieringskanalen, patiëntenverenigingen). Deze factoren staan onder het kopje 'belemmerende en bevorderende factoren' genoemd.

2. Er zijn richtlijnen op twee niveau's uitgewerkt: micro- (zorgverlener) en mesoniveau (thuiszorginstelling). Voor het gebruik van de hulpmiddelen in de thuiszorg zijn protocollen met instructiekaarten voor verplegenden en verzorgenden ontwikkeld. Voor stafmedewerkers zijn richtlijnen opgesteld om de protocollen in te kunnen voeren in hun organisatie.
3. Op grond van de analyse van de belemmerende en bevorderende factoren is een implementatiestrategie ontwikkeld. De strategie werd ingedeeld in structurele en eenmalige acties. De structurele acties zijn gericht op waarborging van de continuïteit in gebruik van de hulpmiddelen en de richtlijnen na afloop van het project. De eenmalige acties zijn vooral gericht op bekendmaking, verspreiding en publiciteit van de richtlijnen en de hulpmiddelen zelf. De richtlijnen en protocollen werden verspreid onder alle thuiszorgorganisaties in Nederland die zijn aangesloten bij de LVT of BTN. Daarnaast zijn ook de leveranciers van de kousen, de opleidingen voor verplegenden en verzorgenden en de indicatieorganen voor de thuiszorg op de hoogte gebracht van de voorgestelde werkwijze met gebruik van de hulpmiddelen.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

De proefimplementatie, waarbij het gebruik van de conceptproducten centraal staat, bleek meer tijd te kosten dan vooraf was ingepland. Ook het drukken en uitgeven van de richtlijnen en protocollen heeft vertragend gewerkt.

Doordat de implementatiestrategie gedurende het project is ontwikkeld, deden zich diverse activiteiten voor die aanvankelijk niet begroot waren. Hiervoor bleek extra financiering nodig te zijn, en externe financieringsbronnen zijn aangeboord.

#### **Belemmerende en bevorderende factoren**

De grootste belemmerende factor is het feit dat de steunkousaantrekkers (nog) niet worden vergoed door verzekeraars. Daarnaast bleek gedurende het project dat over veel elementen in het zorgproces bij zorgverleners zelf geen consensus bestaat. Gemaakte keuzes worden daardoor niet altijd door iedereen gedragen.

Een bevorderende factor is het feit dat er momenteel o.a. in het kader van het CAT landelijk veel aandacht wordt besteed aan de verbetering van de arbeidsomstandigheden. Dit zorgt voor een breed draagvlak en het CAT gaat de komende jaren een 'onderhoudsfunctie' vervullen voor de hulpmiddelen.

### **5.2.3 Blaascatheterisatie thuis**

Blaaskatheters worden gebruikt om de blaas te ledigen als dit op een andere manier niet mogelijk is of als er een gecontroleerde diurese is gewenst. Het ledigen van de blaas vindt dan plaats door de urine te laten afvloeien via een catheter in plaats van via de normale weg. Het beleid in Nederland is erop gericht de verblijfskatheter frequent te wisselen, waardoor het optreden van complicaties zoveel mogelijk wordt voorkomen. Het verzorgen en zo nodig verwisselen van blaaskatheters zal zoveel mogelijk in de thuissituatie van de patiënt plaatsvinden, maar in de praktijk lijkt dit niet overal op eenduidige wijze georganiseerd te kunnen worden. Verder lijken verschillende knelpunten een brede implementatie in de weg te staan.

In opdracht van ZonMw heeft TNO Preventie en Gezondheid in samenwerking met KITZ daarom een onderzoek uitgevoerd naar de huidige gang van zaken rond blaascatheterisatie in de thuissituatie, belemmerende en bevorderende factoren die optreden bij implementatie en mogelijke oplossingsrichtingen.

*De vraagstellingen van het project luiden:*

1. Wat is de huidige gang van zaken met betrekking tot blaascatheterisatie in de thuissituatie?
2. Welke problemen en knelpunten zijn er die verspreiding van blaascatheterisatie in de thuissituatie belemmeren?
3. Welke oplossingen en mogelijkheden voor verbetering zijn er om verspreiding te bevorderen?

### **Zijn de vraagstellingen van het project beantwoord?**

Samengevat kan worden gesteld dat de vraagstellingen van het project beantwoord zijn.

*Beantwoording van de vraagstellingen*

1. In de praktijk zijn zes verschillende organisatievormen voor catheterisatie thuis aangetroffen, één vorm waarbij zonder hulp door de patiënt gekatheteriseerd wordt, en vijf situaties waarin de patiënt hulp krijgt van huisarts, verpleegkundige of medisch speciaalzaak. Er zijn geen aanwijzingen uit het onderzoek die erop wijzen dat blaascatheterisatie niet uitgevoerd kan worden in de thuissituatie. Wel is gebleken dat de uitvoering van blaascatheterisatie thuis vaak niet probleemloos verloopt. De belangrijkste knelpunten zijn onder doelstelling 2 genoemd.
2. Knelpunten die op basis van literatuuronderzoek en uitgevoerde interviews naar voren zijn gekomen, en die een succesvolle verspreiding van blaascatheterisatie in de thuissituatie belemmeren:

*Vakinhoudelijke knelpunten*

- ▶ Deskundigheid van zorgverleners. Wijkverpleegkundigen en huisartsen zijn onvoldoende deskundig en/of getraind met katheteriseren, tijdens opleidingen is onvoldoende aandacht voor katheteriseren, er is te weinig materiaalkennis bij artsen, verpleegkundigen en apothekers.
- ▶ Consensus t.a.v. catheterisatie thuis. Een gebrek aan consensus over verschillende aspecten van blaascatheterisatie wordt gesignaleerd, wat leidt tot discrepanties tussen eerste- en tweedelijns. Een gebrek aan consensus komt naar voren bij het stellen van indicaties voor thuisbehandeling, juiste keuze en kennis van materiaal, hygiënische richtlijnen en juiste voorlichting.

*Organisatorische knelpunten*

- ▶ Organisatie van zorg. De rol en verantwoordelijkheid van de verschillende actoren zijn onduidelijk. Zorgverzekeraars staan een wisselset vaak niet toe, evenals het uitgeven van kleine aantallen materialen, waardoor onnodig veel kosten gemaakt worden. Teveel catheterisaties vinden nog plaats op de polikliniek of dagbehandeling, waarvoor als redenen worden genoemd dat het ziekenhuis onvoldoende op de hoogte is van de mogelijkheden of er te weinig vertrouwen in heeft.

- ▶ Continuïteit van zorg en communicatie. Een goede overdracht ontbreekt vaak van intramurale naar extramurale situatie, en intramuraal is onvoldoende zicht op de deskundigheid binnen de thuiszorg. Verder verschilt het materiaalgebruik in het ziekenhuis met het gebruik thuis, en sluit niet altijd aan op het assortiment van de apotheker. Tenslotte biedt het (summiere) recept van de huisarts vaak te weinig informatie voor de apotheker om de juiste materialen te leveren.

#### *Knelpunten met betrekking tot financiering*

- ▶ Vergoeding van materiaal. Zorgverzekeraars hanteren beperkingen t.a.v. het verschaffen van materialen en het hebben van een (standaard) voorraad thuis. Verder vergoeden sommige verzekeraars alleen levering door de apotheek, en niet door medische speciaalzaken, of vergoeden ze de noodzakelijke bijbehorende verpleegartikelen niet.
- ▶ Vergoeding van thuiszorg. Aan poliklinische catheterisatie zijn voor de patiënt geen kosten verbonden, aan catheterisatie thuis wel. Verder wordt de verpleegtechnische zorg van medische speciaalzaken niet vergoed.

3. Tijdens de gehouden invitational conference zijn concrete acties bedacht om de knelpunten op te lossen. Een opsomming volgt hieronder (voor uitgebreide informatie wordt verwezen naar het gepubliceerde eindrapport (Tak, Thie & Quak, 2001):

- ▶ Het ontwikkelen van een richtlijn voor blaascatheterisatie thuis
- ▶ Ontwikkelen van instrumenten die de uitvoering van katheteriseren thuis kunnen faciliteren.
- ▶ Aanpassing van bestaande opleidings- en deskundigheidsbevorderingsprogramma's
- ▶ Adequaat overleg tussen verschillende zorgpartijen
- ▶ Ontwikkelen en uitvoeren van een implementatieplan voor blaascatheterisatie thuis.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

De tijdsplanning is aangehouden. Verder werden gedurende het proefimplementatie traject activiteiten ondernomen waarvoor extra financiering nodig was, die niet altijd vooraf begroot was, hiervoor zijn externe financieringsbronnen aangeboord.

#### **Belemmerende en bevorderende factoren**

Zijn niet genoemd tijdens de uitvoering van dit onderzoek. Het betrof een kort onderzoek, om deze reden is besloten dat er geen voortgangsrapportage ingediend hoefde te worden.

### **5.2.4 Intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis**

Intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis is voor een breed scala van infecties veilig en kosteneffectief gebleken. Bovendien heeft thuisbehandeling de voorkeur van de patiënt. Toch is er nog lang geen sprake van landelijke implementatie van thuisbehandeling. Het proces van implementatie kan mogelijk met behulp van gerichte strategieën positief worden beïnvloed en gestroomlijnd. Binnen het programma Thuiszorgtechnologie voert TNO-PG in samenwerking met KITZ een implementatieonderzoek uit, die als doel een landelijke implementatie heeft.

De doelstellingen van het onderzoek luiden:

1. Inzicht 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.

**Zijn de doelstellingen van het project behaald?**

De doelstellingen zijn gedeeltelijk behaald. Uit de proefimplementatie kon niet worden geconcludeerd of de gehanteerde instrumenten succesvol waren. Factoren die niet te controleren zijn zoals bijvoorbeeld reorganisaties, spelen een doorslaggevende rol in het wel of niet slagen van de implementatie. Het daadwerkelijk implementeren moet door de betrokken organisaties zelf worden gedaan en het eenmalig bekend maken, voorlichten en protocollen en producten onder de aandacht brengen is niet genoeg. Juist deze organisaties nemen een afwachtende houding aan, en geven aan dat hun belang bij infusietechnologie laag is. Voor een landelijke implementatie is een langdurig traject noodzakelijk, waarvoor binnen het project van TNO/KITZ geen ruimte was. Doelstelling 3 is dus niet gehaald.

Na de proefimplementatie is besloten om ter afsluiting van het project de stand van zaken rondom intraveneuze toediening van antibiotica thuis te verspreiden onder zorgverzekeraars en beroepsverenigingen.

#### *Uitwerking van de doelstellingen:*

1. Bij de intraveneuze toediening van antibiotica thuis zijn veel verschillende partijen betrokken met diverse en soms tegenstrijdige belangen. Er is sprake van een vrij complexe organisatie die per regio verschilt, en het is een relatief complexe technologie wat betreft vakinhoudelijke eisen van de betrokkenen.  
Er zijn relatief weinig patiënten die in aanmerking komen voor intraveneuze toediening van antibiotica thuis (naar schatting 1400 op jaarbasis waarvan een deel deze zorg al krijgt). Daardoor heeft het onderwerp weinig prioriteit bij artsen maar ook bij zorgverzekeraars. De grootste belemmerende factoren die naar voren komen zijn op vakinhoudelijk, organisatorisch en financieel gebied.
2. Op grond van de analyse van belemmerende en bevorderende factoren worden in het implementatieplan de knelpunten rondom organisatie van zorg en de financiering als eerste aangepakt. Vervolgens komen de vakinhoudelijke factoren aan de orde. De verschillende factoren spelen op verschillende niveau's (micro- macro- en mesoniveau) en het implementatieplan speelt op deze drie niveau's in.  
Per gesignaleerde belemmerende factor wordt een instrument ontwikkeld/gekozen om deze belemmering op te heffen. Middels een proefimplementatie zijn de instrumenten/activiteiten getoetst op hun geschiktheid. Achteraf blijkt, dat niet alle producten in deze proefimplementatie zijn getoetst, zoals aanvankelijk wel de bedoeling was.
3. Zoals hierboven aangegeven is besloten het landelijke implementatietraject niet verder uit te zetten. Ter afsluiting wordt de stand van zaken rondom infusietechnologie verspreid onder verzekeraars en beroepsverenigingen.

#### **Zijn de tijdsplanning en financiële planning aangehouden?**

De tijdsplanning is niet aangehouden; het project zou in 2001 zijn afgerond. Het project is onder andere uitgelopen doordat zich organisatorische problemen voordeden bij de organisaties die deelnamen aan de proefimplementatie en er weinig prioriteit was bij betrokkenen.

Er is geen aanvullende financiering verstrekt, maar na de proefimplementatie is besloten het landelijk implementatietraject niet verder uit te zetten.

#### **Belemmerende en bevorderende factoren van het onderzoek**

Infusietechnologie heeft geen hoge prioriteit bij specialisten en het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor infusietechnologie is klein. Daarbij komt dat samenwerkingsverbanden per regio sterk verschillend zijn wat het zeer moeilijk maakt een landelijke implementatiestrategie te ontwikkelen en uit te voeren. Reorganisaties binnen de regio's van de proefimplementatie belemmerden de voortgang van de (proef)implementatieactiviteiten.

### **5.3 Evaluatie-criteria implementatieprojecten**

Met behulp van de proces-evaluatie werd in de voorgaande paragrafen een beeld gekregen van de uitvoering van de projecten, de doelstellingen en de al dan niet aangehouden planning. In de nu volgende paragraaf worden tussen de projecten en technologieën aan de hand van de volgende criteria beoordeeld:

1. Is er een stappenplan met implementatie-voornemens uitgewerkt?
2. Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden door invoering van de technologie? Eventuele knelpunten zijn hierbij specifiek van

belang, aangezien implementatie vooral gericht moet zijn op aspecten die niet goed verlopen.

3. Is de context waarbinnen de implementatie plaatsvindt, bekend?
4. Is er een duidelijk omschreven doelgroep/gebruikersgroep, en zijn hun belangen en doelen duidelijk?
5. Hoe is de betrokkenheid en inschakeling van gebruikers bij de implementatie?
6. Wordt er voldoende en gevarieerde informatie over de technologie aan de beoogde gebruikers/doelgroepen gegeven, en wordt gezorgd voor voldoende draagvlak bij betrokkenen?
7. Worden de belangen en motivatie van gebruikers/doelgroepen om te veranderen/implementeren ondersteund (door strategieën met beloningen, sancties of andere prikkels)?
8. Wat zijn de ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgverleners?
9. Hoe is de beschikbaarheid van benodigde faciliteiten en materialen gebleken?
10. Is de technologie financieel en organisatorisch geschikt voor implementatie? (o.a. vergoedingsmogelijkheden)
11. Is er een plan voor de toekomst dat is gericht op bestendiging van de technologie? (bijvoorbeeld door continuering van het project of overdracht van het project aan andere organisaties)
12. Wordt de bestendiging van geïmplementeerde resultaten ondersteund door het (laten) vastleggen van financiële en wettelijke of procedurele waarborgen? (faciliteiten, materialen, financiën en vergoedingen)?
13. Hoe is de betrokkenheid van het management bij de implementatie?

De projecten worden in een tabel gepresenteerd waarin de technologieën per evaluatiecriterium een score hebben gekregen (tabel 6)<sup>7</sup>. Door de scores op de criteria te vergelijken, kunnen de sterke en zwakke punten van technologieën geïdentificeerd worden, en kan tevens een uitspraak gedaan worden over technologieën die in meer of mindere mate kansrijk zijn.

Tabel 6: Overzicht van de evaluatie van de technologieën binnen de pilot-projecten

													<b>Implementatieprojecten:</b>
													1. Infusietechnologie
+	+	+	-	+	+/-	-	nvt	nvt	+	-	-		1. Infusietechnologie
Stapplan met implementatievoornemens? Duidelijk beoogde praktijkveranderingen? Context implementatie bekend? Duidelijk omschreven doelgroep? Mate en soort informatieverstrekking + draagvlak? Ondersteuning doelgroep bij implementatie? Ervaringen gebruikers en hulpverleners? Beschikbaarheid van benodigde faciliteiten en materialen? Is implementatie financieel en organisatorisch haalbaar? Voldoende bestendiging van de technologie (+ waarborgen)? Betrokkenheid van het management bij de implementatie?													

<sup>7</sup> De volledige projecttitels van de implementatie projecten staan in bijlage 3.

+	+	+	+	+	+	+	+/-	+	+/-	+	+	2. Tilweg 5b (tilliften)
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+/-	+/-	+	3. Steunkousen
+	+	+	+	+	nvt	nvt	nvt	nvt	+/-	nvt	nvt	4. Blaascatheterisatie

+ = positief beoordeeld, geen knelpunten

+/- = deels positief, deels negatief beoordeeld. Mogelijk enige knelpunten

- = negatief beoordeeld, knelpunten gesignaleerd

? = nog niet te beoordelen

n.v.t.=dit criterium is bij deze technologie niet van toepassing

Hieronder staat een toelichting op tabel 6, waarin de scores op de opgestelde evaluatiecriteria staan weergegeven.

Alhoewel alle vier de technologieën zich volgens de indeling van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie in de implementatiefase bevinden, zijn er wel verschillen in doelstelling van de projecten. De fase waarin de implementatieprojecten infusietechnologie, tilliften en steunkousaantrekkers zich bevinden, is het uitzetten en uitvoeren van een landelijk implementatietraject (dus eigenlijk het dóórvoeren van een technologie). Deze landelijke implementatie is bij het project met betrekking tot blaascatheterisatie nog niet aan de orde. Binnen dit project wordt gekeken hoe blaascatheterisatie het beste landelijk íngevoerd kan worden, door knelpunten te concretiseren die implementatie in de weg zitten, en mogelijkheden te formuleren om deze weg te werken. Dit is de stap vóór het op landelijke schaal ínvoeren van de technologie. Om deze reden zijn niet alle opgestelde evaluatiecriteria van toepassing op blaascatheterisatie.

Bij alle ingediende projectvoorstellen van de uiteindelijk gehonoreerde implementatieprojecten was een stappenplan met implementatie-voornemens aanwezig, en de praktijkveranderingen ten opzichte van de huidige zorg waren helder. Ook de context waarbinnen de implementatie plaatsvindt was duidelijk. De belangen van de doelgroep zijn bij drie technologieën duidelijk in kaart gebracht, maar bij het project infusietechnologie zijn de belangen en doelen van de gebruikers onvoldoende geïnventariseerd. Betrokken beroepsgroepen (medisch specialisten, apothekers, verpleegkundigen) bleken tijdens de proefimplementatie toch geen groot belang te hebben bij de thuisbehandeling met intraveneuze antimicrobiële geneesmiddelen. Mede hierdoor was er minder motivatie om mee te doen aan implementatie. Ook het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor infusietechnologie in de thuissituatie is redelijk klein, een reden dat het onderwerp weinig prioriteit heeft bij artsen en zorgverzekeraars. Tenslotte is het niet voor alle partijen duidelijk wat infusietechnologie in de thuissituatie op financieel gebied precies oplevert.

Tijdens de uitvoering van de implementatieprojecten is gevarieerde informatie over de technologie aan de gebruikers gegeven. Dit gebeurde onder andere via gesprekken, schriftelijk informatiemateriaal, een gebruikersvideo, werkpakketten en workshops.

De ervaringen van gebruikers en/of hulpverleners met de onderzochte technologie zijn divers. Alhoewel tilliften steeds meer gebruikt worden in de thuissituatie, is een aandachtspunt dat tilliften soms (emotionele) weerstand oproepen bij gebruikers en een negatief imago hebben. Ook moet extra aandacht aan de veiligheid van het gebruik van tilliften besteed worden, aangezien gebleken is, dat verkeerd gebruik of verkeerde materialen voor gevaarlijke situaties kunnen zorgen. Cliënten blijken tevreden te zijn over steunkousaantrekkers en ook hulpverleners geven aan dat hun werkwijze verbeterd is in vergelijking met het handmatig aantrekken van steunkousen. Zoals uit eerder onderzoek blijkt, zijn de ervaringen van gebruikers van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis positief, maar de doelgroep voor infusietechnologie is relatief klein is. De ervaringen van gebruikers van blaascatheterisatie zijn niet van toepassing op dit moment voor het project. Wel wordt vermeld dat de kennis van catheterisatie bij zorgverleners vaak gebrekkig of verouderd is.

De beschikbaarheid van de benodigde faciliteiten en materialen tijdens het onderzoek is goed gebleken bij de technologieën tilliften en steunkousaantrekkers. Bij beide andere technologieën is dit criterium niet van toepassing, aangezien men nog niet aan landelijke implementatie begonnen is. De financiële en organisatorische haalbaarheid van de technologie is een belangrijk criterium. De landelijke implementatie van een technologie kan belemmerd worden door financiële of organisatorische problemen. Het streven van het

programma Thuiszorgtechnologie is om deze problemen binnen de looptijd van de implementatieprojecten op te lossen. Een financieel probleem dat naar voren kwam bij het uitvoeren van het project naar steunkousaantrekkers, is dat deze aantrekkers nog steeds niet vergoed worden door verzekeraars. Slechts in enkele gevallen kan een cliënt via een aanvullende verzekering vergoeding krijgen voor de steunkousaantrekkers. In de loop van het project zijn stappen ondernomen om vergoeding volgens de ziekenfondswet te realiseren, maar dit zijn langdurige, bureaucratische trajecten die voor het eind van het project nog niet tot het gewenste resultaat hadden geleid. Cliënten willen vaak zelf niet een dergelijk hulpmiddel aanschaffen, met name niet wanneer dit wordt gepresenteerd als hulpmiddel voor de thuiszorgmedewerker.

## 5.4 Monitoring

De derde doelstelling die centraal staat in de evaluatie van het ZonMw programma Thuiszorgtechnologie is 'het bevorderen van het gebruik van geselecteerde technologieën' (paragraaf 1.3). Om een eventuele toename in het gebruik van de geselecteerde thuiszorgtechnologieën in kaart te brengen is een monitoring opgezet. De monitoring brengt op drie meetmomenten (voormeting in 1999, tussenmeting in 2000 en nameting in 2002) in kaart wat het beleid en gebruik is van thuiszorgorganisaties van de technologieën tilliften, steunkousaantrekkers en intraveneuze toediening van anti-microbiële geneesmiddelen thuis. Uit een eventuele toename in beleid en gebruik van deze technologieën kan direct afgeleid worden in welke mate een technologie kansrijk is.

In deze paragraaf worden enkele resultaten over het gebruik van de geselecteerde technologieën kort besproken. Voor gedetailleerde informatie wordt verwezen naar Leemrijse & Van den Ende, (in voorbereiding).

### **Intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen**

Bij de planning van de monitoring is ervan uitgegaan dat de landelijke implementatie van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis zou zijn afgerond in het najaar van 2001. Zoals besproken in paragraaf 5.2.4. is de landelijke implementatie tot op heden niet ingezet, zodat het inventariseren van de mate waarin intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis plaatsvindt op het moment van deze evaluatie niet zinvol is.

### **Tilliften**

Gedurende de 2,5 jaar die is verstreken tussen de eerste en de derde meting van de monitoring is de mate van beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van het gebruik van tilliften duidelijk toegenomen. Bijna driekwart (32/45) van de 45 thuiszorginstellingen die aan alle drie de metingen van de monitoring hebben deelgenomen zegt in 2002 'redelijk tot veel beleid' te voeren ten aanzien van het gebruik van tilliften. Dat houdt in dat er wordt gewerkt met standaardprocedures voor het gebruik van de tilliften en/of dat er maatregelen zijn genomen om de fysieke belasting in de thuiszorg terug te dringen. In 1999 was dit nog bij 26 van de 45 thuiszorginstellingen het geval (58%).

De thuiszorginstellingen die de producten (video en/of brochure) uit het implementatieproject van Locomotion gebruiken geven minder vaak knelpunten aan die belemmerd werken bij het introduceren van het beleid ten aanzien van tilliften dan de thuiszorginstellingen die deze producten niet gebruiken.

Een toename in beleid ten aanzien van het gebruik van tilliften is een hele goede ontwikkeling maar waar het in de praktijk natuurlijk 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, hebben daadwerkelijk gebruik gemaakt van deze mogelijkheid om extra tilliften aan te schaffen. 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.

De tilliften worden ook vaker ingezet voor cliënten. Terwijl de tillift in 1999 gemiddeld voor 8 cliënten per maand werd gebruikt zeggen de respondenten in 2002 de tillift bij gemiddeld 18 cliënten per maand in te zetten. De thuiszorginstellingen die de video en/of brochure vanuit het implementatieproject gebruiken, zetten vaker een tillift in dan instellingen die dat niet doen.

### **Steunkousaantrekkers**

Ook de mate van beleid ten aanzien van het gebruik van steunkousaantrekkers is gedurende de 2,5 jaar van de monitoring toegenomen. In 1999 werkte nog bijna de helft (18) van de 42 thuiszorginstellingen die steunkousaantrekkers gebruiken geheel zonder richtlijnen of procedures ten aanzien van steunkousaantrekkers, terwijl dit in 2002 nog bij 14% van de thuiszorginstellingen het geval is (6). In totaal hebben nu 32 van de 42 instellingen (77%) die steunkousaantrekkers gebruiken 'redelijk tot veel beleid' ten aanzien van het gebruik ervan, ten opzichte van 15 thuiszorginstellingen (36%) in 1999. Dit wil zeggen dat er gewerkt wordt met een protocol voor de aanschaf en het gebruik van steunkousaantrekkers en dat er een zorgweigeringsprocedure is. In 2002 werkt driekwart van de thuiszorginstellingen met een protocol voor het gebruik van steunkousaantrekkers. In het merendeel van de gevallen (84%) betreft dit bij navraag het protocol dat binnen het project Steun de Steunkous van het iRv is ontwikkeld. De ontwikkeling van richtlijnen en protocollen wordt door thuiszorginstellingen die volgens het protocol van het iRv werken minder vaak als knelpunt in het beleid gezien dan door de instellingen die het protocol niet gebruiken. Het gebruik van steunkousaantrekkers is bij een groot deel van de thuiszorginstellingen (66%) inmiddels verplicht, of wordt in de toekomst verplicht gesteld (13%).

Aan verpleegkundigen en verzorgenden van zes thuiszorginstellingen werd gevraagd het gebruik van steunkousaantrekkers tijdens drie opeenvolgende diensten te registreren. Hieruit blijkt dat het aantal steunkousen dat wordt aangetrokken in 2002 significant hoger is dan in 1999, en dat er relatief gezien ook meer steunkousaantrekkers worden gebruikt. Terwijl in 1999 bij iets meer dan de helft van de gevallen een steunkousaantrekker werd gebruikt, gebeurt dit in 2002 bij ruim driekwart van de gevallen. 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. De verpleegkundigen/verzorgenden van thuiszorginstellingen die het iRv protocol gebruiken, maken gemiddeld meer gebruik van steunkousaantrekkers dan de andere thuiszorginstellingen.

## **5.5 Conclusies en aanbevelingen implementatieprojecten**

Over het algemeen kan worden gesteld dat, met uitzondering van het project met betrekking tot de intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis, de gehonoreerde implementatieprojecten geslaagd zijn en aan hun doelstellingen hebben beantwoord.

De implementatieprojecten waar daadwerkelijke implementatie een doelstelling was hebben meer tijd gekost dan vooraf was ingeschat. Een belangrijke reden hiervoor is dat de snelheid waarmee implementatieactiviteiten kunnen worden uitgevoerd afhankelijk is van het tempo waarmee procedures binnen de betrokken organisaties worden doorlopen. Bij het beoordelen van voorstellen van implementatieprojecten dient hiermee rekening te worden gehouden.

Verder bleek het ontwikkelen van implementatieproducten meer geld te kosten dan vooraf begroot. Het werven van externe financieringsbronnen kost veel tijd en werkt mede daardoor belemmerend op de uitvoering van het project. Bij het honoreren van projectvoorstellen met betrekking tot implementatie van technologieën zal dit in de toekomst een extra aandachtspunt moeten zijn. Mogelijk is het aan te bevelen voor implementatiekosten bij ZonMw een extra financieringsbron beschikbaar te stellen.

Bij de steunkousaantrekkers speelde ook het feit dat de steunkousaantrekkers niet werden vergoed een belemmerende rol en het overleg met overheidspartijen verliep moeizaam. Mogelijk dat ZonMw in de toekomst een ondersteunende rol bij dit soort onderhandelingen zou kunnen spelen (v. Heugten, 2002).

Bij het project naar intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis speelden naast factoren die buiten de controle van het project lagen (reorganisaties, verschillen in regionale organisatie) ook het feit dat het onderwerp weinig prioriteit had bij betrokkenen in het veld een belemmerende rol. Aan de belangen van de verschillende betrokkenen in het geval van een relatief complexe technologie zoals intraveneuze toediening van geneesmiddelen, dient in de toekomst bij de beoordeling van projectvoorstellen wellicht nog meer aandacht te worden besteed.

Voor de projecten met betrekking tot tilliften en steunkousaantrekkers hebben de afspraken die in het kader van het CAT zijn gemaakt een duidelijk stimulerende invloed gehad. Dit benadrukt het belang van afstemming van verschillende activiteiten binnen een zelfde terrein van zorgverlening.

Samenvattend kan gesteld worden dat de technologieën tilliften en steunkousaantrekkers kansrijk zijn. Het project naar blaascatheterisatie bevindt zich eigenlijk in de fase die vooraf gaat aan daadwerkelijke landelijke implementatie. Daarom kunnen de evaluatiecriteria voor implementatieprojecten voor dit project niet worden beoordeeld en kan op dit moment nog geen uitspraak worden gedaan over de mate van kansrijk zijn van blaascatheterisatie thuis.

Uit de monitoring is ook duidelijk gebleken dat het gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers gestegen is tijdens de looptijd van het onderzoek. Wel is het negatieve imago van tilliften een aandachtspunt waar nog veel rekening mee moet worden gehouden. Ook het feit dat steunkousaantrekkers slechts in enkele gevallen vergoed worden, is een belangrijk punt waar aandacht aan besteed moet worden. Inmiddels is wel bekend dat het College voor zorgverzekeringen het advies aan het ministerie heeft uitgebracht om steunkousaantrekkers in de Regeling hulpmiddelen op te nemen (CVZ, 2002). Een positief besluit van de minister in deze zou de implementatie van steunkousaantrekkers verder versterken. De intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis is de enige technologie die kan worden bestempeld als 'niet kansrijk'.



## 6 Evaluatie op programma-niveau

In deze evaluatie staat de vraag centraal of het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie erin is geslaagd om kansrijke technologieën te selecteren. Deze vraag is in de voorgaande hoofdstukken aan de orde gekomen. Daarnaast wordt een korte evaluatie van het programma zelf uitgevoerd. De evaluatie van het verloop van het programma Thuiszorgtechnologie vindt plaats aan de hand van het Stake-model voor programma-evaluatie (Stake 1967, Sluijs et al 1998). In de programma-evaluatie wordt het geplande programma (theorie) vergeleken met het gerealiseerde programma (empirie). De methode van de programma-evaluatie is in hoofdstuk 2 beschreven.

### 6.1 Geplande middelen versus daadwerkelijk gerealiseerde middelen

#### 6.1.1 *Organisatiestructuur*

De belangstelling voor het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie nam in de tweede ronde af. Uit de eerste evaluatie in 2000 bleek dat een belangrijke oorzaak hiervoor was dat de structuur<sup>8</sup> van het programma onduidelijk werd gevonden door potentiële projectindieners.

Op basis van deze bevindingen heeft de werkgroep besloten het oorspronkelijke (theoretische) model om te zetten in een meer toepassingsgericht en praktisch model. Hierbij wordt in de nieuwe programmaronde (2001/2002) de programmastructuur niet meer opgehangen aan ontwikkelingsfasen maar worden slechts soorten projecten binnen het programma onderscheiden, namelijk: pilotprojecten, richtlijnontwikkelingsprojecten, evaluatieprojecten en implementatieprojecten.

Of de wijziging in de structuur van het programma het gewenste effect heeft op onder andere het aantal projectvoorstellen dat wordt ingediend is op dit moment nog niet te beoordelen omdat de nieuwe programmaronde pas recent is opgestart.

Bij aanvang van het programma is de werkgroep Thuiszorg aangesteld. Zoals uit de vergaderverslagen blijkt, had de werkgroep Thuiszorg gedurende enkele maanden te weinig leden, waardoor het nemen van beslissingen soms uitgesteld moest worden. Ook heeft de werkgroep drie verschillende programmasecretarissen gekend. Mogelijk verklaart dit ook een deel van de vertraging die het programma heeft opgelopen. Tijdens deze periode heeft de werkgroep gezocht naar werkgroepleden, en is op dit moment uitgebreid met een aantal leden.

#### 6.1.2 *Samenwerking*

Het programma Thuiszorgtechnologie heeft te maken met een aantal organisaties waarmee wordt samengewerkt of die het programma aan- of bijsturen, waaronder het Transferpunt

---

<sup>8</sup> In de oorspronkelijke structuur van het programma werd de levenscyclus van een technologie als ordenend principe gehanteerd voor programmering en prioritering van projecten. Oorspronkelijk werden binnen deze levenscyclus vier ontwikkelingsfasen onderscheiden: experiment, beproeving, verspreiding en gebruik, waarbij het idee was dat een bepaalde technologie de levenscyclus volgt in de tijd (Thuiszorgtechnologie: programma, 1998).

Thuiszorgtechnologie (TTT). Het Transferpunt ThuiszorgTechnologie (TTT) is in 1995 opgericht om de kennis over en de toepassing van thuiszorgtechnologie te bevorderen. Het transferpunt kreeg als opdracht de resultaten die uit het programma Thuiszorgtechnologie komen zo breed mogelijk te verspreiden, onder andere door een internetsite te ontwikkelen over het programma en de projecten daarbinnen.

Zoals blijkt uit de vergaderverslagen van de werkgroep en een briefwisseling tussen de werkgroep en het KITTZ is gedurende de loop van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie geleidelijk aan een verschil ontstaan tussen het KITTZ en de werkgroep Thuiszorg in visie en aanpak over het verspreiden en implementeren van de projectresultaten. In April 2002 is KITTZ gestopt met de activiteiten van het TTT ten behoeve van het programma Thuiszorgtechnologie.

In juli 2002 heeft de werkgroep Thuiszorg met het TTT besloten om de verspreiding en implementatie van de projectresultaten voortaan op projectniveau uit te gaan voeren. De verwachting is dat het uitwerken van de implementatieactiviteiten op projectniveau een actievere en doelgerichtere overdracht van projectgegevens mogelijk maakt. Op dit moment is nog niet in te schatten wat de effecten zijn van deze nieuwe aanpak.

### **6.1.3 Looptijd van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie**

Het programma Thuiszorgtechnologie zou oorspronkelijk een periode van vijf jaar beslaan (1997-2001). Al voor aanvang van het programma bleek dat het te laat was om nog in 1997 nieuwe projecten te werven. Om deze reden is een deel van het budget overgeheveld naar 2001. Tijdens de uitvoering van het programma bleek dat het uitvoeren van de projecten meer tijd kostte dan gepland was (zie ook hoofdstukken 3 t/m 5) en konden in 2000 en 2001 geen nieuwe programmarondes gestart worden. De projecten van de rondes 1998 en 1999 waren nog niet afgerond en de begeleiding van deze projecten vergde al veel tijd van de werkgroep. Daarom is het programma verlengd en worden ook in 2002 en 2003 nog nieuwe projecten opgestart. Daarnaast speelde de onderbezetting van de werkgroep een vertragende rol en hebben de wijzigingen in de programma structuur die naar aanleiding van de evaluatie zijn doorgevoerd, enige vertraging in de uitvoer van het programma tot gevolg gehad (zie paragraaf 6.1.1.).

### **6.1.4 Financiën van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie**

In het programma Thuiszorgtechnologie is de inzet van financiële middelen nauwkeurig gepland. Voor de uitvoering van het programma is een bedrag van bijna € 5,5 miljoen door het College van Zorgverzekeringen beschikbaar gesteld. Na de eerste programmarondes in 1998 en 1999 is gebleken dat van het oorspronkelijke budget nog meer dan de helft over is (nog € 2,3 miljoen van in totaal € 5,5 miljoen). Dit komt hoofdzakelijk door de uitloop van de projecten in de eerste twee programmarondes.

De werkgroep heeft daarom in 2001 besloten een nieuwe programmaronde te starten (programmaronde 2001/2002) waarvoor een bedrag van € 1,8 miljoen is begroot. Het resterende bedrag van de in totaal overgebleven € 2,3 miljoen wordt besteed aan activiteiten die voortkomen uit het programma Thuiszorgtechnologie van 1997 tot 2001 (uit de vergaderverslagen wordt niet duidelijk om welke activiteiten het daarbij precies zal gaan).

In enkele gevallen is tijdens het uitvoeren van projecten aanvullende financiering gevraagd boven op het goedgekeurde budget. Vaak waren activiteiten als werkconferenties of

presentaties niet meegenomen in de oorspronkelijke begroting. Door de werkgroep werd getracht de aanvullende financiering zo gering mogelijk te houden door suggesties te doen voor bijvoorbeeld interne financiering of het heffen van entree voor bezoekers van georganiseerde activiteiten.

## **6.2 Ingeschatte condities versus in de praktijk opgetreden condities**

Om volgens het model van Stake de ingeschatte condities met de opgetreden condities te vergelijken, moet de volgende vraag beantwoord worden: 'Welke condities belemmeren of bevorderen het functioneren van het programma Thuiszorgtechnologie en in hoeverre heeft men daar bij de start en in de loop van het project op geanticipeerd?' Bij deze tussen-evaluatie zal gekeken worden naar de externe condities die zijn opgetreden tijdens het programma. Deze ontwikkelingen kunnen zowel bevorderend als belemmerend werken op het programma. Enkele belangrijkste externe ontwikkelingen die opgetreden zijn tijdens het programma Thuiszorgtechnologie zijn hieronder weergegeven.

### **6.2.1 *Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT)***

Een belangrijke externe ontwikkeling die opgetreden is tijdens het programma Thuiszorgtechnologie is het Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg (CAT), dat in 1999 door de staatssecretarissen van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en sociale partners in de thuiszorg ondertekend is. Het CAT heeft als doel concrete afspraken te maken over een gezamenlijke aanpak van de lichamelijke belasting, de werkdruk en de reïntegratie van arbeidsgehandicapte werknemers in de thuiszorg. Binnen het Convenant zijn zogenaamde Groene Praktijkregels opgesteld door TNO Arbeid. Dit zijn normen/richtlijnen voor lichamelijke belasting om schade en klachten aan nek, rug, armen en benen te voorkomen. Het CAT heeft er voor gezorgd dat het terugdringen van fysieke belasting hoog op de agenda van de betrokkenen staat. Het is de bedoeling dat elke instelling voor thuiszorg een plan van aanpak opstelt, waarin de invoering van deze praktijkregels binnen vijf jaar is opgenomen. Zowel de Groene Praktijkregels als een deel van de technologieën binnen het programma Thuiszorgtechnologie hebben als doelstelling het werk van verplegenden en verzorgenden te verlichten en kunnen elkaar dus wederzijds versterken. In de implementatieprojecten met betrekking tot de tilliften en de steunkousaantrekkers hebben de afspraken die in het kader van het CAT zijn gemaakt zeker een bevorderende invloed gehad en dragen er toe bij dat de technologieën ook na de uitvoer van de projecten gebruikt zullen worden.

### **6.2.2 *Productie-afspraken***

In het nieuwe financieringssysteem van de thuiszorg dat in 2000 is ingevoerd, maken thuiszorginstellingen afspraken met het zorgkantoor over de te leveren productie per jaar. De instellingen worden gefinancierd op basis van deze productie-afspraken, waarbij productie wordt weergegeven door de tijd die bij de patiënt zelf wordt doorgebracht. Bij het gebruik van thuiszorgtechnologie is echter gemiddeld 8 uur nodig om alles goed te regelen voordat de zorg daadwerkelijk gestart kan worden. Deze uren komen vaak niet voor vergoeding in aanmerking, wat ook geldt voor de uren die nodig zijn voor het voorbereiden van projecten waardoor verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn mogelijk wordt gemaakt (protocolontwikkeling, ontwikkelen van nieuwe procedures, opleiding en PR). De 'extra' uren komen dus voor rekening van de thuiszorg en dit zou voor thuiszorginstellingen een reden kunnen zijn om terughoudend te zijn met het gebruik van thuiszorgtechnologie. Zodoende kan dit nieuwe systeem mogelijk belemmerend werken voor het programma Thuiszorgtechnologie.



### 6.2.3 *Terugloop belangstelling programma*

Naar aanleiding van de terugloop in belangstelling bij de programmaronde 1999 zijn in de evaluatie van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie 2000 enkele aandachtspunten geformuleerd voor het vervolg van het programma. Deze aandachtspunten hadden betrekking op de structuur van het programma en op de wens tot samenwerking en afstemming tussen thuiszorginstellingen, patiëntenverenigingen en onderzoeksinstellingen bij zowel de uitvoering van projecten, als bij het vaststellen van technologieën die geprioriteerd dienen te worden. Daarnaast werd het accentueren van implementatieprojecten (daadwerkelijk gericht op de implementatie van technologieën bij thuiszorginstellingen en/of patiënten) en doelmatigheids- en effectiviteitsonderzoek relevant geacht (paragraaf 1.3; Dane et al., 2001; ZonMw 2002).

Naar aanleiding van deze aandachtspunten zijn door de werkgroep een aantal stappen ondernomen.

- 1) De structuur van het programma en de projectindeling daarbinnen is gewijzigd, wat in paragraaf 6.1.1. reeds werd beschreven. Tevens werd de programmatekst van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie herschreven en verduidelijkt.
- 2) De prioriteiten voor het programma werden in 1999 vastgesteld aan de hand van een prioriteringsmatrix. In deze matrix is per onderwerp de ontwikkelingsfase van een technologie aangegeven. De onderwerpen werden gekozen op basis van relevante literatuur en documenten. Naast deze matrix werd gebruik gemaakt van factsheets (Zon, 1999).

In 2002 is voor wat betreft de pilotprojecten een bottom-up programmering aan de orde en de onderwerpen daarvoor worden vanuit het veld zelf aangedragen. Aan de hand van de verzamelde ideeën en vooraanmeldingen stelt de werkgroep prioriteiten op basis van de programmadoelstelling. Om potentiële projectindieners beter te bereiken zijn verschillende activiteiten ingezet:

- de oproep tot vooraanmeldingen komen in Mediator en in andere vaktijdschriften;
- er worden brainstormsessies en/of invitational conferences georganiseerd om actief nieuwe ideeën te genereren;
- eventueel wordt een makelaar ingezet om verschillende organisaties (onderzoeksinstellingen, thuiszorgorganisaties) met elkaar in contact te brengen zodat een gezamenlijk voorstel kan worden ingediend.

Voor wat betreft de prioritering in het kader van de top-down programmering wordt door de werkgroep wederom de eerder genoemde matrix gebruikt, maar daarnaast worden in 2002 een aantal andere instrumenten ingezet:

- Er wordt gekeken naar de resultaten van de pilotprojecten die reeds binnen het programma Thuiszorgtechnologie zijn uitgevoerd en in hoeverre deze onderwerpen een vervolgprioriteit moeten krijgen.
- In de nieuwe ronde wordt meer aandacht gegeven aan onderwerpen met betrekking tot patiënt en mantelzorg en infrastructuur, aangezien in de eerste ronde vooral onderwerpen met betrekking tot substitutie van zorg en verlichting van het werk van verpleegkundigen en verzorgenden aan de orde zijn geweest. Voor de selectie van relevante onderwerpen met betrekking tot patiënt en mantelzorg is contact gezocht met de NPCF.

- Bij het TTT is nagegaan of er ideeën in het veld zijn die aandacht moeten krijgen en ditzelfde werd gedaan bij de werkgroepleden.
- Er is gekeken naar verwante programma's binnen ZonMw, enerzijds om bepaalde onderwerpen extra te stimuleren door hier vanuit verschillende programma's aandacht aan te besteden en anderzijds om onderwerpen te stimuleren die anders geen prioriteit zouden krijgen.

In het programma Thuiszorgtechnologie 2001-2004 Prioriteiten 2001-2002 (febr. 2002) zijn de volgende projecten/technologieën geprioriteerd:

Soort project	Geprioriteerde technologieën	Programmering
Pilotproject	1. Sleutelbeheer 2. Oogdruppelaars 3. Nader te bepalen projecten via bottom up werving	1. Bottom up 2. Bottom up 3. Bottom up
Evaluatieproject	1. Effectiviteitsanalyse ruggordels 2. praktijkanalyse gebruik van CPAP	Top down
Implementatie-project	1. Beslismodel Infuuspompen 2. Kwaliteitsborging hulpmiddelen 3. Transferhulpmiddelen	Top down
Overige projecten	Inventarisatie van knelpunten rondom thuiszorgtechnologie	-

Op dit moment kan nog niet worden ingeschat wat het effect van bovengenoemde veranderingen en extra activiteiten is op bijv. de belangstelling voor het programma en het aantal vooraanmeldingen.

### 6.3 Beoogde resultaten versus de feitelijke resultaten

In de evaluatie 2002 komen de resultaten van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie met name aan de orde vanuit de project-evaluatie waarmee wordt beoordeeld of de werkgroep erin is geslaagd technologieën te selecteren die kansrijk zijn in de praktijk. Dit wordt besproken in de hoofdstukken 3 t/m 5.

Daarnaast is het de bedoeling dat de technologieën binnen het programma Thuiszorgtechnologie technologieën betrekking hebben op een van de drie thema's, te weten substitutie van intramurale naar extramurale zorg, verlichting van het werk van verplegenden en verzorgenden en ondersteuning van de mantelzorg of het versterken van de onafhankelijkheid van patiënten.

In het programma Thuiszorgtechnologie zijn tot nu toe 8 projecten gehonoreerd die betrekking hebben op technologieën die substitutie van intramurale door extramurale zorg opleveren, 7 projecten die zich richten op technologieën die het werk van verpleegkundigen en verzorgenden verlichten en 7 projecten die betrekking hebben op een technologie die de zelfstandigheid van de patiënt kunnen vergroten. Alle drie de onderwerpen zijn dus goed aan bod gekomen, met uitzondering misschien van het ondersteunen van de mantelzorg.

Zoals reeds vermeld wordt in de nieuwe ronde (2001-2002) meer aandacht gegeven aan onderwerpen met betrekking tot de patiënt en mantelzorg en infrastructuur.

De werkgroep Thuiszorg is ook betrokken bij de bekendmaking en verspreiding van de resultaten uit de afgeronde projecten. Voor het programma Thuiszorgtechnologie is een communicatie/implementatieplan opgesteld met als doel de bekendheid van het programma te vergroten en een brede verspreiding van projectresultaten. De werkgroep vraagt projectleiders artikelen te schrijven, presentaties te houden of deel te nemen aan projectleidersbijeenkomsten. De resultaten van het programma werden verder verspreid middels een Innovatiefestival, een Zon marktdag, een brochure over het programma Thuiszorgtechnologie in de praktijk, een periodiek katern in het tijdschrift Nursing, een brainstormsessie informatievoorziening in samenwerking met stoom en via een samenwerking met het TTT.

Door projectindieners werd naar voren gebracht dat projectresultaten soms pas na zes maanden beschikbaar waren op de internetsite van het TTT. De periode tussen het indienen van een eindrapport door de projectuitvoerders en het vrijgeven van de resultaten door de werkgroep bedraagt gemiddeld zes maanden. Het is aan te bevelen te kijken of deze periode kan worden verkort, zodat resultaten snel verspreid kunnen worden na de uitvoering van een project.

Voor de komende jaren staat de verspreiding van de resultaten van de tot nu afgeronde en succesvolle projecten op de agenda, waarbij thuiszorginstellingen actief en persoonlijk zullen worden geïnformeerd en worden gestimuleerd om de betreffende technologieën zelf te gaan gebruiken (ZonMw, 2002).



## 7 Samenvatting en conclusies

In deze evaluatie 2002 van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie staat de vraag centraal of het programma erin is geslaagd om technologieën te selecteren die kansrijk zijn in de praktijk. Binnen het programma Thuiszorgtechnologie zijn projecten gehonoreerd die betrekking hebben op een bepaalde technologie die mogelijk thuis kan worden ingezet. Deze projecten moeten de uiteindelijke implementatie van de geselecteerde technologie bewerkstelligen.

Om de vraag te beantwoorden of de geselecteerde technologieën nu wel of niet kansrijk zijn in de praktijk is gekozen voor een tweetraps benadering (zie hoofdstuk 2). Allereerst wordt middels een proces-evaluatie gekeken naar de uitvoering van het *project* zelf (tijdsplanning en financiële planning) en de resultaten ervan (in hoeverre zijn de gestelde doelstellingen ook daadwerkelijk behaald). Ook werden de factoren die het project eventueel hebben bevorderd of belemmerd in kaart gebracht. Daarnaast wordt de *technologie* die centraal staat in het project geëvalueerd aan de hand van een aantal criteria. Door de resultaten van de project-evaluatie en de evaluatie van de technologie aan de hand van criteria te combineren, wordt een uitspraak gedaan over de mate van kansrijk zijn van een technologie.

Voor de drie technologieën die zich in de implementatiefase bevinden (tilliften, steunkousaan-trekkers en intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis) is tevens een monitoring uitgevoerd. In deze monitoring wordt gekeken hoe het beleid ten aanzien van de geselecteerde technologieën en het gebruik ervan binnen de thuiszorg zich ontwikkelt (Leemrijse & van den Ende, in voorbereiding). Een eventuele toename in beleid en gebruik wordt meegenomen in de beoordeling van de mate van kansrijk zijn van een technologie.

### Pilotprojecten

In de programmarondes van 1998 en 1999 werden 9 pilotprojecten gehonoreerd, met betrekking tot de volgende technologieën: Transferhulpmiddelen (KITTZ); Ruggordels (EUR); Zelfstandig gebruik van tilliften (NIVEL, APCP); Opzithulpmiddel 'Betty' (United Care); Valdetector (iRv); Thuismanagement antistolling (AMC); Badkamersysteem 'Klikklak' (LOCOfmotion); Hoog/laag bedden (LOCOfmotion) en TENS neurostimulatie (VU). De vier laatstgenoemde projecten waren ten tijde van deze evaluatie nog niet afgerond. Daarom kunnen alleen uitspraken worden gedaan over de 5 pilotprojecten met betrekking tot Transferhulpmiddelen, Ruggordels, Tilliften, Antistolling en TENS.

### Proces-evaluatie

Over het algemeen kan worden gesteld dat de pilot-projecten geslaagde projecten zijn die de door hun gestelde vraagstellingen beantwoorden. Bij het project naar het zelfstandig gebruik van tilliften en het project naar het gebruik van de valdetector konden de vraagstellingen niet helemaal volledig worden beantwoord doordat de onderzoeksgroep te klein was. Ook bij het (nog in uitvoering zijnde) project naar het gebruik van TENS bij patiënten met Alzheimer speelt de tegenvallende omvang van de onderzoeksgroep een belemmerende rol.

Het is een bekend probleem bij onderzoeksprojecten dat de instroom van patiënten in de praktijk lager blijkt te zijn dan van tevoren werd ingeschat. Bij de beoordeling van onderzoeksvoorstellen moet in de toekomst wellicht meer aandacht worden besteed aan dit aspect. Door de indieners van een onderzoeksvoorstel moet een goed onderbouwde schatting van het

verwachte aantal patiënten worden gegeven waarin expliciet rekening wordt gehouden met uitval van deelnemers tijdens een project. Met name pilotprojecten worden vaak relatief kleinschalig opgezet waarbij de in- en exclusiecriteria van deelnemers soms nog moeten worden opgesteld of verfijnd. Om deze redenen is de kans op uitval van deelnemers tijdens het onderzoek relatief groot. Niet alleen voorafgaand maar ook tijdens de uitvoering van het project is het goed de patiënteninstroom te blijven monitoren en eventuele maatregelen te nemen indien de onderzoeksgroep te klein dreigt te worden. Een goede analyse van de reden van het tegenvallend aantal deelnemers is daarbij van belang, omdat dit relevante informatie kan opleveren voor de latere implementatie(kansen) van de betreffende technologie.

Een tweede opvallend punt uit de evaluatie van de pilotprojecten is dat de tijdsplanning van de projecten niet altijd wordt gehaald. Ook hierbij speelt de vertraagde instroom van cliënten in het onderzoek een rol (valdetector, TENS) maar er zijn ook andere, zeer uiteenlopende oorzaken aan te geven (aanscherpen van ISO-normen, medisch ethische commissie, zwangerschapsverlof). Door deze diversiteit aan oorzaken is het niet mogelijk hier algemene oplossingen voor aan te dragen of gerichte aanbevelingen te doen. De tijdsplanning moet in ieder geval een duidelijk aandachtspunt blijven bij de beoordeling van onderzoeksvorstellen.

#### *Beoordeling aan de hand van criteria*

Bij de meeste technologieën is duidelijk wat de uiteindelijke doelgroep is voor het gebruik van een bepaalde technologie en zijn de beoogde praktijkveranderingen duidelijk en relevant. Met betrekking tot het gebruik van ruggordels zijn vraagtekens bij de relevantie te plaatsen aangezien wetenschappelijk onderzoek geen uitsluitsel geeft over de effectiviteit van ruggordels als secundaire preventie.

Ten tijde van de uitvoering van de pilotprojecten is de vergoeding van technologieën vaak een (potentieel) knelpunt. Zo valt de vergoeding van kleine transferhulpmiddelen (vooralsnog) niet onder de gewone financieringsregelingen, al worden deze incidenteel al wel vergoed. Bij het opzithulpmiddel 'Betty' is het vooralsnog onduidelijk of de vergoeding via de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) of door de ziekenfondsinstellingen moet plaatsvinden en in het pilotproject 'Klikklak' worden nog niet alle onderdelen van de modules vergoed. Op zichzelf is dit logisch aangezien in pilotprojecten vaak nieuw in te voeren technologieën centraal staan, die op dat moment grotendeels nog niet op de markt zijn of verder getest moeten worden. Het is echter aan te bevelen om in het geval van positieve ervaringen met een technologie, reeds tijdens de uitvoering van het pilot-project stappen richting overheid te nemen om vergoeding van de betreffende technologie te realiseren. Gezien het feit dat dit vaak langdurige trajecten zijn, kan ZonMw hierbij wellicht een ondersteunende rol spelen.

De randvoorwaarden voor het gebruik blijven bij iedere nieuwe technologie aandacht verdienen. De onderzochte technologieën nemen vaak relatief veel ruimte van de meestal kleine leefruimte van de cliënt in beslag en dit kan een reden zijn om geen gebruik te willen of kunnen maken van een technologie of hulpmiddel. In de toekomst zou expliciet aandacht moeten worden besteed aan technologieën die ook dit ruimte-aspect meenemen.

Een van de belangrijkste indicatoren tenslotte voor een geslaagde implementatie is de ervaring van gebruikers met de technologie. In het project naar ruggordels is gebleken dat een aantal deelnemers de geteste ruggordels bij het zitten niet prettig vond. Wat betreft de valdetector zijn de ervaringen van de gebruikers slecht, aangezien er een hoog aantal valse alarmen werd gegenereerd. Het merendeel van de deelnemers aan het pilot project is

daardoor voortijdig gestopt met het dragen van de valdetector. Ook het zelfstandig gebruik van tilliften kent nog wel wat problemen. Zo is er bij 18% van de deelnemers van het pilotproject wel eens iets fout gegaan. Soms lag de oorzaak van het incident bij de tillift zelf (een breuk in de lift of een scheur in de tilband) maar ook bij de gebruikers wanneer bijvoorbeeld de haken van de tilband niet goed werden bevestigd of te vroeg werden losgemaakt. Een goede instructie en begeleiding bij de installatie en tijdens het gebruik van de tilliften is noodzakelijk.

### *Conclusie pilot-projecten*

Naar aanleiding van de project-evaluatie en de evaluatie van de technologieën aan de hand van criteria, kan worden gesteld dat de technologieën transferhulpmiddelen, ruggordels en het opzithulpmiddel Betty kansrijk kunnen worden genoemd, onder voorwaarde dat de financiën in de toekomst geregeld gaan worden. De valdetector is duidelijk niet kansrijk. De valdetector zelf blijkt niet goed te werken en de beoogde doelgroep geeft de voorkeur aan een andere vorm van alarmering. De tillift voor zelfstandig gebruik is een technologie die extra aandacht behoeft, aangezien het zelfstandig gebruik van tilliften gepaard gaat met instructies en regels die strikt opgevolgd moeten worden voor veilig en verantwoord gebruik. Wanneer een goede begeleiding vóór en tijdens het zelfstandig gebruik van tilliften op een of andere manier gewaarborgd kan worden zodat het gebruik ervan veilig is, kan ook deze technologie kansrijk worden genoemd.

### **Evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten**

De vier evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten die in de programmarondes 1998 en 1999 gehonoreerd zijn, (Fototherapie (ExTra), Bloedtransfusie thuis (ExTra + AZM), Vernevelaars (TNO-PG + KITZ) en (Par)enterale voeding (LUMC (RET, TNO-PG + KITZ))), zijn ten tijde van deze evaluatie 2002 nog niet afgerond. De projecten naar het gebruik van vernevelaars in de thuissituatie en de thuisbehandeling met (par)enterale voeding bevinden zich in de eindfase. Zoals het zich laat aanzien zullen beide projecten aan de gestelde doelstellingen beantwoorden, maar hierover kan zonder eindproducten op papier nog geen exacte uitspraak worden gedaan. Het project naar vernevelaars is iets vertraagd en het project naar enterale en parenterale voeding thuis loopt op schema. De evaluatieprojecten met betrekking tot fototherapie en bloedtransfusie thuis lopen vertraging op doordat het moeilijk is projectmedewerkers te vinden.

De technologieën kunnen bij deze evaluatie 2002 (voortgang ZonMw-programma Thuiszorg-technologie t/m mei 2002) nog niet worden beoordeeld aan de hand van evaluatie-criteria.

### **Implementatieprojecten**

In de programmaronde 1998 zijn drie implementatieprojecten gehonoreerd, nl. de projecten met betrekking tot het gebruik van tilliften thuis door verpleegkundigen en verzorgenden (LOComotion), het gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen en verzorgenden (iRv) en de Intraveneuze toediening van anti-microbiële geneesmiddelen in de thuissituatie (TNO-PG en KITZ). In 1999 is een onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren van blaascatheterisatie (TNO-PG + KITZ) in de thuissituatie gestart. Het project naar intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis (infusietechnologie) is het enige implementatieproject dat ten tijde van deze evaluatie 2002 nog niet is afgerond.

### *Proces-evaluatie*

Over het algemeen kan worden gesteld dat, met uitzondering van het project met betrekking tot de intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis, de gehonoreerde implementatieprojecten geslaagd zijn en aan hun doelstellingen hebben beantwoord. De implementatieprojecten van de tilliften, steunkousaantrekkers en de intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis hebben langer geduurd dan vooraf was ingeschat. Dit heeft te maken met het feit dat de snelheid waarmee implementatieactiviteiten kunnen worden uitgevoerd mede afhankelijk is van de snelheid waarmee verschillende procedures binnen de betrokken organisaties worden doorlopen. Bij het beoordelen van voorstellen voor implementatieprojecten dient hiermee rekening te worden gehouden.

Een ander punt dat bij de evaluatie van de implementatieprojecten naar voren kwam is dat het ontwikkelen van implementatieproducten vaak meer geld kost dan vooraf wordt begroot. Hierdoor is het noodzakelijk externe financieringsbronnen te werven, wat zeer tijdrovend is en daardoor belemmerend kan werken op de uitvoering van het project. Bij het honoreren van projectvoorstellen met betrekking tot implementatie van technologieën zal dit in de toekomst een extra aandachtspunt moeten zijn. Mogelijk is het aan te bevelen voor implementatiekosten bij ZonMw een extra financieringsbron beschikbaar te stellen.

Het feit dat steunkousaantrekkers niet worden vergoed werkte belemmerend op de uitvoering van het project van het iRv en het overleg met overheidspartijen om financiering geregeld te krijgen verliep moeizaam. Mogelijk dat ZonMw in de toekomst een ondersteunende rol bij dit soort onderhandelingen zou kunnen spelen (v. Heugten, 2002).

Bij het project naar intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis speelde naast factoren die buiten de controle van het project lagen (re-organisaties, verschillen in regionale organisatie) ook het feit dat het onderwerp weinig prioriteit had bij betrokkenen in het veld (medisch specialisten, apothekers, verpleegkundigen) een belemmerende rol. Zeker in het geval van een relatief complexe technologie zoals intraveneuze toediening van geneesmiddelen, dient in de toekomst bij de beoordeling van projectvoorstellen wellicht nog meer aandacht te worden besteed aan de belangen van de verschillende betrokkenen.

#### *Beoordeling aan de hand van criteria*

Bij alle gehonoreerde implementatieprojecten was er sprake van een stappenplan met implementatie-voornemens waarbij heldere praktijkveranderingen werden nagestreefd. De belangen van de doelgroep zijn bij drie van de vier technologieën duidelijk in kaart gebracht, maar zoals reeds bij de proces-evaluatie naar voren kwam zijn de belangen en doelen van de gebruikers bij het project naar infusietechnologie thuis onvoldoende geïnventariseerd. Het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen in de thuissituatie is redelijk klein, wat mogelijk mede verklaart waarom het onderwerp weinig prioriteit heeft bij artsen en zorgverzekeraars.

Een van de belangrijkste indicatoren voor een kansrijke technologie is natuurlijk de ervaring van gebruikers. Tilliften worden steeds meer toegepast in de thuiszorg, maar roepen bij gebruikers soms (emotionele) weerstand op. Een verkeerd gebruik van de tillift kan bovendien voor gevaarlijke situaties zorgen. De veiligheid van deze technologie moet een voortdurend aandachtspunt blijven bij de verdere implementatie van deze technologie. Wat betreft het gebruik van steunkousaantrekkers zijn cliënten hierover zeer tevreden en ook hulpverleners zijn van mening dat hun werkhouding bij het aantrekken van steunkousen door dit hulpmiddel is verbeterd. De ervaringen met betrekking tot de intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis en blaascatheterisatie kunnen aan de hand van de uitgevoerde projecten niet worden beoordeeld.

#### *Monitoring*

Omdat de landelijke implementatie van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis op dit moment nog niet is ingezet, zijn alleen de resultaten met betrekking tot het gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers in het kader van deze evaluatie van belang.

Gedurende de 2,5 jaar van de monitoring is het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van het gebruik van tilliften duidelijk verbeterd. Bijna driekwart van de 45 thuiszorginstellingen die aan alle metingen van de monitoring deelnamen, werken inmiddels

met standaardprocedures voor het gebruik van de tilliften en/of hebben maatregelen genomen om de fysieke belasting in de thuiszorg terug te dringen. In 1999 was dit nog bij 26 van de 45 thuiszorginstellingen het geval (58%). Negentig procent van de thuiszorginstellingen heeft via de landelijke subsidieregeling extra tilliften aangeschaft en zegt inmiddels over voldoende tilliften te beschikken, terwijl in 1999 slechts 23 van de 45 instellingen tevreden waren over het aantal tilliften. De thuiszorginstellingen beschikken gemiddeld over 35 tilliften in 2002 tegenover een gemiddeld aantal van 21 in 1999. In 2002 wordt de tillift bij gemiddeld 18 cliënten per maand ingezet tegen gemiddeld 8 cliënten per maand in 1999, dus ook het gebruik is toegenomen.

Een zelfde ontwikkeling is te zien in het beleid en het gebruik van steunkousaantrekkers. In 2002 werkt circa driekwart van de instellingen met een protocol voor de aanschaf en het gebruik van steunkousaantrekkers en hanteert een zorgweigeringsprocedure (32/42), terwijl in 1999 niet meer dan 36% van de instellingen hiermee werkten. In 2002 wordt ruim driekwart van de steunkousen aangetrokken met behulp van een steunkousaantrekker, terwijl dit in 1999 bij iets meer dan de helft van de steunkousen het geval was.

#### *Conclusie implementatie-projecten*

Samenvattend kan gesteld worden dat de technologieën tilliften en steunkousaantrekkers kansrijk zijn, zoals zowel uit de projectevaluatie als de monitoring naar het beleid en het gebruik van deze technologieën naar voren kwam. Wel is het negatieve imago van tilliften een aandachtspunt waar nog rekening mee moet worden gehouden. Ook het feit dat steunkousaantrekkers slechts in enkele gevallen vergoed worden, is een belangrijk punt waar aandacht aan besteed moet worden. Inmiddels is wel bekend dat het College voor zorgverzekeringen het advies aan het ministerie heeft uitgebracht om steunkousaantrekkers in de Regeling hulpmiddelen op te nemen (CVZ, 2002). Een positief besluit van de minister in deze zou de implementatie van steunkousaantrekkers verder versterken.

Omdat het project naar blaascatheterisatie thuis zich eigenlijk in de fase voorafgaand aan daadwerkelijke implementatie bevindt, is op dit moment nog geen oordeel te geven over de mate van kansrijk zijn van deze technologie. De intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis is de enige technologie die kan worden bestempeld als 'niet kansrijk'.

#### **Programma evaluatie**

Het programma Thuiszorgtechnologie zou oorspronkelijk een periode van vijf jaar beslaan (1997-2001) maar is om verschillende redenen verlengd. Na de eerste programmarondes was het grootste deel van het oorspronkelijke budget nog over en ook in 2002 en 2003 worden daarom nieuwe projecten opgestart.

Na de eerste programmaronde liep de belangstelling voor het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie terug. Naar aanleiding hiervan zijn bij de evaluatie 2000 enkele aandachtspunten geformuleerd met betrekking tot de structuur van het programma en met betrekking tot de wens tot samenwerking en afstemming tussen thuiszorginstellingen, patiëntenverenigingen en onderzoeksinstituten. De structuur van het programma en de projectindeling daarbinnen is vervolgens gewijzigd en er zijn verschillende activiteiten ondernomen om de potentiële projectindieners beter te bereiken. Daarnaast worden initiatieven ondernomen om meer ideeën vanuit het veld te genereren zoals brainstormsessies, invitationale conferenties, inventarisatie van ideeën bij het TTT en bij werkgroepleden. Eventueel wordt een makelaar ingezet om verschillende organisaties met elkaar in contact te brengen.

Omdat de nieuwe programmaronde recent van start is gegaan kunnen ten tijde van deze evaluatie 2002 nog geen uitspraken worden gedaan over de praktische effecten en consequenties van deze maatregelen.

De algemene doelstelling van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie is 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. Technologieën die hieraan kunnen bijdragen worden onderscheiden in drie categorieën, te weten substitutie van intramurale naar extramurale zorg, verlichting van het werk van verplegenden en verzorgenden en ondersteuning van de mantelzorg of het versterken van de onafhankelijkheid van patiënten. Alle drie deze onderwerpen zijn goed aan bod gekomen in de afgelopen programmarondes. Omdat het ondersteunen van de mantelzorg relatief wat minder aan de orde is geweest wordt daaraan in de nieuwe programma ronde (2001-2002) meer aandacht gegeven. Dit geldt ook voor onderwerpen met betrekking tot de patiënt en infrastructuur.

**Tenslotte**

In deze evaluatie 2002 is gekeken in hoeverre het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie erin is geslaagd om technologieën te selecteren die kansrijk zijn in de praktijk. Daarbij dient te worden gerealiseerd dat 'kansrijk' een zeer moeilijk te operationaliseren begrip is. Ook middels de in deze evaluatie gevolgde methode blijft het arbitrair om de geselecteerde technologieën concreet te bestempelen als 'kansrijk' of 'niet kansrijk'. De meeste uitgevoerde projecten laten namelijk zowel positieve als negatieve resultaten zien en ook de criteria aan de hand waarvan de technologieën beoordeeld worden kunnen niet simpelweg als optelsom worden gebruikt om een technologie kansrijk te noemen of niet.

Over het algemeen genomen kan echter 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.



## Referenties

- 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.
- Grol R, Wensing M. Implementatie, effectieve verandering in de patiëntenzorg. Utrecht: Elsevier Gezondheidszorg, 2001 (p. 153-174).
- Haerkens HMJ, Quak ABWM, Friele RD, Straten GFM, Knibbe JJ. Actualisatiestudie Thuiszorgtechnologie. Leiden ; Utrecht: TNO Preventie en Gezondheid; NIVEL, 1998.
- Heiligers P, Calsbeek H, Friele RD. Ontwikkeling implementatiemonitor ZON. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Klerk MMY de en Huijsman R. KITZ-Randstadproject Thuiszorgtechnologie: effectmeting. Resultaten van een longitudinaal onderzoek naar ADL-hulpmiddelen en woningaanpassingen bij ouderen thuis. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, BMG, iMTA, 1995.
- Leemrijse C, van den Ende E. Monitoring van het gebruik van Thuiszorgtechnologie: eindrapport. In voorbereiding.
- Leemrijse C, van der Gref A, Dekker J. De monitoring van het beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van thuiszorgtechnologie: tussenrapport. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Oortwijn WJ, Friele RD, Haerkens HMJ. Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1996.
- Poppel MNM van, Dekker J. De monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Procedures voor ZON-programma's. ZorgOnderzoek Nederland. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1999.
- Programma Thuiszorgtechnologie 2001-2004: Prioriteiten 2001-2002. Den Haag: ZonMw, 2002.
- Sixma HJM, de Bakker DH. Het experiment Gezondheidszorg Almere. In: Beleidsevaluatie, wisselwerking tussen cultuur en structuur. Red.: Sorber A, Bax JR, Hendriks AJM. Den Haag, Sdu Uitgeverij, 1995.
- Sluijs E, Roebroek M, van den Ende E, dekker J. Kwaliteitsbevordering paramedische zorg: opzet van de programma-evaluatie en resultaten van de voormeting. Utrecht: NIVEL, 1998.
- Stake RE. The countenance of educational evaluation. Teacher College Record, 1967, 68, 7, 523-540.
- Thuiszorgtechnologie: programma. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1998.
- Vergaderstukken 1-23 werkgroep Thuiszorg (november 1997-mei 2002).
- Verschuur EML en Francke AL. Stichting Zorgnet: een evaluatie-onderzoek naar specialistische thuiszorg. Verpleegkunde, 2001, 16, 2, 101-111.

### **Projecten binnen het programma:**

Eindrapport 'technische hulpmiddelen voor het verplaatsen van mensen; Wie niet sterk is moet slim zijn. Groningen: KITZ, 2001.

Jellema P. Eindrapport 'effecten van ruggordels bij verzorgend en verplegend personeel in de thuiszorg: een pilotstudie.' . Rotterdam: Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit, 2000.

Knibbe JJ, Kersten JWET, Friele RD. Rotterdam in de lift: een onderzoek naar de effecten van de introductie van patiëntentilliften in de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1994.

Knuvers KEB, Gerrits EHJ, van der Heide MI. Als Betty thuis is.....Onderzoek naar de effecten van de Betty op zelfredzaamheid en zorgzwaarte in de thuiszorg. United Care, 2001.

Tak ECPM, Thie J, Quak ABWM. Blaaskatheterisatie in de thuissituatie; onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.

Veenhof C, van Dijk G , Knibbe H, Dekker J. Tilzelf: het zelfstandig gebruik van tilliften. Utrecht: NIVEL, 2001.

Vink M. We tillen er zwaar aan; ervaringen en wensen van Amsterdamse gebruikers van tilliften. Amsterdam: APCP, 2001.

Vlaskamp F, van Haastregt J. Tijdige detectie van valincidenten bij zelfstandig wonende mensen met een hoog valrisico. Hoensbroek: iRv, 2002.

## Lijst van afkortingen

AD	Alzheimer Disease
ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
AMC	Academisch Medisch Centrum
APCP	Amsterdams Patiënten en Consumentenplatform
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAT	Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
EHL-bedden	Elektrisch verstelbare hoog/laag bedden
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
iRv	Kenniscentrum voor revalidatie en handicap
KITZ	KwaliteitsInstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
OMT	Ontwikkelingsmaatschappij Thuiszorg
PCZ	Programmacommissie Zorg
TENS	Transcutane Elektrische Neurostimulatie
TNO	Nederlandse organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
TNO-PG	TNO Preventie en Gezondheid
TTT	Transferpunt ThuiszorgTechnologie
VU	Vrije Universiteit
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZFW	Uitvoeringsregeling Hulpmiddelen van de Ziekenfondswet
ZonMw	ZorgOnderzoek Nederland-Medische Wetenschappen, een samenwerkingsverband van ZorgOnderzoek Nederland en de Medische Wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO-MW), dat in 2001 bewerkstelligd is.



# Bijlagen



# Bijlage 1

## Betrokken organisaties

De volgende organisaties zijn nauw verbonden met de uitvoering en controle van het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie :

- ▶ **College voor Zorgverzekeringen (voorheen Ziekenfondsraad) en Ministerie van VWS**  
Het CVZ is de opdrachtgever voor het programma Thuiszorgtechnologie.  
Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) coördineert en financiert de uitvoering van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), met als uitgangspunt dat gezondheidszorg voor iedere Nederlander toegankelijk en betaalbaar moet zijn. Het College informeert het ministerie van VWS over de ontwikkelingen in de zorgverzekeringen en helpt het beleid vorm te geven. Daarnaast staat het zorgverzekeraars en zorgkantoren bij om dit beleid op een goede manier uit te voeren.
- ▶ **ZonMw**  
ZorgOnderzoek Nederland (ZON) heeft in 1997 de opdracht gekregen van het CVZ het programma Thuiszorgtechnologie uit te voeren.  
ZonMw is het samenwerkingsverband van ZON en Medische Wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO-MW) dat in 2001 bewerkstelligd is. ZonMw stimuleert onderzoek en vernieuwingsprojecten en bevordert het gebruik van de resultaten in de praktijk. ZonMw heeft als opdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.
- ▶ **Transferpunt Thuiszorgtechnologie (TTT)**  
Het Transferpunt ThuiszorgTechnologie (TTT) is in 1995 opgericht om de kennis over en de toepassing van thuiszorgtechnologie te bevorderen. Het transferpunt heeft een plaats gekregen binnen het programma Thuiszorgtechnologie met als opdracht de resultaten die uit het programma komen zo breed mogelijk te verspreiden. Het TTT is een samenwerkingsverband van het KITTZ (KwaliteitsInstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing), OMT (OntwikkelingsMaatschappij Thuiszorg) en TNO-PG (Preventie en Gezondheid).
- ▶ **NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en TNO-PG**  
Het NIVEL heeft in samenwerking met TNO-PG het Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie ontwikkeld, waarvan het resulterende rapport geldt als basisdocument voor de verdere uitwerking van het ZON-programma Thuiszorgtechnologie. Bij het NIVEL vindt toegepast beleidsonderzoek plaats voor beleidsmakers in de gezondheidszorg. Dit onderzoek wordt uitgevoerd op projectbasis voor een groot aantal opdrachtgevers, afkomstig uit de overheid en (koepels van) zorgverzekeraars, beroepsgroepen, zorginstellingen en patiënten- en consumentenorganisaties. Bij TNO-PG wordt in opdracht onderzoek verricht naar een breed scala aan onderwerpen binnen het domein van de gezondheid en gezondheidszorg. Varieerend van jeugdgezondheidszorg, preventie en determinanten voor de gezondheid en de organisatie van de zorg, tot medische hulpmiddelen, geneesmiddelen en diagnostica.

TNO-PG en NIVEL hebben een belangrijke rol bij de inhoudelijke ondersteuning van het programma en de implementatie van de programmaresultaten. Het NIVEL verzorgt tevens de evaluatie van het programma.





## Bijlage 2

### ZonMw-procedure voor werving, selectie en uitvoering van projecten

Onderstaand schema geeft de ZonMw-procedure voor werving, selectie en uitvoering van projecten in het kort weer. Deze procedure bestaat uit vier fasen die onderverdeeld zijn in 10 stappen. Deze stappen dienen nagelopen te worden tijdens de besluitvorming over de honorering van projectvoorstellen en de daarop volgende fasen waarin de projecten worden uitgevoerd en afgerond.

De ZonMw-procedure voor werving, selectie en uitvoering van projecten:

**Fase 1: Voorbereiding**

Stap 1: Bekendmaking

**Fase 2: Beoordeling en selectie van vooraanmeldingen en/of projectvoorstellen**

Stap 2: Relevantiebeoordeling vooraanmeldingen

Stap 3: Selectie vooraanmeldingen

Stap 4: Kwaliteitsbeoordeling projectvoorstellen door referenten en wederhoor projectindieners

Stap 5: Beoordeling projectvoorstellen op kwaliteit en relevantie door werkgroep

Stap 6: Prioritering van projectvoorstellen m.b.v. een prioriteringsmatrix, en honorering van hoog geprioriteerde projectvoorstellen

**Fase 3: Uitvoering van projecten**

Stap 7: Activiteiten op programmaniveau

Stap 8: Activiteiten op projectniveau

**Fase 4: Afronding**

Stap 9: Opstellen programmarapportage



## Bijlage 3

### Volledige projecttitels van pilotprojecten

1. Technische hulpmiddelen voor het verplaatsen van cliënten. Meer comfort voor de cliënt en minder belasting voor de hulpverlener/ mantelzorger.
2. Effecten van ruggordels bij verzorgend en verplegend personeel in de Thuiszorg.
3. Tilzelf; Het zelfstandig gebruik van tilliften.
4. Als Betty thuis is ....; Effecten van het gebruik van een 'opzit' hulpmiddel op zelfredzaamheid en zorgzwaarte.
5. Tijdige detectie van valincidenten bij zelfstandig wonende personen met een hoog valrisico.
6. Patiënt thuis-management van antistolling: praktische toepassing in de dagelijkse praktijk.
7. Klik Klak! Een pilotproject naar optimale zelfredzaamheid van cliënten en minimale belasting van zorgverleners in badkamer en toilet m.b.v. een flexibel en aanpasbaar systeem van hulpmiddelen vanuit een integrale visie op ADL-mogelijkheden.
8. Optimaal gebruik van elektrisch verstelbare hoog/laag (EHL-)bedden in de thuiszorg: inventariseren en beschrijven van de mogelijkheden voor gebruikers, mantelzorgers en professionele hulpverleners uitmondend in praktijkgerichte aanbevelingen.
9. Effecten van Transcutane Elektrische Neuro Stimulatie (TENS) op cognitie, gedrag en slaap-waakritme van Alzheimer patiënten die nog thuis wonen.

### Volledige projecttitels van evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten

1. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van fotherapie thuis bij kinderen met babygeelzucht.
2. Effecten en kosten van bloedtransfusie in de thuissituatie.
3. Richtlijnontwikkeling voor thuisbehandeling met enterale en parenterale voeding. Voorwaarden voor de organisatie en zorgverlening.
4. Richtlijnen voor verantwoord gebruik van vernevelaars in de thuissituatie.

### Volledige projecttitels van de implementatieprojecten

1. Tilweg 5b. Het bevorderen van het gebruik van tilliften thuis: richtlijnontwikkeling en implementatie
2. Steun de steunkous; bevordering van het gebruik van hulpmiddelen voor het aantrekken van elastische kousen in de thuiszorg
3. Blaascatheterisatie in de thuissituatie. Onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren
4. Implementatie van intraveneuze toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis (infusietechnologie)



## Bijlage 4

### Specifieke gegevens van de pilotprojecten binnen het programma Thuiszorg-technologie

<b>Projecttitel</b>	<b>Technische hulpmiddelen voor het verplaatsen van cliënten. Meer comfort voor de cliënt en minder belasting voor de hulpverlener/ mantelzorger.</b>
Projectnummer	98-2 (Programmaronde 1998)
Looptijd	05-1999 tot 05-2001
Organisatie	KITZ, Thuiszorg Groningen en Thebe Woon- en Zorgservice
Projectleider	De heer Drs ES Bosma
Medewerkers	C Engelsman, N Oosterhoff, T ten Cate, C Stephan, M de Vries, M Engwegen, C Beerepoot, M Kastermans, stagiaires Hogeschool van Amsterdam
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	Thebe Woon-en Zorgservice (Thuiszorg Midden-Brabant) Thuiszorg Groningen Belanghebbenden en betrokkenen zoals patiëntenverenigingen, patiënten-consumentenplatforms, intermediairen en organisaties als NIVEL en LOCOmotion.

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	Mede door onvolledige kennis en beperkte toegankelijkheid voor de verschillende gebruikers worden transferhulpmiddelen beperkt en niet altijd in de juiste situatie en op de juiste wijze gebruikt. Dit project richt zich op het verder optimaliseren van de introductie van het zelfstandig gebruik van transferhulpmiddelen

Is het project relevant en voegt het iets toe aan de bestaande situatie?	Er is behoefte aan duidelijk toegankelijke informatie over de bruikbaarheid en toepasbaarheid van transferhulpmiddelen, die de hulpverlener moet ondersteunen bij het inzetten van het juiste hulpmiddel op de juiste wijze. De kleine transferhulpmiddelen kunnen een bijdrage leveren aan het verminderen van de fysieke belasting in die situaties waarin zij de toegestane manuele techniek kunnen ondersteunen.
Kenmerken doelgroep en (geschat) aantal potentiële gebruikers	De doelgroep bestaat uit cliënten die langdurig gebruik maken van hulpmiddelen voor verplaatsing in en om het bed (bijv. door mensen met chronische aandoeningen of verlamming). Geschat wordt dat 13-21% van de mensen die ADL-hulp krijgt, hulp nodig heeft bij transfers binnenshuis.
Financiële haalbaarheid	De vergoeding van kleine transferhulpmiddelen valt (vooralsnog) niet onder de gewone financieringsregelingen zoals de WVG of de Ziekenfondswet, maar incidenteel wordt een transferhulpmiddel wel vergoed, al verschilt dit zeer per gemeente en ziektekostenverzekeraar
Randvoorwaarden waaraan bij gebruik van de technologie moet worden voldaan	Voor het gebruik van transferhulpmiddelen wordt ervan uitgegaan dat er een hoog/laagbed aanwezig is in de cliëntsituatie.
Wat zijn de ervaringen met het product?	Het onderzoek richtte zich niet expliciet op de cliënt. Wat wel naar voren komt, zijn de volgende zaken: Cliënten ervaren het als oncomfortabel als een hulpmiddel niet goed werkt. Daar waar kleine hulpmiddelen de zelfstandigheid bevorderen lijkt de acceptatie van hulpmiddelen gemakkelijker; Het gebruik van glijplanken is bij onervaren gebruikers als 'eng' ervaren; cliënten geven de voorkeur aan een tilband boven een tilriem; de draaischijven met armsteun zijn door cliënten en mantelzorgers enthousiast ontvangen.
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	Niet van toepassing in dit onderzoek
Veiligheid product	De veiligheid van de hulpmiddelen is voornamelijk getest in de skillslabtoets. De veilig bevonden middelen zijn verder getest in de praktijktoets. Uit het onderzoek blijkt dat gevaarlijke situaties kunnen ontstaan wanneer het hulpmiddel op een verkeerde wijze of in gevaarlijke situaties wordt gebruikt, een verkeerde maat wordt gebruikt, het hulpmiddel niet goed functioneert of waar één hulpverlener onvoldoende is voor de verplaatsing.

Beperkingen van het uitgevoerde onderzoek	Sommige hulpmiddelen zijn nog niet voldoende in de praktijk getest, of door onvoldoende cliënten getest (bijv. bij de draaischijf). In de informatiemap wordt vermeld dat de werkzaamheid van deze hulpmiddelen nog niet duidelijk is.
---	--



<b>Projecttitel</b>	<b>Effecten van ruggordels bij verzorgend en verplegend personeel in de Thuiszorg</b>
Projectnummer	98-6 (Programmaronde 1998)
Looptijd	07-1999 tot 08-2000
Organisatie	Instituut Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam en Stichting Thuiszorg Amstelland & Meerlanden (STAM), EMGO Instituut
Projectleider	dr BW Koes, Instituut huisartsgeneeskunde, EUR
Medewerkers	P Jellema, S Bierma-Zeistra, M van Poppel, T Vogelaar
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)</li> <li>▶ Medewerkers van de Stichting Thuiszorg Amstelland en Meerlanden (STAM).</li> <li>▶ De ruggordels voor het onderzoek worden ter beschikking gesteld door firma Bauerfeind Benelux B.V.</li> </ul>

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	Rugklachten vormen in Nederland een groot gezondheidsprobleem. Het gebruik van ruggordels ter voorkoming en behandeling van rugklachten op de werkplek voor verplegenden/verzorgenden is nog tamelijk nieuw in Nederland. Doel van het onderzoek is de effectiviteit en haalbaarheid van het dragen van ruggordels bij lage rugpijn te bepalen.
Is het project relevant en voegt het iets toe aan bestaande technologieën?	In de Verenigde Staten en Canada worden ruggordels al veel gedragen bij zware lichamelijke arbeid en soms zelfs verplicht gesteld door werkgevers. Eerder onderzoek naar ruggordels geeft tegenstrijdige resultaten, de effectiviteit ervan bij secundaire preventie is nog niet voldoende uitgevoerd.
Kenmerken doelgroep en (geschat) aantal potentiële gebruikers	De doelgroep zijn verplegenden en verzorgenden in de thuiszorg die zwaar lichamelijke (til)werkzaamheden uitvoeren. Het geschatte aantal potentiële gebruikers ligt, afhankelijk van de gebruikte methode, tussen de 7000 en 22000 gebruikers in Nederland
Financiële haalbaarheid	De kosten van een ruggordel zijn redelijk laag, zo'n f 70,- per gordel

Randvoorwaarden waaraan bij gebruik van de technologie moet worden voldaan	Ruggordel qua vorm goed passen bij de cliënt, hiervoor moet de ruggordel individueel aangemeten worden.
Wat zijn de ervaringen met het product?	76% van de deelnemers vindt dat de ruggordel de rugpijn draaglijker maakt, en 64% vindt dat de ruggordel het makkelijker maakt het werk uit te voeren. 88% van de deelnemers wil de ruggordel na afloop van de studie nog steeds dragen op het werk bij rugklachten. Daarentegen vindt 76% dat je niet makkelijk kan zitten met een ruggordel.  Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de ervaren baat en therapietrouw redelijk hoog zijn.
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	Voor hulpverleners die een ruggordel dragen is de mening van de cliënt hierover vaak belangrijk. Familie en vrienden van 79% van de deelnemers reageerden positief na kennisneming. 88% wil de ruggordel blijven dragen na afloop van de studie, en zou de ruggordel ook aanbevelen bij collega's met lage rugpijn.
Veiligheid product	Uitgesloten worden werknemers met cardiovasculaire problemen, aangezien het dragen van een ruggordel mogelijk leidt tot verhoging van de bloeddruk. De ruggordel is een hulpmiddel dat zonder verwijzing te verkrijgen is, en heeft een CE keurmerk.
Beperkingen van het onderzoek	Nog geen 50% van de thuiszorgmedewerkers heeft de toegestuurde vragenlijst teruggestuurd, waardoor resultaten over vóórkomen van rugklachten vertekenend kunnen zijn.  Er is redelijk veel uitval in het onderzoek: van de 59 deelnemers zijn 13 deelnemers (22%) in de loop van het onderzoek gestopt, waarvan 1 op medisch advies (in fase I) en 4 als direct gevolg van het dragen van de ruggordel (in fase II).

<b>Projecttitel</b>	<b>Tilzelf; Het zelfstandig gebruik van tilliften</b>
Projectnummer	98-9 (Programmaronde 1998)
Looptijd	05-1999 tot 06-2001
Organisatie	NIVEL in samenwerking met APCP
Projectleider	prof. dr. J Dekker , NIVEL
Medewerkers	NIVEL: C Veenhof, G Van Dijk, H Knibbe APCP: H Abdoelrazak, A Overwater, V Pereira-Wohon, C Pereira, M Vink, R Van Zuijlen, B van den Berg, N Perret-Gentil.
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Stichting Thuiszorg Rotterdam, waar het zelfstandig gebruik van tilliften voorkomt, mede naar aanleiding van een eerder project met tilliften.</li> <li>▶ Stichting FOKUS en cliënten</li> <li>▶ NIVEL, algehele coördinatie en verantwoordelijke.</li> </ul>

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	Tot nu toe worden tilliften vooral door zorgverleners gebruikt en in zeer beperkte mate door mantelzorgers/cliënten. Het doel van het huidige project is te inventariseren in welke mate het zelfstandig gebruik van tilliften op dit moment mogelijk is.
Is het project relevant en voegt het iets toe aan de bestaande situatie?	Zelfstandig gebruik van tilliften bevordert de kwaliteit van leven van cliënten, geeft cliënten meer autonomie en privacy en maakt de transfers comfortabeler.
Kenmerken van de doelgroep en (geschat) aantal potentiële gebruikers	De doelgroep bestaat uit tillift-gebruikers in de thuis-situatie, die de tillift (gedeeltelijk) zelfstandig kunnen gebruiken, en mantelzorgers en verplegenden/verzorgenden die te maken hebben met het (assisteren bij) tillen van patiënten. De groep tillift-gebruikers die aan het onderzoek meedoet is vrij klein, daarom is het niet altijd mogelijk cliënten in subgroepen onderling te vergelijken en het aantal potentiële zelfstandige gebruikers in te schatten.

Financiële haalbaarheid	Moeilijk in te schatten door verschillen in benodigde tijd bij transfers. Vaak is toch nog thuiszorg nodig voor andere zaken. Financieel zijn er verschillen tussen de soorten tilliften; zo blijkt de plafondlift erg duur.
Randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan	<i>Cliënt</i> moet, afhankelijk van het soort tillift, voldoende arm/hand-functie, rompfunctie en stafunctie hebben. Vóór de introductie van de tillift moeten cliënten voldoende voorlichting krijgen. <i>Tillift</i> : tillift en tilband moeten goed bij cliënt passen, bediening mag niet te zwaar zijn. <i>Omgeving</i> : Voor goed gebruik moet er voldoende ruimte zijn, een gladde vloer en geen drempels.
Wat zijn de ervaringen met het zelfstandig gebruik van tilliften?	De meeste cliënten vinden de huidige tillift geschikt voor zelfstandig gebruik, 92% ziet voordelen (onafhankelijkheid, privacy, comfortabel), 54% nadelen (zwaar in gebruik, transfers kosten meer tijd). Bij 1/3 van de gebruikers zijn aanpassingen gemaakt aan de tillift, en bij bijna de helft aanpassingen aan de omgeving.
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	<i>Cliënt</i> : Ziet voordelen in het zelfstandig gebruik, krijgt meer privacy en zelfstandigheid, maar voelt zich niet altijd veilig. <i>Hulpverlener</i> : Zelfstandig gebruik heeft een afname in werklast tot gevolg. <i>Mantelzorg</i> : De tillift kan zwaar en lastig te bedienen zijn voor de mantelzorger. De mantelzorger en de cliënt krijgen meer privacy, meer zelfstandigheid en meer onafhankelijkheid.
Veiligheid product	75% van de tillift-gebruikers voelt zich veilig, maar bij 18% van de gebruikers is er wel eens iets fout gegaan.
Beperkingen van het uitgevoerde onderzoek	De groep tilliftgebruikers in het onderzoek is vrij klein en heel heterogeen. Vraag is of de groep representatief is. Slechts de helft van de cliënten is betrokken bij de keuze van de tillift die aangevraagd wordt. Er is gebruik gemaakt van twee verschillende interviewschema's en interviewmethodes. Hierdoor zijn niet voor alle cliënten dezelfde gegevens bekend.

<b>Projecttitel</b>	<b>Als Betty thuis is .....; Effecten van het gebruik van een 'opzit' hulpmiddel op zelfredzaamheid en zorgzwaarte</b>
Projectnummer	98-20 (Programmaronde 98)
Looptijd	09-1999 tot 01-2001.
Organisatie	United Care B.V. en het Instituut Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen
Projectleider	Mevr. drs. MI van der Heide
Medewerkers	KEB Knuvers, EHJ Gerrits
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	Instituut Bewegingswetenschappen - Rijksuniversiteit Groningen Rivas Thuiszorg en Dienstverlening Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk Werk Rivierenland Thuiszorg Noord-West Twente

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	Bijna de helft van de cliënten die ADL hulp krijgt, vindt het in bepaalde mate fysiek zwaar om uit bed te komen. Op dit moment zijn er geen handige hulpmiddelen om al dan niet zelfstandig in en uit bed te komen; Bij het gebruik van tilliften moet de cliënt óf al op de bedrand zitten (wat vaak ook een probleem is), óf het maakt de cliënt onnodig passief en draagt niet bij tot het vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt. De Betty helpt de cliënt uit bed te komen (van lig tot zit, en vervolgens uit bed op te staan). Ook blijkt de Betty te helpen weer in bed te komen.
Is het project relevant en voegt het iets toe aan de bestaande situatie?	De Betty kan het werk van de zorgverlener verlichten en de zelfredzaamheid van de zorgvrager vergroten, waardoor er een mogelijke vermindering in het ziekteverzuim van zorgverleners kan optreden, evenals tijdwinst voor de zorgvrager, met als gevolg kostenreductie of meer tijd voor andere hulpvragen.
Kenmerken doelgroep en (geschat) aantal potentiële gebruikers	De doelgroep in het onderzoek zijn cliënten die het redelijk zwaar tot zwaar vinden om uit bed te komen, en van de thuiszorg ADL-hulp krijgen. De verwachting n.a.v. dit onderzoek is dat 20-30% van de cliënten die ADL-hulp krijgen, baat zullen hebben bij de Betty.

Financiële haalbaarheid	Het is vooralsnog onduidelijk of de Betty door de Wet Voorzieningen Gehandicapten vergoed moet worden of door de ziekenfondsinstellingen.
Randvoorwaarden waaraan bij gebruik van de technologie moet worden voldaan	Clïënt moet voldoende kracht in de armen hebben om de stang vast te houden. Verder moet de kamer waarin de Betty komt te staan, groot genoeg zijn. Het gebruik van de Betty moet goed in de gaten worden gehouden bij mensen die last hebben van verwardheid of vergeetachtigheid.
Wat zijn de ervaringen met het product?	De Betty blijkt functioneel te zijn zowel voor het uit als het in bed komen. De zelfredzaamheid m.b.t. in en uit bed komen is significant hoger geworden door gebruik van de Betty. <i>Mantelzorg:</i> Aantal malen hulp per 24 uur daalde van 1,38 naar 0,37 maal. <i>Thuiszorg:</i> Hulp daalde van 0,63 maal in 24 u naar 0,19 maal.  81,3% van de cliënten voelde zich minder afhankelijk door de Betty (gebruik van Betty spreekt eigen vermogens van de cliënt aan). 43,8% had met de Betty geen hulp meer nodig van de thuiszorg om uit bed te komen.
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	Voor mantelzorg is de sociale acceptatie over het algemeen goed, maar het blijkt soms moeilijk voor de mantelzorg om bepaalde zorg 'uit handen' te geven. Voor cliënten kan het moeilijk zijn de persoon die ze vertrouwen te laten vervangen door een hulpmiddel, maar over het algemeen zijn ze tevreden over de werking en de veiligheid.
Veiligheid product	Goed, alhoewel een aantal cliënten vindt dat er teveel speling op de zwenkarm staat, waardoor de arm niet sterk lijkt (dit kan een gevoel van onveiligheid teweeg brengen).
Beperkingen van het uitgevoerde onderzoek	De uitval binnen de onderzoekspopulatie was redelijk groot, 9 van de 25 deelnemers vielen uit tijdens het onderzoek, waarvan 4 (16%) omdat ze niet met de Betty wilden of konden werken.

<b>Projecttitel</b>	<b>Tijdige detectie van valincidenten bij zelfstandig wonende personen met een hoog valrisico</b>
Projectnummer	99-4
Looptijd	09-2000 tot 01-2002 (met vertraging 04-2002) Programmaronde 99
Organisatie	iRv (Kenniscentrum voor revalidatie en handicap) in samenwerking met KITZ.
Projectleider	FJM Vlaskamp (Frank.Vlaskamp@irv.nl)
Medewerkers	JPM Diederiks, K Webers, J Thie, HJM Velraths, R Erasmus.
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	Tunstall Care & Communications (alarmsystemen) Hulpnet en I&C Services Thuiszorg Groningen STAT Limburg (thuiszorgorganisatie)

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	Meer dan 5% van de thuiswonende ouderen is aangesloten op sociale alarmering. In aanvulling op bestaande vormen van sociaal-medische alarmering kan een valdetector goede diensten bewijzen als iemand bijvoorbeeld geen alarm meer kan slaan. In het nieuw ontwikkelde alarmeringssysteem wordt automatisch hulp ingeschakeld wanneer de valdetector een val-impact en een positieverandering detecteert.
Is het project relevant en voegt het iets toe aan bestaande technologieën?	Bij sommige valincidenten zal reguliere apparatuur voldoen. Wanneer een cliënt valt, de alarmknop kan indrukken maar niet kan spreken, zal de valdetector nuttige additionele informatie opleveren. Wanneer de cliënt valt maar niet in staat is de alarmknop in te drukken, is de valdetector tot nu toe de enige mogelijkheid om de centrale te bereiken.

Kenmerken doelgroep en (geschat) aantal potentiële deelnemers	De doelgroep in het project voor de valdetector bestaat uit ouderen met verhoogde valkans en epileptici die (redelijk) zelfstandig wonen. Later blijkt dat deze doelgroep te breed gekozen is. Het aantal potentiële gebruikers staat niet absoluut uitgedrukt, maar ongeveer 30% van de ouderen die thuis woont, valt minstens 1x per jaar. Een kleine selectie hiervan heeft mogelijk baat bij de valdetector.
Financiële haalbaarheid	De aanschaf van de valdetector (f 450,-) brengt geen extra grote kosten met zich mee in vergelijking met reguliere apparatuur, zeker gezien de lange levensduur van de valdetector (>7 jr). Over eventuele vergoeding is op dit moment nog niets bekend.
Randvoorwaarden voor gebruik waaraan moet worden voldaan	De valdetector moet voor de veiligheid samen met de halshanger gedragen worden. Gebruikers dienen geen ernstige cognitieve beperking te hebben of doof of slechthorend zijn.
Wat zijn de ervaringen met het product?	Van de in totaal 10 deelnemers hebben slechts 3 deelnemers de valdetector de gehele onderzoeksperiode (3 mnd.) gedragen. De halshanger, die voorafgaand aan het onderzoek gedragen werd, wordt door vrijwel alle deelnemers als kleiner, veiliger en gemakkelijker beschouwd dan de valdetector. De valdetector blijkt in huidige vorm niet geschikt voor gebruik door ouderen met verhoogd valrisico en epileptici. Er treden zeer veel valse alarmen op vergeleken met de terechte alarmeringen. Het geluidssignaal is voor een aantal deelnemers niet hard genoeg, en het lichtsignaal is nauwelijks zichtbaar tijdens het dragen.
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	Slechts 2 van de in totaal 10 deelnemers vinden dat de valdetector volledig aan de verwachtingen voldoet. Slechts 1 deelnemer verkiest de detector boven de halshanger.
Veiligheid product	De valdetector heeft een CE-veiligheidskeurmerk gekregen
Beperkingen van het onderzoek	Het veelvuldig voorkomen van valse alarmen is de hoofdreden waarom het merendeel van de deelnemers voortijdig afhaakte. Verder geven praktisch alle deelnemers de voorkeur aan de halshanger, die voorafgaand aan het onderzoek gedragen werd.



<b>Projecttitel</b>	<b>Patiënt thuis-management van antistolling: praktische toepassing in de dagelijkse praktijk</b>
Projectnummer	99-9 (Programmaronde 99)
Looptijd	01-2001 tot 01-2002
Organisatie	AMC Amsterdam
Projectleider	prof.dr. M Levi
Medewerkers	A Sturk, E vd Veur, M Piersma, L Colly, M Schoone, P Trienekens, J Wemelsfelder
Project afgerond	Nee
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	Trombosediensten Rotterdam, Amsterdam, Groningen Verwijzende artsen Patiënten en patiëntenverenigingen ZAO Zorgverzekering Thuiszorg Amsterdam Stichting Alarmering Amsterdam TNO-PG

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	Patiënten dienen op dit moment 1x per 2 weken voor controle of aanpassing van de dosering naar het ziekenhuis of trombosedienst te gaan. Dit wordt als belastend en tijdrovend ervaren. Thuismanagement zou tijd, moeite en kosten kunnen besparen.
Is het project relevant en voegt het iets toe aan bestaande technologieën?	Thuismanagement leidt tot grotere onafhankelijkheid van ziekenhuis/trombosedienst, toenemend inzicht en eigen verantwoordelijkheid v.d. patiënt en toenemende compliance en therapietrouw. Thuismanagement wordt door patiënten sterk gewaardeerd boven de conventionele manier van antistollingscontrole.
Kenmerken doelgroep en (geschat) aantal potentiële gebruikers	De doelgroep bestaat uit patiënten die een zelfstandig en onafhankelijk leven leiden, antistolling gebruiken en geen fysieke beperkingen hebben om zelf-tests uit te voeren. Voorafgaand aan het onderzoek is geschat dat 10% van de antistolde patiënten (30.000) de komende jaren voor thuis-management in aanmerking zou komen.

Financiële haalbaarheid	Een voorlopige schatting in kosten-effectiviteit duidt aan dat de kosten voor thuismanagement in dezelfde orde zijn als de kosten van management door de trombosedienst.
Randvoorwaarden voor gebruik waaraan moet worden voldaan	Nog niet bekend.
Wat zijn de ervaringen met het product?	Nog niet bekend
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	Nog niet bekend.
Veiligheid product	Nog niet bekend.
Beperkingen van het onderzoek	Nog niet bekend.

<b>Projecttitel</b>	<b>Klik Klak!</b> Een pilotproject naar optimale zelfredzaamheid van cliënten en minimale belasting van zorgverleners in badkamer en toilet m.b.v. een flexibel en aanpasbaar systeem van hulpmiddelen vanuit een integrale visie op ADL-mogelijkheden.
Projectnummer	99-6 (Programmaronde 99)
Looptijd	06-2001 tot 03-2003
Organisatie	LOCOmotion
Projectleider	Mevr. drs. JJ Knibbe
Medewerkers	N Knibbe, L Geuze, J Boomgaard, W van Vugt, A Oosterhuis, E Waaijer, K Overmeer
Project afgerond	Nee
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	Amsterdam Thuiszorg Cliëntenraad Amsterdam Thuiszorg Corpus ARJO Sverige en ARJO Nederland bv (ontwikkelaar c.q. leverancier systeem) Stichting FOKUS

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	Om de zelfredzaamheid bij ADL-activiteiten in badkamer en toilet te bevorderen is een scala van hulpmiddelen beschikbaar. Dit scala blijkt niet goed op elkaar afgestemd, onvoldoende multifunctioneel en onvoldoende individueel instelbaar te zijn. Ook is de technische installatie soms te complex. De huidige hulpmiddelen voor in de badkamer en het toilet moeten meer op elkaar en op de gebruiker afgestemd worden.
Is het project relevant en voegt het iets toe aan bestaande technologieën?	Doordat de beschikbare hulpmiddelen onvoldoende op elkaar zijn afgestemd, beperkt individueel instelbaar zijn en lastig zijn te installeren, raken gebruikers onnodig afhankelijk van zorg en worden zorgverleners fysiek te zwaar belast. Afstemming kan deze afhankelijkheid en belasting mogelijk verminderen.
Kenmerken doelgroep en (geschat) aantal potentiële gebruikers	De doelgroep zijn mensen die hulp nodig hebben in de badkamer of het toilet. Het geschat aantal potentiële gebruikers is erg groot, aangezien er veel mensen zijn die op dit gebied hulp nodig hebben.

Financiële haalbaarheid	Bepaalde hulpmiddelen worden al vergoed (bijv. plafondliften), sommige hulpmiddelen worden nog niet vergoed. Bij de personen met de minste mobiliteitsproblemen is de vraag, of een combinatie van hulpmiddelen kosten-effectief is, of dat wellicht een enkel hulpmiddel volstaat.
Randvoorwaarden voor gebruik waaraan moet worden voldaan	<i>Gebruiker:</i> Per mobiliteitsklasse gelden bepaalde indicatie- en in/exclusie-criteria. Verder worden cliënten met acute ziektebeelden/aandoeningen of met een snel verbeterende of verslechterende conditie uitgesloten van deelname. <i>Omgeving:</i> Bij installatie van het systeem van hulpmiddelen moet rekening gehouden worden met andere gebruikers van badkamer/toilet, aangezien het systeem vrij veel ruimte in beslag neemt.
Wat zijn de ervaringen met het product?	Nog niet bekend.
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	Nog niet bekend.
Veiligheid product	Alle hulpmiddelen hebben een CE-keurmerk, er worden instructies gegeven bij installatie, en er wordt een follow-up georganiseerd.
Beperkingen van het onderzoek	Nog niet bekend.

<b>Projecttitel</b>	<b>Optimaal gebruik van elektrisch verstelbare hoog/laag (EHL-) bedden in de thuiszorg (Bedweter):</b> inventariseren en beschrijven van de mogelijkheden voor gebruikers, mantelzorgers en professionele hulpverleners uitmondend in praktijkgerichte aanbevelingen.
Projectnummer	99-7 (Programmaronde 99)
Looptijd	01-2001, einddatum nog onbekend
Organisatie	LOCOmotion
Projectleider	Drs. NE Knibbe
Medewerkers	N Knibbe, F Hooghiemstra, M de Mos, N Polman, M de Jong, I van der Schaaf, S Konings, S Jellema
Project afgerond	Nee
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	LOCOmotion Stichting Thuiszorgwinkel Amstelland Meerlanden Cliëntenraad Thuiszorg Amstelland Meerlanden Vihome Groep bv Scandinavian Mobility bv

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	EHL-bedden worden reeds gebruikt in de thuiszorg, maar de mogelijkheden van de bedden zijn zo snel uitgebreid dat gebruikers, hulpverleners en indiceerders onvoldoende op de hoogte zijn van de types en de mogelijkheden van de bedden. Daardoor worden de mogelijkheden van deze, reeds beschikbare en steeds meer ingezette, technologie onvoldoende benut. Het doel van het project is een overzicht te bieden van de mogelijkheden van de verschillende soorten bedden die beschikbaar zijn.
Is het project relevant en voegt het iets toe aan de bestaande situatie?	De huidige kennis over EHL-bedden is niet volledig, fragmentarisch en niet voldoende voor de praktijk toegankelijk.
Kenmerken doelgroep en (geschat) aantal potentiële gebruikers	De doelgroep is zeer breed, thuiswonende mensen met in meer of mindere mate fysieke beperkingen. In 1994 was in de thuiszorg in ongeveer een kwart van de zorgsituaties een hoog/laag bed aanwezig. (gegevens vermoedelijk verouderd, gebruik blijkt sterk toe te nemen)

Financiële haalbaarheid	Het bed wordt momenteel nog niet altijd vergoed door zorgverzekeraars, maar bij het eenvoudige EHL-bed krijgt men de financiering steeds beter voor elkaar. Bij de meer geavanceerde bedden zal de vergoeding wat langer op zich laten wachten.
Randvoorwaarden waaraan bij gebruik van de technologie moet worden voldaan	<i>Gebruiker/mantelzorg:</i> Gebruikers moeten de instructies kunnen begrijpen, die naarmate de technologie geavanceerder wordt, uitgebreider en ingewikkelder worden. <i>Omgevingsvoorwaarden:</i> Er is verschil in de mate van demonteerbaarheid van de bedden, afhankelijk hiervan en van de beschikbare ruimte in de kamer zal het bed al dan niet geïnstalleerd kunnen worden.
Wat zijn de ervaringen met het product?	Nog niet bekend.
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	Nog niet bekend.
Veiligheid product	Alle gebruikte EHL-bedden hebben een ISO-certificaat en een CE-marking. Veiligheid vormt een extra aandachtspunt in het onderzoek.
Beperkingen van het uitgevoerde onderzoek	Nog niet bekend.

<b>Projecttitel</b>	<b>Effecten van Transcutane Electriche Neuro Stimulatie (TENS) op cognitie, gedrag en slaap-waakritme van Alzheimer patiënten die nog thuis wonen.</b>
Projectnummer	99-3 (Programmaronde 99)
Looptijd	01-2001 gestart
Organisatie	Vrije Universiteit Amsterdam (klinische neuropsychologie)
Projectleider	dr. EJA Scherder
Medewerkers	K van Dijk, W Bos, G Moeton, A Bouma, D Swaab, P. Scheltens, J Sergeant
Project afgerond	Nee
Ontwikkelingsfase project	Pilot-project
Samenwerking	Amsterdam Thuiszorg Alzheimer polikliniek van het VU Medisch Centrum RIAGG Amsterdam

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden?	Binnen verpleeghuizen wordt TENS reeds toegepast bij mensen met Alzheimer, met gunstige effecten op cognitie, gedrag en slaap-waakritme. De vraag is of behandeling met TENS het thuis dezelfde effecten vertoont.
Is het project relevant en voegt het iets toe aan de bestaande situatie?	Het thuis verzorgen van iemand met Alzheimer is zeer belastend voor mantelzorgers. TENS zou een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van leven van de AD-patiënt en zijn/haar naaste omgeving. Indien dit veilig en naar tevredenheid in de thuissituatie uitgevoerd zou kunnen worden, kan dit mogelijk kostenbesparend zijn.
Kenmerken doelgroep en (geschat) aantal potentiële gebruikers.	De doelgroep is Alzheimer-patiënten die thuis wonen met een partner. Er lijden zo'n 250.000 mensen in Nederland aan een bepaalde vorm van dementie, waarvan 70% (175.000) aan Alzheimer's Disease (AD).
Financiële haalbaarheid	TENS wordt vergoed door ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen en is goedkoop, ca. f 200,- per stimulator.

Randvoorwaarden voor gebruik waaraan moet worden voldaan	TENS mag niet worden aangeboden aan patiënten met epilepsie en/of met een pacemaker. Verdere exclusie-criteria zijn o.a. een psychiatrische achtergrond, infecties, cerebrovasculaire, nier- en longziekten en bewustzijnsstoornissen.
Wat zijn de ervaringen met het product?	Nog niet bekend.
Sociale acceptatie cliënt/hulpverlener/mantelzorg	Nog niet bekend.
Veiligheid product	?
Beperkingen van het uitgevoerde onderzoek	Nog niet bekend.



## Bijlage 5

### Specifieke gegevens van de evaluatie- en richtlijnontwikkelingsprojecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie

<b>Projecttitel</b>	<b>Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van fototherapie thuis bij kinderen met babygeelzucht</b>
Projectnummer	96-10-015,2 (programmaronde 98)
Looptijd	01-2002 tot 01-2005
Organisatie	Universiteit Maastricht, onderzoeksinstituut ExTra
Projectleider	Dr. RAG Winkens
Medewerkers	P Smeets, H Crebolder, A Ament, M van der Hoeven, G Dinant, C Blanco, S Evers
Project afgerond	Nee
Ontwikkelingsfase project	Evaluatie-onderzoek
Samenwerking	T&DC (Transmuraal en Diagnostisch Centrum Maastricht)
Doelstelling	Het doel van de studie is te onderzoeken of de behandeling met fototherapie bij babygeelzucht in de thuissituatie kan plaatsvinden tegen lagere kosten en gelijkblijvende kwaliteit van leven en zorg. Daarbij wordt ook gekeken naar factoren die implementatie beïnvloeden.

<b>Projecttitel</b>	<b>Effecten en kosten van bloedtransfusie in de thuissituatie</b>
Projectnummer	96-10-015,1 (programmaronde 99)
Looptijd	11-2001 tot 11-2004.
Organisatie	Universiteit Maastricht, onderzoeksinstituut ExTra
Projectleider	Dr. RAG Winkens
Medewerkers	A Ament, H Crebolder, J Dute, P Hupperets, S Evers, P Smeets
Project afgerond	Nee
Ontwikkelingsfase project	Evaluatie-onderzoek
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Onderzoeksschool CaRe</li> <li>▶ UM: capaciteitsgroepen huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde, economie van de gezondheidszorg en gezondheidsrecht.</li> <li>▶ T&amp;DC (Transmuraal en Diagnostisch Centrum Maastricht)</li> <li>▶ Thuiszorgorganisaties in de regio Maastricht</li> </ul>
Doelstelling	Doel van het project is het in kaart brengen van de kosten en effecten van bloedtransfusie thuis in diverse gebieden van Nederland. Daarbij wordt gekeken naar de voorwaarden waaronder bloedtransfusie thuis kan plaatsvinden en naar de factoren die een rol spelen bij implementatie op grote schaal.

<b>Projecttitel</b>	<b>Richtlijnontwikkeling voor thuisbehandeling met enterale en parenterale voeding. Voorwaarden voor de organisatie en zorgverlening</b>
Projectnummer	2000-02
Looptijd	planning: 09-2000 tot 01-2003
Organisatie	LUMC (Leids Universitair Medisch Centrum) en Stichting RET (Registratie enterale En parenterale voeding Thuis Nederland)
Projectleider	Mw drs. J. v. Reeuwijk-Werkhorst
Medewerkers	G van Asseldonk, J Romijn, M Berg, A Quak, G van Keulen, J Thie, E Bosma
Project afgerond	Nee
Ontwikkelingsfase project	Richtlijnontwikkeling
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit) iBMG/EUR</li> <li>▶ TNO-Preventie en Gezondheid (TNO-PG)</li> <li>▶ KwaliteitsInstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing (KITZ)</li> </ul>
Doelstelling	In het onderzoek wordt een landelijke richtlijn ontwikkeld met daarin de minimale eisen op zorginhoudelijk, organisatorisch en technisch gebied waaraan thuisbehandeling met (par)enterale voeding moet voldoen. Tevens wordt een richtlijn ontwikkeld voor de behandeling met (par)enterale voeding thuis.

<b>Projecttitel</b>	<b>Richtlijnen voor verantwoord gebruik van vernevelaars in de thuissituatie</b>
Projectnummer	2000-01
Looptijd	06-2000 + 18 maanden
Organisatie	TNO Preventie en Gezondheid, CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg) en KITZ (Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing)
Projectleider	Drs. ABWM Quak
Medewerkers	E Tak, C Teirlinck, H Tiddens, J van Everdingen, M Kroeze, J Thie
Project afgerond	Nee
Ontwikkelingsfase project	Richtlijnontwikkeling
Samenwerking	Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam, afdeling kinderlongziekten
Doelstelling	Er wordt een richtlijn voor verantwoord gebruik van vernevelaars in de thuissituatie ontwikkeld met daarin zowel eisen aan organisatie en zorgverlening, als regels rondom het medisch inhoudelijk handelen.

## Bijlage 6

### Specifieke gegevens van de implementatieprojecten binnen het programma Thuiszorgtechnologie

Projecttitel	Implementatie van intraveneuze toediening van anti-microbiële geneesmiddelen thuis
Projectnummer	96-10-005,11
Looptijd	03-1999 tot 09-2001
Organisatie	TNO - Preventie en Gezondheid en KITZ
Projectleider	Dhr. A Dijkstra
Medewerkers	H Haerkens, A Quak, F Pijpers, W van Beekum, Gerdemann, J Duipmans, A Delville, M de Vries, J Thie, E Bosma
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Implementatie-project

Evaluatiecriteria	
Is er een stappenplan met implementatievoornemens uitgewerkt?	Het project wordt gefaseerd uitgevoerd en kent drie onderdelen: 1. Beschrijving van de huidige verspreiding en invoering van de toediening van antimicrobiële geneesmiddelen thuis. 2. Ontwikkeling van een landelijke implementatiestrategie. 3. Uitvoering van het landelijke implementatietraject.
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt en welke praktijkveranderingen beoogd worden door invoering van de technologie?	Op beperkte schaal wordt thuis wel intraveneus antibiotica gegeven, maar niet zo vaak als eigenlijk mogelijk zou zijn. Het lijkt vooral zaak specialisten te motiveren infusie vaker thuis te geven
Is de context waarbinnen de implementatie plaatsvindt, bekend?	Initiatief wordt door specialist genomen, uitvoering via transferpunt of thuiszorgorganisatie, dit is sterk verschillend per regio.

Is er een duidelijk omschreven doelgroep/gebruikersgroep?	Er zijn verschillende patiëntencategorieën bekend. Geschatte omvang: 1400 per jaar
Zijn hun belangen en doelen geïnventariseerd?	Nee, die zijn onvoldoende geïnventariseerd.
Worden de betrokkenen actief ingeschakeld zowel bij de ontwikkeling van de middelen of producten en bij het invoeren ervan in de praktijk?	Betrokkenen zijn bij de ontwikkeling van producten betrokken. Invoering van de technologie had vanuit deze betrokkenen zelf moeten komen, maar het belang hiervoor was klein.
Wordt de ervaringskennis van betrokkenen gebruikt bij de implementatie?	In principe werkt iedere doelgroep op beperkte schaal al aan intraveneuze toediening van antibiotica, informatie vanuit KITZ wordt daarop aangepast.
Zijn beoogde gebruikers/doelgroepen van de technologie adequaat geïnformeerd over de technologie?	Er is geïnformeerd over mogelijkheden via gesprekken met beroepsverenigingen, gebruikers hebben informatiemateriaal toegestuurd gekregen.
Is deze informatie gevarieerd genoeg om meerdere groepen gebruikers aan te spreken?	Ja.
Zijn er strategieën gebruikt om voldoende draagvlak te creëren bij de gebruikers/doelgroepen	Dat is geprobeerd middels gesprekken met betrokkenen maar de reactie is afwachtend. Voorstel voor workshops kreeg weinig belangstelling.
Worden de belangen en motivatie van gebruikers/doelgroepen om te veranderen/implementeren ondersteund (door strategieën met beloningen, sancties of andere prikkels)?	Nee, en een ander probleem is dat er ook geen sancties uitgevoerd worden wanneer thuisbehandeling <u>niet</u> uitgebreid toegepast wordt.
Wat zijn de ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgverleners?	Uit eerder onderzoek volgt dat de ervaringen van cliënten en specialisten goed is In dit onderzoek zijn nog geen ervaringen van betrokkenen bekend.
Hoe is de beschikbaarheid van benodigde faciliteiten en materialen gebleken?	Niet van toepassing.
Is de technologie financieel en organisatorisch geschikt voor implementatie?	Ja, infusietechnologie wordt ook al op kleinere schaal toegepast, en de vergoeding is via de verzekeraars wel te regelen, het kost soms wat meer tijd en moeite, omdat er geen standaard reglement voor is.

<p>Is er een plan voor de toekomst dat is gericht op bestendinging van de technologie?          Wat gebeurt er met de uitkomsten van dit project? (bijv. continuering/overdracht/vervolgtraject)</p>	<p>Niet van toepassing.</p>
<p>Wordt de bestendinging van geïmplementeerde resultaten ondersteund door het (laten) vastleggen van financiële en wettelijke of procedurele waarborgen? (faciliteiten, materialen, financiën en vergoedingen)?</p>	<p>Niet van toepassing</p>
<p>Hoe groot is de betrokkenheid van het management bij de verandering?</p>	<p>Klein, is uitgenodigd voor gesprekken, maar is nooit aanwezig geweest.</p>

<b>Projecttitel</b>	<b>Tilweg 5b. Het bevorderen van het gebruik van tilliften thuis: richtlijnontwikkeling en implementatie</b>
Projectnummer	96-10-005,15
Looptijd	03-1999 tot 01-2001
Organisatie	LOCOmotion
Projectleider	drs. NE Knibbe
Medewerkers	JJ Knibbe
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Implementatie-project

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is er een stappenplan met implementatievoornemens uitgewerkt?	Ja, het project is met 3 globale stappen uitgevoerd: inventarisatie van ervaringen en knelpunten, ontwikkeling van richtlijnen voor het gebruik van tilliften thuis en uitvoeren van een landelijk implementatietraject.
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt (nadruk op knelpunten) en welke praktijkveranderingen beoogd worden door invoering van de technologie?	Tilliften worden al wel gebruikt in de thuiszorg, maar minder dan in de praktijk mogelijk is.
Is de context waarbinnen de implementatie plaatsvindt, bekend?	Het project is gericht op het gebruik van tilliften in de thuiszorg
Is er een duidelijk omschreven doelgroep/gebruikersgroep?  Zijn hun belangen en doelen geïnventariseerd?	De doelgroep bestaat uit tilliftgebruikers en zorgverleners die de tillift bedienen. Het doel van het gebruik van een tillift is het terugdringen van lichamelijke klachten.
Worden de betrokkenen actief ingeschakeld zowel bij de ontwikkeling van de middelen of producten en bij het invoeren ervan in de praktijk?	Ja, onder andere middels een klankbordgroep van sleutelpersonen uit 15 thuiszorgorganisaties.
Wordt de ervaringskennis van betrokkenen gebruikt bij de implementatie?	Ja, er heeft een uitgebreide inventarisatie van ervaringen en knelpunten plaatsgevonden.
Zijn beoogde gebruikers/doelgroepen van de technologie adequaat geïnformeerd over de technologie? (bijv. door voorlichting, brochures, website)  Is deze informatie gevarieerd genoeg om meerdere groepen gebruikers aan te spreken?	In samenwerking met de klankbordgroep zijn o.a. de volgende producten ontwikkeld: Video van drie cliëntsituaties, werkpakketten met richtlijnen en protocollen, workshops, voorlichtingsmateriaal etc.



Zijn er strategieën gebruikt om voldoende draagvlak te creëren bij de gebruikers/doelgroepen?	Ja, er zijn workshops georganiseerd, er is een instructievideo gemaakt, brochures verspreid, etc.
Worden de belangen en motivatie van gebruikers/doelgroepen om te veranderen/implementeren ondersteund (door strategieën met beloningen, sancties of andere prikkels)?	In het kader van het CAT zijn zogeheten Groene Praktijkregels ingesteld, die o.a. het gebruik van tilliften stimuleren. Thuiszorginstellingen zijn verplicht volgens deze regels te werken.
Wat zijn de ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgverleners?	Gebruikers zijn tevreden, maar voelen zich soms onveilig, en de transfer kost vaak meer tijd.
Hoe is de beschikbaarheid van benodigde faciliteiten en materialen gebleken?	Iedereen die een tillift nodig heeft, kan in principe voor een periode van maximaal 2 keer 3 maanden een tillift lenen via thuiszorgwinkel/uitleenmagazijn.
Is de technologie financieel en organisatorisch geschikt voor implementatie?	Financieel is de technologie geschikt, tilliften worden al vergoed
Is er een plan voor de toekomst dat is gericht op bestendiging van de technologie? Wat gebeurt er met de uitkomsten van dit project? (bijv. continuering/overdracht/vervolgtraject)	De richtlijnen die ontwikkeld zijn, dragen bij aan een landelijke beleidsregel van het ministerie van SZW op het gebied van tillen in de zorg.
Wordt de bestendiging van geïmplementeerde resultaten ondersteund door het (laten) vastleggen van financiële en wettelijke of procedurele waarborgen? (faciliteiten, materialen, financiën en vergoedingen)?	Het materiaal wordt blijvend uitgegeven door sleutelpartijen, is opgenomen in scholingsprogramma's en in diverse uitgaven van de Sectorfondsen Zorg en Welzijn.
Hoe groot is de betrokkenheid van het management bij de verandering?	Het management dient zich aan het CAT te houden, en wordt zo gemotiveerd tilliften in te zetten.

<b>Projecttitel</b>	<b>Steun de steunkous; bevordering van het gebruik van hulpmiddelen voor het aantrekken van elastische kousen in de thuiszorg</b>
Projectnummer	96-10-009,0
Looptijd	02-1999 tot 02-2001
Organisatie	iRv, Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap
Projectleider	Mw. Dr. C van Heugten
Medewerkers	L de Witte, E Hagedoren, F Steeghs, D van der Pijl, S Arkesteijn, S de Vlieger
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Implementatie-project

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is er een stappenplan met implementatievoornemens uitgewerkt?	Ja. In het project worden onder andere bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van steunkousaantrekkers geïnventariseerd, richtlijnen ontwikkeld, getoetst, en landelijk geïmplementeerd.
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt (nadruk op knelpunten) en welke praktijkveranderingen beoogd worden door invoering van de technologie?	Er zijn hulpmiddelen op de markt om het aan- en uittrekken van steunkousen te vergemakkelijken, maar deze zijn nog weinig bekend en worden daarom ook nauwelijks gebruikt.
Is de context waarbinnen de implementatie plaatsvindt, bekend?	Gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen en verzorgenden binnen de thuiszorg.
Is er een duidelijk omschreven doelgroep/gebruikersgroep?  Zijn hun belangen en doelen geïnventariseerd?	Ten eerste verpleegkundigen en verzorgenden. Hun werk moet minder belastend worden door de steunkousenaantrekker. Ten tweede moeten cliënten zelfstandiger worden door gebruik van de steunkousaantrekker.
Worden de betrokkenen actief ingeschakeld zowel bij de ontwikkeling van de middelen of producten en bij het invoeren ervan in de praktijk?	Ja, cliënten worden geobserveerd bij het gebruik van steunkousaantrekkers, er zijn gesprekken gevoerd met sleutelfiguren, er is een enquête gehouden onder thuiszorginstellingen.
Wordt de ervaringskennis van betrokkenen gebruikt bij de implementatie?	Ja, tijdens workshops voor gebruikers, mantelzorgers en professionals is gevraagd naar ervaringen.

Zijn beoogde gebruikers/doelgroepen van de technologie adequaat geïnformeerd over de technologie? (bijv. door voorlichting, brochures, web-site)	Ja, door de media is veel aandacht besteed aan het project, er zijn artikelen gepubliceerd in vakbladen voor verpleegkundigen/verzorgenden en het project is gepresenteerd op diverse landelijke beurzen, congressen en workshops. Ook is er een informatiebrochure voor cliënten geschreven.
Is deze informatie gevarieerd genoeg om meerdere groepen gebruikers aan te spreken?	Ja.
Zijn er strategieën gebruikt om voldoende draagvlak te creëren bij de gebruikers/doelgroepen?	Ja, er zijn onder andere workshops georganiseerd en informatiebrochures ontwikkeld.
Worden de belangen en motivatie van gebruikers/doelgroepen om te veranderen/implementeren ondersteund (door strategieën met beloningen, sancties of andere prikkels)?	Ja, door de invoering van het CAT wordt het gebruik van steunkousaantrekkers gestimuleerd.
Wat zijn de ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgverleners?	Goed, de cliënten zijn grotendeels tevreden over de hulp van de thuiszorg bij het aan-en uittrekken, de uitvoerende zorgverleners geven aan dat hun werkwijze verbeterd is.
Hoe is de beschikbaarheid van benodigde faciliteiten en materialen gebleken?	Goed.
Is de technologie financieel en organisatorisch geschikt voor implementatie?	Organisatorisch is het project geschikt voor implementatie. Steunkousaantrekkers worden op dit moment nog niet vergoed, een enkele zorgverzekeraar geeft cliënten de mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren. Dit blijft een knelpunt voor implementatie.
Is er een plan voor de toekomst dat is gericht op bestendiging van de technologie? Wat gebeurt er met de uitkomsten van dit project? (bijv. continuering/overdracht/vervolgtraject)	Ja, het project wordt door het CAT overgenomen, en het iRv zal als informatiepunt fungeren voor vragen uit de praktijk. Actuele ontwikkelingen worden bijgehouden.
Wordt de bestendiging van geïmplementeerde resultaten ondersteund door het (laten) vastleggen van financiële en wettelijke of procedurele waarborgen? (faciliteiten, materialen, financiën en vergoedingen)?	Steunkousaantrekkers zijn in sommige thuiszorginstellingen al wel verplicht gesteld.
Hoe groot is de betrokkenheid van het management bij de verandering?	Het management dient zich aan het CAT te houden, en wordt zo gestimuleerd steunkousaantrekkers te gebruiken.



<b>Projecttitel</b>	<b>Blaaskatheterisatie in de thuissituatie. Onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren</b>
Projectnummer	96-10,217
Looptijd	11-2000 tot 10-2001
Organisatie	TNO-PG en KITZ
Projectleider	Drs. ECPM Tak
Medewerkers	J Thie, A Quak, A Lycklama
Project afgerond	Ja
Ontwikkelingsfase project	Implementatieproject

<b>Evaluatiecriteria</b>	
Is er een rationeel stappenplan met implementatie-voornemens uitgewerkt?	Het project is gericht op knelpunten die implementatie belemmeren. Oplossingsrichtingen worden aangedragen.
Is duidelijk hoe de huidige zorg verloopt (nadruk op knelpunten) en welke praktijkveranderingen beoogd worden door invoering van de technologie?	Het verzorgen en zo nodig verwisselen van blaaskatheters moet zoveel mogelijk in de thuissituatie van de patiënt plaatsvinden. In de praktijk lijkt dit niet op eenduidige wijze georganiseerd te kunnen worden. Er komen knelpunten naar voren van vakinhoudelijke, organisatorische en financiële aard, deze moeten worden geïnventariseerd.
Is de context waarbinnen de implementatie plaatsvindt, bekend?	Het gaat alleen om zelfstandig wonende patiënten in de thuissituatie, die eventueel hulp krijgen bij de catheterisatie.
Is er een duidelijk omschreven doelgroep/gebruikersgroep?	Alle patiënten met een blaaskatheter die thuis verblijven.
Zijn hun belangen en doelen geïnventariseerd?	Ja.
Worden de betrokkenen actief ingeschakeld zowel bij de ontwikkeling van de middelen of producten en bij het invoeren ervan in de praktijk?	Niet van toepassing.
Wordt de ervaringskennis van betrokkenen gebruikt bij de implementatie?	Niet van toepassing.

Zijn beoogde gebruikers/doelgroepen van de technologie adequaat geïnformeerd over de technologie? (bijv. door voorlichting, brochures, web-site)	Niet van toepassing.
Is deze informatie gevarieerd genoeg om meerdere groepen gebruikers aan te spreken?	
Zijn er strategieën gebruikt om voldoende draagvlak te creëren bij de gebruikers/doelgroepen?	Niet van toepassing.
Worden de belangen en motivatie van gebruikers/doelgroepen om te veranderen/implementeren ondersteund (door strategieën met beloningen, sancties of andere prikkels)?	Niet van toepassing.
Wat zijn de ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgverleners?	Niet van toepassing.
Hoe is de beschikbaarheid van benodigde faciliteiten en materialen gebleken?	Niet van toepassing.
Is de technologie financieel en organisatorisch geschikt voor implementatie?	Catheters vallen onder de regeling hulpmiddelen. Zowel organisatorisch als financieel zijn blaascatheters geschikt voor implementatie.
Is er een plan voor de toekomst dat is gericht op bestendiging van de technologie? Wat gebeurt er met de uitkomsten van dit project? (bijv. continuering/overdracht/vervolgtraject)	Het is nog niet duidelijk wat er met de uitkomsten van het onderzoek (oplossingen voor gesignaleerde knelpunten) zal gebeuren.
Wordt de bestendiging van geïmplementeerde resultaten ondersteund door het (laten) vastleggen van financiële en wettelijke of procedurele waarborgen? (faciliteiten, materialen, financiën en vergoedingen)?	Niet van toepassing.
Hoe groot is de betrokkenheid van het management bij de verandering?	Niet van toepassing.

## Recent Nivel rapport

### Monitoring van het beleid en gebruik van thuiszorgtechnologie

C. Leemrijse  
E. van den Ende

119 blz.

In dit rapport wordt door het NIVEL in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland - Medische Wetenschappen (ZonMw), een monitoring van het beleid en gebruik van thuiszorgtechnologie uitgevoerd. In deze monitoring wordt geëvalueerd in hoeverre het ZonMw-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 KITZ (TNO-PG; infusietechnologie).

Gedurende de 3 jaar dat de monitoring is uitgevoerd is de mate van beleid van thuiszorginstellingen ten aanzien van het gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers duidelijk toegenomen. Dit houdt in dat er wordt gewerkt met standaardprocedures voor het gebruik van tilliften en steunkousaantrekkers, en/of dat er maatregelen zijn genomen om de fysieke belasting in de thuiszorg terug te dringen. Ook het gebruik van zowel tilliften als steunkousaantrekkers is gedurende de monitoring duidelijk toegenomen. 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 eventuele toename in het gebruik van deze technologie in dit rapport niet goed te evalueren.