

De 'Zichtbare schakel'- wijkverpleegkundige:

een hele zorg minder

Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMw

dr. ir. E.H. van der Meer MBA

J.P. Postma MScBA

Juni 2012

BMC | advies
management



De ‘Zichtbare schakel’-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder

Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMw

De onderzoekers bedanken de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundigen en -projectleiders die hebben deelgenomen aan het onderzoek voor hun hulp bij het verzamelen en controleren van gegevens. Zij bedanken daarnaast de voorzitter en leden van de adviesgroep voor hun adviezen, en collega's Janneke Vogels, Gert Voogt, Raimon Werkman, Christine Bos en Menno ter Wal voor hun bijdragen aan het onderzoek.

Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw.

juni 2012

*dr.ir. E.H. van der Meer MBA
J.P. Postma MScBA*

INHOUD

	SAMENVATTING	5
HOOFDSTUK 1	INLEIDING	7
HOOFDSTUK 2	MODEL	8
	2.1 De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige	8
	2.2 Eerdere onderzoeken	8
	2.3 Onderzoeksmodel	10
HOOFDSTUK 3	WERKWIJZE	11
	3.1 Algemeen	11
	3.2 Steekproef	12
	3.3 Interviews	14
	3.4 Waardering van resultaten bij instellingen	14
	3.5 Waardering van resultaten bij cliënten	15
	3.6 Triangulatie	16
	3.7 Ophoging en saldering	17
	3.8 Tellingen	18
HOOFDSTUK 4	RESULTATEN	19
	4.1 Beschrijvende statistiek	19
	4.2 Kosten	21
	4.3 Verbeteringen in kwaliteit van leven	22
	4.4 Besparingen	23
	4.5 Winst en waarde	24
HOOFDSTUK 5	DISCUSSIE	25
	5.1 Operationele succesfactoren	25
	5.2 Professionele succesfactoren	26
	5.3 Implicaties voor het veld	27
	5.4 Implicaties voor financiers	28
	5.5 Potentieel bij landelijke invoering	29
HOOFDSTUK 6	CONCLUSIES	30
HOOFDSTUK 7	AANBEVELINGEN	31

BIJLAGE 1	SAMENSTELLING VAN DE ADVIESGROEP	32
BIJLAGE 2	GEHANTEERDE INDICATIES EN TARIEVEN	33
BIJLAGE 3	GEGEVENS VAN INDIVIDUELE DOSSIERS	34

Samenvatting

In dit onderzoek zijn cliëntgebonden kosten en baten onderzocht van het 'Zichtbare schakel'-programma tot 1 september 2011. In dit programma worden sinds 1 oktober 2009 extra wijkverpleegkundigen ingezet in (met name) de veertig achterstandswijken om, naast de geïndiceerde zorg, te kunnen werken aan integrale zorg en samenhang in preventie, wonen, zorg en welzijn in de wijk.

Het gehanteerde onderzoeksmodel onderscheidt drie 'actoren' waarin de wijkverpleegkundige in haar contacten met cliënten van betekenis kan zijn: het cliëntstelsel, (zorg)instellingen en financiers. Er is geen rekening gehouden met eventuele effecten van het programma voor de wijkverpleegkundige zelf, haar collega's, werkgevers en de wijken als geheel. Om kosten en baten te identificeren is een steekproef getrokken uit cliëntdossiers, zijn hierover gestructureerde gesprekken gevoerd met de betreffende wijkverpleegkundigen en zijn geïdentificeerde (netto)resultaten gewaardeerd in termen van besparingen en verbeteringen in kwaliteit van leven. Met (vormen van) triangulatie zijn systematische fouten zo veel mogelijk beperkt. De 'winst' is bepaald door waarden te salderen met kosten van wijkverpleegkundigen en hun ondersteunende organisatie.

Voor het 'Zichtbare schakel'-programma tot 1 september 2011 komt de winst uit op ruim € 3,3 miljoen. Per cliënt bedraagt deze gemiddeld € 227,— en per wijkverpleegkundigenjaar € 17.606,—. De (financiële) marge op het werk van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige en haar ondersteunende organisatie is 34%. Met eenmalige kosten van € 2,0 miljoen is sprake van een positieve netto contante waarde.

Voor cliënten zijn in totaal 357 QALY's gegenereerd. Per cliënt bedraagt de verbetering van kwaliteit van leven gemiddeld 2,4%. Per wijkverpleegkundigenjaar worden 1,89 gezonde levensjaren gewonnen. De opbrengsten zijn voor het grootste deel psychisch (61%), voor een aanzienlijk deel sociaal (31%) en voor een beperkt deel somatisch van aard (8%). De cijfers beogen slechts een globaal beeld te geven van de effecten op kwaliteit van leven.

De wijkverpleegkundige realiseert met name besparingen in de tweede lijn. Dit lijkt te worden veroorzaakt door substitutie van (duurdere) tweedelijnsoplossingen met (goedkopere) eerstelijnsoplossingen. Van alle besparingen betreft 41% instellingen voor intramurale verpleging en verzorging en 21% ziekenhuizen. Ziekenhuiszorg wordt het vaakst voorkomen, maar de hoogste bedragen zijn gemoeid met het voorkomen van verpleging en verzorging.

Zo'n 50% van de besparingen is terug te voeren op AWBZ-bekostiging, 29% op Zvw-bekostiging en 20% op bekostiging vanuit overige financieringsbronnen. Besparingen in de Wmo-sfeer zijn nihil. Er lijkt sprake te zijn van substitutie van Zvw naar AWBZ en Wmo, en van AWBZ naar Wmo. Zvw-zorg wordt het vaakst voorkomen, maar de hoogste bedragen zijn gemoeid met AWBZ-zorg. Nog vaker dan onderlinge substituties is sprake van substitutie met oplossingen binnen het cliëntsysteem.

Een vergelijking met resultaten van soortgelijke onderzoeken in West-Brabant en Den Haag lijkt te wijzen op het belang om waar mogelijk (te) lange trajecten met cliënten te voorkomen. Wijkverpleegkundigen zouden kunnen streven naar vrij korte interventies en (indien van toepassing) snelle overdracht naar geïndiceerde vormen van zorg. Tellingen op basis van de onderzochte dossiers geven aan dat in ieder geval drie factoren bijdragen aan de toegevoegde waarde van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: het kunnen combineren van meerdere professionele disciplines, het kunnen gebruiken van vrije regelruimte en het onafhankelijk kunnen optreden. In het kader van discussies rondom borging van de functie en bekostiging wordt aanbevolen om de drie genoemde factoren zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen.

Geconstateerd is dat kosten en baten mogelijk sterk variëren per type wijk en doelgroep. Mogelijk speelt de mate van aanwezige sociale cohesie hierin een belangrijke rol, maar zeker is dit niet. Inzicht hierin zou een doelmatige toekenning van budgetten zeer ten goede kunnen komen. Daarnaast verdient het aanbeveling om de capaciteitsbehoefte nader te onderzoeken op het niveau van wijken en doelgroepen. Ten slotte dienen voor een volledig beeld van kosten en baten van de 'Zichtbare-schakel'-wijkverpleegkundige ook groepsgerichte activiteiten en werkzaamheden ter bevordering van lokale samenwerking te worden onderzocht.

Hoofdstuk 1

Inleiding

Sinds 2009 loopt het programma 'Zichtbare schakel'. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' van ZonMw. Vanuit het programma worden sinds 1 oktober 2009 extra wijkverpleegkundigen ingezet in (met name) de veertig achterstandswijken om, naast de geïndiceerde zorg te kunnen werken aan integrale zorg en samenhang in preventie, wonen, zorg en welzijn in de wijk.

Het programma wordt uitgevoerd in opdracht van de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), en geeft gehoor aan de motie Hamer van september 2008, waarmee de Tweede Kamer een extra budget van € 10 miljoen per jaar beschikbaar stelde voor de inzet van wijkverpleegkundigen. In het voorjaar van 2011 waren ongeveer 350 wijkverpleegkundigen actief in 95 projecten verdeeld over 50 gemeenten (Programma 'Zichtbare schakel', 2011, *Tussenbalans 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'*, ZonMw).

Een belangrijk doel van ZonMw is het op een kwalitatief hoogwaardige en (kosten)effectieve manier inzetten van wijkverpleegkundigen. Het huidige onderzoek richt zich op 'het bepalen van de maatschappelijke kosten en baten van de brede wijkverpleegkundige functie, zoals die specifiek in de 'Zichtbare schakel'-projecten wordt ingezet, in vergelijking met de reguliere werkwijze, waarbij de thuiszorg verleend wordt op basis van de CIZ-indicaties'. Het onderzoek is gericht op de periode tot 1 september 2011 (het 'Zichtbare schakel'-programma loopt nog tot 31 december 2012). De nadruk ligt op de kosten en baten van cliëntgebonden werkzaamheden (zie paragraaf 2.1).

Het onderzoek is uitgevoerd onder begeleiding van een adviesgroep (zie bijlage 1). Deze adviesgroep is drie keer bijeen geweest en heeft gevraagde en ongevraagde adviezen uitgebracht over alle aspecten van het onderzoek. Daarnaast is periodiek verantwoording afgelegd aan vertegenwoordigers van ZonMw.

Hoofdstuk 2

Model

2.1 De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige

De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige werkt aan verbetering van de samenhang tussen preventie, wonen, zorg en welzijn. Hiertoe stimuleert zij onder meer samenwerking tussen lokale partijen, organiseert zij groepsgerichte activiteiten en onderneemt zij cliëntgebonden activiteiten. Dit laatste doet zij onder meer door het leggen van contacten, het vroegtijdig signaleren van sociale en gezondheidsrisico's, het bieden van praktische zorg en ondersteuning, het uitbrengen van advies, het bemiddelen bij (in)formele zorg, het uitvoeren van zorgcoördinatie en het bieden van nazorg.

Kenmerkend voor de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige is dat zij voor deze werkzaamheden 'vrije regelruimte' heeft. Dit betekent dat zij geen CIZ-indicaties hoeft aan te vragen en kan 'doen wat nodig is'. Wel is zij in de regel verbonden aan een instelling. Dit kan een thuiszorginstelling zijn, een gezondheidscentrum, een GGD-instelling, een welzijnsinstelling of een regionale ondersteuningsstructuur (ROS). In West-Brabant is een regionale kruisvereniging verantwoordelijk voor het werk van de wijkverpleegkundige.

2.2 Eerdere onderzoeken

Zoals genoemd beoogt het onderzoek kosten en baten te bepalen van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige. De kosten worden gegenereerd door haarzelf (en de organisatie waarvoor zij werkt). De baten kunnen het gevolg zijn van haar cliëntgebonden werkzaamheden, maar ook van haar werk rondom lokale samenwerking en groepsactiviteiten. Het veldwerk dat in dit onderzoek wordt uitgevoerd is alleen gericht op het identificeren van baten van cliëntgebonden werkzaamheden. Wel is een inventarisatie gemaakt van andere onderzoeken, waarin breder is gekeken naar mogelijke baten.

De resultaten van deze inventarisatie zijn weergegeven in tabel 2-1. Deze tabel geeft weer dat de inzichten rondom effecten van niet-cliantgebonden baten nog summier zijn. Op basis van gesprekken, observaties en 'inzichten' worden effecten gevonden rondom sociale participatie, algehele gezondheid, welzijn en leefbaarheid. Cijfers worden hierbij niet gegeven, hetgeen gezien de gehanteerde werkwijzen begrijpelijk is. Cijfermatige resultaten rondom dergelijke effecten vereisen grootschalig en longitudinaal onderzoek.

Wel worden diverse cijfers gegeven met betrekking tot cliëntgebonden baten. Twee recente onderzoeken van BMC geven baten rondom kwaliteit van leven. In West-Brabant wordt jaarlijks met 2,75 fte wijkverpleegkundigen 5,5 QALY's (Quality Adjusted Life Years = gezonde levensjaren) gewonnen en in Den Haag met 9 fte 21,2 QALY's. Dit zou betekenen dat een arbeidsjaar van een wijkverpleegkundige zo'n twee gezonde levensjaren oplevert voor cliënten. De betekenis van QALY's wordt in hoofdstuk 3 nader toegelicht.

Diverse andere onderzoeken vinden baten in de vorm van besparingen. De verschillen tussen de onderzoeken zijn groot. Marges (besparingen minus kosten, gedeeld door de kosten) variëren tussen 30% en ruim 600%. De twee BMC-onderzoeken zijn gebaseerd op analyses op het niveau van individuele cliënten. In West-Brabant wordt een marge gevonden van 64% en in Den Haag een marge van 76%.

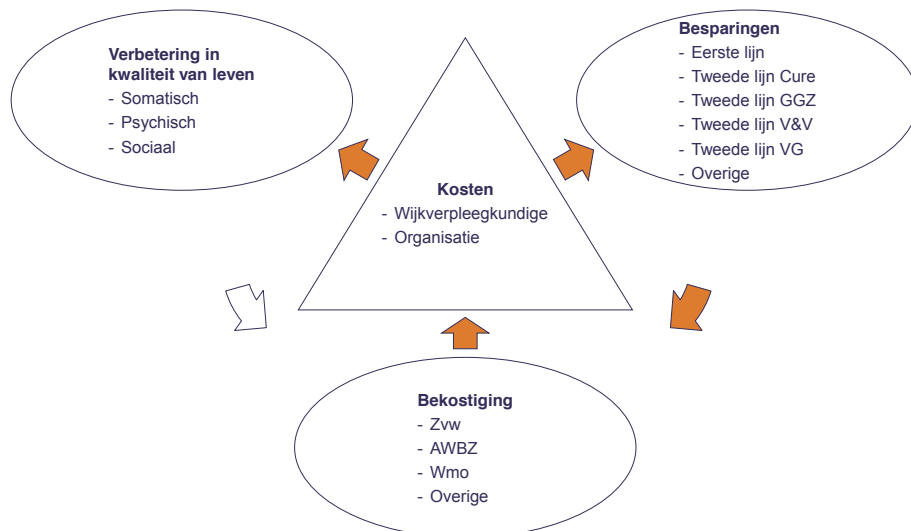
Tabel 2-1 Inventarisatie van enkele onderzoeken naar effecten van wijkverpleegkundigen

Bron	Onderzoek		Kosten	Cliëntgebonden baten		Niet cliëntgebonden baten	Besparingen minus kosten (en marge)
	Populatie	Werkwijze		Besparingen	Verbetering kwaliteit van leven		
Actiz en STOOM (2010). De wijkverpleegkundige in de eerste lijn, Nieuwe inzichten, Nieuwe initiatieven.		Gesprekken met wijkverpleegkundigen, managers, bestuurders, medewerkers van koepelorganisaties.		De wijkverpleegkundige voorkomt onnodige uitgaven.	Zorg op maat, minder gezichten, continuïteit en zelfzorg.		
BMC (2012). De wijkverpleegkundige in Den Haag. Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten en baten.	Cliënten van 12 wijkverpleegkundigen (9 fte) in 3 wijken in Den Haag.	Onderzoek van 40 clientendossiers.	€ 465.130 per jaar (€22.000 eenmalig)	€ 818.361 per jaar (€ 92.188 eerste lijn, € 613.794 tweede lijn, € 91.438 overige instellingen).	21 QALY's per jaar (12 psychisch; 8 sociaal; 1 somatisch).		€ 353.501 (76%)
BMC (2011). De wijkzuster terug in West-Brabant: worden we er beter van? Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten en baten.	Cliënten van 10 wijkverpleegkundigen (2,75fte) in West-Brabant.	Onderzoek van 54 clientendossiers.	€ 210.769 per jaar (€220.000 eenmalig)	€ 346.319 per jaar (€ 300.586 bij instellingen, € 47.352 bij gemeenten en minus € 1.619 bij 'andere verbinders')	5,5 QALY's per jaar (3,8 psychisch; 1,5 sociaal; 0,2 somatisch).		€ 135.500 (64%)
Buurtzorg (2009). Maatschappelijke Business Case Buurtzorg Nederland.	Zelfsturende wijkteams (van circa 7,5fte) bestaande uit 50% wijkverpleegkundigen en 50% wijk-ziekenverzorgenden.	Beschrijving van huidige inzichten in de Buurtzorgwerkwijze, brononderzoek en een aantal aannames.	€ 204.787 (50% van teamkosten van € 408.787)	€ 265.988 per jaar (tevens € 105.974 door 'efficiëntere zorgorganisatie').	Meer vertrouwd, onafhankelijker, meer regie. Wordt serieuzer geworden en begrijpt de hulpvraag beter.	Vindt oplossingen voor WMO prestatievelden. Verbindt AWBZ en Welzijn.	€ 61.595 (30%)
Carint Deventer en Zorgkantoor Midden IJssel (2011). Eindevaluatie: Zorgen? Geen Zorgen!	Cliënten van een team met 'Zorgwelzijns-specialisten' in Deventer.	Cijfermatige vergelijking van een 'gemiddeld team' met zorgwelzijns-specialist en zonder zorgwelzijns-specialist.	€ 32.700 per jaar (gemiddelde over 2010 en 2011)	€ 232.552 per jaar (gemiddelde over 2010 en 2011).	Meer (ervaren) eigen regie, meer inspraak.	Meer (ervaren) veiligheid in woon- en leefomgeving.	€ 199.852 (611%)
Hummelink en ten Have (2012). De wijkverpleegkundige 'Zichtbare schakel' van Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland: Een maatschappelijke meerwaarde?	Cliënten van de wijkverpleegkundige Zichtbare schakel van het STMG.	Semigestructureerde interviews met zes cliënten en zes samenwerkingspartners.			Meer zelfvertrouwen, meer sociale contacten, langer zelfstandig thuiswonen.		
NPCF en V&VN (2012). Versterken van verpleging thuis. Naar een Basisvoorziening Wijkverpleging.	Wijkverpleegkundigen van 10 thuiszorg-organisaties in 11 'proeftuinen'.	26 observaties van gesprekken met wijkverpleegkundigen, 97 interviews met kwetsbare ouderen, 62 vragenlijsten onder mantelzorgers.		Een van de proeftuinen realiseerde een besparing ten opzichte van geïndiceerde uren van € 27.298.	Bevordering van een veilig gevoel, zelfredzaamheid en thuis blijven wonen.	Versterking sociale participatie door schakelen met andere professionals en lokale ondersteuning.	
Omring (2010). Van Solex naar Laptop. Maatschappelijke Business Case (mBC).	Cliënten van een team met coördinerende wijkverpleegkundigen in Middenmeer en Slootdorp.	Dertien verhalen van cliënten en gedocumenteerde aannames, veronderstellingen'.	€ 18.560 per jaar voor Middenmeer en Slootdorp	€ 91.350 per jaar voor Middenmeer en Slootdorp (€ 64.556 intramuraal, € 23.098 extramuraal, € 1.100 thuiszorg, € 1.948 gemeente; € 648 huisarts).	Toename zelfredzaamheid, eigen regie, meer rust, gevoel van veiligheid, meer sociale verbanden, uitstel opname in verpleeghuis of verzorgingshuis.	Betere algehele gezondheid en welzijn van burgers, verhoogde leefbaarheid in dorpen.	€ 72790 (392%)

2.3 Onderzoeksmodel

Zowel inzichten uit de eerdere onderzoeken als ervaringen uit het huidige onderzoek hebben geleid tot het model weergegeven in figuur 2-1. Centraal hierin staan de wijkverpleegkundige en de organisatie waarvoor zij werkt (de driehoek). Deze realiseren (mogelijk) besparingen bij instellingen (rechtsboven) en verbeteringen in kwaliteit van leven binnen cliëntsystemen (linksboven). De kosten van de wijkverpleegkundige en de baten bij instellingen en cliënten bepalen samen de 'winst' (of het verlies). Een deel hiervan kan terugvloeien naar de financier (onder).

Het model onderscheidt dus drie 'actoren' rondom de wijkverpleegkundige: het cliëntstelsysteem, de (zorg)instellingen en de financiers. Er wordt geen rekening gehouden met eventuele effecten voor de wijkverpleegkundige zelf (werktevredenheid, beroepseer), haar collega's (elders toepasbare kennis en vaardigheden), werkgevers (arbeidsproductiviteit) en wijken als geheel (participatie, sociale cohesie, bewustzijn van gezondheid). Het is niet uit te sluiten dat ook hier baten worden gerealiseerd.



Figuur 2-1 Gehanteerd onderzoeksmodel

Hoofdstuk 3

Werkwijze

3.1 Algemeen

In dit onderzoek worden kosten en baten van de wijkverpleegkundige geïdentificeerd door een steekproef te trekken uit cliëntdossiers van wijkverpleegkundigen, gestructureerde gesprekken hierover met hen te voeren en geïdentificeerde resultaten te waarderen in termen van besparingen en verbeteringen in kwaliteit van leven. Met (vormen van) triangulatie worden systematische fouten hierbij zo veel mogelijk beperkt. Parallel hieraan worden gegevens uitgevraagd rondom het exacte aantal dossiers dat is gerealiseerd in de onderzochte projecten en de kosten die zijn gemaakt. Aan de hand hiervan worden waarderingen opgehoogd en gesaldeerd, zodat een 'winst' ontstaat.

De werkwijze lijkt enigszins op (multiple) casestudyonderzoek. Het aantal casestudy's is daarin zeer groot, zodat de diepgang per casus (enigszins) wordt beperkt. Observaties worden op meerdere manieren getoetst, maar niet aan externe cijfers, zoals bijvoorbeeld statistieken van huisartsen of verzekeraars. Een kort onderzoek naar de mogelijkheden hiertoe heeft geleid tot de conclusie dat effecten te divers zijn om terug te kunnen zien in dergelijke cijfers. Ook is slechts in beperkte mate getoetst met de betrokken cliënten zelf, mede omdat deze (gezien de doelgroep) niet altijd eenvoudig te benaderen zijn en professionele implicaties moeilijk kunnen beoordelen.

Daarnaast vertoont het onderzoek een zekere gelijkenis met effectiviteitsstudies. De effectiviteit wordt echter niet afgeleid uit longitudinale of crosssectionele verschillen, maar uit het beschrijven van een zogenaamd nulalternatief (een 'wat was er anders gebeurd'-scenario). Enerzijds is dit ingegeven door de beperkte onderzoeksduur en anderzijds door de moeilijkheid om (bijvoorbeeld) een betrouwbare controlegroep op te zetten. Het hanteren van een nulalternatief kan worden gezien als een manier om (met de ervaring van professionals) toch een beeld te krijgen van het verleden (of van elders).

Ten slotte heeft het onderzoek kenmerken van een maatschappelijke kosten-baten-analyse. Het identificeren van kosten en baten ligt evenwel minder op het maatschappelijke vlak (de wijk als geheel) dan op het niveau van individuele burgers. Het gerapporteerde eerdere onderzoek (paragraaf 2.2) is een aanwijzing dat (eventuele) baten van wijkgebonden werkzaamheden van de wijkverpleegkundige niet zo eenvoudig vast te stellen zijn.

3.2 Steekproef

Het dossieronderzoek is gebaseerd op een steekproef van in totaal 96 dossiers. Hoewel aanvankelijk een eenvoudige calculatie is uitgevoerd om dit aantal te verantwoorden, vertegenwoordigt het cijfer vooral een praktische grens, ingegeven door het arbeidsintensieve onderzoeksproces. Daarbij geldt dat een grotere steekproef niet per se meer nauwkeurigheid had opgeleverd, gezien de mogelijkheid van systematische fouten.

Het grootste deel van de steekproef bestond uit fysieke cliëntdossiers. Tien dossiers vertegenwoordigen echter de resultaten uit de onderzoeken in West-Brabant (Moerdijk/Zevenbergen) en Den Haag (Schilderswijk/Transvaal/ Stationsbuurt). Hier zijn in werkelijkheid respectievelijk 54 en 40 dossiers onderzocht, zodat de resultaten zijn vermenigvuldigd met de factoren 5/54 en 5/40. Uiteraard was vooraf niet bekend hoe deze resultaten zich verhouden tot die van het totale onderzoek.

Het selecteren van specifieke dossiers ging aan de hand van de getrapte procedure weergegeven in tabel 3-1 en leidde tot de steekproef weergegeven in tabel 3-2. Kenmerkend is de keuze voor een representatieve vertegenwoordiging van 'grote', 'middelgrote' en 'kleine' projecten. Binnen deze groepen maakten gemeenten en projecten met grotere budgetten meer kans om te worden gekozen dan die met kleinere. Een uitzondering hierop vormden de projecten in West-Brabant en Den Haag, die zoals genoemd vooraf waren geselecteerd. De beschrijvende statistiek in paragraaf 4-1 maakt duidelijk dat de procedure heeft geleid tot een steekproef die zeer representatief is voor het 'Zichtbare schakel'-programma.

Tabel 3-1 Procedure voor het selecteren van dossiers voor de steekproef

Trap	Procedure	Randvoorwaarden
1. Grote, middelgrote en kleine projecten onderscheiden	- Gemeenten in volgorde van projectbudget zetten en zodanig splitsen in 'groot' (4 gemeenten), 'middelgroot' (12 gemeenten) en 'klein' (34 gemeenten) zodat de groepen ongeveer een even groot budget vertegenwoordigen - Het aantal te onderzoeken dossiers naar rato van budget verdelen over de drie groepen	- G4 gemeenten gezamenlijk de groep van grote grote projecten laten vormen (vertegenwoordigen ongeveer de helft van het gealloceerde Zichtbare Schakel budget)
2. Gemeenten selecteren (14)	- Gemeenten opnemen in een getallenreeks, waarbij het budget bepaalt hoeveel getallen per gemeente in de reeks zijn opgenomen. - Getalgenerator (www.survey-onderzoek.nl/draw.html) getallen uit de reeks laten selecteren. Betreffende gemeente opnemen in de steekproef. - Het aantal te onderzoeken dossiers (binnen de grote / middelgrote / kleine projecten) naar rato van budget verdelen over de gekozen gemeenten.	- Minimaal 5 dossiers onderzoeken per gekozen gemeente (om logistieke redenen) - Alle G4 gemeenten onderzoeken (N.B. voldoen allemaal aan de eis van minimaal 5 dossiers) - Moerdijk meenemen in de steekproef gezien het reeds verrichte onderzoek aldaar
3. Projecten selecteren (19)	- Project binnen gemeente kiezen (in overleg met ZonMw; slechts in een enkel geval nodig). - Het aantal te onderzoeken dossiers verdelen naar rato van projectbudget.	- Maximaal 2 projecten per gemeente kiezen (om logistieke redenen) - Project dient van start te zijn gegaan (dit was bij twee projecten niet het geval).
4. Wijkverpleegkundigen selecteren (37)	- Wijkverpleegkundigen willekeurig kiezen uit overzichten. Bij afwezigheid van wijkverpleegkundige opnieuw kiezen.	- Minimaal 2 wijkverpleegkundigen spreken (tenzij slechts 1 dossier in het project moest worden onderzocht) - Maximaal 5 dossiers per wijkverpleegkundige
5. Dossiers selecteren (96)	- Bij aanvang van het gesprek met de wijkverpleegkundige willekeurig dossiers kiezen uit dossiermap of registratiesysteem.	- Wijkverpleegkundige diende eindverantwoordelijk te zijn voor het dossier - Wijkverpleegkundige diende minimaal 1 gesprek met de cliënt(en) te hebben gevoerd.

Tabel 3-2 Wijken in de steekproef

Project	Wijken	Budget		Dossiers		
		Euro	%	#	%	
G4 projecten						
1. Rotterdam	26 wijken	€ 6.449.681	46%	17	37%	
2. Amsterdam	1. Osdorp, 2. Nieuw West, 3. Overtoomse Veld, 4. Bos en Lommer	€ 2.458.054	17%	10	22%	
	Oost	€ 671.034	5%	3	7%	
3. Den Haag	1. Schilderswijk, 2. Transvaal en Stationsbuurt	€ 1.613.701	11%	5	11%	
	3. Moerwijk, Morgenstond, Bouwlust en Vrederust, 4. Rustenburg, Oostbroek, Leyenburg	€ 1.919.137	14%	6	13%	
4. Utrecht	1. Kanaleneiland	€ 594.583	4%	2	4%	
	2. Overvecht (Zorgwacht)	€ 367.022	3%	3	7%	
		Projecten in steekproef	€ 14.073.212	100%	46	100%
		Projecten niet in steekproef	€ 3.496.494			
		G4 projecten	€ 17.569.706	48%	46	48%
Middelgrote projecten						
5. Arnhem	Arnhemse Broek, Klarendal, Presikhaaf, Malburgen	€ 1.217.408	27%	5	20%	
6. Eindhoven	1. De Bennekel, 2. Woensel Zuid, 3. Stadsdeel Stratum, wijken Burghplan, Sintenbuurt, Tivoli en Kruidenbuurt	€ 892.142	20%	5	20%	
7. Hoom/Den Helder	Hoom Kersenboogerd en Nieuw Den Helder; Hoom: Grote Waal en Risdam; Den Helder: Visbuurt, Tuindorp en Sluisdijk	€ 1.185.957	27%	5	20%	
8. Dordrecht	1. Wielwijk/Crabbehof	€ 426.870	10%	3	12%	
	2. Sterrenburg	€ 167.692	4%	2	8%	
9. Almere	Stad, Haven en Buiten	€ 569.187	13%	5	20%	
		Projecten in steekproef	€ 4.459.256	100%	25	100%
		Projecten niet in steekproef	€ 5.158.418			
		Middelgrote projecten	€ 9.617.674	26%	25	26%
Kleine projecten						
10. Moerdijk	Zevenbergen	€ 210.364	18%	5	20%	
11. Spijkernisse	Akkers centrum	€ 316.301	27%	5	20%	
12. Heerlen	Meezenbroek, Schaesbergenveld en Palemig	€ 224.903	20%	4	16%	
	Heerlerheide-Passart	€ 68.497	6%	1	4%	
13. Menterwolde	Kernen: Muntendam, Zuidbroek, Noordbroek en Meeden	€ 243.742	21%	5	20%	
14. Barneveld	Garderen	€ 86.500	8%	5	20%	
		Projecten in steekproef	€ 1.150.307	100%	25	100%
		Projecten niet in steekproef	€ 8.541.816			
		Kleine projecten	€ 9.692.123	26%	25	26%
			€ 36.879.503	100%	96	100%

3.3 Interviews

Zoals genoemd zijn alle dossiers in de steekproef in eerste instantie uitvoerig besproken met de betreffende wijkverpleegkundigen. Twee interviewers behandelden in deze gesprekken steeds in een vaste volgorde de zes onderwerpen weergegeven in tabel 3-3 (de nummering geeft de volgorde aan). Eerst werden zo de werkelijke interventie en resultaten in kaart gebracht en vervolgens die van het nulalternatief. Bij het nulalternatief werden kritische vragen gesteld om te voorkomen dat scenario's over het hoofd werden gezien.

Na afloop van de gesprekken werden aantekeningen soms door beide interviewers verwerkt en soms door één van beide, waarna het resultaat door de andere interviewer werd getoetst. Interpretatieverschillen werden uitvoerig besproken en naar een voorlopige consensus geleid. De uitwerkingen zijn weergegeven in bijlage 3. Om de privacy van cliënten te bewaren zijn er geen namen genoteerd en geen kopieën van dossiers gemaakt.

Tabel 3-3 Onderwerpen die achtereenvolgens aan bod kwamen bij de bespreking van een cliëntdossier

1. Achtergrondgegevens	
Hier werd gevraagd naar basisgegevens van de cliënt (geslacht, leeftijd, woonsituatie, maatschappelijke positie), een eventuele zorghistorie voorafgaand aan het contact met de wijkverpleegkundige en de concrete aanleiding voor dit contact.	
2. Totstandkoming contact en interventie (werkelijk)	4. Totstandkoming contact en interventie (nulalternatief)
Hier werd, min of meer chronologisch, vastgelegd hoe het contact met de wijkverpleegkundige tot stand kwam en welke werkzaamheden door haar werden uitgevoerd, zowel in haar direct contacten met de cliënt en betrokkenen, als in haar werk op de achtergrond.	Hier werd teruggegaan naar het moment dat het contact met de wijkverpleegkundige tot stand kwam en de vraag gesteld wat er was gebeurd als er geen wijkverpleegkundige was geweest. Hierbij werden kritische vragen gesteld om te voorkomen dat scenario's over het hoofd werden gezien.
3. Resultaten (werkelijk)	5. Resultaten (nulalternatief)
Hier werden de specifieke resultaten van de interventie vastgelegd, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen resultaten binnen het cliëntstelsel en bij instellingen.	Hier werd gevraagd naar resultaten van de (eventuele) alternatieve interventie. Wederom werden kritische vragen gesteld om te voorkomen dat resultaten over het hoofd werden gezien.
6. Opvolging	
Hier werd gevraagd naar personen die eventueel nog meer geraadpleegd konden worden over de cliënt en de interventie (b.v. huisarts, praktijkassistent, de cliënt, familie van de cliënt, collega van de wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker).	

3.4 Waardering van resultaten bij instellingen

Na vastlegging van alle resultaten bij instellingen zijn deze ingevoerd in een eenvoudig model dat een waarde in euro's berekent voor zowel het werkelijke scenario als het nulalternatief en vervolgens beide bedragen saldeert. Hierbij wordt op waardes die betrekking hebben op een periode van langer dan een jaar een disconteringsvoet van 3% toegepast.

Om dit te kunnen doen diende ieder resultaat te worden voorzien van een (eventuele) indicatie of een (eventueel) tarief, het aantal eenheden daarvan (aantal jaren/maanden/weken/dagen/keer), de kans op optreden en het aantal dagen tot de aanvangsdatum van de indicatie. Om deze (voor zover nog niet bekend) te bepalen zijn alle dossiers doorgenomen met een ervaren indicatiesteller. De indicatiesteller is via BMC gedetacheerd bij het CIZ (teammanager afdeling Bezwaren) en heeft een achtergrond als verpleegkundige en manager in verschillende sectoren van de zorg. De veertig meest complexe dossiers zijn aan hem voorgelezen en de overige dossiers zijn schriftelijk aan hem voorgelegd. Naast de genoemde gegevens heeft dit geleid tot aanscherping van met name diverse opgestelde nulalternatieven.

Tegelijk zijn alle dossiers op consistentie getoetst door soortgelijke dossiers naast elkaar te leggen en verschillen te beoordelen. Ook dit heeft geleid tot aanscherpingen, waarbij in geval van twijfel conservatieve inschattingen zijn aangehouden. Alle dossiers met hun gespecificeerde resultaten staan beschreven in bijlage 3. De gehanteerde indicaties en tarieven zijn opgenomen in bijlage 2.

3.5 Waardering van resultaten bij cliënten

Resultaten bij cliënten zijn met hetzelfde model gewaardeerd als die bij instellingen. In plaats van een indicatie of tarief diende hierbij een zogenoemde wegingsfactor te worden gespecificeerd. Deze wegingsfactoren zijn een maat voor de kwaliteit van leven van cliënten. Zij worden bepaald met onderzoeken waarin patiënten met een bepaalde aandoening (bijvoorbeeld) wordt gevraagd hoeveel gezonde levensjaren zij zouden willen inleveren om van een bepaalde aandoening af te komen. Hieruit worden factoren afgeleid die afhankelijk van de aandoening in de regel ergens liggen tussen 0 (volledig gezond) en 0,5 (ernstig depressief).

Samen met de levensverwachting van een cliënt worden wegingsfactoren uitgedrukt in zogenoemde QALY's of, eenvoudiger, gezonde levensjaren. Deze QALY's vormen in dit onderzoek de rekeneenheid (omdat aan de hand hiervan gesommeerd kan worden over meerdere cliënten), maar het blijkt dat de wijkverpleegkundige met name de wegingsfactoren beïnvloedt. Een probleem is dat niet of nauwelijks wegingsfactoren voorhanden zijn voor de 'aandoeningen' waar de wijkverpleegkundige zich op richt. Met behulp van tabel 3-3 is daarom een vertaling gemaakt van beschikbare naar gehanteerde wegingsfactoren. De beschikbare wegingsfactoren zijn afkomstig van www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/verloren-levensjaren-ziekte-en-ziektelast-voor-56-geselecteerde-aandoeningen/.

In veel gevallen weet een wijkverpleegkundige een aandoening wel te 'verminderen', maar niet volledig weg te nemen. Daarom is vaak gewerkt met percentages van een betreffende wegingsfactor, namelijk 20%, 40%, 60%, 80% en 100%. Indien een interventie leidde tot een kleine vermindering van depressiviteit, werd dit bijvoorbeeld gewaardeerd als een verandering van depressie 100% naar depressie 80%. Het merendeel van de veranderingen lag in de orde van 20-40%-punt. In een klein aantal gevallen is een verandering van 60%-80%-punt toegepast. Gezien de vertaling van wegingsfactoren en de interpretaties in het waarderingsproces geven de gerapporteerde QALY's slechts een globaal beeld van de gerealiseerde effecten op kwaliteit van leven.

Tabel 3-4 Vertaling van beschikbare wegingsfactoren naar gehanteerde wegingsfactoren

Beschikbare wegingsfactoren (bron: www.nationaalkompas.nl).

Gehanteerde wegingsfactoren			Influenza	Acute urineweg-infecties	Infecties van de bovenste luchtwegen	Infectie-ziekten v.h. maagdarmlkanaal	Longontst. en acute bronch(ol)itis	Nek- en rugklachten	Angststoornissen	Dysthymie	Depressie (incl. Dysthymie)	Manifest alcoholisme
			0,01	0,01	0,02	0,03	0,05	0,06	0,17	0,22	0,42	0,55
Somatisch	Ondervoed	0,023	75%									
	Slechte Hygiëne	0,023	75%									
	Pijn / ongerief	0,060				100%						
Psychisch	Overbelast	0,210										
	Zorgen	0,210							50%			
	Eenzaam	0,210							50%			
	Depressief	0,420							100%			
Sociaal	Geen regie	0,055							25%			
	Onaangenaam wonen	0,055							25%			
	Geen vertrouwde verzorging	0,055							25%			
	Verdriet	0,220							100%			
	Relationele spanning	0,165							75%			
	Tot last voor burens	0,110							50%			

3.6 Triangulatie

Om de mogelijke systematische fouten rondom nulalternatieven en waarderingen zo veel mogelijk te beperken zijn alle dossiers schriftelijk voorgelegd aan een groep zorgprofessionals. In deze groep bevonden zich twee wijkverpleegkundigen, twee geriaters, een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde en een maatschappelijk werker. Ieder van deze professionals is gevraagd om ongeveer twaalf dossiers te beoordelen. In grote lijnen heeft dit geleid tot een bevestiging van de inschattingen die reeds waren gemaakt. Waar sprake was van aanpassingen werd het verschil tussen het werkelijke scenario en het nulalternatief soms kleiner en soms groter.

Daarnaast is aan de betrokken wijkverpleegkundigen gevraagd om de dossiers en hun indicaties voor te leggen aan ofwel iemand binnen het cliëntsysteem, ofwel een betrokken professional (bijvoorbeeld een huisarts, een praktijkverpleegkundige, een collega-wijkverpleegkundige of een maatschappelijk werker). Uiteraard is ook (plausibele) feedback van de wijkverpleegkundigen zelf verwerkt. In de regel ging het bij al deze zaken om kleine aanpassingen. Enkele typische uitspraken van verschillende professionals zijn weergegeven in tabel 3-5.

Tabel 3-5 Enkele typische uitspraken van geraadpleegde professionals

Wie	Uitspraken
Professional onbekend met de cliënt	De grootste medische verschillen lijken mij niet zo waarschijnlijk. Tevens is het verschil met de dementie casemanager juist beperkt. Verder zijn het goed uitgeschreven vignetten.
Professional onbekend met de cliënt	De latere opname vind ik wel reëel. Het is echter lastig in te schatten welke consequenties dat heeft voor het beloop en het herstel.
Betrokken huisarts (via wijkverpleegkundige)	De huisarts heeft geen op/aanmerkingen, gaat het verslag zelfs gebruiken.
Betrokken collega (via de wijkverpleegkundige)	Mijn collega (...) vindt het zelfs aan de magere kant.
Wijkverpleegkundige in overleg met begeleiders	In de verslaglegging kan ik mij volledig vinden, ik ben van mening dat het een getrouwe weergave is, na overleg met beide begeleiders, vormt ook het nulalternatief een bevredigende weergave.
Niet betrokken collega (via de wijkverpleegkundige)	Mijn collega geeft aan dat ze het nulalternatief in deze situaties reëel vindt.
Wijkverpleegkundige en betrokken collega's	Prima weergave van het hetgeen wij besproken hebben. Ik heb er een collega naar laten kijken die deze cliënten ook persoonlijk kent. Haar en mijn opmerkingen (2 slechts) in het document in rood verwerkt.

3.7 Ophoging en saldering

Gezien de representatieve steekproef (zie paragraaf 3.2) zijn de verschillende waarderingen 'lineair' opgehoogd naar het niveau van het 'Zichtbare schakel'-programma. Zoals is weergegeven in tabel 3-6 ging dit in twee stappen: eerst naar rato van het aantal dossiers naar het niveau van de onderzochte projecten en vervolgens naar rato van de projectbudgetten naar het hele programma. De ophogingsfactoren die hierbij zijn gebruikt waren respectievelijk 81,5 en 1,87.

Om het laatste cijfer te bepalen is eenvoudigweg gebruikgemaakt van budgetgegevens van ZonMw. Ten behoeve van het eerste cijfer is door middel van een korte enquête aan projectleiders (van onderzochte projecten) gevraagd naar het aantal dossiers dat tot 1 september 2011 was opgebouwd. Niet voor alle projectleiders bleek dit eenvoudig na te gaan. Zo maakten sommigen gebruik van het registratiesysteem van ZonMw, anderen van een eigen systeem, en weer anderen van beide. In de eigen systemen kwam het voor dat 'Zichtbare schakel'- en AWBZ-cliënten moeilijk te scheiden waren. Bij enkele weinig plausibele cijfers is projectleiders daarom gevraagd om aangeleverde gegevens nogmaals te checken.

Tabel 3-6 Verhoudingsgetallen gehanteerd bij ophoging van de resultaten uit de steekproef naar het niveau van alle onderzochte projecten en het niveau van het gehele 'Zichtbare schakel'-programma

Ophoging naar onderzochte projecten		Ophoging naar ZS programma tot 1/9/2011	
Aantal onderzochte dossiers	96	Budget onderzochte projecten	€ 19.682.775
Aantal dossiers in onderzochte projecten	7.825	Budget alle projecten	€ 36.879.503
Ophogingsfactor	<u>81,5</u>	Ophogingsfactor	<u>1,87</u>

In dezelfde enquête is projectleiders gevraagd naar de gemaakte kosten tot 1 september 2011. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte kosten. Om de directe kosten te kunnen berekenen is gevraagd om een volledige specificatie van (bruto)uurlonen en uren per wijkverpleegkundige (tot 1 september 2011). Daarbij kon een opslag voor sociale lasten worden berekend van maximaal 37% (conform de richtlijnen van ZonMw). Voor de indirecte kosten is een specificatie van kostensoorten opgevraagd. Deze zijn vervolgens geïnclassificeerd en geïdentificeerd als eenmalige dan wel doorlopende kosten conform de indeling in tabel 3-7. De eenmalige kosten kwamen hiermee uit op 16,7% van de totale kosten.

Na verwerking van alle aangeleverde gegevens zijn deze ter bevestiging voorgelegd aan de projectleiders. Op basis hiervan zijn enkele kleine aanpassingen doorgevoerd.

Tabel 3-7 Soorten indirecte kosten en hun rubricering als eenmalige dan wel doorlopende kosten

Doorlopende kosten	Eenmalig kosten
Huisvesting, ICT, Materialen, Operationeel management, Promotie / communicatie, Studie / opleidingen, Vervoerskosten, Werving	Analyse en advisering, Programma-activiteiten, Projectadministratie, Projectmanagement

3.8 Tellingen

Om context en verklaringen te kunnen geven bij de kosten en baten zijn diverse tellingen verricht aan de hand van de dossiers. Hierbij zijn de 'gewogen' dossiers van West-Brabant (Moerdijk/Zevenbergen) en Den Haag (Schilderswijk/Transvaal/Stationsbuurt) buiten beschouwing gelaten. In tabel 3-8 zijn de getelde indicatoren ingedeeld naar hun werkwijze en (verwachte) nauwkeurigheid. Globaal geldt dat een redelijke mate van nauwkeurigheid wordt gerealiseerd. De telling van professionele succesfactoren is mogelijk een uitzondering, maar hierbij zijn vrij grote verschillen in aantallen gevonden, zodat deze toch richtinggevend kunnen zijn.

De keuze en indeling van succesfactoren (en in mindere mate die van doelgroepen en werkzaamheden) is inductief tot stand gekomen. Zij sluiten aan bij wat onder meer in de gesprekken met wijkverpleegkundigen is gesignaleerd als waardevolle kenmerken van 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundigen. Mogelijk kunnen ook andere indelingen worden gehanteerd.

Tabel 3-8 Wijze waarop verschillende indicatoren zijn geteld

Groep	Indicatoren	Werkwijze en nauwkeurigheid
Demografische gegevens (paragrafen 3.2 en 4.1)	- Geslacht - Leeftijd - Woonsituatie - Maatschappelijke positie - Land van geboorte van de cliënt en diens ouders.	Deze indicatoren zijn vastgelegd bij het uitvragen van de basisgegevens van een cliënt, met uitzondering van het land van geboorte. Dit gegeven kwam slechts aan bod indien dit een rol speelde in de casuïstiek. Afgezien van dit cijfer zijn de indicatoren vrij nauwkeurig vastgesteld.
Verschuivingen tussen instellingen (paragraaf 5.3) en tussen financieringsbronnen (paragraaf 5.4)	- Aantal dossiers waarbij het resultaat in de eerste lijn is gerealiseerd in plaats van in de tweede lijn (Cure, GGZ, V&V, VG). - Aantal dossiers waarbij het resultaat binnen een andere financieringsbron (Zw, Awbz, Wmo) is gerealiseerd dan in het nulalternatief of buiten de formele zorg is gehouden.	Bij deze indicatoren zijn (verschillen in) toegekende indicaties geteld. Hoewel de indicaties foutgevoelig kunnen zijn is de telling vrij nauwkeurig.
Bediende doelgroepen en verrichte werkzaamheden (paragraaf 4.1)	- Aantal dossiers waarbij sprake is van kwetsbare ouderen / multiprobleemgezinnen / zorgmijders - Aantal dossiers waarbij sprake is van zelf zorg verlenen / verbeteren van de bestaande zorg / inzetten van het cliëntensysteem / inzetten van formele zorg	Bij deze indicatoren zijn cliënten geclassificeerd. Omdat de dossiers uitgebreid zijn bestudeerd is de nauwkeurigheid redelijk hoog.
Professionele succesfactoren (paragraaf 5.2)	- Aantal dossiers waarbij het combineren van verschillende professionele disciplines / het gebruiken van vrije regelruimte / het bieden van een onderscheidende propositie bijdroeg aan de gerealiseerde resultaten	Bij deze indicatoren is ingeschat of deze factoren een rol speelden in de totstandkoming van een oplossing die afwijkt van het nulalternatief. Hierbij zijn additionele inschattingen gemaakt (ten opzichte van het nulalternatief), waardoor de nauwkeurigheid niet hoog is.

Hoofdstuk 4

Resultaten

4.1 Beschrijvende statistiek

Tabel 4-1 toont statistieken van wijken en cliënten in onderzochte dossiers en vergelijkt deze met statistieken voor het gehele 'Zichtbare schakel'-programma en (wat betreft de wijken) met statistieken voor heel Nederland. De wijkstatistieken zijn afkomstig van het CBS (StatLine, geraadpleegd in mei 2012) en 'Zichtbare schakel'-cliëntgegevens van het registratiesysteem van ZonMw (periode 1 januari – 1 september 2011). Dit registratiesysteem wordt gebruikt door ongeveer 80% van de projecten (ongeveer twee derde van het 'Zichtbare schakel'-budget). Statistieken van onderzochte wijken zijn gewogen, zodat de wijken waar de meeste dossiers zijn onderzocht het zwaarst meetellen. Statistieken van wijken van het hele programma zijn gewogen met behulp van toegekende budgetten.

Tabel 4-1 Gegevens van onderzochte wijken en cliënten en diverse vergelijkingen (bronnen: CBS StatLine; registratiesysteem 'Zichtbare schakel')

Wijk	Onderzochte wijken	Alle 'Zichtbare schakel'-wijken	Nederland
Aantal adressen per km ²	3131	3433	1908
% Inwoners 45 tot 65 jaar	25	24	28
% Inwoners 65+	13	13	16
Aantal inwoners per km ²	7495	7964	494
% Niet-westerse allochtonen	33	35	11
Inkomen / inwoner (x1000 euro)	17	17	21
% Huish. onder of rond soc. min.	14	15	8

Cliënt	Onderzochte dossiers	ZonMw registratie
% vrouw	63%	66%
% cliënt en ouders in NL geboren	85%	75%
Gemiddelde leeftijd (jaar)	68,6	68,7

Leeftijdsofbouw	Onderzochte dossiers	ZonMw registratie
% 1 t/m 4 jaar	0%	1%
% 5 t/m 12 jaar	1%	1%
% 13 t/m 18 jaar	0%	0%
% 19 t/m 25 jaar	1%	2%
% 26 t/m 60 jaar	23%	22%
% 61 t/m 75 jaar	24%	26%
% 76 jaar en hoger	50%	48%

Woonsituatie	Onderzochte dossiers	ZonMw registratie
% Alleenstaand	47%	51%
% Bij ouders	2%	3%
% Met partner, zonder kinderen	28%	27%
% Met partner en kinderen	9%	9%
% Alleenstaande ouder	12%	5%
% Anders	2%	5%

Maatschappelijke positie	Onderzochte dossiers	ZonMw registratie
% Scholier/student	3%	1%
% Huisvrouw/-man	2%	9%
% Bet. werk, ondernemer, freelance	5%	5%
% Werkzoekend	7%	2%
% Arbeidsongeschikt	16%	13%
% Gepensioneerd	66%	67%
% Anders	0%	2%

Te zien is dat de overeenkomst tussen steekproef (onderzochte wijken/ onderzochte cliënten) en populatie (alle 'Zichtbare schakel'-wijken/ZonMw-registratie) zeer goed is. Het percentage cliënten uit Nederland lijkt hoger in de steekproef, maar hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat het 'allochtoon-zijn' in het onderzoek alleen is genoteerd wanneer dit een rol speelde in de casuïstiek. Dit kan tot een te laag cijfer hebben geleid.

Voor de ('Zichtbare schakel'-)wijken geldt daarentegen dat deze niet representatief zijn voor Nederland als geheel. De stedelijkheid (het aantal adressen per km²), het percentage niet-westerse allochtonen en het percentage huishoudens onder of rond het sociaal minimum ligt hoger dan het landelijke gemiddelde; het percentage 65+'ers ligt wat lager.

Het aantal inwoners per vierkante kilometer verschilt enorm, maar dit cijfer wordt vertekend door de dunbevolkte gebieden die deel uitmaken van het landelijke cijfer. De verschillen tussen het 'Zichtbare schakel'-programma en Nederland als geheel liggen in de lijn der verwachting, omdat de nadruk in het programma ligt op de aandachtswijken.

De gegevens van de onderzochte cliënten maken duidelijk dat de doelgroep in meerderheid bestaat uit vrouwen (63%), ouderen (gemiddelde leeftijd 68,6 jaar), gepensioneerden (66%) en alleenstaanden (47%). Tabel 4-2 geeft enig nader inzicht in de doelgroep. Tellingen op basis van de onderzochte dossiers (zie paragraaf 3-8) suggereren dat met name zogenoemde kwetsbare ouderen worden bediend. Tabel 4-2 toont tevens een telling van enkele werkzaamheden die vaak in verband worden gebracht met de wijkverpleegkundige. In veel dossiers werkt zij aan verbetering van bestaande zorg, het inzetten van het cliëntensysteem en het inzetten van formele zorg. In sommige gevallen verleent zij zorg die ook geïndiceerd kan worden, veelal in de aanloop naar geïndiceerde zorg.

Tabel 4-2 Werkzaamheden en doelgroepen van de wijkverpleegkundige (op basis van 86 dossiers)

Bediende doelgroepen	Uitgevoerde werkzaamheden																		
 <table border="1"><thead><tr><th>Doelgroep</th><th>Aantal</th></tr></thead><tbody><tr><td>Kwetsbare ouderen</td><td>53</td></tr><tr><td>Multi-probleemgezinnen</td><td>10</td></tr><tr><td>Zorgmijders</td><td>9</td></tr></tbody></table>	Doelgroep	Aantal	Kwetsbare ouderen	53	Multi-probleemgezinnen	10	Zorgmijders	9	 <table border="1"><thead><tr><th>Werkzaamheid</th><th>Aantal</th></tr></thead><tbody><tr><td>Zelf zorg verlenen</td><td>18</td></tr><tr><td>Verbeteren bestaande zorg</td><td>46</td></tr><tr><td>Inzetten cliëntensysteem</td><td>41</td></tr><tr><td>Inzetten formele zorg</td><td>51</td></tr></tbody></table>	Werkzaamheid	Aantal	Zelf zorg verlenen	18	Verbeteren bestaande zorg	46	Inzetten cliëntensysteem	41	Inzetten formele zorg	51
Doelgroep	Aantal																		
Kwetsbare ouderen	53																		
Multi-probleemgezinnen	10																		
Zorgmijders	9																		
Werkzaamheid	Aantal																		
Zelf zorg verlenen	18																		
Verbeteren bestaande zorg	46																		
Inzetten cliëntensysteem	41																		
Inzetten formele zorg	51																		
<p>Gehanteerde definities:</p> <p><u>Kwetsbare oudere:</u> iemand van 55 jaar of ouder die te maken heeft met het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Bron: SCP, Kwetsbare ouderen (2011).</p> <p><u>Multiprobleemgezin:</u> een gezin van minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaal-economische en psychosociale problemen. Bron: Verwey-Jonker Instituut, Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam (2010).</p> <p><u>Zorgmijder:</u> iemand bij wie sprake is van een observeerbare toestand die het resultaat is van iemands onvermogen, bijvoorbeeld door een lichamelijke of geestelijke aandoening, om essentiële taken te verrichten in de zorg voor zichzelf op het gebied van voeding, kleding, onderdak en omgaan met geld, evenals het verkrijgen van goederen en diensten die nodig zijn om het lichamenlijk, geestelijk en emotioneel welbevinden en de eigen veiligheid te handhaven. Bron: UMC St Radboud, De Zorgwekkende Zorgmijder.</p>	<p>Gehanteerde definities:</p> <p><u>Zelf zorg verlenen:</u> het verrichten van verpleegtechnische of verzorgende handelingen waarvoor een indicatie (niet-AIV) mogelijk is. NB Het betreft hier dus niet het voeren van (ondersteunende) gesprekken met cliënten, het geven van voorlichting en het stellen van een diagnose.</p> <p><u>Verbeteren bestaande zorg:</u> het beter laten functioneren van de zorg en ondersteuning die de cliënt al ontvangt op het moment dat de wijkverpleegkundige voor het eerst binnenkomt. Hieronder valt onder andere het coachen van andere (zorg)-professionals en het organiseren van multidisciplinair overleg.</p> <p><u>Inzetten cliëntensysteem:</u> het stimuleren van zelfzorg van de cliënt en het inschakelen/ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers.</p> <p><u>Inzetten formele zorg:</u> het aanvragen of uitbreiden van indicaties of voorzieningen. NB Schakelwerkzaamheden van maatschappelijke (niet-zorg) aard vallen niet onder deze definitie.</p>																		

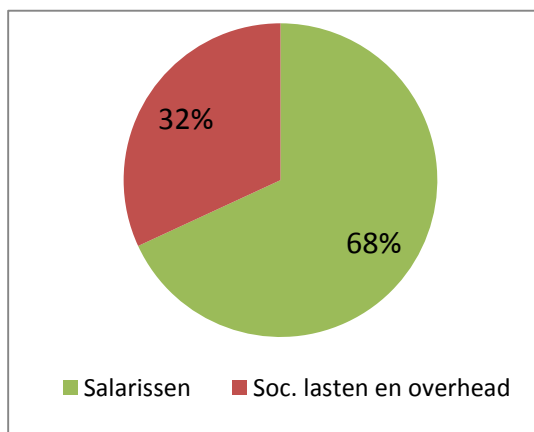
4.2 Kosten

Doorlopende kosten op het niveau van de onderzochte projecten en het niveau van het gehele 'Zichtbare schakel'-programma tot 1 september 2011 zijn weergegeven in tabel 4-3. Zoals beschreven in paragraaf 3.7 is de verhouding tussen beide kosten 1,87 (het budget van alle 'Zichtbare schakel'-projecten gedeeld door het budget van de onderzochte projecten). Ook weergegeven zijn de kosten per besteding van € 10.000,— aan doorlopende kosten, per dossier en per wijkverpleegkundigenjaar (1.633 gewerkte uren, oftewel het saldo van een fulltime aanstelling van 1.878 werkuren en 245 vakantie-uren).

Te zien is dat tot 1 september 2011 zo'n € 9,8 miljoen is besteed aan doorlopende kosten. Per cliënt (dossier) is dit € 670,— en per wijkverpleegkundigenjaar € 51.888,—, hetgeen neerkomt op een integraal uurtarief van € 31,77. Het diagram laat zien dat 32% hiervan sociale lasten en overhead betreft, zodat het gemiddelde uurloon neerkomt op € 21,64. Dit is ongeveer gelijk aan een inschaling van FWG 55, periodiek 7 (CAO VVT 2010-2012).

Tabel 4-3 Doorlopende kosten

Onderzochte Dossiers	(nvt)
Onderzochte projecten	(€ 5.241.111)
Hele ZS programma tot 1/9/2011	(€ 9.820.239)
Per € 10.000	(€ 10.000)
Per dossier	(€ 670)
Per wvpk-jaar	(€ 51.888)



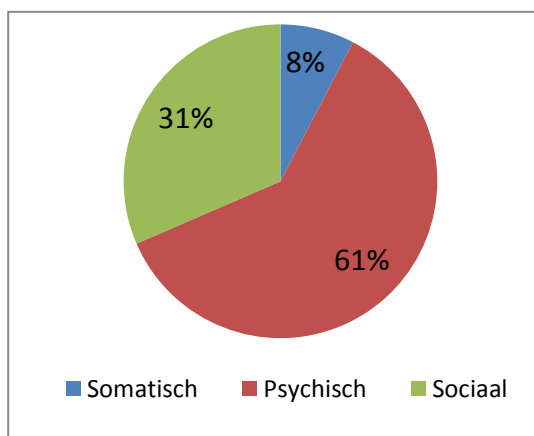
4.3 Verbeteringen in kwaliteit van leven

Tabel 4-4 toont opbrengsten in kwaliteit van leven (gewonnen gezonde levensjaren of QALY's) op het niveau van onderzochte dossiers, het niveau van onderzochte projecten en het niveau van het 'Zichtbare schakel'-programma. Naast de ophogingsfactor 1,87 is hier, zoals beschreven in paragraaf 3.7, de factor 81,5 toegepast om op te hogen van de onderzochte dossiers naar onderzochte projecten (het totale aantal dossiers in de onderzochte projecten gedeeld door het aantal onderzochte dossiers).

De opbrengst voor het 'Zichtbare schakel'-programma tot 1 september 2011 komt uit op 357 QALY's. Per dossier gaat het om 0,024 QALY's, oftewel een verbetering in kwaliteit van leven van gemiddeld 2,4% per cliënt. Per wijkverpleegkundigenjaar worden 1,89 gezonde levensjaren gewonnen. Het taartdiagram maakt duidelijk dat de opbrengsten voor het grootste deel psychisch, voor een aanzienlijk deel sociaal en voor een beperkte deel somatisch van aard zijn. Zoals beschreven in paragraaf 3.5 geven deze cijfers slechts een globaal beeld van de effecten van de wijkverpleegkundige op kwaliteit van leven.

Tabel 4-4 Opbrengsten in kwaliteit van leven (uitgedrukt in QALY's)

Onderzochte Dossiers	2,34
Onderzochte projecten	191
Hele ZS programma tot 1/9/2011	357
Per € 10.000	0,36
Per dossier	0,024
Per wvpk-jaar	1,89



4.4 Besparingen

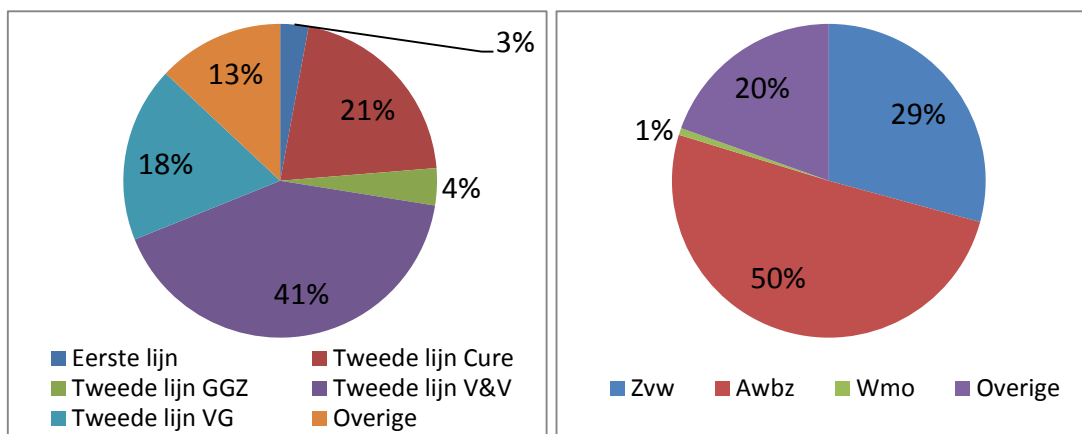
Tabel 4-5 toont besparingen bij instellingen op het niveau van onderzochte dossiers, het niveau van onderzochte projecten en het niveau van het 'Zichtbare schakel'-programma tot 1 september 2011. Op dit laatste niveau zijn de besparingen bijna € 13,2 miljoen, hetgeen per cliënt neerkomt op € 897,—.

Het eerste taartdiagram maakt duidelijk dat het overgrote deel van de besparingen wordt gerealiseerd in de tweede lijn: 41% bij V&V-instellingen, 21% bij ziekenhuizen en 18% bij instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Voor dit laatste percentage geldt dat dit een beperkt aantal dossiers met hoge besparingen vertegenwoordigt, waardoor de nauwkeurigheid beperkt is. Het tweede diagram toont dat 50% van de besparingen is terug te voeren op AWBZ-bekostiging, 29% op Zvw-bekostiging en 20% op bekostiging vanuit een groep van overige financieringsbronnen. Deze groep is lastig nader te duiden, gezien de grote diversiteit aan activiteiten en betalingen die zich hierin bevindt (zie bijlage 2). De besparingen in de Wmo-sfeer zijn nihil.

In de paragrafen 5.3 en 5.4 wordt ingegaan op mechanismen die de gevonden verdelingen van besparingen mogelijk voor een deel verklaren.

Tabel 4-5 Besparingen

Onderzochte Dossiers	€ 86.117
Onderzochte projecten	€ 7.019.410
Hele ZS programma tot 1/9/2011	€ 13.152.229
Per € 10.000	€ 13.393
Per dossier	€ 897
Per wvpk-jaar	€ 69.494



4.5 Winst en waarde

Tabel 4-6 combineert de besparingen uit paragraaf 4.4 met de kosten uit paragraaf 4.2 tot een (financiële) 'winst' van de wijkverpleegkundige. Voor het gehele 'Zichtbare schakel'-programma tot 1 september 2011 bedraagt deze ruim € 3,3 miljoen. Bij een gemiddelde cliënt wordt (netto) € 227,— bespaard en per wijkverpleegkundigenjaar € 17.606,—. De (financiële) marge op het werk van de wijkverpleegkundige en haar ondersteunende organisatie is 34%.

Niet meegenomen in deze cijfers zijn de opbrengsten in kwaliteit van leven. Indien deze (conservatief) worden gewaardeerd op € 20.000,— per QALY, ontstaat een additionele opbrengst en winst van ruim € 7,1 miljoen. Daarnaast was sprake van eenmalige kosten ter hoogte van € 2,0 miljoen. Dit bedrag is gezien de bovenstaande cijfers snel terugverdiend. Geconcludeerd wordt dat de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige leiden tot een positieve netto contante waarde.

Belangrijk om te constateren is dat alle cijfers in dit hoofdstuk betrekking hebben op het 'Zichtbare schakel'-programma als geheel. Enkele korte deelanalyses gaven de indruk dat zowel kosten als baten mogelijk sterk variëren per type wijk en doelgroep. Zo leken er verschillen te zijn tussen stedelijke en niet-stedelijke gebieden en tussen allochtone en autochtone groepen. Daarbij rees het vermoeden dat de mate van sociale cohesie in een stad of wijk een belangrijke rol speelt, maar zeker is dit niet. In het kader van bijvoorbeeld een doelmatige toekenning van budgetten verdient het aanbeveling om deze effecten nader te onderzoeken.

Tabel 4-6 Besparingen, kosten en winst

Netto winst (euro)	Onderzochte Dossiers	Onderzochte projecten	ZS programma tot 1/9/2011	Per € 10.000	Per dossier	Per wvpk-jaar
Besparingen	€ 86.117	€ 7.019.410	€ 13.152.228	€ 13.393	€ 897	€ 69.494
Kosten		(€ 5.241.111)	(€ 9.820.239)	(€ 10.000)	(€ 670)	(€ 51.888)
Winst		€ 1.778.299	€ 3.331.989	€ 3.393	€ 227	€ 17.606
		34%	34%	34%	34%	34%
Overige						
Kw. v. leven (€ 20k / QALY)	€ 46.772	€ 3.812.394	€ 7.143.260	€ 7.274	€ 487	€ 37.743
Eenmalige kosten		(€ 1.052.202)	(€ 1.971.505)	(€ 2.008)	(€ 134)	(€ 10.417)

Hoofdstuk 5

Discussie

5.1 Operationele succesfactoren

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn onlangs in West-Brabant en Den Haag op een soortgelijke manier als in dit onderzoek kosten en baten van de wijkverpleegkundige bepaald. In tabel 5-1 worden de resultaten uit deze onderzoeken vergeleken met dit onderzoek. Hierin is met name de vergelijking met Den Haag interessant, omdat dit onderzoek parallel liep aan het 'Zichtbare schakel'-onderzoek. Te zien is dat in Den Haag vergelijkbare besparingen en opbrengsten in kwaliteit van leven zijn gevonden, maar aanzienlijk lagere kosten (per dossier). Het verschil is vrijwel volledig terug te voeren op een lager aantal uren (per dossier) in Den Haag.

Het aantal uren per dossier wordt in ieder geval door twee factoren beïnvloed: de lengte van de opstartperiode (waarin het aantal cliëntcontacten nog beperkt is) en de keuze om in te zetten op kortere interventies (waaronder 'screening') dan wel langere. Deze keuze wordt overigens mogelijk deels bepaald door de lokale problematiek. In Den Haag is de periode 1 november 2010 – 1 november 2011 onderzocht, waarin de opstart reeds grotendeels had plaatsgevonden. Dit kan een deel van de verschillen verklaren. Niettemin lijkt het raadzaam dat wijkverpleegkundigen waar mogelijk (te) lange trajecten met cliënten voorkomen. Indien van toepassing zouden zij kunnen streven naar een zo snel mogelijke overdracht naar geïndiceerde vormen van zorg.

Tabel 5-1 Vergelijking van de resultaten met de onderzoeken in Den Haag en West-Brabant

Netto waarde (euro)	Per dossier		
	Zichtbare schakel	Den Haag	West-Brabant
Besparingen	€ 897	€ 841	€ 1.060
Kosten	(€ 670)	(€ 478)	(€ 645)
Netto waarde	€ 227	€ 363	€ 415
	34%	76%	64%
Overige			
Kw. v. leven (€ 20k / QALY)	€ 487	€ 436	€ 336
Eenmalige kosten	(€ 134)	(€ 23)	(€ 673)
Uren	21,1	15,1	15,8

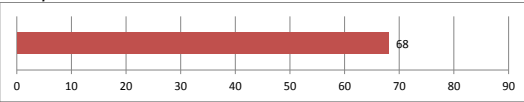
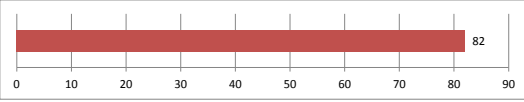
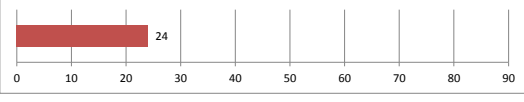
5.2 Professionele succesfactoren

Gedurende het onderzoek is het vermoeden ontstaan dat in ieder geval drie factoren bijdragen aan de toegevoegde waarde van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: het kunnen combineren van meerdere professionele disciplines, het kunnen gebruiken van vrije regelruimte en het onafhankelijk kunnen optreden. Voor de onderzochte dossiers is daarom geprobeerd te tellen hoe vaak deze factoren van belang waren. Daarbij werd steeds de vraag gesteld of het resultaat van een dossier niet (eenvoudig) was bereikt zonder de betreffende factor.

De resultaten in tabel 5-2 suggereren dat het kunnen gebruiken van vrije regelruimte in vrijwel alle dossiers een rol speelt. Deze tijd wordt onder meer besteed aan het opbouwen van netwerken, het tijdelijk verlenen van zorg en het komen tot een goede diagnose. Bijna even vaak was het kunnen combineren van meerdere professionele disciplines (somatische zorg/psychische zorg/sociale zorg) van toegevoegde waarde. Hierdoor ontstonden bijvoorbeeld praktische of overstijgende oplossingen. Ook kwam het voor dat somatische zorg een ingang was naar psychische of sociale zorg. In ruim een kwart van de dossiers speelde het onafhankelijk kunnen optreden een rol in de totstandkoming van een resultaat. Hierbij ging het bijvoorbeeld om het doorverwijzen naar een andere dan de eigen instelling, het tijdelijk overnemen van de zorg of het uiten van meningen daarover.

Hoewel de hier gehanteerde factoren inductief zijn bepaald (zie paragraaf 3.8) lijkt het gezien de cijfers en observaties raadzaam om deze ook in de toekomst te (blijven) borgen in de wijkverpleegkundige functie.

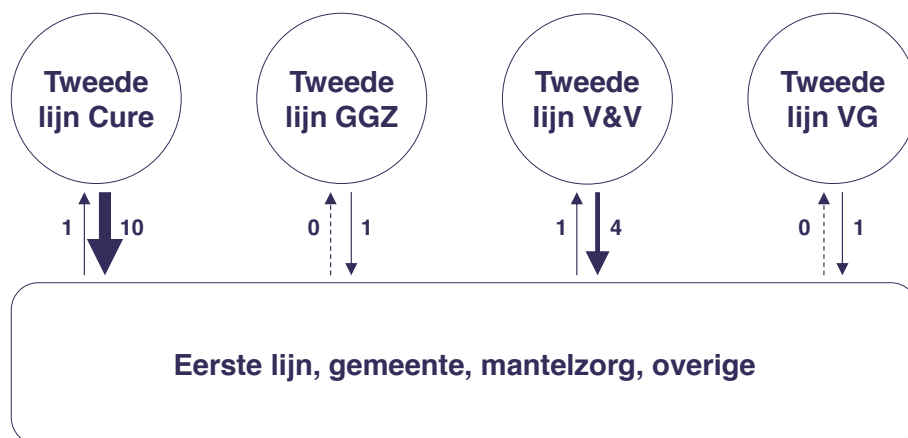
Tabel 5-2 Aantal keren dat verschillende factoren van belang waren (op basis van 86 dossiers)

<p><i>Het kunnen combineren van meerdere professionele disciplines</i></p>  <p>A horizontal bar chart with a red bar extending to the value 68 on a scale from 0 to 90. The x-axis is labeled with increments of 10 from 0 to 90.</p>	<p><i>Gehanteerde criterium</i></p> <p>Het resultaat van een dossier was niet (eenvoudig) gerealiseerd zonder dat een combinatie van somatische zorg, psychische zorg en sociale zorg was aangeboden</p>
<p><i>Het kunnen gebruiken van vrije regelruimte</i></p>  <p>A horizontal bar chart with a red bar extending to the value 82 on a scale from 0 to 90. The x-axis is labeled with increments of 10 from 0 to 90.</p>	<p><i>Gehanteerde criterium</i></p> <p>Het resultaat van een dossier was niet (eenvoudig) gerealiseerd zonder dat werkzaamheden waren verricht waar anders een indicatie voor diende te worden aangevraagd.</p>
<p><i>Het onafhankelijk kunnen optreden</i></p>  <p>A horizontal bar chart with a red bar extending to the value 24 on a scale from 0 to 90. The x-axis is labeled with increments of 10 from 0 to 90.</p>	<p><i>Gehanteerde criterium</i></p> <p>Het resultaat van een dossier was niet (eenvoudig) gerealiseerd zonder dat beslissingen waren genomen of meningen waren geuit zonder rekening te houden met het belang van derden.</p>

5.3 Implicaties voor het veld

In paragraaf 4.4 werd geconstateerd dat van de totale besparingen het overgrote deel wordt gerealiseerd in de tweede lijn. In dit verband is figuur 5-1 interessant, waarin is weergegeven hoe vaak in individuele dossiers resultaten in de eerste lijn zijn gerealiseerd in plaats van in de tweede lijn. De aantallen zijn eenvoudigweg verkregen door het aantal dossiers te tellen waarin het type instelling verschilde in het werkelijke scenario en het nulalternatief (zie paragraaf 3.8). Op een totaal van 86 dossiers blijkt 16 keer sprake te zijn geweest van verschuiving van de tweede naar de eerste lijn, en slechts twee keer van een verschuiving in omgekeerde richting. Substitutie van (duurdere) tweedelijnsoplossingen met (goedkopere) eerstelijnsoplossingen is dan ook een goede verklaring voor de gevonden besparingen.

Uit de figuur blijkt verder dat met name ziekenhuiszorg en in mindere mate intramurale verpleging en verzorging wordt voorkomen. Bij de besparingen in paragraaf 4.4 ging het juist meer om intramurale verpleging en verzorging en minder om ziekenhuiszorg (naast besparingen op instellingen voor verstandelijk gehandicapten en GGZ-instellingen). Deze omkering is goed te verklaren uit het respectievelijk meer eenmalige en doorlopende karakter van ziekenhuiszorg en intramurale verpleging en verzorging. Hoewel ziekenhuiszorg het vaakst wordt voorkomen, zijn om die reden de hoogste bedragen gemoeid met het voorkomen van intramurale verpleging en verzorging.

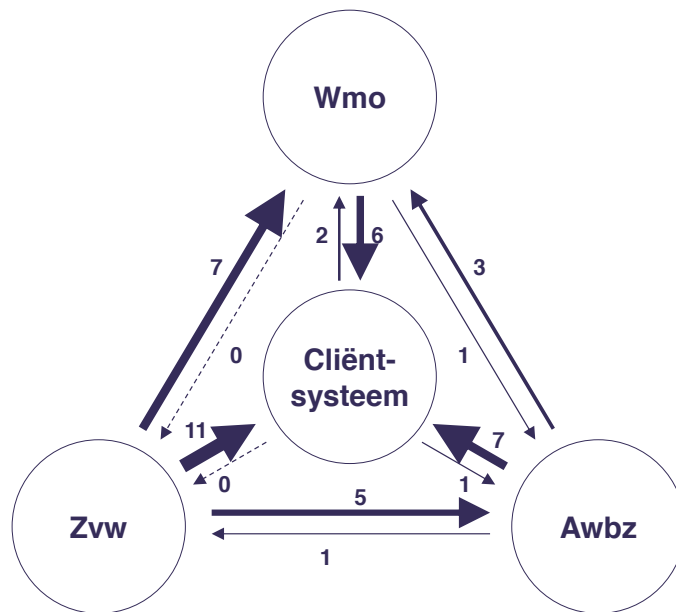


Figuur 5-1 Aantal dossiers waarin verschuivingen plaatsvonden van/naar de tweede lijn (op basis van 86 dossiers)

5.4 Implicaties voor financiers

In paragraaf 4.4 werd geconstateerd dat besparingen met name liggen in de AWBZ (50%) en de Zvw (29%), en dat besparingen in de Wmo nihil zijn. Meer inzicht hierin wordt verschaft door figuur 5-2, waarin is weergegeven hoe vaak resultaten zijn gerealiseerd binnen een andere financieringsbron dan het nulalternatief. Te zien is dat de Zvw (overwegend) wordt vervangen door de AWBZ en de Wmo, en de AWBZ door de Wmo. Wederom is dus sprake van een verschil tussen aantallen en besparingen: Zvw-zorg wordt het vaakst voorkomen, maar de hoogste bedragen zijn gemoeid met AWBZ-zorg.

De figuur laat verder zien dat er sprake is van verplaatsing van elk van de drie financieringsbronnen naar oplossingen binnen het cliëntsysteem (mantelzorg en/of zelfzorg). Deze substituties komen nog vaker voor dan die tussen de financieringsbronnen onderling en kunnen dan ook minstens zo veel hebben bijgedragen aan de totale besparingen. Ze hebben er waarschijnlijk ook voor gezorgd dat besparingen voor de Wmo nog (net) positief zijn.



Figuur 5-2 Aantal dossiers waarin verschuivingen plaatsvonden tussen de financiers of van/naar mantelzorg (op basis van 86 dossiers)

5.5 Potentieel bij landelijke invoering

Zoals beschreven in paragraaf 4.5 was de netto (financiële) 'winst' van het 'Zichtbare schakel'-programma tot 1 september 2011 ruim € 3,3 miljoen. In tabel 5-3 is dit bedrag vertaald naar een situatie waarbij het programma blijft doorlopen met een jaarlijks budget van € 10 miljoen en twee scenario's waarbij de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige landelijk wordt ingevoerd. In deze scenario's wordt uitgegaan van twee regelmatig genoemde verhoudingsgetallen: één 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige per 20.000 en per 10.000 inwoners. Dat zou dan gaan om respectievelijk 833 fte en 1.666 fte.

De tabel laat zien dat indien het huidige programma blijft doorlopen er jaarlijks ongeveer € 3,4 miljoen winst wordt gemaakt. Hierbij blijven wel programmakosten bestaan, zodat een deel van de eenmalige kosten een doorlopend karakter kunnen krijgen. Deze zouden dan zowel het budget voor de doorlopende kosten als de winst verlagen. In de twee landelijke scenario's ontstaat respectievelijk een winst van € 14,7 miljoen en € 29,3 miljoen. In dit geval lijkt het redelijk om te veronderstellen dat eenmalige kosten worden vermeden.

Reeds geconstateerd is dat de 'Zichtbare schakel'-wijken niet representatief zijn voor Nederland als geheel (zie paragraaf 4.1) en dat zowel kosten als baten mogelijk variëren per type wijk en doelgroep (paragraaf 4.5). De cijfers voor het potentieel bij landelijke invoering van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige dienen dan ook te worden gezien globale schattingen. Gezien de ruimte die er lijkt te zijn om meer cliënten te zien per gewerkt uur (paragraaf 5.1) is de geconstateerde winst mogelijk vrij conservatief.

Tabel 5-3 Opschaling van de resultaten voor het 'Zichtbare schakel'-programma naar landelijke cijfers uitgaande van 1 wijkverpleegkundige op respectievelijk 20.000 en 10.000 inwoners

Netto winst (euro)	ZS programma tot 1/9/2011	ZS programma doorlopend	Landelijk (1 op 20.000 inw.)	Landelijk (1 op 10.000 inw.)
Besparingen	€ 13.152.228	€ 13.392.982	€ 57.873.557	€ 115.747.114
Kosten	(€ 9.820.239)	(€ 10.000.000)	(€ 43.211.854)	(€ 86.423.709)
Winst	€ 3.331.989	€ 3.392.982	€ 14.661.703	€ 29.323.406
	34%	34%	34%	34%
Overige				
Kw. v. leven (€ 20k / QALY)	€ 7.143.260	€ 7.274.019	€ 31.432.384	€ 62.864.769
Eenmalige kosten	(€ 1.971.505)	(€ 2.007.593)		

Hoofdstuk 6

Conclusies

In dit onderzoek zijn cliëntgebonden kosten en baten in kaart gebracht van het 'Zichtbare schakel'-programma. De analyse wijst uit dat tot 1 september 2011 een (financiële) 'winst' is gerealiseerd van ruim € 3,3 miljoen. Per cliënt bedraagt deze gemiddeld € 227,— en per wijkverpleegkundige-jaar € 17.606,—. De (financiële) marge op het werk van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige en haar ondersteunende organisatie is 34%. Met eenmalige kosten van € 2,0 miljoen is sprake van een positieve netto contante waarde.

Voor cliënten zijn in totaal 357 QALY's gegenereerd. Per cliënt bedraagt de verbetering in kwaliteit van leven gemiddeld 2,4%. Per wijkverpleegkundigenjaar worden 1,89 gezonde levensjaren gewonnen. De opbrengsten zijn voor het grootste deel psychisch (61%), voor een aanzienlijk deel sociaal (31%) en voor een beperkt deel somatisch van aard (8%). De cijfers geven slechts een globaal beeld van de effecten op kwaliteit van leven.

De wijkverpleegkundige realiseert met name besparingen in de tweede lijn. Dit lijkt te worden veroorzaakt door substitutie van (duurdere) tweedelijnsoplossingen met (goedkopere) eerstelijnsoplossingen. Van alle besparingen betreft 41% instellingen voor intramurale verpleging en verzorging en 21% ziekenhuizen. Ziekenhuiszorg wordt het vaakst voorkomen, maar de hoogste bedragen zijn gemoeid met het voorkomen van verpleging en verzorging.

Zo'n 50% van de besparingen is terug te voeren op AWBZ-bekostiging, 29% op Zvw-bekostiging en 20% op bekostiging vanuit overige financieringsbronnen. Besparingen in de Wmo-sfeer zijn nihil. Er lijkt sprake te zijn van substitutie van Zvw naar AWBZ en Wmo, en van AWBZ naar Wmo. Zvw-zorg wordt het vaakst voorkomen, maar de hoogste bedragen zijn gemoeid met AWBZ-zorg. Nog vaker dan onderlinge substituties is sprake van substitutie met oplossingen binnen het cliëntstelsel. Deze kunnen verklaren waarom besparingen voor de Wmo nog (net) positief zijn.

Een vergelijking met resultaten van soortgelijke onderzoeken in West-Brabant en Den Haag lijkt te wijzen op het belang om waar mogelijk (te) lange trajecten met cliënten te voorkomen. Tellingen op basis van de onderzochte dossiers geven aan dat in ieder geval drie factoren bijdragen aan de toegevoegde waarde van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: het kunnen combineren van meerdere professionele disciplines, het kunnen gebruiken van vrije regelruimte en het onafhankelijk kunnen optreden.

Hoofdstuk 7

Aanbevelingen

De resultaten en conclusies van dit onderzoek kunnen houvast geven aan de discussies rondom borging en bekostiging van de wijkverpleegkundige functie. Als uitgangspunt in deze discussies kan gelden dat de drie factoren die bijdragen aan de toegevoegde waarde van de 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige zo goed mogelijk tot hun recht komen. Het gaat hierbij om: het kunnen combineren van meerdere professionele disciplines, het kunnen gebruiken van vrije regelruimte en het onafhankelijk kunnen optreden.

Ook wijkverpleegkundigen, projectleiders, managers en bestuurders kunnen mogelijk gebruikmaken van verschillende observaties. Zo lijkt het onderzoek te wijzen op het belang om waar mogelijk (te) lange trajecten met cliënten te voorkomen. Wijkverpleegkundigen zouden kunnen streven naar vrij korte interventies en (indien van toepassing) snelle overdracht naar geïndiceerde vormen van zorg.

Zoals genoemd in hoofdstuk 4 wekten enkele korte deelanalyses de indruk dat zowel kosten als baten mogelijk sterk variëren per type wijk en doelgroep. Zo leken er verschillen te zijn tussen stedelijke en niet-stedelijke gebieden en tussen allochtone en autochtone groepen. Daarbij rees het vermoeden dat de mate van sociale cohesie in een stad of wijk een belangrijke rol speelt, maar zeker is dit niet. Het verdient aanbeveling om deze effecten nader te onderzoeken. Inzicht hierin zou een doelmatige toekenning van budgetten zeer ten goede kunnen komen.

In hoofdstuk 5 is een beeld geschetst van de kosten en baten bij landelijke invoering. Hierbij is gebruikgemaakt van twee verhoudingsgetallen: één 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige per 20.000 en per 10.000 inwoners. Deze vertegenwoordigen een zeer grote bandbreedte. Het verdient aanbeveling om de capaciteitsbehoefte nader te onderzoeken, waarbij ook verschillen in behoefte per type wijk en doelgroep (en andere kenmerken) inzichtelijk worden gemaakt.

Ten slotte geldt dat bij het bepalen van de kosten en baten geen rekening is gehouden met eventuele effecten voor de wijkverpleegkundige zelf (werktevredenheid, beroepseer), haar collega's (elders toepasbare kennis en vaardigheden), werkgevers (arbeidsproductiviteit) en de wijken als geheel (participatie, sociale cohesie, bewustzijn van gezondheid). Omdat de wijkverpleegkundigen naast cliëntgebonden werkzaamheden ook groepsgerichte activiteiten ondernemen en werken aan lokale samenwerking is niet uit te sluiten dat ook hier baten worden gerealiseerd. Voor een volledig beeld van kosten en baten dienen ook deze aspecten te worden onderzocht.

Bijlage 1

Samenstelling van de adviesgroep

drs. C.A. Boer (waarnemer) – Arts
drs. M.A.T. de Bont – V&VN
J. van Kesteren MSc. – Lijn1 Haaglanden
dr. E.A.A. de Laat – NZA
A.C. de Lange – Cordaan
R. van Lier - Actiz
F.M. van der Meer – CVZ
A.G. Pomp – VWS
J. Roose (voorzitter) – BMC
Drs. H.C. van Staalduine – Achmea
ir. I. Voordouw (waarnemer) - ZonMw
drs. C.E. Zijdeveld – NPCF

Bijlage 2

Gehanteerde indicaties en tarieven

Zvw		
Tarief	Bedrag	Per
Ambulancevervoer spoed (I006)	1907,89	keer
Antibiotica	100	keer
Assistent huisarts	45	uur
Consult huisarts (<20 min)	18,22	keer
Consult huisarts (>20 min)	36,44	keer
DBC GGZ Aandachtstekort- en gedragsstoornissen (027)	1029,37	keer
DBC GGZ Angststoornis 250-799 minuten (089)	959,18	keer
DBC GGZ Behandeling kort (022)	429,31	keer
DBC GGZ Crisis (165)	1747,46	keer
DBC GGZ Depressie 250-799 min (070)	972,41	keer
DBC GGZ Indirecte tijd max 100-199 min (004)	235,98	keer
DBC GGZ Indirecte tijd max 49 min (002)	45,77	keer
DBC GGZ Verblijf 8-14 dagen (033)	3271,19	keer
DBC nr 119031 (cardiogram)	98,74	keer
DBC nr 119031 (ECG)	446,16	keer
DBC nr 140041 (wondbehandeling poliklinisch)	291,37	keer
DBC nr 140074 (heup- of knieoperatie)	9109,66	keer
DBC nr 140170 (prostaat poliklinisch)	393,12	keer
DBC nr 140172 (urologie poliklinisch)	538,71	keer
DBC nr 140188 (prostaat opname)	1280,36	keer
DBC nr 140282 (dermatologie poliklinisch)	624,27	keer
DBC nr 140451 (longgeneeskunde poliklinisch)	727,13	keer
DBC nr 140462 (longgeneeskunde klinisch)	2724,33	keer
DBC nr 140528 (hartoperatie)	1349,6	keer
DBC nr 140705 (urologie poliklinisch)	178,71	keer
DBC nr 140709 (bloedonderzoek)	199,06	keer
DBC nr 140818 (urologie klinisch)	1335,31	keer
DBC nr 141667 (onderzoek dementie poliklinisch)	525,86	keer
DBC nr 150020 (suikerziekte opname)	370,21	keer
DBC nr 152404 (behandeling netvlies)	408,59	keer
DBC nr 153169 (kleine beroerte poliklinisch)	100,99	keer
DBC nr 160274 (complexe verrichting dermatologie)	852,19	keer
DBC nr 34483 (gastroscopie)	384,24	keer
DBC nr 87070 (echografisch onderzoek)	77,74	keer
Dietist	45	uur
Ergotherapeut	45	uur
Fysiotherapeut	45	uur
Huisarts (overleg)	55	uur
Physician assistant	50	uur
Praktijkondersteuner	45	uur
Praktijkverpleegkundige	45	uur
Proefvoeding	10	keer
Telefonisch consult huisarts	9,12	keer
Vernevelaar	100	keer
Visite huisarts (<20 min)	27,34	keer
Visite huisarts (>20 min)	45,56	keer
Vitamine B12	40	keer

Awbz		
Tarief	Bedrag	Per
Dementieconsulent		45 uur
PV klasse 1		69,68 week
PV klasse 2		143,02 week
PV klasse 3		253,04 week
PV klasse 4		363,05 week
PV klasse 6		583,08 week
PV klasse 8		913,13 week
Verpleegkundige thuiszorg		68,5 uur
VP klasse 0		49,32 week
VP klasse 1		104,12 week
VP klasse 2		213,72 week
VP klasse 3		378,12 week
ZZP 10 VV		212,42 dag
ZZP 2 VG		76,83 dag
ZZP 3 VV		90,49 dag
ZZP 4 VG PGB		84,92 dag
ZZP 4 VV		103,27 dag
ZZP 5 VV		141,51 dag
ZZP 6 VV		141,55 dag
ZZP 7 VV		166,62 dag

Wmo		
Tarief	Bedrag	Per
Alarmering aansluiting		50 keer
Alarmering abonnement		20 mnd
BG klasse 1		75,09 week
BG klasse 2		154,13 week
BG klasse 3		272,69 week
BG klasse 4		391,25 week
BG-groep klasse 2 met vervoer		110,95 week
HH 2u p/w		43 week
HH 3u p/w		64,5 week
HH 6u p/w		129 week
Maaltijdservice		5 dag
Opklapbare douchezit		430 keer
Taxikosten		1 keer
Wandbeugel		250 keer

Overige		
Tarief	Bedrag	Per
Activeringsteam		225 keer
Begeleider sociale werkplaats		45 uur
Bijstand		656,93 mnd
Bijzondere bijstand		400 keer
Gezinscoach		45 uur
Gezinsvoogd		45 uur
Huurtoeslag		150 mnd
Maatschappelijk werk		45 uur
Medewerker GGD		45 uur
Medewerker juridisch loket		45 uur
Onderzoek AMK		1600 keer
Ouderenadviseur		45 uur
Stufi bo max + lening		739,54 mnd
Tolk		80 uur
Uithuiszetting		14500 keer
Verpleegkundige palliatieve zorg		68,5 uur
Wijkagent		45 uur
WMO Consulent		45 uur
Woonconsulent		45 uur

Bijlage 3

Gegevens van individuele dossiers

N.B. in de grijze cellen worden de baten (in zowel euro's als QALY's) per resultaat weergegeven. Deze zijn berekend aan de hand van de voor het resultaat geldende indicatie / wegingsfactor, het aantal eenheden daarvan (jaren/maanden/weken/dagen/keer), de kans op optreden en het aantal dagen tot de aanvangsdatum van de indicatie / wegingsfactor. De laatste kolom saldeert de baten van het werkelijke scenario en het nulalternatief. Positieve bedragen zijn besparingen en negatieve bedragen extra kosten.

Casus	Totalsandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
1 Vrouw, 77, dochter en zoon (goed contact). Client is lichamelijk gezond. Partner is 2 maanden eerder overleden. Client heeft veel verdriet. Huisarts maakt zich zorgen over rouwverwerking.	Huisarts belt wvk.	Huisarts zou zelf contact opnemen met client. Huisarts had (na huisbezoek) contact opgenomen met GGZ.	Wvk voert gesprek met client over overlijden man. Wvk stelt client voor om meer mensen te ontmoeten. Folder (van maatschappelijk werk) achtergelaten over mantelzorgbegeleiding, maar hier bleek geen behoefte aan te zijn. Tweede bezoek afgelegd, vervolgens nog één keer gebeld, situatie gemeld bij huisarts (geen abnormale rouwverwerking) en dossier afgeloten.	Huisarts zou 1 keer op huisbezoek gaan. Zou hierna maatschappelijk werk inschakelen. Maatschappelijk werk zou 2 gesprekken voeren met client: en constateren dat rouwproces van client niet abnormaal is (en verder geen acties ondernemen).	Emotie en onzekerheid bij client weggenomen over manier van rouwverwerking.	80% kans op gelijk aan werkelijk, maar 6 maanden later. 20% kans op 1 jaar meer emotie en onzekerheid bij client.	0,000	0,018	0,018
							0,000	0,009	0,009
							0	27	27
							0	90	90
2 Vrouw, 30, getrouwd, 3 kinderen van 9, 5 en 3 jaar. Gezint heeft al 5 maanden veel overlast van agressief gedrag van psychotische buurvrouw (schreeuwen, dingen gooien naar kinderen). Kinderen zijn bang voor de buurvrouw, voelen zich onveilig. Partner werkt overdag. Oma past ongeveer 2 dagen per week op de kinderen (wanneer client werkt). Client en oma maken zich zorgen over de impact van het gedrag van de buurvrouw op de kinderen. Client dient een klacht over buurvrouw in bij de woningcorporatie. De corporatie brengt de casus in bij overleg van lokaal zorgnetwerk waarbij ook de wvk aanwezig is. De aandacht ligt in eerste instantie bij de buurvrouw, waarna de wvk de aandacht vestigt op het gezin en aanbiedt daar eens langs te gaan.	Wvk gaat langs bij gezin.	Geen nieuw contact	Tijdens 1e gesprek luistert wvk veel en bevestigt client en oma in hun omgang met het probleem. Het gezin overweegt om de kinderen tijdelijk bij familie te laten logeren. Na het gesprek vraagt wvk advies aan collega wvk die veel weet van jonge kinderen. Wvk stuurt tips per e-mail naar client (vb: beer mee naar bed). Na de e-mail controleert wvk of client de tips heeft begrepen, wat het geval bleek te zijn. Client besluit kinderen thuis te laten wonen. 6 weken na het 1e gesprek wordt de buurvrouw uit huis geplaatst (geen bemoeienis wvk) en sluit wvk het dossier af.	Niemand in het buurtoverleg zou signaleren dat er ook aandacht uit zou moeten gaan naar het gezin naast de psychotische buurvrouw. Geen acties. 6 weken later zou buurvrouw uit huis worden geplaatst (gelijk aan werkelijk).	Client is gerustgesteld over haar aanpak van het probleem. Oma is gerustgesteld over haar aanpak van het probleem. Kind 1 blijft thuis wonen. Kind 2 blijft thuis wonen. Kind 3 blijft thuis wonen.	Client is 6 weken langer ongenust over haar aanpak van probleem. Oma is 6 weken langer ongenust over haar aanpak van probleem. Kind 1 voor 1 maand uit huis geplaatst bij familie (75%). Kind 2 voor 1 maand uit huis geplaatst bij familie (75%). Kind 3 voor 1 maand uit huis geplaatst bij familie (75%).	0,000	0,005	0,005
							0,000	0,005	0,005
							0,000	0,002	0,002
							0,000	0,002	0,002
							0,000	0,002	0,002
3 Vrouw, 26. Woont samen met vriend (32). Mevrouw leidt aan spierziekte (ziekte van Steinert) en heeft daardoor een verstandelijk beperking. Ontvangt uitkering via Wajong en PV en BG (2 mensen x 2u p/w). Man is 80-100% afgekeurd (m rugklachten). Heeft ook een verstandelijke beperking en heeft een drugsverleden. Ontvangt uitkering via WIA. Geen aanvullende hulp. De woningcorporatie kreeg klachten van de burens wgens stankoverlast. Consultant ging langs en signaleerde sterk vervuilde woning (mede vanwege 2 honden, 1 kat, schildpadden). Vroeg wvk om langs te gaan en overtuigde mevrouw en meneer om met wvk te praten.	Woningcorporatie belt wvk.	Woningcorporatie zou contact opnemen met mevrouw, meneer en stiefvader meneer.	Wvk voert gesprek met mevrouw en meneer en inventariseert (potentiele) problemen: sterk vervuilde huis, oneigtheid met aanbieder begeleiding, afwezigheid zorg, slechte eetpatronen, overgewicht bij mevrouw. Wvk neemt na 1e gesprek contact op met collega van de thuiszorg om HH aan te vragen. Ook voert wvk een gesprek met de huisarts. Collega van de thuiszorg geeft aan dat huis eerst gesaneerd moet worden. Wvk organiseert een MDO met woningcorporatie, thuiszorg en begeleiding (huisarts was ook uitgenodigd, maar kwam niet). Plan van aanpak opgesteld: - indicatie begeleiding opgehoogd om huis op te ruimen (gereed maken voor sanering). - mogelijkheden bemoeizorg onderzocht, bleek niet wenselijk (dwang politie zou vertrouwensband beschadigen), ook was de situatie niet ernstig genoeg voor bemoeizorg. - sanering ingepland (en enkele maanden later uitgevoerd). Wvk voert verschillende gesprekken met mevrouw en meneer om vertrouwen te winnen en ervoor te zorgen dat ondersteuning in het huishouden en het versterken van de eigen regie kan worden gecontinueerd en uitgebreid. Wvk weet mevrouw en meneer hinnen te overtuigen. Hierdoor stabiliseert de thuissituatie. Wvk adviseert mevrouw naar diëet te gaan vanwege overgewicht (nog niet gebeurd). Probeer mevrouw in traject dagbesteding te krijgen en meneer na te laten denken over begeleiding door de GGZ. Wvk wil in de toekomst proberen mevrouw en meneer in een beschermende woonvorm te krijgen.	De woningconsulent zou nauw betrokken blijven bij de situatie door het voeren van gesprekken met meneer en mevrouw en andere huurders/omwonenden. Ook de medewerkers voor de PV en BG zouden, met extra inspanning, betrokken blijven. 50% kans dat hierdoor de situatie zou voortduren. Het huis zou wel desdaning vervuld raken dat na een jaar een woningsanering nodig zou zijn. 50% kans dat PV en BG na 3 maanden stopt doordat meneer en mevrouw aangeven dit niet meer te willen. De situatie zou dusdanig escaleren (vanwege vervuiling en overlast voor burens) dat meneer en mevrouw na een jaar uit huis zouden worden gezet en bij stiefvader meneer terecht zouden komen. Doordat mevrouw hier geen PV en BG zou krijgen, zou ze na nog een jaar moeten verhuizen naar een intramurale woonvorm.	Vrouw: indicatie begeleiding gecontinueerd (4u p/w) en gedurende 3 maanden opgehoogd naar 6u per week. Vrouw: 50% kans dat begeleiding en persoonlijke verzorging na 3 maanden zou stoppen. 50% kans dat BG en PV zou doorlopen voor 4u p/w. Gedurende een jaar meer zorgen voor meneer door slechte relatie met hulpverleners. Gedurende een jaar meer zorgen voor mevrouw door slechte relatie met hulpverleners. Gedurende een jaar minder aangenaam wonen voor mevrouw door vervuiling van huis. Gedurende een jaar minder aangenaam wonen voor meneer door vervuiling van huis. Inzet consultant woningcorporatie 15 uur (opbouw dossier en gesprekken met andere huurders/omwonenden). Gedurende een jaar enveren burens stankoverlast.	2004	976	-1028	
						3623	1812	-1812	
						2929	1464	-1464	
						0,000	0,033	0,033	
						0,000	0,033	0,033	
						0,000	0,022	0,022	
						0,000	0,022	0,022	
						0	675	675	
						0,000	0,044	0,044	
						14	0	-14	
						45	0	-45	
						69	0	-69	
						0	0	0	
						0	7039	7039	
0	0	0							
0	6608	6608							
0,000	0,002	0,002							

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
4 Man, 65. Woont alleen, zeer klein sociaal netwerk, huurders in huis. Client was arbeidsongeschikt vanwege psychiatrische problematiek (nu gepensioneerde) en heeft een drankprobleem. Client veroorzaakt geluidsoverlast op straat. Collega-wpk wordt aangesproken door een client (buurtbewoner) van haar, waarna collega wpk belt met de vraag om eens langs te gaan.	Wpk gaat langs bij client.	25% kans dat buurtbewoner politie zou bellen. 75% kans dat buurtbewoner niet doet.	Wpk gaat op bezoek bij client. Zijn casemanager (voor begeleiding via GGZ) kwam toen toevallig ook langs. Wpk oordeelt na een gesprek met de casemanager dat ze daar geen toegevoegde waarde heeft, laat kaartje achter en vertrekt.	Wijkagent gaat langs aan huis (25% kans) en informeert casemanager GGZ. Geen nieuw contact (75% kans).		25% kans op bezoek wijkagent (een half uur).	0	6	6
5 Man, 80. Getrouwd. 2 uitwonende kinderen (slecht contact met dochter). Aneurysma gehad in 2008. Buikwond aan over gehouden, evenals voetwond ivm doorliggen in ziekenhuis. Wondverzorging en hulp bij ad gekregen tot paar maanden geleden, nu geen thuiszorg. Blijvende buikpijn, afgelopen periode 1x naar urolog geweest, geen resultaten. Ook voetpijn ivm ingegroeide teennagel. Client en partner zijn moedeeloos na lang traject waarin weinig verbetering in gezondheid client merkbaar is. Partner client maakt zich zorgen en belt wpk nav een advertentie in de krant (partner kende gezicht wpk nog van de thuiszorg die client in het verleden heeft gehad).	Client benadert wpk.	Partner client zou 3 maanden later contact opnemen met huisarts.	Wpk adviseert client om naar pedicure te gaan voor ingegroeide teennagel. Wpk adviseert client om nogmaals naar urolog te gaan, wat client doet. Urolog doet onderzoek en vraagt client vocht- en voedingslijst bij te houden. Client snapt niet hoe dit werkt, wpk legt het uit. De onderzoeken leveren niets op; urolog adviseert onderzoek in academisch ziekenhuis. Client en partner raken moedeeloos (willen niet weer naar ziekenhuis als het toch niets oplevert) en zeggen onderzoek af. Wpk gaat langs en adviseert toch naar onderzoek in academisch ziekenhuis te gaan, wat client doet. Specialist in academisch ziekenhuis adviseert een stoma. Urolog besluit ivm hoge risico's operatie geen stoma aan te brengen. Zorgt voor een nieuwe catheter en schrijft andere medicatie voor. Wpk houdt huisarts van client middels op een brief op de hoogte dat wpk betrokken is geweest (huisarts ondemeemt geen acties) en sluit dossier af.	Client zou 3 maanden later zelf contact opnemen met een pedicure. Huisarts zou op huisbezoek gaan en client adviseren een vervolgspraak bij urolog te maken. Client zou naar urolog gaan en daarna moedeeloos raken over het traject. Ze zouden na de eerste afspraak niet meer naar het academisch ziekenhuis of voor vervolgonderzoek naar de urolog gaan. Echografisch onderzoek voor buik in academisch ziekenhuis. Client voelt zich na volgend bezoek urolog iets beter door nieuwe catheter en ander medicatie. Echtbaar gerustgesteld	Client gaat naar pedicure waardoor ingegroeide teennagel wordt verzorgd. Inzet huisarts 1 huisbezoek. Gelijk aan werkelijk, maar 3 maanden later. Geen onderzoek in academisch ziekenhuis. Client voelt zich minder goed. 0,000 0,006 0,006 0,000 0,021 0,021 0,000 0,021 0,021	0	0	0	
6 Vrouw, 25. Woont alleen, vriend deels inwonend. 2 kinderen, 2 en 4 jaar. Kinderen staan onder toezicht van jeugdzorg. Client heeft een bijstanduitkering. Thuisituatie (partner die veel waemt gaat) leidt tot stress en psychosomatische klachten (hartklachten, berauwheid, hyperventilieren) waarvoor client vaak naar huisarts gaat. Client onderkent dat ze lijdt onder de relatie, maar kan/wil de relatie niet beëindigen. Huisarts kan geen lichamelijke oorzaak vinden voor de	Huisarts belt wpk.	Huisarts zou client naar ziekenhuis sturen voor onderzoek.	Wpk biedt in eerste instantie een luisterend oor, client is blij dat ze haar verhaal kwijt kan. Wpk schakelt na overleg met client maatschappelijk werk in. Deze helpt client met het omgaan met relatieproblemen. Client neemt contact op met jeugdzorg. Deze constateert dat de situatie niet dusdanig is dat aanvullende acties nodig zijn. Wpk organiseert een MDO met het gezin, maatschappelijk werk en jeugdzorg en sluit daarna het dossier af.	Huisarts zou de situatie 6 maanden laten voortduren en client daarna voor onderzoek (ECG, cardiogram en bloedonderzoek) naar het ziekenhuis doorverwijzen. Dit zou zeer waarschijnlijk niets opleveren. Vervolgens zou huisarts maatschappelijk werk inschakelen.	Client is rustiger doordat ze haar verhaal aan iemand kwijt kan. Inzet maatschappelijk werker 1u p/zw. Gelijk aan werkelijk, maar 6 maanden later. 0,000 0,033 0,033	0,000	0,021	0,021	
7 Man, 58. Woont alleen. Geen kinderen, broer vanuit buitenland mogelijk illegaal inwonend. Moeder en zus wonen in de buurt. Zus is deels mantelzorg, maar overbelast. Man heeft een verstandelijke beperking en heeft epilepsie, werkt fulltime bij sociale werkplaats. Krijgt loon + bijstandsuitkering. Client verzorgt zich niet goed en eet slecht. Client is diabeet en dient sinds kort 2x p/d insuline te spuiten. Door diabetes heeft client oogklachten (hooimvles laat los) waarvoor hij regelmatig naar het ziekenhuis moet. Client komt afspraken vaak niet na of komt te laat. Huisarts vermoedt dat client insuline niet goed spuit en schakelt de thuiszorg in om eens langs te gaan.	Huisarts belt thuiszorg. Vpk thuiszorg gaat langs bij client en besluit '2S-lijf' in te zetten.	Huisarts zou thuiszorg bellen en zus client benaderen.	Wpk komt bij client thuis en geeft uitleg over insuline. Wpk heeft twijfels of client het snapt (sprekt slecht Nederlands en heeft een verstandelijke beperking). Wpk schakelt PV 2x p/d in om insuline te spuiten. Dit gaat moeizaam omdat client vaak al weg is naar werk als de thuiszorg langskomt. Wpk schakelt nachtdienst in om insuline te spuiten. Wpk schakelt na overleg met huisarts een diëtist en een pedicure in (loopt nog steeds). De diëtist adviseert de diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis over de voeding van client. Client was al 3x niet op komen dagen bij afspraken met de oogarts in het zh. Wpk maakte spoedafspraken, maar client kwam met zus veel te laat. Oogarts "had er genoeg van". Huisarts signaleerde dat hooimvles client beschadigd was (risico op ernstige oogbeschadiging of blindheid) en dat client voor onderzoek naar academisch ziekenhuis moest. Wpk is toen meegegaan om zeker te weten dat client onderzoek zou krijgen. Uitsluitend: 6/7 injecties op afzonderlijke afspraken. Wpk maakt afspraak met taxibedrijf dat wpk client voor 6/7 afspraken in taxi zet en dat de verpleegkundige in het ziekenhuis client uit de taxi haalt en naar de afdeling brengt. Wpk zorgt dat taxi wordt vergoed door verzekeraar. Voor routinecontroles spreekt wpk met sociale werkplaats af dat deze client op de bus zetten. Wpk zet via MEE individuele begeleiding in bij financiële administratie en het leren na te komen van afspraken. Ook voert de wpk verschillende ondersteunende gesprekken met de zus van client. Zo komt wpk bij moeder client terecht. Signaleert dat moeder persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp nodig heeft in zet dit in. Wpk is nog bij dossier betrokken.	Huisarts zou extra contact opnemen met zus client om deze ervan te overtuigen dat het belangrijk is om insuline goed te spuiten en voor controle naar het ziekenhuis te gaan. De verpleegkundige van de thuiszorg zou deels dezelfde acties ondernemen (maar had deze moeten schrijven als improductieve uren). Verpleegkundige zou niet met client meegaan naar het academisch ziekenhuis voor onderzoek en zou MEE niet inschakelen. 50% kans dat client zich niet goed houdt aan de afspraken en de insuline dusdanig onregelmatig raakt dat client hiervoor moet worden opgenomen in het ziekenhuis. In dit scenario zouden de ogen van client dusdanig beschadigd raken dat een extra opname in het academisch ziekenhuis nodig zou zijn. Ook zou client het risico lopen op nierschade (10% kans). Nog eens 50% kans dat client hierna niet meer zou kunnen werken in de sociale werkplaats en in de bijstand terecht zou komen. Zus client zou dusdanig overbelast raken dat ze gedurende 3 maanden zou stoppen met de mantelzorg. De verpleegkundige thuiszorg zou via MEE individuele begeleiding inzetten. De verpleegkundige zou een half jaar later in contact komen	PV 2x p/d voor insuline. Client ontvangt informatie over gezonde voeding. 50% kans dat client moet worden opgenomen in het ziekenhuis voor het reguleren van de insuline. Emeltige oogbeschadiging en blindheid voorlopig voorkomen door behandeling in academisch ziekenhuis (nog 2 injecties, definitieve uitkomst onzeker). Behandeling aan de ogen in een acadisch ziekenhuis. Taxikosten client (7 keer 30 euro) worden vergoed door de zorgverzekeraar vanwege slechtzindheid. 50% kans dat client geen taxikosten maakt omdat hij niet naar het academisch ziekenhuis gaat. 25% kans dat client niet meer werken in de sociale werkplaats waardoor zijn welbevinden afneemt. 25% kans dat client in de bijstand terecht komt. Inzet pedicure voor voetverzorging. Voeten client zijn beter verzorgd. Inzet BG 1 u p/zw. Financiële administratie is beter op orde en client leert om afspraken na te komen. Zus client is rustiger, minder overbelast. Huis van moeder client is schoner. Moeder client heeft een betere persoonlijke verzorging. Inzet PV voor moeder 2u p/w. Inzet HH voor moeder 3u p/w.	Gelijk aan werkelijk. Gelijk aan werkelijk. 0,000 0,030 0,030 0 204 204 210 0 -210 0,000 0,011 0,011 0 5742 5742 0 0 0 0,000 0,001 0,001 0 0 0 0,000 0,032 0,032 0,000 0,006 0,006 0,000 0,002 0,002 1812 0 -1812 1677 0 -1677	0	0	0

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Causus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Netto
8 Vrouw, 80. Woont alleen in aangepaste seniorenwoning, 1x 3u pw HH1. Client heeft artrose en is matig verzorgd. Client vertoont klagerig, claimend, passief agressief gedrag naar medewerker huishoudelijke hulp. Medewerker huishoudelijke hulp vertrouwd de situatie niet en belt wpk.	Medewerker huishoudelijke hulp belt wpk.	Medewerker HH zou naar manager gaan. Manager zou verpleegkundige thuiszorg inschakelen voor een gesprek met client.	Wpk voert een aantal gesprekken met client. Een aantal gesprekken ging niet door omdat client naar sociale activiteiten was. Wpk constateert dat client zich goed kan redden (client was zelfs haar eigen vakantie aan het regelen) en geen zorgmijder is. Wpk rondt af en spreekt met manager huishoudelijke hulp af dat deze contact opneemt met wpk wanneer daar aanleiding toe is.	De verpleegkundige uit de thuiszorg zou een gesprek voeren met client en dezelfde conclusies trekken als wpk.	Geen resultaten.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0
9 Man, 63. Woont alleen. Zus (mantelzorg) woont in de buurt. Client is arbeidsongeschikt wegens psychische klachten. Depressie door drankprobleem, opgenomen geweest. Nu 2-3 jaar van alcoholeniveling af. Heeft enorme onzekerheid overgehouden aan problemen en ondemeent weinig, sluit zich op in huis. Heeft de neiging de hele dag in bed te liggen als hij niet wordt geactiveerd. Heeft HH (3u pw) en BG (3,9u pw). Client sluit zich steeds vaker op in huis en doet de deur dan niet meer open voor hulpverleners en zus. Medewerker HH meldt dit bij haar manager.	Manager HH belt wpk.	Zus zou naar GGZ bellen (contactpersoon die client in verslavingsstrijde had). Deze zou constateren dat client niet meer verslaafd is en adviseert om contact op te nemen met persoonlijk begeleider. Wpk breidt na 4 weken indicatie BG uit naar 6 u p/w. Interventies wpk zijn er met name op gericht client te activeren zaken buitenshuis te ondernemen, persoonlijke verzorging op peil te houden, goed te eten en het huishouden te doen. Client stemt hiermee in omdat hij bang is anders opgenomen te worden. Zus (dreigde overbelast te raken) neemt afstand nu wpk is betrokken. Wpk probeert zus nu wel weer te betrekken. Wpk trekt zich enigszins terug en bewaakt de hooflijnen. Heeft regelmatig contact met begeleider en houdt de situatie in de gaten. Nog 4 maanden later zou client dan vanuit een crisissituatie tijdelijk worden opgenomen in de GGZ. Na thuiskomst zou de BG en HH weer worden herast.	Zus client zou dusdanig overbelast raken dat ze gedurende 6 maanden zou stoppen met de mantelzorg. 50% kans dat de begeleiding (moelzaam) door zou gaan. De indicatie zou worden opgehoogd naar 6 uur per week (gelijk aan werkelijk) 50% kans dat de persoonlijk begeleider na 2 maanden geen activiteiten meer zou kunnen ondernemen omdat client de deur dicht zou houden. Client zou zichzelf verwaarlozen, niet wassen/scheren/douchen en geen schone kleding aantrekken. Door schaamte hierover zou client in een sociaal isolement terecht komen. Nog 4 maanden later zou client dan vanuit een crisissituatie tijdelijk worden opgenomen in de GGZ. Na thuiskomst zou de BG en HH weer worden herast.	De woning van client blijft netjes. Client eet en drinkt goed. Client heeft een goed dagritme en verzorgt zichzelf goed. Client blijft thuis wonen. BG uitgebreid van 3,9 naar 6 uur per week voor een periode van 6 maanden. Zus tijdelijk geen contact (hierdoor minder zwaar belast), voor de toekomst wel weer in beeld als mantelzorg. HH van 3 u p/w loopt door.	50% kans dat woning van client gedurende 6 maanden vervuld zou raken. 50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans dat client gedurende 6 maanden slecht zou eten. 50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans dat client gedurende 6 maanden een slecht dagritme zou hebben en zich slecht zou verzorgen (en zich hiervoor zou schamen). 50% kans dat client na 6 maanden vanuit een crisissituatie wordt opgenomen in de GGZ. 50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op BG 3,9 u p/w gedurende 2 maanden. 50% kans op gelijk aan werkelijk. Zus gedurende 6 maanden overbelast (mantelzorg stopt). 50% kans op HH 3 u p/w gedurende 2 maanden. 50% kans op gelijk aan werkelijk.	0,000 0,000 0,000 0,000 7090 0 0,000 3354 0	0,006 0,001 0,021 1636 874 3545 617 0,042 1677 258	0,000 0,001 0,021 1636 874 -3545 617 0,042 -1677 258	
10 Vrouw, 83. Woont alleen. Heeft 2 zoons en een dochter. Dochter verleent mantelzorg (administratie en lichte werkzaamheden in huis) Huisarts en dochter constateren geheugenproblematiek bij client. Client vergeet vaak medicijnen in te nemen en verdwaaert steeds vaker met de auto. Huisarts en dochter hebben client aangemeld voor dementietest bij GGZ. Client wil dit niet en heeft afspraak afgezegd; wil niet betuifeld worden. Huisarts en dochter komen niet verder met client.	Huisarts en dochter client bellen wpk.	Dochter en huisarts zouden thuiszorg inschakelen. Huisarts stapt over op injecties voor een deel van de medicatie. Overige medicatie wordt uitgezet door dochter. Wpk ondersteunt dochter client door een aantal gesprekken en geeft tips. Hierdoor neemt dochter naar verwachting 4 keer geen contact op met huisarts. Wpk stimuleert dochter om de 2 zoons van client ook bij de zorg te betrekken en zelf iets meer afstand te nemen (nog onzeker of dit daadwerkelijk gebeurt). Wpk kiest er in overleg met dochter voor om client te blijven monitoren door maandelijks op bezoek te gaan.	Wpk wil begeleiding inzetten voor het toedienen van de medicijnen, maar client weigert dit. Wpk probeert client voor test naar GGZ te laten gaan, maar ook dit weigert client. Huisarts stapt over op injecties voor een deel van de medicatie. Overige medicatie wordt uitgezet door dochter. Wpk ondersteunt dochter client door een aantal gesprekken en geeft tips. Hierdoor neemt dochter naar verwachting 4 keer geen contact op met huisarts. Wpk stimuleert dochter om de 2 zoons van client ook bij de zorg te betrekken en zelf iets meer afstand te nemen (nog onzeker of dit daadwerkelijk gebeurt). Wpk kiest er in overleg met dochter voor om client te blijven monitoren door maandelijks op bezoek te gaan.	Verpleegkundige thuiszorg zou intake doen. Zou constateren dat client geen hulpvraag heeft en over een half jaar weer terug komen. 75% kans dat dochter client zwaar belast zou raken.	Client is in beeld bij wpk waardoor deze tijdelijk ondersteuning in kan zetten wanneer dit nodig is. Hierdoor hoeft client de komende 2 jaar niet opgenomen te worden. Medicijnen worden goed ingenomen. Dochter is praktisch en emotioneel ondersteund en kan daardoor de zorg voor client aan. Inzet huisarts 4 telefonische contactmomenten met dochter.	0 0 0,000 0	3660 0 0,063 36	3660 0 0,063 36	
11 Man, 47. Alleenstaand. Moeder en broer wonen in de buurt. Zijn vriendin is psychotisch. Client is schizofreen, krijgt 6 soort medicijnen (oa anti-psychotica en impulsremmers). Heeft 3u p/w BG, gaat 2,5u p/w langs bij sociaal psychiatrisch verpleegkundige van GGZ en dagelijks dagelijks 1u naar soort dagopvang. Begeleider signaleert dat client 1 van de 6 medicijnen niet goed inneemt.	Begeleider neemt contact op met GGZ. GGZ belt naar thuiszorg. Thuiszorg belt naar wpk.	Begeleider zou contact opnemen met GGZ. GGZ zou naar thuiszorg bellen. Verpleegkundige thuiszorg zou langsgaan bij client.	Client kan handtastelijk zijn naar vrouwen, dus wpk (man) gaat samen met huidige begeleider (ook een man) op bezoek. Wpk signaleert dat client in de ochtend rustmedicatie inneemt waardoor hij 's middags slaapt en een medicijn niet inneemt. Wpk regelt in overleg met de behandelend psychiater een nieuw systeem voor medicatie (baxterro). Voorheen bewaarde client zijn medicijnen in een plastic tas. Wpk zorg dat indicatie begeleiding wordt opgehoogd (naar 5,25 u p/w) zodat de thuiszorg client 3 x p/w kan bellen om te herinneren medicijn in te nemen. 1 dag controleert thuisbegeleider, 1 dag moeder client, 1 dag dagbehandeling. Wpk koppelt interventies terug naar psychiater en begeleider en sluit het dossier af.	Verpleegkundige thuiszorg zou ook signaleren hoe het komt dat client medicatie niet goed inneemt en zou in overleg met psychiater een baxtersysteem regelen. Verpleegkundige zou indicatie BG ophogen om client 7 x p/w te begeleiden bij het innemen van de medicatie. Client heeft een baxtersysteem voor medicatie.	Inzet 1 uur verpleegkundige thuiszorg. Indicatie begeleiding verhoogd van 3u p/w naar 5,25u p/w. Indicatie begeleiding verhoogd van 3u p/w naar 7u p/w. Gelijk aan werkelijk.	0 14180 20345 0	69 20345 6165 0	69 6165 0	

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMw

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten															
	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Netto													
<p>12 Man, 63. Alleenstaand. Neef woont in de buurt. Sinds 5 jaar 100% arbeidsongeschikt. Client heeft grote buikoperatie gehad, door complicaties op IC gelegen, heeft daar chronische buikklachten aan over gehouden. Daarnaast prostaatproblemen, kranstlagadervernauwing en hartklachten. Client heeft letselschadeadvocaat in arm genomen; wil het ziekenhuis aanklagen voor (volgens client) gemaakte fouten tijdens operatie. Wpk vermoedt psychische problematiek; client is zeer achterdochtig en wantrouwend. Client is vergeetachtig, moeilijk in de omgang. Client heeft HH 1x pw 3 uur.</p> <p>Huisarts verwijst client door naar het ziekenhuis voor onderzoek. Client doet dit echter, na herhaaldelijke verwijzingen van de huisarts, niet.</p>	Huisarts belt wpk.	Huisarts zou verpleegkundige thuiszorg inschakelen.	<p>Wpk signaleert dat benen van client dik zijn. Wpk gaat 2x p/w langs om te zwachtelen en vraagt steunkousen aan. Wpk gebruikt dit als ingang om in gesprek te komen.</p> <p>Wpk komt erachter dat client niet voor onderzoek naar het ziekenhuis wilde waarnaar de huisarts hem had doorgewezen, maar naar een ander ziekenhuis. Dit durfde/wilde client echter niet tegen de huisarts zeggen. Wpk neemt contact op met huisarts, deze verwijst client naar het ziekenhuis van zijn voorkeur. Client gaat naar het ziekenhuis voor onderzoek. Daar krijgt hij een (poliklinische) behandeling van de prostaat, komt hij onder controle en wordt zijn medicatie voor kranstlagadervernauwing aangepast.</p> <p>Wpk komt er na een aantal gesprekken achter dat client een neef heeft die in de buurt woont. Wpk schakelt neef in als contactpersoon voor huisarts en HH en vraagt hem client te ondersteunen. Neef stemt daarin toe.</p> <p>Wpk zorgt ervoor dat HH wordt verhoogd naar 4,5u p/w. Geeft op verzoek van client informatie over het wisselen van aanbieder.</p> <p>Client geeft aan graag een pgb te willen voor inkopen zorg. Wpk geeft voorlichting en adviseert client geen pgb te nemen omdat deze slecht met geld om kan gaan.</p> <p>Wpk signaleert problematische financiële situatie van client en motiveert client om maatschappelijk werk hiervoor te benaderen. Hierna sluit wpk dossier af.</p>	<p>Verpleegkundige thuiszorg zou intake doen. Verpleegkundige zou dikke benen signaleren, tijdijk PV inzetten voor zwachtelen en client stimuleren steunkousen aan te vragen. Ook zou deze BG (individueel en groep) inzetten om client te activeren en de regie te versterken.</p> <p>Client zou 2 maanden langer blijven doorlopen met prostaatklachten en daarna weer naar de huisarts gaan. Deze zou er achter komen dat client naar een ander ziekenhuis wil, en hem daarnaar doorverwijzen.</p> <p>50% kans dat client een pgb zou aanvragen.</p> <p>Via medewerker HH zou indicatie HH worden opgehoed.</p>	<p>Client heeft door steunkousen minder last van dikke benen.</p> <p>Gelijk aan werkelijk.</p> <p>2 weken PV 15 minuten per dag voor zwachtelen benen.</p> <p>Client is voorgelicht over het PGB en besluit dit niet aan te vragen.</p> <p>Neef is verantwoordelijk de voor communicatie met zorgverleners en neemt een deel van de regie en de ondersteuning van client over. Vanwege zijn lichamelijke en geestelijke situatie heeft client over een half jaar waarschijnlijk BG individueel en BG groep nodig.</p> <p>Alspraak bij ander ziekenhuis gehad, poliklinische ingreep + onder controle voor prostaatklachten.</p> <p>Medicatie voor kranstlagadervernauwing is aangepast waardoor client minder benauwd is.</p>	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0													
										50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans dat client een pgb had aangevraagd (geen extra kosten in vergelijking met werkelijk).	0	0	0									
										Neef is niet in beeld als mantelzorg.	0,000	0,011	0,011									
										1 lang bezoek aan de huisarts	0	36	36									
										BG individueel voor versterken regie client (klasse 1).	0	1952	1952									
										BG groep voor activeren client (klasse 4).	0	2885	2885									
										Client heeft 2 maanden meer last van prostaatklachten.	0,000	0,002	0,002									
										Prostaatklachten verergeren waardoor client uiteindelijk een dagopname in het ziekenhuis krijgt.	393	1280	887									
										Client heeft meer last van benauwdheid.	0,000	0,002	0,002									
										<p>13 Vrouw, 90. Alleenstaand, gepensioneerd. Beperkt mantelzorg aanwezig. Client heeft een jaar geleden een heupfractuur gehad, loopt met rollator. Durft niet meer naar buiten. Client is een jaar geleden verhuisd naar de seniorenflat waar ze nu woont en hoopte dat hier sociale activiteiten zouden worden georganiseerd. Dit bleek niet het geval, waardoor client erg teleurgesteld was. Client is eenzaam en eet niet goed. Client heeft 3u p/w HH. Ook PV 0,5u p/d+ PV 0,5u p/w (douchen) (totaal PV 3,9u p/w)</p> <p>Verzorgende signaleerde dat client erg eenzaam was en geen levenslust had. Bespreekt dit in teamoverleg waarbij wpk aanwezig is.</p>	Wpk komt in actie na bespreking client in teamoverleg thuiszorg.	<p>80% kans dat de intaker (verpleegkundige) thuiszorg naar aanleiding van teamoverleg op huisbezoek zou gaan bij client.</p> <p>20% kans dat er geen actie zou worden ondernomen na bespreking in teamoverleg.</p>	<p>Wpk gaat een aantal keer wandelen met client, praat wel en gaat een keer mee naar activiteiten in een verzorgingshuis en het buurthuis. Vervolgens schakelt wpk een vrijwilliger in die 1x p/2w met client gaat wandelen en met client meegaat naar activiteiten.</p> <p>Wpk coacht verzorgenden die bij client thuiskomen in het omgaan met client.</p> <p>Wpk signaleert dat client niet het juiste schoeisel heeft en dik tapijt in de woning heeft waardoor het valgevaar groot is. Wpk raadt speciale sokken aan.</p> <p>Wpk constateert bij het douchen van client (gebruikt als ingang) dat client smetplekken in de liezen heeft, de urine ruikt en client jicht heeft. Wpk stimuleert client naar huisarts te gaan. Deze schrijft client jichtmedicatie en kuurje tegen blaasontsteking voor. Wpk verhoogt indicatie persoonlijke verzorging client met dagelijks 15 min extra voor smeren liezen en wikkels 30 min extra voor douchen.</p> <p>Wpk schakelt maaltjidservice in voor 5x p/w omdat client alleen kant-en-klaar maaltijden eet. Maaltjidservice wordt voorlopig gedurende een half jaar ingezet.</p> <p>Wpk regelt alarmering.</p> <p>Na de verhuizing zitten veel spullen nog in dozen. Steunen voor in de douche en toilet zijn niet opgehangen. Wpk schakelt woningcorporatie in om steunen op te hangen, wat gebeurt.</p> <p>Wpk constateert dat belastingaangifte van client niet is gedaan waardoor client een boete moet betalen. Bekende client doet administratie en beheert geld (heeft pinpas in bezit). Wpk plant om in gesprek te gaan met bekende client omdat client een geen goed gevoel heeft over de financiën.</p>	<p>20% kans op geen acties. Client zou na klachten smetplekken, blaas en jicht 1 maand later naar huisarts gaan. Deze zou medicatie voorschrijven en de thuiszorg inschakelen.</p> <p>Voor het verzorgen van de smetplekken zou gedurende 4 weken extra PV worden ingezet.</p> <p>80% kans dat intaker thuiszorg zich zou richten op zorginhoudelijke activiteiten: schoeisel, smetplekken, jicht, blaasontsteking en alarmering. Overige zaken zouden niet worden opgepakt.</p>	<p>Client heeft minder straatangst en durft vaker naar buiten te gaan. Client is minder eenzaam (meer sociale contacten) en heeft meer levenslust.</p> <p>Maaltjidservice 5x p/w gedurende een half jaar.</p> <p>Client eet gedurende een half jaar iets beter.</p> <p>Verzorgenden zijn beter gecoacht in omgang met client.</p> <p>Client krijgt medicijnen voor blaasinfectie en jicht (nu onder controle)</p> <p>Client heeft minder last van blaasinfectie en jicht.</p> <p>Client heeft alarmering.</p> <p>Client loopt minder valgevaar.</p> <p>PV uitgebreid naar 6,25u p/w (45 min pd + 2x pw 30 min douchen).</p> <p>80% kans op inzet verpleegkundige thuiszorg 3 uur.</p> <p>Client heeft geen smetplekken meer.</p>	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0			
80% kans op gelijk aan werkelijk. 20% kans op blaasinfectie en jicht (nu onder controle) maar 3 maanden later.	0	0	0																			
80% kans op gelijk aan werkelijk. 20% kans op jicht.	0	0	0																			
80% kans op gelijk aan werkelijk. 20% kans op geen alarmering.	50	40	-10																			
80% kans op gelijk aan werkelijk. 20% kans op meer valgevaar, gedurende een jaar.	0	729	729																			
80% kans op gelijk aan werkelijk. 20% kans op gelijk aan werkelijk, maar 1 maand later + gedurende 1 maand 30 min p/d extra voor verzorgen smetplekken.	1012	810	-202																			
80% kans op inzet verpleegkundige thuiszorg 3 uur.	0	290	290																			
80% kans op inzet verpleegkundige thuiszorg 3 uur.	0	206	206																			
80% kans op gelijk aan werkelijk. 20% kans op gelijk aan werkelijk, maar 4 maanden later.	0,000	0,002	0,002																			
<p>14 Vrouw, 54. Heeft 3 kinderen (15, 18 en 21). Woont nu begeleid samen met 2 kinderen, kind van 18 is uit huis geplaats. Broer woont in de buurt, is mantelzorg voor broers broers en autorites. Client woont 5 jaar in maatschappelijke opvang. Client ontvangt bijstandsuitkering. Client heeft ernstige COPD, is niet therapietrouw, komt afspraken met zorgverleners niet na en neemt medicatie niet goed in. MEE en maatschappelijk werk komen beiden 1x p/2w langs. HH 3u p/w. In totaal zijn 14 verschillende hulpverleners bij client betrokken.</p> <p>Clientbegeleider MEE merkt dat huishouding bij client niet goed loopt.</p>	MEE neemt contact op met manager HH. Manager HH schakelt wpk in.	MEE zou contact opnemen met manager HH.	<p>Wpk gaat samen met clientbegeleider MEE op huisbezoek. Wpk signaleert dat het huis niet goed wordt geventileerd (vochtproblemen), dat client het huishouden niet goed doet en dat client medicatie niet goed inneemt. Dit verergert de COPD.</p> <p>Wpk schakelt ergotherapie, longverpleegkundige thuiszorg voor gezondheidscheck en fysiotherapie in voor longrevalidatie. Ook vraagt wpk een nieuwe vernevelaar aan voor het innemen van de medicatie (client deed al 5 jaar met dezelfde) en zorgt ervoor dat indicatie HH wordt verhoogd (naar 6u p/w).</p> <p>Wpk signaleert dat client ondervoed is. Wpk regelt speciale (proef)voeding voor longpatiënten en schakelt een diëtist in om fysiotherapeut te adviseren wat betreft de longrevalidatie.</p> <p>Wpk constateert dat client in eerste instantie veel hulp vraagt, maar hier vervolgens geen gebruik van maakt. Komt afspraken met en bij hulpverleners niet na waardoor behandeling niet mogelijk is. Wpk plant een MDO met MEE en de huisarts over te nemen vervolgstappen (heeft nog niet plaatsgevonden).</p>	<p>Manager HH zou ervoor zorgen dat de indicatie wordt opgehoed naar 6u p/w. Verder zouden geen acties worden ondernomen omdat client geen hulpvraag heeft.</p> <p>Proefvoeding voor client is aangevraagd en kan worden afgehaald bij het postkantoor (heeft client nog niet gedaan).</p> <p>Client heeft een nieuwe vernevelaar (maar het is onzeker of deze wordt gebruikt).</p>	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0														
									Proefvoeding voor client is aangevraagd en kan worden afgehaald bij het postkantoor (heeft client nog niet gedaan).											10	0	-10
									Client heeft een nieuwe vernevelaar (maar het is onzeker of deze wordt gebruikt).											100	0	-100

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMw

Casus	Totstandkoming contact		Interventie	Nulalternatief	Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief			Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
<p>15 Man, 62. Zus is mantelzorg. Client heeft darmkanker, heeft een stoma. Levensverwachting van 1 jaar. Client heeft een historie van alcoholisme, is vrij recent afgeliekt. Client heeft lang samengewoond met moeder en zus met een verstandelijke beperking (die uiteindelijk naar een verpleeghuis ging en daar overleed). Moeder was kort daarvoor overleden. Client is in rouw vanwege overlijden moeder en zus en heeft een schuldgevoel omdat zus in een verpleeghuis is overleden en niet thuis. Verpleegkundige thuiszorg doet intake bij client voor stomazorg bij client wanneer deze uitbehandeld terugkomt uit het ziekenhuis. Verpleegkundige signaleert bij deze intake meerdere problemen: client is bedlegerig, het huis is vervuild, client neemt medicatie slecht in, client heeft last van stuit vanwege doorgroei tumor</p>	Verpleegkundige thuiszorg schakelt wijk in.	Geen nieuw contact.	<p>Wpjk neemt zorg stoma over als reguliere verpleegkundige (niet-zichtbare schakel uren), regelt een baxter-systeem voor de medicatie en schakelt HH versneld in (was al aangevraagd) om huishouden over te nemen.</p> <p>Client heeft moeite met het aannaarden van zijn ziekte; wilde graag nieuwe start maken na alcoholverslaving en overlijden moeder/zus. Wpjk voert verschillende gesprekken met client om deze emotioneel te ondersteunen.</p> <p>Wpjk neemt contact op met het ziekenhuis in de buurt zodat client daar voor nazorg terecht kan (client was met spoed geopereerd toen hij elders in het land was, nazorg was niet geregeld).</p> <p>Nadat client een afspraak in het ziekenhuis afzegt vanwege slechte fysieke gesteldheid maakt wpjk een nieuwe afspraak, regelt rolstoel en gaat mee naar het ziekenhuis. Na deze afspraak wordt client voor enige tijd opgenomen.</p> <p>Na opname belt transferspjk met zorgregisseur dat client weer naar huis komt. Wpjk wordt ingeschakeld en zorgt ervoor dat client conform eigen wens naar hospice gaat. Wpjk sluit hierna het dossier af.</p>	<p>Verpleegkundige thuiszorg zou stomazorg, baxter (2 weken later) regelen en HH (2 weken later) aanvragen. Ook zou BG voor 1-2 uur per week worden aangevraagd bij een instelling voor verslavingszorg.</p> <p>Verpleegkundige thuiszorg zou huisarts inschakelen op het moment dat het thuis niet meer ging en client met spoed in het ziekenhuis opgenomen zou moeten worden.</p> <p>Client zou na ziekenhuisopname weer thuiskomen en in thuiszorg komen (met PV klasse 8, BG klasse 4 en HH klasse 1). 2 weken later zou client alsnog naar een hospice verhuizen.</p>	<p>Client ontvangt stomazorg.</p> <p>Client is 1 maand emotioneel ondersteund in zijn rouwproces en het aanvaarden van zijn ziekte.</p> <p>Client heeft een baxtersysteem waardoor inname medicatie goed verloopt.</p> <p>HH 3u p/w.</p> <p>Huis client is school.</p> <p>Inzet verpleegkundige thuiszorg voor coördinatie zorg 4 uur.</p> <p>Nazorg in een ziekenhuis in de buurt is geregeld, met als gevolg vrijwel direct een opname.</p> <p>Pijn en ongemak duren 2 weken langer.</p> <p>Inzet huisarts 3 uur voor spoedopname en regelen verhuizing client naar hospice.</p> <p>Client is na ziekenhuisopname conform eigen wens naar een hospice gegaan met een ZZP 10.</p>	Gelijk aan werkelijk.	0,000	0,014	0,014
						Gelijk aan werkelijk, maar 2 weken later (geen grote gezondheidsrisico's, geen gevolgen voor welbevinden van client).	0	0	0
						BG klasse 1 voor begeleiding client gedurende 4 weken (tot opname in ziekenhuis)	0	300	300
						Gelijk aan werkelijk, maar 2 weken later.	129	0	-129
						Gelijk aan werkelijk, maar 2 weken later.	0,000	0,001	0,001
						Inzet verpleegkundige thuiszorg voor coördinatie zorg 4 uur.	0	274	274
						Client had geen nazorg gehad en was 2 weken later met spoed opgenomen.	0	1908	1908
						Pijn en ongemak duren 2 weken langer.	0,000	0,001	0,001
						Inzet huisarts 3 uur voor spoedopname en regelen verhuizing client naar hospice.	0	165	165
						Gelijk aan werkelijk, maar 2 weken later.	2974	0	-2974
						Client enaart 2 weken lang meer emotie en eenzaamheid.	0,000	0,005	0,005
						Client woont 2 weken thuis na ziekenhuisopname. Heeft PV klasse 8, BG klasse 4 en HH klasse 1.	0	1826	1826
						0	783	783	
						0	129	129	
						0,000	0,011	0,011	
						40	0	-40	
						0	0	0	
					6,6 (10%/3x2) meer kans op een val met een fractuur tot gevolg gedurende 2 maanden.	0	601	601	
						0,000	0,002	0,002	
					Inzet huisarts 2 consulten	0	36	36	
						0	45	45	
						0,000	0,007	0,007	
						199	337	138	
						99	0	-99	
						0,000	0,003	0,003	
<p>16 Vrouw, 86. Heeft 2 stiefkinderen die lichte mantelzorg verlenen. Client heeft aantal maanden eerder CVA gehad. Is slecht ter been en vaak misselijk. Client gaat de laatste maand lichamelijk snel achteruit. Had medicijnen tegen misselijkheid en doornervingszorg naar ziekenhuis. Client heeft HH 1x 3u p/w. Client maakt gebruik van de 'Ouderenkamer', een soort buurthuis voor ouderen. Medewerker signaleert dat client niet meer naar activiteiten komt.</p>	Medewerker buurthuis belt wpjk.	Geen nieuw contact.	<p>Client vindt dat er door zorgverleners weinig naar haar geluisterd wordt. Client heeft angst voor de dood en kan daar met niemand over praten. Wpjk neemt de tijd om een goed beeld te krijgen van de klachten van client en geeft advies over regelen nalatenschap client.</p> <p>Wpjk belt de huisarts van client die doorverwijst naar ziekenhuis voor onderzoek (echo maag/darmen). Wpjk geeft client briefje mee bij bezoek aan cardioloog waarop staat dat client het over misselijkheid moet hebben (client vergat dat eerder ter sprake te brengen). Dat doet client. Cardioloog ziet dat client medicatie niet goed inneemt, met misselijkheid tot gevolg, client advies en past medicatie aan.</p> <p>Wpjk regelt alarmering en laat door woningcorporatie vaste douchestoel en beugels aanbrengen. Wpjk blijft client de komende periode monitoren.</p>	<p>Na 2 maanden zou client op consult komen bij de huisarts vanwege misselijkheidsklachten. Huisarts zou dietist inschakelen. Dietist zou er na enkele consulten achter komen dat misselijkheid wordt veroorzaakt door verkeerd innemen medicatie.</p> <p>Na nog een consult zou huisarts client doorverwijzen naar het ziekenhuis waar cardioloog medicatie zou aanpassen.</p>	<p>Client voelt zich 3 maanden emotioneel ondersteund (onder andere door advies over regelen nalatenschap).</p> <p>Alarmering wordt ingesteld.</p> <p>Client loop minder risico op vallen door aanwezigheid woningaanpassingen.</p> <p>6,6 (10%/3x2) meer kans op een val met een fractuur tot gevolg gedurende 2 maanden.</p> <p>Medicatie voor hartproblemen worden aangepast. Klachten nemen iets af. Ook heeft client minder misselijkheidsklachten.</p> <p>Inzet huisarts 2 consulten</p> <p>1 uur inzet dietist</p>	Gelijk aan werkelijk, maar 2 maanden later.	0	0	0
						Gelijk aan werkelijk, maar 2 maanden later.	0	0	0
							0	601	601
							0,000	0,002	0,002
						Inzet huisarts 2 consulten	0	36	36
							0	45	45
							0,000	0,007	0,007
							199	337	138
							99	0	-99
							0,000	0,003	0,003
							624	0	-624
							0	137	137
						0	274	274	
						0	852	852	
						0	0	0	
						0	4593	4593	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0,000	0,011	0,011	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0,000	0,042	0,042	
						55	0	-55	
						69	0	-69	
						45	0	-45	
						45	0	-45	

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat	Baten			
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief		Werkelijk	Nulalternatief	Netto	
<p>19 Man, 77. Woont samen met partner. Partner is zwaar belast door mantelzorg en heeft een beperkt eigen sociaal leven.</p> <p>Client heeft vasculaire dementie. Heeft katheter, nieren werken niet goed. Echtgenote had 6 maanden geleden woningaanpassingen aangevraagd, maar heeft nog geen reactie van gemeente. Client gaat 3 x p/w naar dagopvang en heeft persoonlijke verzorging voor hulp bij de ADL (1 u p/d).</p> <p>Verzorgende thuiszorg ziet dat partner client vaak emotioneel is (huilt veel).</p>	<p>Verzorgende thuiszorg belt wpk.</p>	<p>Verzorgende thuiszorg zou casus aanmelden bij zorgregisseur.</p>	<p>Partner client vertelt wpk dat aanvragen woningaanpassingen (steunen, douchestoel) niet lukt. Partner is dusdanig belast dat ze niet meer in staat is hierop actie te ondernemen. Wpk belt naar gemeente en krijgt te horen dat ergens iets administratief niet goed was gegaan. Binnen een week zijn de woningaanpassingen gerealiseerd.</p> <p>Wpk voert ondersteunende gesprekken met partner: stimuleert haar om dingen te gaan ondernemen op dagen dat client naar dagopvang en geeft tips voor omgang met client.</p> <p>Partner belt wpk en geeft aan dat ze graag op vakantie wil. Wpk regelt tijdelijke opvang client (een week) zodat partner op vakantie kan en sluit daarna het dossier af.</p>	<p>50% kans dat zorgregisseur geen actie zou ondernemen. In dit scenario zou partner na 6 maanden dusdanig overbelast zijn dat client zou moeten verhuizen naar een verpleeghuis (gezien zijn zorgvraag met ZZP 5).</p> <p>50% kans dat zorgregisseur telefonische intake zou doen. Zorgregisseur zou niet direct achter probleem komen en huisarts inschakelen.</p> <p>Vervolgens 50% kans dat huisarts mantelzorgondersteuning zou inschakelen. Deze zou partner ondersteunen bij praktische zaken (zoals aanvragen woningaanpassingen) en zorgen dat ze de mantelzorg beter aan kan. In dit tweede scenario zou de kans dus 50% zijn dat partner na 6 maanden dusdanig overbelast zijn dat client zou moeten verhuizen naar een verpleeghuis (25% kans totaal).</p>	<p>Echgenote is minder belast.</p> <p>Client kan thuis blijven wonen.</p> <p>Client verblijft gedurende een week met ZZP 5 in een verzorgingshuis.</p> <p>Woningaanpassingen (steunen, douchestoel) binnen een week gerealiseerd.</p>	<p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans dat echtgenote na 6 maanden overbelast raakt en de mantelzorg niet meer aan kan.</p> <p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans dat client moet worden opgenomen in een verpleeghuis na 6 maanden.</p> <p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op geen woningaanpassingen.</p> <p>75% * 40% (10% x 4 kwartalen) risico op vallen van client.</p>	0,000	0,047	0,047
							0	19422	19422
							991	0	-991
							250	63	-188
							430	108	-323
0	2733	2733							
<p>20 Vrouw, 86. Woont alleen.</p> <p>Client heeft sinds 2 weken een brandwond op haar hand door een ongelukje in de keuken met hete olie.</p> <p>Wpk komt client tegen in lift van zorgcentrum. Signaleert vies verband aan hand en vraagt client of ze er naar mag kijken.</p>	<p>Wpk spreekt client aan.</p>	<p>Client zou 1 week later naar de huisarts gaan omdat de hand zeer pijnlijk zou worden.</p>	<p>Wpk bekijkt wond, stelt vast dat deze niet geneest (rode wond, wondbeslag) en dat het verband vies is. Wpk maakt afspraak met client voor huisbezoek een dag later.</p> <p>Wpk maakt bij client thuis samen met client een afspraak bij de huisarts, kan dezelfde dag terecht. Huisarts verbindt wond, geeft zalf mee en belt wpk.</p> <p>Wpk spreekt met client af dat client de ene dag de wond verzorgt, en de wpk de andere dag. Dit gaat zo 2 weken door totdat de wond genezen is en wpk het dossier afsluit.</p>	<p>Huisarts zou signaleren dat de wond ontstoken is. Huisarts zou wond verzorgen, een antibioticakuur voorschrijven en de thuiszorg inschakelen voor wondverzorging.</p>	<p>Wond wordt verzorgd waardoor de pijn voor client afneemt (gedurende 2 weken).</p> <p>1 bezoek aan de huisarts</p> <p>Client heeft wondverzorging 2x p/d 4 weken lang (5 uur per week).</p>	<p>Client heeft 3 weken langer en 5 weken meer pijn.</p> <p>Client volgt antibioticakuur.</p> <p>Gelijk aan werkelijk.</p>	0,000	0,002	0,002
							0	100	100
							0	0	0
							0	1512	1512
<p>21 Vrouw, 9 jaar. Woont in klein huis van opa (dossier 28) en oma, samen met moeder en tante (dossier 27) met een verstandelijke beperking.</p> <p>Client heeft sinds 2-3 jaar overgewicht, weegt nu 72 kilo. Client is motorisch slecht ontwikkeld, kan niet fietsen, en heeft weinig zelfvertrouwen. Client heeft regelmatig terugkerende blaasonsteking en vermoedelijk een te hoge hoge bloedsuikerspiegel. Gaat peridiek voor controle (vanwege gewicht) naar CJG arts. Inzet gezinscoach en kindarts (ziekenhuis) zijn niet succesvol geweest omdat moeder en oma (spelen een dominante rol in het gezin) deze trajecten hebben beëindigd.</p> <p>CJG-arts kwam niet verder met client (overgewicht neemt niet af) en maakt zich zorgen over de thuissituatie.</p>	<p>CJG arts schakelt Wpk in.</p>	<p>Na half jaar CJG arts een gezinscoach inschakelen.</p> <p>Op advies van wpk koopt moeder nieuwe fiets (hadden geen goede). Wpk komt 1 jaar lang iedere week paar uur langs om client te leren fietsen.</p> <p>Nadat vertrouwen was opgebouwd is wpk na 1 jaar begonnen over voeding. Schakelt diëtist in waar client 1x p/3w naartoe gaat.</p> <p>Wpk wijst moeder en oma op belang gezonde voeding (veel groente en fruit, veel frisdrank). Ook voert wpk gesprekken met de moeder over de slechte relatie met client. Dit brengt nog geen gedragsveranderingen teweeg.</p> <p>Wpk zorgt dat moeder afspraak maakt met de kinderarts in het ziekenhuis over regelmatig terugkerende blaasonsteking. Dit gebeurt, waarna client onder controle komt.</p> <p>Wpk gaat binnenkort met de huisarts langs om te kijken naar bloedsuiker.</p> <p>Wpk probeert de huisarts te betrekken omdat de relatie van het gezin met de huisarts niet goed was.</p> <p>Wpk schakelt BG in om te ondersteunen bij het leren fietsen van client. Nadat client kan fietsen, is deze niet meer welkom. Nieuwe individuele begeleiding wordt ingeschakeld (voor ondersteunen moeder-kind relatie), maar ook deze is na een aantal bezoeken niet meer welkom.</p> <p>Wpk belegt MDO met CJG arts, huisarts, diëtiste en een nieuwe begeleider om binnenkort de zorg over te kunnen dragen.</p>	<p>50% kans dat de gezinscoach een persoonlijke klik zou hebben met moeder en oma zodat deze een traject met client zou kunnen inzetten.</p> <p>50% kans dat moeder en oma de begeleiding van de gezinscoach zouden weigeren.</p> <p>50% kans dat de gezinscoach vervolgens dezelfde aanpak zou kiezen als wpk.</p> <p>50% kans dat de gezinscoach vervolgens een aanpak zou kiezen die niet wordt geaccepteerd door moeder en oma en het traject vroegtijdig zou moeten beëindigen.</p> <p>Wanneer het gezin (en in het bijzonder client) niet zouden worden ondersteund (75% kans), zou dit leiden tot veel minder welbevinden voor client, een opname in het ziekenhuis vanwege de voortdurend terugkerende blaasonsteking (client zou niet onder controle zijn geweest bij de kinderarts) en psychische problematiek voor client vanwege de slechte gezinssituatie en de slechte relatie met moeder.</p>	<p>Motorische ontwikkeling client verbeterd. Na 1 jaar kan client fietsen. Client fietst nu naar school en gaat met familie weg op de fiets. Kan touwtje springen, beetje rennen, gym op school gaat beter.</p> <p>Client heeft meer zelfvertrouwen.</p> <p>Inzet diëtist 1x p/3w.</p> <p>Client is onder controle bij de kinderarts in het ziekenhuis.</p> <p>BG 1 uur p/w gedurende 4 maanden.</p> <p>BG voor moeder-kind relatie, 2 x 1 uur totaal.</p> <p>75% kans op psychische problematiek bij client waardoor behandeling bij de GGZ nodig is.</p> <p>25% op inzet gezinscoach 2u p/w gedurende 1 jaar.</p>	<p>75% kans dat de motorische vaardigheden van client niet waren verbeterd en dat ze niet had leren fietsen. 25% kans op gelijk aan werkelijk maar 6 maanden later.</p> <p>25% kans op hetzelfde resultaat, maar 6 maanden later. 75% kans op minder zelfvertrouwen.</p> <p>25% kans op hetzelfde resultaat, maar 6 maanden later. 75% kans op geen inzet diëtist.</p> <p>25% kans dat client in het ziekenhuis moeten worden opgenomen vanwege voortdurend terugkerende blaasonsteking.</p> <p>25% kans op hetzelfde resultaat, maar 6 maanden later. 75% kans op geen inzet begeleiding.</p> <p>25% kans op hetzelfde resultaat, maar 6 maanden later. 75% kans op geen inzet begeleiding.</p>	0,000	0,008	0,008	
						0,000	0,001	0,001	
						0,000	0,032	0,032	
						0,000	0,005	0,005	
						765	101	-664	
						539	135	-404	
						0	1001	1001	
						1201	300	-901	
						150	38	-113	
						0	772	772	
0	1170	1170							

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMw

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten									
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto							
22 Vrouw, 42. Heeft ernstige lichamelijke en verstandelijke beperkingen. Client is tante van client 26. Haar zus (moeder van client 26) en moeder (oma van client 26) verzorgen client. Gevolg is dat ze weinig tijd hebben om aandacht te besteden aan client 26. Client zit in rolstoel, totaal hulpbehoevend, veel moeite met praten. Aanwezige woningaanpassingen: hoog/laag bed, bad met ligmat, liftilift, verhoogd toilet, steunbeugels. Client gaat 5x pw naar dagbehandeling, wordt opgehaald en thuisgebracht. Dagbehandeling had al eerder persoonlijke verzorging aangevraagd, is afgewezen door zus en moeder. Client bijt op handen waardoor wonden ontstaan. Persoonlijke hygiëne is niet optimaal (doucht 1 x p/w). Nadat wvjk 3 maanden binnen was in het gezin voor client 26, besteedt ze aandacht aan client.	Wvjk neemt zelf het initiatief om de situatie van client te bespreken met haar zus en moeder.	Geen nieuw contact	Op basis van de opgebouwde vertrouwensband overtuigt wvjk zus en moeder van client om indicatie voor weekendopvang client aan te vragen. Ze stemmen hierin toe, indicatie wordt toegekend. Weekendopvang start zodra er plek is. Wvjk schakelt PV in om de wonden aan de handen van client te verzorgen. Dit duurt naar verwachting 2 maanden. Wvjk overtuigt moeder en zus om geen pgb aan te vragen voor zorg en verblijf client. Dit lukt in eerste instantie, maar na 3 maanden vragen moeder en zus toch een pgb aan (wat wordt toegekend). Wvjk neemt binnertocht deel aan MDO dat door dagverzorging client wordt georganiseerd. Wvjk brengt als enige kennis van de thuissituatie in. Wvjk hoopt hier zorg over te kunnen dragen.	Dagbehandeling zou PV en opvang weekenden aanbieden, maar moeder en zus client zouden hier niet in toegestemmen omdat de vertrouwensband zou ontbreken. Dagbehandeling zou een GGZ-psycholoog langsturen. Deze zou na 1 bezoek niet meer welkom zijn. Ook zouden moeder en zus client VP niet accepteren. Ze zouden zelf de wonden van client blijven verzorgen, met 50% kans op infecties tot gevolg. Dagbehandeling zou client dan na 3 maanden insturen naar het ziekenhuis voor wondbehandeling. Moeder en zus zouden een pgb aanvragen, dat zou worden toegekend (gelijk aan werkelijk, maar 3 maanden eerder).	Weekendopvang start zodra er plek is (nog onzeker of dit daadwerkelijk gaat gebeuren). Zodra weekendopvang start, hebben zus en moeder meer tijd om aan client uit dossier 26 te besteden. Zodra weekendopvang start, verbetert de persoonlijke hygiëne van client. 1 bezoek GGZ-psycholoog VP 0,25u p/d voor wondzorg gedurende 2 maanden. Wonden aan handen van client worden beter verzorgd. 50% kans op DBC wondbehandeling. Pgb voor zorg client (ZZP 4 VG).	Client is niet aangemeld voor weekendopvang. Zus en moeder hebben minder tijd om aandacht te besteden aan client uit dossier 26. Persoonlijke hygiëne van client verbetert niet. Geen VP.	0	0	0							
							0	0	0							
							0,000	45,770	45,770							
							833	0	-833							
							0,000	0,003	0,003							
							0	146	146							
0	7728	7728														
23 Man, 73. Client is de opa van client 26 en de vader van client 27. Client heeft hartproblemen, slechte veten en prostaatproblemen. Client is onder controle bij specialist. Heeft vroeger veel gevaren, daardoor weinig betrokken bij opvoeding kinderen. Partner neemt hem dit nog steeds kwalijk. Relatie met echtgenote en dochter is slecht. Client doet op dit moment thuiswerk (dingen inpakken) dat het gezin wat extra inkomsten oplevert. Client wil meer sociale activiteiten gaan ondernemen, meer bewegen en stoppen met roken.	Client benadert wvjk die al in het gezin komt voor client 26 en 27.	Geen nieuw contact	Wvjk geeft client informatie over bewegen voor 55-plussers. Client regelt zelf dat hij 1x p/w gaat zwemmen, gaat er ook zelfstandig naar toe. Wvjk geeft informatie over een cursus 'stoppen met roken'. Client meldt zich zelfstandig aan en stopt met roken (hoewel hij nog steeds second hand smoke inademt doordat partner en dochter blijven roken). Wvjk geeft informatie over sociale activiteiten in de buurt. Client gaat 1x p/w naar een biljartavond. Client lucht steeds vaker zijn hart bij wvjk (oa over slechte relatie met partner en dochter).	Client zou uit zichzelf geen informatie opvragen en/of zich aanmelden voor activiteiten buitenshuis. Client kan zijn hart luchten. 10% meer kans op een CVA door een ongezondere levensstijl.	Gezondheid client verbetert door meer bewegen en stoppen met roken. Client kan zijn hart luchten. 10% meer kans op een CVA door een ongezondere levensstijl.	Geen verbetering in de gezondheid van client. Client voelt zich ongelukkig doordat hij weinig sociale contacten heeft en niemand bij wie hij zijn hart kan luchten. 0	0,000	0,024	0,024							
							0,000	0,042	0,042							
							0	10	10							
							0,000	0,021	0,021							
24 Vrouw, 37. Vrouw, vluchtelingenstatus, spreekt slecht Nederlands. Client volgt een HBO-opleiding. Woont met een tijdelijke verblijfsvergunning met drie kinderen (5, 8 en 10 jaar) in bij haar vriend. Client en kinderen hebben astma en verschillende allergieën, onder controle bij longverpleegkundige ziekenhuis. Het huis is te klein, vochtig en slecht gewentileerd. Client heeft al eerder bij corporatie gevraagd om urgentieverklaring voor verhuizing, toen afgewezen. Client ervaart stress en huilt veel (schuldgevoel over gezondheid kinderen en bang dat deze situatie en het inschakelen van hulpverlening de verblijfsvergunning in gevaar zou brengen). Huisarts schakelt longverpleegkundige thuiszorg in om onderzoek te doen naar de thuissituatie. Longverpleegkundige brengt verslag uit aan de huisarts.	Longverpleegkundige thuiszorg en huisarts zouden client adviseren contact op te nemen met woningcorporatie. Client zou contact opnemen met woningcorporatie.	Longverpleegkundige thuiszorg en huisarts zouden client adviseren contact op te nemen met woningcorporatie. Client zou contact opnemen met woningcorporatie.	Wvjk biedt luisterend oor en schakelt maatschappelijk werk in voor ondersteuning van client (gedurende 6 maanden). Wvjk informeert pastoraal werker dat client wordt ondersteund. Wvjk neemt contact op met woningcorporatie. Woning staat op stooplijst, corporatie wil geen geld steken in opknappen. Wvjk neemt contact op met huisarts en vraagt om medische verklaring voor urgentieverklaring verhuizing. Wvjk neemt contact op met schoolmaatschappelijk werk en schoolarts (GGD). Deze houden contact met de leraar om gezondheid kinderen te monitoren (ook beginnende gedragsproblemen). Vanwege situatie kinderen schakelt wvjk het CJG in. CJG neemt nogmaals contact op met corporatie. Daaruit blijkt dat 1e aanvraag urgentieverklaring onterecht is afgewezen. CJG neemt contact met woningcorporatie en coördinatrice traject over van wvjk, wvjk blijft op de achtergrond betrokken.	Woningcorporatie zou client vertellen dat urgentieverklaring niet kan worden toegekend (op basis van de vorige afwijzing, zonder de zaak opnieuw te onderzoeken). Client zou 2 keer extra op het spreekuur bij de huisarts komen. 50% kans dat client een dusdanig zware psychische belasting zou ervaren dat de huisarts de GGZ zou inschakelen. 50% kans dat client meer somatische klachten zou ervaren en nog 4 keer extra op het spreekuur bij de huisarts zou komen. Na 3 maanden zou de school van de kinderen het CJG inschakelen. Deze zouden contact opnemen met client en vervolgens de woningcorporatie. Het CJG zou proberen de urgentieverklaring te regelen (gelijk aan werkelijk).	80% kans dat de urgentieverklaring binnen 2 maanden wordt geregeld en client + kinderen verhuizen naar een 'gezondere' woning. Inzet huisarts 2 keer spreekuur. Client heeft 3 maanden meer spanning. Kind 1 heeft 3 maanden meer spanning. Kind 2 heeft 3 maanden meer spanning. Kind 3 heeft 3 maanden meer spanning. 50% kans op inzet huisarts 4 keer spreekuur. 50% kans op ambulante behandeling door de GGZ. Maatschappelijk werk 1u p 3 weken gedurende 6 maanden.	Gelijk aan werkelijk, maar 3 maanden later. Inzet huisarts 2 keer spreekuur. Client heeft 3 maanden meer spanning. Kind 1 heeft 3 maanden meer spanning. Kind 2 heeft 3 maanden meer spanning. Kind 3 heeft 3 maanden meer spanning. 50% kans op inzet huisarts 4 keer spreekuur. 50% kans op ambulante behandeling door de GGZ. Geen inzet maatschappelijk werk.	0	0	0							
							0	36	36							
							0,000	0,021	0,021							
							0,000	0,011	0,011							
							0,000	0,011	0,011							
							0	36	36							
							0	215	215							
							405	0	-405							
							25 Man, 87. Woont zelfstandig, samen met echtgenote. Client heeft parkinson, loopt slecht, heeft darmproblemen, artrose en is vergeetachtig. Partner ondersteunt client bij wassen en aankleden. Client ontvangt HH 4u p/w + PV 0,2u p/d (steunkousen). Echtbaar gaat 1x p/w samen naar activiteitencentrum om middag te kaarten. Zoon client maakt zich zorgen over thuissituatie. Client is recentelijk 2 keer gevallen. Zoon client signaleert dat partner client steeds meer moeite krijgt met mantelzorg.	Zoon client neemt contact op met huisarts. Zoon client neemt contact op met wvjk.	Zoon client zou contact opnemen met huisarts. Zoon client zou contact op te nemen met de thuiszorg. Zoon client zou contact opnemen met de thuiszorg.	Wvjk komt op bezoek. Eerste 10 minuten zijn zeer gespannen: afverende houding bij client en echtgenote (zijn bang om niet thuis te kunnen blijven wonen), daarna gerustgesteld. Wvjk neemt contact op met verzorgende thuiszorg (die al bij client thuis komt voor steunkousen) en gaat na 1e gesprek nogmaals op huisbezoek. Wvjk en verzorgende vragen alarmering aan en braden indicatie uit tot 4-7u p/w. Dit is flexibel in te zetten wanneer verzorgende en client oordelen dat dit wenselijk is. Wvjk benadrukt dat deze inzet dient als achtervang en bedoeld is om client en echtgenote in staat te stellen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Client en echtgenote zijn hierdoor gerustgesteld en meer ontvankelijk om hulp in te schakelen als dat nodig is. De kans is 10% dat client na 6 maanden (bijvoorbeeld door plotselinge verslechtering in zijn gezondheid) alsnog moet verhuizen naar een verpleeghuis (met ZZP 4 VV). Wvjk trekt zich terug en stimuleert client om de verzorgende te bellen als er iets is. Wvjk kan als achtervang worden benaderd.	50% kans dat coördinator van de thuiszorg langs zou gaan. Die zou extra zorg aanbieden, waarbij client zou zeggen dat dit niet nodig is. Coördinator thuiszorg zou alarmering regelen. Coördinator zou verdere verantwoordelijkheid bij client en zoon leggen, waarna er niets was gebeurd. 50% kans dat ha op huisbezoek zou gaan en alarmering zou regelen. Vervolgens 50% kans dat huisarts verder geen advies zou ondernemen. 50% kans dat huisarts verhoging indicatie zou aanvragen. In totaal 75% kans dat client en echtgenote op de huidige voet verder zouden gaan. Hierdoor zou een grotere kans (25%) ontstaan op overbelasting van echtgenote en verhuizing van client naar een verpleeghuis.	Client heeft alarmering. Indicatie PV wordt verhoogd naar 4 tot 7 uur, om direct in te zetten indien echtgenote hulp nodig heeft (nog niet duidelijk of hiervan gebruik wordt gemaakt). Partner is ondersteund. 10% kans dat client na 6 maanden opgenomen moet worden in een verpleeghuis. 90% kans dat client het komende jaar thuis kan blijven wonen.	Gelijk aan werkelijk. 25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op geen verhoogde indicatie. 25% kans dat echtgenote binnen 6 maanden overbelast raakt. 75% kans dat echtgenote zwaarder belast wordt. 25% kans dat client na 6 maanden opgenomen moet worden in een verpleeghuis. 75% kans dat client het komende jaar thuis kan blijven wonen.	0	0	0
														0	0	0
0,000	0,016	0,016														
0,000	0,063	0,063														
1890	4725	2835														
0	0	0														

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten													
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto											
<p>26 Man, 61. Woont in bij een vriendin.</p> <p>Client heeft waarschijnlijk een licht verstandelijke beperking, wil niet getest worden. Client kan geen overzicht houden, is wantrouwig en kan waarschijnlijk niet lezen en schrijven. Client is ontslagen bij sociale werkplaats omdat hij opdrachten niet wilde uitvoeren, rechtzaak daarover heeft hij verloren. Client heeft daarna geen uitkering gekregen omdat hij niet wilde aantonen dat hij een gescheiden huishouden voerde van vriendin waarbij hij inwoonde.</p> <p>Client heeft geen inkomsten.</p>	<p>Client stapt binnen bij een organisatie voor maatschappelijke ondersteuning.</p> <p>De organisatie voor maatschappelijke ondersteuning schakelt wv/k in.</p>	<p>Client zou binnenstappen bij een organisatie voor maatschappelijke ondersteuning.</p> <p>Wv/k schakelt sociaal bemiddelingsbureau voor woonruimte en praktische dienstverlening van organisatie voor maatschappelijke ondersteuning in (hulp bij op orde krijgen en houden van financiën, 1 u p/w).</p> <p>Wv/k schakelt organisatie voor maatschappelijke ondersteuning in voor regelen (dus geen ondersteuning bij) van woning en aanvragen uitkering. Deze zorgt dat client via de woningcorporatie een woning krijgt en vraagt huursubsidie en bijzondere bijstand aan.</p> <p>Wv/k stuurt client naar huisarts vanwege hoesten (rookt veel); huisarts stuurt client voor onderzoek naar de longarts in het ziekenhuis. Hierna sluit wv/k het dossier af.</p>	<p>De organisatie voor maatschappelijke ondersteuning zou zelf de casus oppakken en een maatschappelijke werker inzetten. Deze zou client doorsturen naar Juridisch Loket (vanwege voortdurende verhalen over, vermeend, onrecht bij ontslag).</p> <p>Maatschappelijk werker zou client motiveren de sociale dienst te benaderen voor een uitkering en de woningcorporatie voor een eigen woning.</p> <p>Client zou uitkering en andere woning niet voor elkaar kunnen krijgen, mede omdat hij zijn hulpvraag niet goed kan formuleren. Client zou terug blijven komen bij maatschappelijk werker omdat hij geen inkomsten heeft. Vriendin client zou stoppen met client te onderhouden en na een half jaar verhuizen. Op dat moment zou de maatschappelijk werker het aanvragen van een uitkering overnemen van client, en zou client een uitkering krijgen.</p> <p>Client zou niet onder controle zijn bij het ziekenhuis vanwege longproblemen. Hiermee neemt de kans op een opname op een later moment met 25% toe</p>	<p>4 uur inzet Juridisch Loket.</p> <p>Client is gelukkiger.</p> <p>Gelijk aan werkelijk, maar 6 maanden later.</p> <p>Gelijk aan werkelijk, maar 6 maanden later.</p> <p>Gelijk aan werkelijk, maar 6 maanden later.</p> <p>Financiële situatie onder controle.</p> <p>Vriendin opgelucht nu client is verhuisd.</p> <p>Client onder controle longarts ziekenhuis.</p> <p>25% kans op dagopname vanwege longproblemen.</p> <p>Gedurende 6 maanden maatschappelijk werk 1u p/m</p>	<p>0</p> <p>0,003</p> <p>900</p> <p>0,000</p> <p>3942</p> <p>0</p> <p>0,000</p> <p>0</p> <p>0,000</p> <p>0</p> <p>0,000</p> <p>0</p> <p>0,021</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>180</p>	<p>180</p> <p>-0,003</p> <p>-900</p> <p>0,000</p> <p>-3942</p> <p>0</p> <p>0,021</p> <p>-727</p> <p>681</p> <p>180</p>														
							<p>27 Vrouw, 86. Woont zelfstandig, 2 zoons in de buurt (verliefen mantelzorg).</p> <p>Client is lichamelijk gezond, is actief (3 x p/w bridgen, 2 x p/w zwemmen) en een uitgebreid sociaal netwerk. Client ontvangt HH1 1x3u p/w.</p> <p>De wv/k'en screenen alle HH-clienten van de thuiszorgorganisatie die het Zichtbare Schakel-project uitvoert.</p>	<p>Wv/k gaat langs bij client.</p> <p>Medewerker HH zou na 6 maanden contact opnemen met coördinator HH.</p>	<p>Client was tijdens het eerste gesprek erg zenuwachtig en gaf aan depressief te zijn. Durfde niet meer alleen te gaan wandelen. Wv/k adviseert client om met iemand van de bridgeclub te gaan wandelen. Wv/k heeft de indruk dat mw niet depressief is.</p> <p>Wv/k belt client terug tijdens na het gesprek. Client was gestopt met zwemmen en begonnen met volksdansen, voelde zich al weer veel beter.</p> <p>Wv/k neemt na half jaar weer contact op in verband met risico op eenzaamheid en lichamelijke klachten.</p>	<p>Coördinator HH zou geen bezoek afleggen omdat er geen duidelijke zorgvraag is.</p>	<p>Client voelt zich na een tijdje beter.</p> <p>Gelijk aan werkelijk.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>							
														<p>28 Vrouw, 80. Woont samen met partner, dochter woont in de buurt en is mantelzorg.</p> <p>Client heeft reuma, onder controle bij reumatoloog. Client krijgt medicijnen (ibuprofen, foliumzuur). Client (in mindere mate) en echtgenoot vertonen beide eerste tekens van dementie. Echtgenoot heeft last van astma. Echtgenoot is verbaal agressief. Echtgenoot heeft HH 1x 3u p/w.</p> <p>Reumatoloog schrijft wv/k een injectie voor die moet worden toegediend door de thuiszorg. Reumatoloog maakt zich zorgen dat met de beginnende dementie van met name de echtgenoot de inname van medicatie niet goed verloopt.</p>	<p>Reumatoloog neemt contact op met thuiszorg.</p> <p>Verpleegkundige thuiszorg is tevens wv/k en besluit na eerste bezoek zichtbare schakel tijd in te zetten.</p>	<p>Wv/k gaat op bezoek. Moeizaam gesprek, grimmige sfeer. Echtgenoot is verbaal agressief wanneer wv/k intake-vragenlijst afneemt. Wv/k stopt met vragenlijst, maakt deze in 2e gesprek (week later) af. Daarna 1x p/w bezoek (als verpleegkundige thuiszorg) om injectie te spuiten en (als wv/k) om contact te houden met echtgenoot. Gaandeweg verbetert de verstandhouding.</p> <p>Wv/k signaleert verkeerde inname medicijnen: client neemt te veel ibuprofen omdat ze eerdere innames vergeet. Client heeft hierdoor last van maagpijn. Wv/k vraagt baxtersysteem aan, dat wordt ingezet. Wv/k controleert inname weeklijks. Wv/k kijkt medicatielijst na en vraagt de huisarts maatbeschermers voor te schrijven.</p> <p>Wv/k schakelt de praktijkverpleegkundige van de huisarts in om dementietest bij echtgenoot af te nemen. Blijken beiden beginnende dementie te hebben.</p> <p>Wv/k zorgt ervoor dat client 2x 30 m p/w persoonlijke verzorging krijgt voor het douchen. Wv/k spoort aan tot aanvragen ZZP-indicatie (ZZP4 wordt toegekend) en alvast inschrijving bij het verzorgingshuis naar hun keuze.</p> <p>Wv/k spoort echtgenoot aan om arts te bezoeken (waar hij al onder controle was) wanneer astmakielachten toeren (nog geen duidelijk resultaat). Wv/k helpt echtgenoot bij contact met arts en sluit het dossier vanuit Zichtbare Schakel af (blijft wel betrokken als verpleegkundige thuiszorg).</p>	<p>Verpleegkundige thuiszorg zou 1x p/w op bezoek komen om injectie toe te dienen.</p> <p>Verpleegkundige zou zoveel mogelijk binnen de indicatie doen: ervoor zorgen dat echtgenoot wordt getest voor dementie (6 maanden later) en dat persoonlijke verzorging voor client wordt aangevraagd. Andere zaken zou de verpleegkundige binnen de indicatie niet kunnen regelen.</p> <p>Vanwege voortdurende maagpijn zou client op bezoek gaan bij de huisarts. Deze zou client voor diagnostiek doorverwijzen naar het ziekenhuis.</p>	<p>Client en echtgenoot voelen zich een half jaar meer ondersteund.</p> <p>Client en echtgenoot voelen zich een half jaar niet ondersteund.</p> <p>Client heeft minder maagpijn.</p> <p>Medicijnen worden 3 maanden langer slecht ingenomen. Client heeft meer last van maagpijn in deze periode.</p> <p>1 consult huisarts</p> <p>Client ondergaat een gastroscopie in het ziekenhuis, waarna de medicatie wordt aangepast en beter wordt ingenomen.</p> <p>Client ontvangt 1u p/w persoonlijke verzorging.</p> <p>Persoonlijke hygiëne client verbetert.</p> <p>Client en echtgenoot slaan op wachtlijst bij vzhuis. Echtgenoot zal zich alleen laten opnemen indien echt niet anders kan.</p>	<p>0,000</p> <p>0,000</p> <p>0,000</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0,021</p> <p>0,003</p> <p>18</p> <p>384</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJK/VERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Netto
29 Man, 87. Gepensioneerd. Woont samen met echtgenote. Schoondochter verleent lichte mantelzorg. Client heeft catheter dat ongeveer om de 5 dagen verstopt raakt. Geeft veel stress omdat een huisarts 's nachts ha-posit langs moet komen, soms wordt client dan ingestuurd naar het ziekenhuis. Client verbaal agressief (GGZ in beeld geweest, conclusie: geen eenduidige diagnose, geen acties). Gedrag heeft in verleden tot relatieproblemen geleid. Client pasgeleden beroofd, gaf nog veel stress. Client heeft volgens partner cognitieve problemen, vermoedt Korsakov omdat client veel drinkt. Echtmaatje heeft HH 3u p/w. De wijk'en screenen alle HH-klanten van de thuiszorgorganisatie die het Zichtbare Schakel-project uitvoert.	Wijk gaat langs bij client.	Client zou afspraak maken bij uroloog (1 maand later).	Wijk neemt bij intake echnpaar vragenlijst af. Wijk neemt contact op met huisarts en schakelt thuiszorg in om bias 1x p/w te spoelen, na 1,5 wk verhoogd naar 1x p/d (PV 0,25u). Wijk komt als verpleegkundige vanuit de thuiszorg 1x p/w langs om catheter te vervangen. Wijk spreekt met praktijkverpleegkundige huisarts af dat deze zich in het vervolgtraject vooral bezig houdt met client; wijk gaat zich richten op ondersteunen van partner. Wijk stimuleert partner client vaker het huis uit te gaan, bijvoorbeeld boodschappen doen met schoondochter (partner doet dit). Ook adviseert wijk partner om de crisisdienst GGZ in te schakelen bij probleemgedrag client. Wijk probeert meer persoonlijke verzorging te regelen voor client zodat partner wordt ontlast, maar daar staat client vooralsnog afwijzend tegenover.	Client en echtgenote zouden 1 maand later naar de uroloog gaan. Deze zou een andere catheter verstrekken, maar dit zou niet werken. Client en echtgenote zouden 1,5 maand na de te afspraak weer naar uroloog gaan. De uroloog zou daarna blaasspoelen inzetten via de thuiszorg. Gedurende het traject zou de verpleegkundige thuiszorg partner client zoveel als mogelijk (binnen de beschikbare tijd) ondersteunen.	Partner is 3 maanden ondersteund. Partner is 3 maanden minder ondersteund. VP 1x p/w gedurende 1,5 week. VP 0,25u p/d. Minder stress bij client door regelmatig verstopt catheter. Minder fysiek ongemak bij client door regelmatig verstopt catheter. Inzet uroloog 2 x een afspraak. Verzorgenden zijn gecoacht en hebben een cursus over het omgaan met de tilfit gekregen.	Gelijk aan werkelijk, maar 2,5 maand later. Gelijk aan werkelijk, maar 2,5 maand later. Gelijk aan werkelijk, maar 2,5 maand later. Gelijk aan werkelijk, maar 2,5 maand later. Gelijk aan werkelijk	0,000	0,011	0,011
							0	0	0
							493	0	-493
							0,000	0,009	0,009
							0,000	0,003	0,003
							0	179	179
0	0	0							
30 Vrouw, 46. Gescheiden, woont samen met zoon (19 jaar, verleent veel mantelzorg). Ex-man in beeld als mantelzorg (administratie). Client heeft MS, zit in rolstoel, volledig ADL-hulpbehoefde, praten gaat moeizaam. Client eet slecht door moeite met slikken en is hierdoor de afgelopen periode veel afgevallen. Client heeft 105 min p/d persoonlijke verzorging en HH 3u p/w. Verder fysio- en ergotherapie en logopedie. Woningaanpassingen in douche en toilet. Er is een tilfit in huis, maar client wil hiernaar niet worden geholpen. Verzorgenden liepen tegen problemen aan: vonden dat zoon hun respectieus behandelde en teveel eiste. De medewerker HH liep tegen problemen aan met betrekking tot de werkafspraken.	Verzorgende schakelt wijk in.	Verzorgende schakelt wijk in.	Wijk organiseert MDO met client, zoon, ex-partner en betrokken zorgverleners. Uitkomst: zoon helpt tillen als hij thuis is, anders wordt tilfit gebruikt. Daarnaast wordt duidelijk afgesproken wat de thuiszorg wel en niet doet en geeft wijk client en zoon informatie over MS. Wijk coacht collega's over omgang met client en zoon. Wijk heeft een individueel gesprek met een verzorgende en daarna met de zoon erbij. Daarnaast zorg wijk voor cursus gebruik tilfit voor verzorgenden. Wijk plant een overleg met huisarts en ex-partner met de vraag of het nog wel verstandig is dat client thuiswoont. Conclusie: client is veel afgevallen, opname in het ziekenhuis is noodzakelijk. Client is eerst afhoudend, accepteert uiteindelijk. Als client uit het ziekenhuis wordt ontslagen, heeft wijk een brief opgesteld met voorwaarden voor thuiszorg (onder andere tilfit, hog-laag bed). Client heeft brief ondertekend, daarna is contact verboden. Mogelijk is client terug naar land van herkomst of naar een verpleeghuis in de buurt.	Eindverantwoordelijk verpleegkundige van de thuiszorg zou coaching van collega's en het aanbieden van de cursus op zich nemen. Verpleegkundige zou een gesprek voeren met met verzorgende en zoon client. Ook zou deze aan het einde van het traject een brief met voorwaarden opstellen. Voor de overige zaken zou verpleegkundige thuiszorg geen tijd hebben. De huisarts zou gedurende het traject de coördinatie hebben. Deze zou met name betrokken zijn bij de opname van client in het ziekenhuis (zou dit 2 weken later realiseren).	Verzorgenden zijn fysiek en mentaal ondersteund. Gelijk aan werkelijk. Inzet verpleegkundige thuiszorg 4 uur. Inzet huisarts 2 visites en 0,5 uur overleg. Zoon en client zijn gedurende het traject goed geïnformeerd; krijgen inzicht in ziekte client, zien in wat de (on-)mogelijkheden van thuiszorg zijn en constateren uiteindelijk. Client is tijdens opname in het ziekenhuis beter gecoacht. Gelijk aan werkelijk, maar 2 weken later Gelijk aan werkelijk, maar 2 weken later Gelijk aan werkelijk.	0	0	0	
						0	274	274	
						0	91	91	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0	0	0	
						0	0	0	
31 Vrouw, 62. Weduwe, woont in verpleeghuis. Weinig familie in beeld. Client is preterminaal; longkanker, longlijden, hartfalen, erg benauwd, komt nauwelijks uit bed. Eet en drink slecht. Is recent na ziekenhuisopname naar verpleeghuis gegaan (thuis ging niet). Client geeft aan maatschappelijk werker in verpleeghuis aan graag naar huis te willen en dit met iemand van een thuiszorgorganisatie te willen bespreken	Maatschappelijk werker verpleeghuis neemt contact op met wijk.	Maatschappelijk werker verpleeghuis zou contact opnemen met verpleegkundige van een thuiszorgorganisatie.	Wijk gaat op bezoek en legt client samen met maatschappelijk werker uit dat thuiszorg praktisch niet mogelijk zou zijn gezien gezondheidssituatie client (zeer zwaar, continue zorg). Wijk stelt voor om met een ambulance nog een keer een uurtje naar huis te gaan. De dag na het gesprek belt de maatschappelijk werker naar wijk dat client afziet van naar huis gaan. Weer een dag erna overlijdt client	Verpleegkundige thuiszorg zou informatie telefonisch doorgeven aan maatschappelijk werker. Maatschappelijk werker zou informatie doorgeven aan client.	Client is na gesprek teleurgesteld, maar lijkt de situatie te accepteren. Client is na gesprek teleurgesteld zijn en accepteert de situatie minder (2 dagen).	0,000	0,002	0,002	
						0	0	0	
32 Vrouw, 85. Woont samen met echtgenoot (90 jaar). Zoon is mantelzorg. Client heeft dementie (gediagnosticeerd), Client krijgt 0,5u p/d PV voor steunkousen en medicatie uitzetten. Client heeft een ZZP-indicatie (4 of 5). Partner is hypochondrisch (geboesdeerd door gezondheid, komt vaak bij huisarts) en zeer argwaanig. Relatie is onrustig, stressvol. Ze verwachten zichzelf eten niet goed, huis is niet schoon en er ligt bedopen eten in de koelkast. Verzorgende van thuiszorg signaleert dat client medicatie middels baktarysteeem niet goed inneemt.	Verzorgende schakelt wijk in.	Verzorgende schakelt wijk in.	Na aantal bezoeken (opbouwen vertrouwensrelatie) begint wijk over medicatie. Stelt voor een 'medicatieklus' mee te zetten waar alleen de verzorgende van de thuiszorg en de wijk in kan voor het toedienen van de medicijnen. Client en partner stemmen toe. Wijk gaat wijk bij partner langs vanwege eenzaamheid. Voert veel gesprekken. Wijk probeert partner te begeleiden bij persoonlijke verzorging (indicatie aangevraagd voor 175 min p/w), maar dat lukte vaak niet. Wijk koopt gedurende 2 maanden magnetronmaaltijden om voeding te verbeteren. Client eet maaltijden wel op, partner niet. Wijk overlegt met zoon over aanvragen verblijfsindicatie voor partner, nog niet over gesproken met client/partner (zou veel weerstand oproepen bij partner). De huisarts zorgt ervoor dat client 2 dagdelen per week naar de dagopvang gaat (voor sociale contacten en dagritme). Wijk stimuleert client over om naar dagbehandeling te blijven gaan ondanks druk van partner om thuis te blijven. Wijk organiseert MDO met huisarts, medewerker dagbehandeling en zoon omdat partner druk blijft zetten op client om te stoppen met dagbehandeling. MDO is nog niet gehouden.	Verpleegkundige zou telefonisch contact opnemen met client en zoon. Verpleegkundige zou ervoor zorgen dat het medicatieprobleem wordt opgelost (2 maanden later). Zou niet meer tijd besteden aan client en/of partner omdat er geen verdere hulpvraag is. Huisarts zou dagbesteding inzetten. 50% kans dat client hiernaar toe zou blijven gaan (gelijk aan werkelijk). 50% kans dat client na 2 maanden onder druk van echtgenoot niet meer gaat en pas 4 maanden later opnieuw gaat Na 1 jaar zou huisarts client kunnen overtuigen PV 0,5u p/w te accepteren.	Partner is rustiger. Partner gaat minder vaak naar huisarts omdat hij zijn verhaal nu bij wijk kwijt kan. Verzorging client verloopt beter doordat partner minder wantrouwend is en afstand neemt van verzorgenden. Client heeft een slechtere persoonlijke hygiëne. Partner heeft indicatie voor PV 175 min p/w voor douchen en controle lichaamsfuncties (die voor 0,5u p/w wordt gebruikt). Client neemt medicatie beter in. 2 dagdelen p/w dagbehandeling. Client vrolijker doordat ze naar dagbehandeling blijft gaan. Client eet 2 maanden beter door magnetronmaaltijden (4x p/w).	0,000	0,011	0,011	
						0	36	36	
						0	0	0	
						0,000	0,005	0,005	
						3623	0	-3623	
						0,000	0,002	0,002	
						2885	1442	-1442	
						0	499	499	
						0,000	0,015	0,015	
						0,000	0,001	0,001	
0	34	34							

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Netto
33 Vrouw, 86. Alleenstaand, dochter woont in het buitenland. Client heeft dementie (gediagnosticeerd). Huis van client is niet opgeruimd, kleding is ongewassen. Client is eenzaam en argwanend. Client krijgt 1 u p/d persoonlijke verzorging voor ondersteuning bij de adl. Client veroorzaakt een brandje in de keuken door nat wasgoed op de gaskachel te leggen.	Verzorgende thuiszorg zou schakel wijk in.	Verzorgende thuiszorg zou verpleegkundige van dezelfde thuiszorgorganisatie inschakelen. Verpleegkundige thuiszorg zou dementieconsulent inschakelen.	Wpk brengt een bezoek aan client. Toevallig is de dochter van client kort daarna in Nederland. Wpk voert aantal gesprekken met dochter over de stand van zaken. Wpk licht dochter voor over aanvragen verblijfsindicatie. Dochter zorgt ervoor dat client wordt opgenomen in een verzorgingshuis.	Dementieconsulent zou gesprekken voeren met client en dochter. Consulent zou dochter voorlichten over aanvragen verblijfsindicatie.	Inzet dementieconsulent 4 uur.		0	180	180
					Dochter voelt zich ondersteund.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0
					Dochter vraagt verblijfsindicatie aan waarna client verhuist naar verzorgingshuis.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0
34 Vrouw, 85. Woont samen met echtgenoot (90 jaar). Dochter is mantelzorg. Client heeft beginnende dementie (gediagnosticeerd), ernstige hartklachten. Vroeger kortdurende persoonlijke verzorging voor adl gehad, nu persoonlijke verzorging voor aanreken medicatie. Ook indicatie voor wassen en aankleden, wordt af en toe ingezet (als partner dit toestaat). Partner is afwerend ten aanzien van zorg, heeft een slechte relatie met zorgverleners. Client heeft indicatie voor zorg met verblijf. Partner raakt overzicht over medicatie van client kwijt en belt in paniek de thuiszorg op.	Thuiszorginstelling neemt contact op met wijk.	Thuiszorg zou verpleegkundige inschakelen.	Wpk overziet situatie: verward stel, huis is verder schoon en netjes. Man is paniekrg in verband met medicatie. Wpk zoekt medicatie uit en doet in juiste dosjes. Wpk vraagt hierna een baxtersysteem aan. Wpk bespreekt situatie en houding man met dochter. Dochter herkent de signalen maar geeft aan hier niet veel aan te kunnen doen. Wpk coacht verzorgenden in de omgang met echtgenoot. Na enige tijd ondergaat client enkele operaties voor blaasproblemen en tumor. Echtgenoot is gevallen (gebroken rids). Beiden komen in zorg. Wpk begint na enkele gesprekken over dagbehandeling voor client, mede omdat echtgenoot erg gespannen en gestrest overkomt. Het echtpaar sterft daarin toe. Client gaat 1x naar dagbehandeling en stopt daarna (waarschijnlijk onder druk van echtgenoot). Nadat de zorg is afgerond, geeft echtgenoot aan even geen prijs te stellen op contact met de wijk. Wpk neemt afstand en zal binnenkort weer contact opnemen.	Verpleegkundige zou medicatie uitzoeken, dit in juist de dosjes doen en een baxtersysteem aan vragen Verpleegkundige zou dagbehandeling client ter sprake brengen na laatste operatie. Partner zou hier niet mee instemmen. Verzorgenden kunnen beter omgaan met probleemgedrag man. Client gaat 1x naar dagbehandeling.	Medicatie wordt goed ingenomen dankzij baxtersysteem.	Gelijk aan werkelijk	0	0	0
					Geen PV voor medicatie meer, echtpaar kan medicijnen zelf regelen.	Gelijk aan werkelijk	0	0	0
					Verzorgenden kunnen beter omgaan met probleemgedrag man.	Verzorgenden kunnen moeilijk omgaan met probleemgedrag man.	0	0	0
					Inzet verpleegkundige thuiszorg 2 uur.		0	137	137
35 Vrouw, 79. Alleenstaand. Client gebruikt medicatie vanwege hartproblemen. Loopt buitenshuis met een rollator. Client heeft HH 2u piw en PV 0,5u pi/d (hulp bij wassen). Client is gevallen en heeft een breuk in de bovenarm opgelopen. Opname in ziekenhuis en daarna revalidatie, dan weer naar huis. Huisarts gaat op huisbezoek na thuiskomst, weet niet dat client PV ontvangt. Client heeft een aantal aanvullende vragen, onder andere over de eigen bijdrage voor de hulp die ze kreeg.	Huisarts schakel wijk in.	Geen nieuw contact	Wpk analyseert situatie. Client lijkt emotioneel niet erg stabiel. Huis is niet opgeruimd, overal ligt post. Wpk vraagt alarmering (toegekend) en een scootmobiel (in eerste instantie afgevoerd, nogmaals aangevraagd maar nog niet toegekend) aan. Client heeft vragen over eigen bijdrage. Wpk geeft informatie en advies over contact met CAK. Wpk neemt contact op met praktijkondersteuner huisarts voor bloeddrukmeting (client heeft nu regelmatig een afspraak voor de controle van de bloeddruk). Client en/of problemen met verzorgende, ze had het gevoel te weinig ondersteund te worden. Wpk neemt contact op met teamleider PV i/vm klachten. Zorgt ervoor dat verzorgende en client de problemen uitpraten. HH indicatie bleek ontoereikend. Wpk zorgt ervoor dat indicatie wordt verhoogd. Wpk verstrekt informatie en advies rondom de CAK papieren van de eigen bijdrage. Client begrijpt papieren nu en neemt zelf contact op met het CAK als de eigen bijdrage niet klopt.	Huisarts zou bij client navragen naar huidige zorg en erachter komen dat client PV ontvangt. Zou geen contact opnemen met thuiszorg. Huisarts zou client tips geven, maar ze zou deze zaken zelf moeten regelen. Client zou ophoging HH na 6 maanden regelen. 75% kans dat client nogmaals zou vallen na 6 maanden. Situatie zou gelijk zijn aan begin. 25% kans dat verzorgende alarmering, scootmobiel, contact met praktijkondersteuner huisarts zou regelen en voorlichting over CAK zou geven.	Client gedurende 3 maanden emotioneel ondersteund, is blij met een aanspreekpunt en voelt zich rustiger.	Client heeft 3 maanden meer last van onrust.	0,000	0,011	0,011
					Client heeft alarmering.	25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op geen alarmering.	50	13	-38
					Client heeft minder zorgen doordat ze alarmering heeft.	25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op meer zorgen.	0,000	0,032	0,032
					Eigen regie client vergroot doordat ze nu zelf naar CAK kan bellen indien er iets niet klopt.	25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op geen verandering eigen regie.	0,000	0,008	0,008
					Verzorging verbetert doordat problemen met verzorgende zijn opgelost.	25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op slechtere verzorging.	0,000	0,003	0,003
					Indicatie HH verhoogd naar 3u p/w.	25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op gelijk aan werkelijk, maar na 6 maanden.	3354	839	-2516
							0	839	839
							0	1258	1258
					Huis client is beter opgeruimd.	25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op slechter opgeruimd huis gedurende 6 maanden	0,000	0,004	0,004
					36 Man, 80. Gepensioneerd. Woont zelfstandig. Client heeft een oogafwijking (glaucoom), waardoor hij zeer slecht ziet met 1 oog en blind is aan het andere oog. Boezemfibrilleren, de huisarts vermoedt een angststoornis. Client ligt aan dementie, eet slecht en is bedlegerig. Client is bekend bij huisarts en ziekenhuis, niet medicatielouw en komt afspraken vaak niet na. Politie krijgt klachten van buren over stankoverlast. Als politie huis binnen gaat blijkt de stank te worden veroorzaakt door rottend vlees en andere vervuiling in het huis. Politie schakelt huisarts in. Huisarts schrijft tijdens huisbezoek en biedt hulp aan. Client wil zorg voor ogen, wil geen ondersteuning bij op orde krijgen (en houden) van huis.	Huisarts schakel wijk in.	Huisarts zou verpleegkundige thuiszorg inschakelen.	Wpk zoekt client op, mag pas tijdens 2e bezoek (na veel moeite) naar binnen. Wpk overlegt met huisarts over dementie client. Wpk gaat samen met huisarts op huisbezoek. Ze proberen client over te halen om hulp te accepteren. Client staat uiteindelijk open voor begeleiding en krijgt andere medicatie voor ogen. Wpk vraagt indicatie BG aan waarna een dementieconsulent wordt ingeschakeld. Wpk gaat met client mee naar afspraak bij oogpoli. Wpk en dementieconsulent controleren eetpatroon client. Wpk informeert broer en neef client over de situatie. Na een 2e klacht van de buren schakelt wijk via de huisarts de crisisdienst van de GGD in. Wpk gaat samen met GGD op huisbezoek. Wpk ondersteunt neef met aantal gesprekken. Wpk gaat met neef naar huis client en neemt administratie van client door. Neef wordt bewindvoerder. Client wordt via crisisdienst van de GGD opgenomen in ziekenhuis in kritieke toestand (laag kalium, retentie blaas). Client herstelt in ziekenhuis. Hierna wordt client gedurende 3 weken opgenomen in een PAAZ en verhuist vervolgens naar een vphuis (ZZP5 of ZZP6). Client heeft een levensverwachting van een half jaar.	Verpleegkundige thuiszorg zou op bezoek gaan en indicatie BG aanvragen. Client zou deze hulp, ook na aandringen van de verpleegkundige, niet accepteren. Na 2e klacht van de buren zou de politie de GGD inschakelen, die 2 keer op bezoek zou komen bij client. De situatie zou niet veranderen. Huisarts zou dementieconsulent inschakelen. Dementieconsulent zou contact opnemen met client, die na veel moeite de hulp zou accepteren. Broer en neef zouden niet worden ingeschakeld. Vervolgens zou client worden opgenomen in het ziekenhuis, daarna in een PAAZ en tenslotte verhuizen naar een vphuis.
Inzet verpleegkundige thuiszorg 1 uur.		0	69	69					
Inzet huisarts 1 huisbezoek.		46	0	-46					
Dementieconsulent wordt ingezet met BG klasse 1.	Inzet dementieconsulent 2 maanden later.	601	0	-601					
GGD gaat huis schoonmaken (2x 45 min) samen met gespecialiseerd gezinsverzorgende (4 uur).	Inzet medewerker GGD voor huisbezoeken 2 uur	68	90	23					
		253	0	-253					
Neef client wordt emotioneel en praktische ondersteund.	Neef wordt niet ingeschakeld.	0	0	0					
		0,000	0,011	0,011					
Client gaat met een spoedopname naar het ziekenhuis	Gelijk aan werkelijk	0	0	0					
Client verblijft 3 weken in een PAAZ	Gelijk aan werkelijk	0	0	0					
Client woont een half jaar in een vphuis met ZZP5 of ZZP6.	Gelijk aan werkelijk	0	0	0					

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMWM

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
<p>37 Man, 81. Woont samen met echtgenote. Kinderen niet echt in beeld. Rugklachten.</p> <p>Client heeft een chronisch wondje aan teen door slechte doorbloeding i/m beperkt bewegen. Krijgt PV 0,5u p/d voor wondverzorging (zwachtelen en schoonmaken).</p> <p>Huisarts komt af en toe op huisbezoek en signaleert dat de symptomen behandeld worden maar de oorzaak van het wondje niet.</p>	Huisarts schakelt wijk in.	Geen nieuw contact	<p>Wpk screent client voor de zomer. Tijdens de zomer gaat client naar camping, dan geen zorg. In herfst 2e contact (wjk neemt PV over voor regulier contact).</p> <p>Partner erteert zich aan passieve houding client. Wpk geeft partner voorlichting over het omgaan hiermee.</p> <p>Wpk geeft client voorlichting over voeding en beweging. Wpk raadt fysiotherapeut aan i/m rugklachten (client ging daarom niet bewegen). Omdat client het zelf niet kon regelen maakt wjk een afspraak voor hem bij de fysiotherapeut. Wpk sluit hierna het dossier af.</p>	Huisarts zou client adviseren meer te bewegen. 50% kans dat huisarts zou doorverwijzen naar fysiotherapeut (gelijk aan werkelijk). 50% kans dat huisarts niet zou doorverwijzen. Prioriteit zou voor huisarts bij verzorging voet blijven liggen.	<p>Inzet fysiotherapeut 3 keer.</p> <p>50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op geen inzet fysiotherapeut.</p> <p>Client beweegt meer na bezoeken fysiotherapeut. Hij krijgt hierdoor een betere doorbloeding, waardoor het wondje kan genezen.</p> <p>Partner kan beter omgaan met client.</p> <p>Partner kan minder goed omgaan met client.</p>	<p>50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op geen inzet fysiotherapeut.</p> <p>50% kans dat client minder beweegt waardoor 1 maand langer wondzorg nodig is. 50% kans op gelijk aan werkelijk.</p>	68	34	-34
<p>38 Man, 72. Woont met zijn vrouw, 75, in bij zoon, schoondochter en kleinzoon. Andere zoon woont in de buurt.</p> <p>Client heeft diabetes en hartproblemen, daarvoor onder controle bij huisarts. Partner heeft ook diabetes, spreekt taal niet, heeft overgewicht. Heeft whiplash gehad. Partner komt vaak bij huisarts met problemen zonder medische oorzaak.</p> <p>Huisarts signaleert bij client problemen met de longen en onderzoekt deze. Tijdens huisbezoek blijkt dat zoon veel vragen had over hoe om te gaan met de klachten van zijn ouders.</p>	Huisarts neemt contact op met wjk.	Geen nieuw contact	<p>Wpk spreekt met zoon (is tolk) die veel vragen heeft. Client blijkt erg ziek (benaauwd, gebruikt medicatie, kan niet meer traplopen) en heeft inmiddels diagnose longkanker. Partner zit hele dag binnen. Client wordt steeds zieker. Wpk stelt voor om woningaanpassingen aan te vragen. Gezin stemt alleen in met aanvraag van traplift.</p> <p>Wpk regelt PV voor insuline prikken bij client (0,5u p/d) voor een periode van 2 weken. Wpk verwijst zoon voor vragen rondom insuline door naar de diabetesverpleegkundige, die hem leert hoe hij insuline moet prikken. Zoon neemt na twee weken het prikken over van verpleegkundige en prikt voor 3 maanden.</p> <p>Client wordt vervolgens opgenomen in ziekenhuis en overlijdt kort daarna.</p> <p>Wpk neemt na overlijden een vrijwilliger mee om b.v. 'taal in huis' te doen en sociale contacten te leggen, ook voor schoondochter. Zoon vind het een heel goed idee (en wat hij zegt gebeurt). Mevrouw is hierdoor minder met haar lichamelijke klachten bezig.</p> <p>Wpk voert veel ondersteunde gesprekken gevoerd met zoon die zich verantwoordelijk voelt voor hele familie.</p>	Huisarts zou controle client voortzetten en PV aanvragen. Huisarts zou zoon doorsturen naar de diabetesverpleegkundige (2 weken later), zodat deze na 2 weken het insuline prikken over zou kunnen nemen van de verzorgende. Geen verdere acties	<p>Inzet PV 0,5u p/d gedurende 2 weken.</p> <p>Gelijk aan werkelijk</p> <p>Insuline wordt op een goede manier toegediend, eerst door verzorgende en daarna door zoon.</p> <p>Gezinsituatie wordt ondersteund door inzet vrijwilliger. Ook hebben echtgenote en zoon antwoord gekregen op zijn vragen en voelt zich gesteund.</p> <p>Zoon voelt zich gedurende 2 maanden minder gesteund.</p>	<p>Gelijk aan werkelijk, maar 2 weken later (geen grote gezondheidsrisico's).</p> <p>Echtgenote voelt zich gedurende 2 maanden minder gesteund.</p>	0	0	0
<p>39 Man, 65. Alleenstaand.</p> <p>Client was voor zijn pensionering volledig arbeidsongeschikt, leidt al meer dan 8 jaar aan Non-Hodgkin waarvoor hij onder controle is bij het ziekenhuis. Client leidt aan maagpijn, zenuwpijn en bindweefselpijn. Client is achterdochtig en gesloten. Client heeft een buddy die ook met hem mee gaat naar het ziekenhuis.</p> <p>De huisarts komt af en toe op huisbezoek. Hij vermoedt dat er meer aan de hand is wanneer client met zijn hoofd op tafel is gevallen.</p>	Huisarts neemt contact op met wjk.	Geen nieuw contact	<p>Wpk gaat meerdere malen op bezoek. Client vertelt over zijn klachten, waarvan de oorzaak soms twijfelachtig is. Client heeft alle gordijnen dicht omdat hij de jongeren voor zijn deur wantrouwt.</p> <p>Wpk bekijkt woning en voert voedingscheck uit. Client ziet er redelijk goed uit, zijn kat is slecht verzorgd. Wpk stelt voor PV aan te vragen om client te helpen bij douchen. Client vind zichzelf te jong en wijst voorstel af.</p> <p>Wpk stemt acties af met de huisarts en bespreekt valrisico. ze bekijken samen zijn voeding en medicatie.</p> <p>Wpk probeert nogmaals af te spreken, maar client geeft aan contact met buddy voldoende te vinden en stopt contact.</p>	Huisarts zou zelfde interventies uitvoeren als wjk (zou hier wel minder tijd voor hebben; 2 huisbezoeken), met hetzelfde resultaat.	<p>Geen resultaat.</p> <p>Inzet huisarts 2 huisbezoeken.</p>	0	55	55	
<p>40 Vrouw, 50. Woont samen met echtgenoot en zoon (beide werkend).</p> <p>Client is arbeidsongeschikt, heeft recentelijk hartoperatie gehad, omladingen uit been gehaald. Hierdoor dient ze PV (0,25u p/d gedurende 4 weken) te krijgen voor aantrekken trombosekousen. Ziekhuis meldt client bij thuiszorg voor PV. Tot 2 jaar terug ontving ze BG en HH.</p> <p>Verpleegkundige thuiszorg treft bij eerste bezoek een vervuld huis en onverzorgde client aan. Client is onrustig omdat haar zoon vader wordt. Client geeft aan er alleen voor te staan (partner en zoon doen niets in huis).</p>	Verpleegkundige thuiszorg is tevens wjk en besluit na eerste bezoek ziekbare schakel tijd in te zetten. Wpk stelt voor opnieuw HH aan te vragen.	Geen nieuw contact	<p>Wpk inventariseert ervaring van thuiszorg met familie. Het huis was tijdens eerdere HH ook al vervuld en is al een keer gesaneerd. Nu wordt HH niet meer toegekend omdat er 2 gezonde mensen in huis wonen (partner en zoon).</p> <p>Wpk koppelt inventarisatie terug aan client en geeft voorlichting over de aanvraagprocedure voor HH. Dit doet client niet</p> <p>Wpk informeert client over buurtteam dat client kan helpen met klusjes. Client wil daar geen gebruik van maken.</p> <p>Wpk koppelt interventies terug in lokaal zorgnetwerk, waar huisarts en corporatie ook bij zitten. Deze bespreking blijkt extra nuttig te zijn geweest wanneer zoon in een later stadium in beeld komt in het wijkteam.</p> <p>Na vier weken stopt PV voor trombosekous omdat het niet meer nodig is. Daarmee stopt ook contact met wjk.</p>	Verpleegkundige thuiszorg zou zelf inventariseren wat ervaring van thuiszorg is met familie. Ze zou een aanvraag doen voor HH, die zou worden afgewezen. Verpleegkundige zou dit terugkoppelen aan client. Na vier weken zou het contact stoppen omdat PV stopt.	<p>Geen resultaat.</p> <p>Inzet verpleegkundige thuiszorg 1 uur.</p>	0	69	69	
<p>41 Vrouw, 77. Woont samen met partner. Heeft 1 zoon die verder weg woont.</p> <p>Client zorgt voor haar partner die COPD heeft, maar ze is gevallen door gladheid. Ze heeft hierdoor haar arm gebroken. Client is aangemeld voor PV.</p> <p>Wanneer verpleegkundige komt om PV te bieden zegt client dat ze het samen met haar partner wel redt. Vrouw vraagt verpleegkundige om ondersteuning te regelen bij dagelijkse bezigheden (huishouden en boodschappen).</p>	Verpleegkundige is tevens wjk en besluit na eerste bezoek ziekbare schakel tijd in te zetten.	Geen nieuw contact	<p>Wpk verwijst client door naar buurthulp voor ondersteuning bij boodschappen. Deze ondersteunt client gedurende 6 weken.</p> <p>Wpk helpt client met aanvraag HH en probeert een spoedaanvraag in te dienen. Dit lukt in eerste instantie niet, pas nadat de wjk de manager van de thuiszorg laat bellen naar de gemeente wordt er spoed achter gezet. HH start uiteindelijk na twee weken.</p> <p>Wpk helpt client bij de aanvraag van een begeleidspas voor de taxi, zodat client mee kan met partner naar het ziekenhuis voor reguliere controles.</p>	Verpleegkundige zou geen PV verlenen wanneer client aangeeft dit niet te willen. Zou client aanvraagformulier HH geven om zelf de aanvraag te doen. Client zou dit na enige moeite doen. Er zou niet worden vermeld bij de gemeente dat het om een spoed geval gaat, waardoor HH 4 weken later start. Client zou zelf begeleidspas taxi aanvragen.	<p>Buurthulp helpt vrouw gedurende 6 weken met boodschappen totdat gebroken arm genezen is.</p> <p>HH 3u p/w gedurende 8 weken.</p> <p>Client ontvangt begeleidspas taxi.</p> <p>Client gerustgesteld doordat ze emotioneel en praktisch ondersteund wordt.</p> <p>Inzet verpleegkundige thuiszorg 0,5 uur.</p>	<p>Boodschappen worden gedaan door zoon of bezorgservice supermarkt.</p> <p>HH 3u p/w gedurende 4 weken.</p> <p>Client heeft gedurende 4 weken moeite met doen van huishouden.</p> <p>Client is 4 weken ongerust.</p>	0	0	0
						258	0	-258	
						0,000	0,003	0,003	
						0	0	0	
						0,000	0,003	0,003	
						0	34	34	

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten			
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto	
<p>42 Vrouw, 44. Alleenstaand. In de bijstand.</p> <p>Client heeft last van migraine, blackouts e.d. bij aanraking chemische middelen. Daarnaast onder behandeling bij huisarts voor astma en adhd (gediagnosticeerd). Client isoleert zich steeds meer, krijgt verstoorde dag/nachtritme en is achterdochtig. Client is bekend bij GGZ, is uitbehandeld voor pleinvrees</p> <p>Partner client is twee weken eerder onverwacht overleden door hartaanval na hondenbeet. Client is hierover in rouw. Client durft hierna niet meer buiten te komen, vriendin doet boodschappen. Huis is vervuld.</p> <p>Client klaagt bij politie en woningcorporatie over geluidsoverlast van de bureu. Client verdacht bureu ook van prostitutie. Overleg tussen corporatie en politie. Politie was al vaker langsgeweest maar ondernam geen verdere actie. Medewerker corporatie gaat op huisbezoek.</p>	Woningcorporatie neemt contact op met wpk.	Woningcorporatie zou contact opnemen met algemeen maatschappelijk werk.	<p>Wpk ondersteunt client door meerdere malen op bezoek te gaan en haar lichamelijke klachten en zorgen te bespreken (rouw, schulden, vervuld huis, angst om naar buiten te gaan). Ook stimuleert wpk client om gesprek aan te gaan met de bureu. Dit doet client.</p> <p>Wpk bespreekt geestelijke gesteldheid client met huisarts. Wpk vraagt om doorverwijzing naar te lijn psycholoog, maar huisarts geeft deze niet. Client stapt over naar andere huisarts. Verder geen benoemenis wpk; eigen keuze client.</p> <p>Wpk zet ouderensadviseur in om administratie op orde te krijgen. Wpk schakelt buurt hulp (vrijwilligers) in en activeert client om met vrijwilliger 2 tot 3x p/w samen hond uit te laten.</p> <p>Wpk spoort client aan tot onderzoek en diagnosestelling van klachten door chemische middelen. Dit heeft client nog niet gedaan.</p> <p>Wpk vraagt HH aan voor 6 maanden om huis op te ruimen (4u p/w).</p> <p>Wpk koppelt informatie terug naar corporatie en bespreekt casus in lokaal zorgnetwerk.</p>	Maatschappelijk werker zou client na enkele gesprekken doorverwijzen naar een GGZ-organisatie. Deze zou een behandeling starten voor een angststoornis en buurt hulp, HH en ouderensadviseur betrekken (gelijk aan werkelijk).	<p>Client is overstapt naar een andere huisarts.</p> <p>Client voelt zich emotioneel ondersteund (o.a. in rouwverwerking). Client heeft meer rust en geniet meer van het leven.</p> <p>Client is in gesprek gegaan met haar bureu, heeft nu minder overlast en een betere relatie met bureu.</p> <p>Inzet ouderensadviseur 1u p/m.</p> <p>Administratie is meer op orde.</p> <p>Client gaat 4 maanden lang 2 tot 3x p/w met vrijwilliger naar buiten en durft daarna weer alleen naar buiten.</p> <p>Client krijgt dag-nacht ritme terug en voelt zich daardoor lichamenlijk beter.</p> <p>HH (6 maanden, 4u p/w) wordt ingezet.</p> <p>Het huis is schoner door inzet van HH. Client houdt het nu zelf bij.</p>	Gelijk aan werkelijk.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
								0	0	0
								0	28	28
								0	1952	1952
								0	959	959
<p>43 Vrouw, 62. Woont samen met echtgenoot, werken beide niet. Zoon en moeder wonen in de buurt.</p> <p>Veel ruzie tussen client en partner. Echtpaar heeft schulden en uithuiszetting dreigde. Woning is vervuld. Client loopt de hele in pyama en voelt zich neerslachtig. Client krijgt PV voor insuline spuiten (2/3x p/d), omdat client dat zelf al en toe vergat. Recentelijk van thuiszorgorganisatie gewisseld omdat de eerste organisatie failliet ging. Client heeft moeite met wisseling omdat ze goed contact had met vorige verzorgende.</p> <p>Ouderenondersteuning is op afstand betrokken voor de administratie. Ouderenadviseur schakelt maatschappelijk werk in voor relatieproblemen tussen client en partner.</p>	Verpleegkundige (voor insuline spuiten) is tevens wpk en besluit zichtbare schakel tijd in te zetten.	Geen nieuw contact	<p>Wpk brengt meerdere huisbezoeken om problematiek helder te krijgen en een vertrouwensband op te bouwen. Wpk constateert stemmingsproblematiek.</p> <p>Wpk vraagt scootmobiel aan voor client. Aanvraag wordt afgewezen omdat partner al een scootmobiel heeft (en deze gedeeld moet worden). Partner is echter zeer vaak weg met scootmobiel.</p> <p>Wpk bespreekt casus in lokaal zorgnetwerk (zit huisarts ook in). Wpk biedt fysiotherapie aan in verband met psychische klachten. Client wil daar geen gebruik van maken. Wpk stelt HH en verhoging PV voor, maar ook daar wil client geen gebruik van maken. Wpk sluit dossier vervolgens af.</p>	Verpleegkundige zou dezelfde stappen zetten als de wpk (in indirecte tijd), maar had minder tijd gehad om een vertrouwensband op te bouwen.	Client voelt zich gedurende 2 maanden emotioneel ondersteund. De neerslachtigheid is echter niet afgenomen.			0,000	0,007	0,007
								0	69	69
<p>44 Vrouw, 79. Weduwe, alleenstaand. Neef als mantelzorg voor hulp bij administratie en kleine klusjes in huis. Neef had hartproblemen, dus client wilde hem niet te veel belasten.</p> <p>Zeer slechtziend (macula, 4% zicht met het ene oog en 8% met het andere oog), COPD, hartfalen, ziekte van Croon. Ontvangt HH 6u p/w en PV 1,5u p/w voor douchen. Had al alarmring, fysiotherapie, ergotherapie. Rollator voor slechtzienden en trispelstoel voor bewegen in huis waren al aangevraagd.</p> <p>Lichamelijke situatie van client is recentelijk verslechterd. Client vertelt aan verzorgende dat ze een maatje mist waarmee ze kan winkelen en boodschappen doen.</p>	Verzorgende schakelt wpk in.	Verzorgende zou naar vrijwilligersorganisatie bellen.	<p>Wpk bouwt vertrouwensband op en inventariseert situatie. Wpk vraagt of client zelfstandig naar het ziekenhuis kan. Client geeft aan dat vervoer geregeld is maar dat ze graag wil dat er iemand met haar mee gaat.</p> <p>Wpk tipt client dat ze HH in kan zetten voor boodschappen. Client vraagt dit aan HH; medewerker HH doet nu ook boodschappen. Client wil eigenlijk mee, maar dat kost dan volgens de medewerker van het Wmo-loket teveel tijd. Wpk vraagt of indicatie kan worden uitgebreid, maar dat is niet mogelijk.</p> <p>Wpk belt verschillende vrijwilligersorganisaties. Client staat nu op kortste wachtlijst voor een maatje. Wpk geeft client informatie over dagopvang voor slechtzienden en blinden. Client is enthousiast, maar gaat nu nog niet naar dagopvang doordat ze veel last heeft van COPD.</p> <p>Wpk koppelt informatie terug naar verzorgende en blijft betrokken totdat vrijwilliger is betrokken.</p>	Verzorgende zou een bepaalde vrijwilligersorganisatie benaderen, maar daar bestaat een lange wachtlijst. Verzorgende zou in eigen tijd verder zoeken en 2 weken later terecht komen bij dezelfde organisatie als wpk nu terecht is gekomen.	Medewerker HH doet de boodschappen.	Extra belasting neef door het doen van boodschappen.	0,000	0,042	0,042	
								0,000	0,011	0,011
								0	0	0
<p>45 Vrouw, 54. Alleenstaand, arbeidsongeschikt. Zussen zijn mantelzorgers.</p> <p>Client heeft een lichamelijke beperking, zit in rolstoel. Last van longen slecht ontwikkeld, 's nachts ademhalingsproblemen en hoofdpijn door zuurstoftekort en overgewicht. Huisarts had haar doorverwezen naar specialist voor longen, hier dacht ze nog over na.</p> <p>Client leidt activiteiten in een buurthuis voor een vereniging van oudere migranten. Client signaleert veel depressie bij wijkbewoners en wil daar graag over spreken met wpk.</p>	Client neemt contact op met wpk.	Client zou afspraak maken bij specialist (4 maanden later).	<p>Wpk voert eerst gezondheidscheck uit bij client (onder andere bloedsuikerspiegel en bloeddruk). Client geeft aan benauwd te zijn. Wpk raadt client aan hiervoor naar specialist te gaan, waarna client een afspraak maakt.</p> <p>Wpk bespreekt overgewicht. Client laat daarna zichzelf wegen. Wpk adviseert client om dietiste in te schakelen om voorlichting te komen geven in het buurtcentrum. Dit doet client.</p> <p>Binnenkort heeft wpk weer contact met client om te kijken hoe het ervoor staat.</p>	Client was al doorverwezen naar specialist door huisarts. Client zou hier langer over nadenken en uiteindelijk een afspraak maken (2 maanden later).	Client is onder controle voor longen bij de specialist.	Gelijk aan werkelijk, maar 2 maanden later (geen grote gezondheidsrisico's gedurende deze periode).	0	0	0	
							0,000	0,002	0,002	
							0,000	0,011	0,011	
							0	0	0	

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
<p>46 Man, 65. Alleenstaand. Klein sociaal netwerk, geen vrienden, af en toe contact met familie (die moeite hebben met het omgaan met client vanwege diens beperkingen).</p> <p>Licht verstandelijke beperking, waarschijnlijk psychiatrische problematiek (niet gediagnosticeerd). Client heeft geen goede persoonlijke hygiëne. Huis zeer rommelig, client heeft verzameldrang, heeft behoefte aan vaste patronen. Client moet op termijn verhuizen omdat zijn huis wordt gerenoveerd, kan slecht omgaan met deze verandering.</p> <p>Client wordt opgenomen in ziekenhuis voor bypass. Ziekenhuis schakelt na operatie thuiszorg in voor het uitzetten van medicijnen (PV 1,5u p/w).</p> <p>Verpleegkundige (die al 4 jaar bij client komt) merkt dat er meer problemen zijn nadat client rekeningen laat zien. Verpleegkundige verwijst client naar ouderendadviseur. Ondersteuning via ouderendadviseur loopt moeizaam in verband met psychiatrische problematiek. Verpleegkundige schakelt MEE in, die schakelt professionele begeleiding in via indicatie BG (1x 3u pw). Dit loopt nog niet.</p>	<p>Verpleegkundige is tevens wvk en besluit zichtbare schakel tijd in te zetten.</p>	<p>Geen nieuw contact</p>	<p>Wvk stelt voor HH in te schakelen voor hulp bij het opruimen. Client ziet hier vanaf.</p> <p>Wvk probeert huisarts meer te betrekken bij psychiatrische problematiek client. Huisarts houdt in eerste instantie de boot af. Daarna kwam praktijkverpleegkundige op huisbezoek i/v diabetes client. Na aanleiding van dat huisbezoek besluit huisarts alsnog om de GGZ in te schakelen voor het diagnosticeren van de psychiatrische problematiek. Screening heeft nog niet plaatsgevonden.</p> <p>Wvk bezoekt client als zichtbare schakel (+ voor medicijnen als regulier verpleegkundige) gedurende een lange periode. In deze gesprekken bereidt wvk client voor op toekomstige gedwongen verhuizing, stimuleert wvk client zijn persoonlijke hygiëne te verbeteren (wisselt nu wekelijks van kleding en verzorgt nagels) en activeert wvk client om wat spullen weg te gooien (dit lukt, maar gaat moeizaam). Wvk weet een vertrouwensband op te bouwen met client.</p>	<p>Verpleegkundige zou gesprekken voeren met client in de tijd voor geïndiceerde zorg (medicatie uitzetten). Door gebrek aan tijd (1,5u p/w) zou de verpleegkundige minder een vertrouwensband kunnen opbouwen.</p> <p>Verpleegkundige zou huisarts er eveneens bij proberen te betrekken.</p>	<p>Persoonlijke hygiëne client licht verbeterd.</p>	<p>Gelijk aan werkelijk.</p>	0	0	0
					<p>Administratie in orde door begeleiding.</p>	<p>Gelijk aan werkelijk.</p>	0	0	0
					<p>Eigen regie client is vergroot.</p>	<p>Minder eigen regie client.</p>	0,000	0,011	0,011
					<p>Minder onrust bij client over verhuizing. Voelt zich ondersteund door wvk.</p>	<p>Client had meer onrust gehad over toekomstige verhuizing. Ook had client het gevoel gehad er alleen voor te staan.</p>	0,000	0,042	0,042
<p>47 Vrouw, 45. Woont alleen op 3 hoog, slechte relatie met 18-jarige dochter die net het huis uit is.</p> <p>Client heeft MS, loopt met truken. Valt regelmatig in huis, komt nauwelijks buiten. Client lijkt psychiatrische problematiek te hebben, is zeer achterdochtig. Client begrijpt dat ze hulp nodig heeft, maar wil dit niet accepteren en vertrouwt geen vreemden.</p> <p>Huisarts en assistente hebben goede band met client. Wanneer client weer is gevallen en incontinent blijkt te zijn signaleert huisarts dat MS verergert. Huisarts neemt contact op met thuiszorg. Verpleegkundige gaat langs om client te douchen, maar constateert dat client geen zorg wil. Client vertelt wel over haar problemen en achterdocht.</p>	<p>Verpleegkundige is tevens wvk en besluit zichtbare schakel tijd in te zetten.</p>	<p>Geen nieuw contact</p>	<p>Client vertelt dat ze moeite heeft met boodschappen doen en weinig goede sociale contacten heeft. Wvk voert verschillende gesprekken met client en slaagt er met moeite in om een vertrouwensband op te bouwen.</p> <p>Wvk geeft telefoonnummer door van hulpinstanties die kunnen helpen met boodschappen doen. Client onderneemt echter geen actie vanwege achterdocht.</p> <p>Wvk koppelt informatie terug naar huisarts en woningcorporatie en draagt casus over aan collega-wvk. Deze gaat gedurende 2 maanden geregeld langs en doet boodschappen voor client. Na deze periode verbreekt client dit contact toch weer.</p>	<p>Verpleegkundige koppelt informatie terug naar huisarts.</p> <p>Geen verdere acties.</p>	<p>Wvk doet gedurende 2 maanden met enige regelmaat boodschappen voor client.</p>	<p>Vriendin of dochter doen boodschappen (minder vaak). Client eet daardoor minder goed.</p>	0,000	0,001	0,001
					<p>Client rookt, krijgt longklachten. Werkt nachtdiensten (fulltime), veel onzekerheid op het werk i/v diverse ontslagen. Client zorgt voor partner die MS en diabetes heeft. Partner kan zichzelf verzorgen, maar kan niets doen in het huishouden. Partner had recent een verwijzing voor dietiste gekregen van huisarts. Zoon is recentelijk weer thuis komen wonen i/v schulden, helpt niet bij huishouden.</p> <p>Dietiste vermoedt dat de gezinssituatie problematisch was.</p>	<p>Dietiste schakelt Wvk in.</p>	<p>50% kans dat dietiste huisarts zou inlichten. 50% kans dat dietiste niets zou doen.</p> <p>Wvk bespreekt gedrag zoon met client. Adviseert client om zoon te activeren in bijdrage aan het huishouden. Wvk voert een aantal ondersteunende gesprekken met client.</p> <p>Wvk geeft tip om respijtzorg via MEE in te schakelen. Client ziet hier van af.</p> <p>Wvk biedt aan tweede aanvraag HH in te dienen samen met client. Deze geeft aan dit zelf te willen doen, dit is nog niet gebeurd.</p> <p>Wvk houdt contact met gezin omdat hij bang is dat client in de toekomst overbelast kan raken.</p>	<p>50% kans dat er geen verdere acties zijn (dietiste licht huisarts niet in).</p> <p>25% kans dat client naar het spreekuur van de huisarts gaat.</p> <p>25% kans dat huisarts op huisbezoek gaat.</p>	<p>Client enaart gedurende 2 maanden iets minder spanning.</p>
<p>48 Man, 57. Woont samen met echtgenote en zoon, 27.</p> <p>Client rookt, krijgt longklachten. Werkt nachtdiensten (fulltime), veel onzekerheid op het werk i/v diverse ontslagen. Client zorgt voor partner die MS en diabetes heeft. Partner kan zichzelf verzorgen, maar kan niets doen in het huishouden. Partner had recent een verwijzing voor dietiste gekregen van huisarts. Zoon is recentelijk weer thuis komen wonen i/v schulden, helpt niet bij huishouden.</p> <p>Dietiste vermoedt dat de gezinssituatie problematisch was.</p>	<p>Verzorgende schakelt wvk in.</p>	<p>Verzorgende zou 3 dagen later contact opnemen met EVV'er of andere collega van eigen organisatie.</p>	<p>Wvk checkt situatie echtbaar en constateert dat er onvoldoende zorg aanwezig is. Signaleert dat medicatie rondslingerd in huis en de medicatie niet op de juiste wijze wordt toegediend.</p> <p>Wvk belt EVV'er en geeft de tip om medicatie in beheer verzorging te nemen en op een andere wijze toe te dienen. Adviseert om indicatie te laten verhogen.</p> <p>EVV'er geeft aan zaken op te pakken, waarna wvk dossier afsluit.</p>	<p>EVV'er zou dezelfde zaken signaleren en deze oppakken, maar 3 dagen later.</p>	<p>Client enaart gedurende 2 maanden iets minder spanning.</p>	<p>Client enaart gedurende 2 maanden meer spanning.</p>	0,000	0,007	0,007
					<p>25% kans dat client naar het spreekuur van de huisarts gaat.</p>	<p>25% kans inzet huisarts doordat client naar spreekuur komt.</p>	0	9	9
					<p>25% kans op inzet huisarts door huisbezoek.</p>	<p>25% kans op inzet huisarts door huisbezoek.</p>	0	11	11
<p>49 Man, 69. Woont samen met echtgenote.</p> <p>Client heeft terminale speekselklierkanker, is uitbehandeld. Vanuit ziekenhuis 1 week geleden naar huis gestuurd, last van nachtdwalen. Heeft PV 3/4x p/d voor uitzetten medicatie, maar neemt deze niet goed in. Heeft ZZP indicatie, staat op wachtlijst voor verpleeghuis. Vanuit verpleeghuis heeft client een casemanager. Partner heeft beginnende alzheimer, is paniekerig, kan geen overzicht houden.</p> <p>Verzorgende raakt in paniek door situatie, er is alleen PV voor uitzetten medicatie.</p>	<p>Verzorgende schakelt wvk in.</p>	<p>Verzorgende zou 3 dagen later contact opnemen met EVV'er of andere collega van eigen organisatie.</p>	<p>Wvk checkt situatie echtbaar en constateert dat er onvoldoende zorg aanwezig is. Signaleert dat medicatie rondslingerd in huis en de medicatie niet op de juiste wijze wordt toegediend.</p> <p>Wvk belt EVV'er en geeft de tip om medicatie in beheer verzorging te nemen en op een andere wijze toe te dienen. Adviseert om indicatie te laten verhogen.</p> <p>EVV'er geeft aan zaken op te pakken, waarna wvk dossier afsluit.</p>	<p>EVV'er zou dezelfde zaken signaleren en deze oppakken, maar 3 dagen later.</p>	<p>EVV'er is op de hoogte van de risico's in de situatie van het echtbaar.</p>	<p>EVV'er is 3 dagen later op de hoogte van de risico's in de situatie van het echtbaar.</p>	0	0	0
					<p>25% kans op inzet huisarts door huisbezoek.</p>	<p>25% kans op inzet huisarts door huisbezoek.</p>	0	11	11

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
<p>50 Man, 67. Alleenstaand.</p> <p>Client lijkt een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek te hebben (niet gediagnosticeerd). Client heeft schouderklachten waardoor het huishouden moeilijk gaat. Werkte eerst in sociale werkplaats, nu met pensioen. Client wil graag verhuizen naar woonzorgcentrum ivm overlast van bureu. Client heeft zich al aangemeld bij centrum, maar kan alleen worden toegelaten met verblijfsindicatie.</p> <p>Om dagen door te komen veeft client bladeren op het plein. Welzijnswerk merkt client zo op en legt contact. Maatschappelijk werker gaat op bezoek, treft verwaarloosd huis aan. Maatschappelijk werker schakelt deze een vrijwilliger in om huis op te ruimen. Ook schakelt deze een vrijwilliger in die vanwege de eenzaamheid van client wekelijks mee gaat naar het wijkcentrum om koffie te drinken.</p> <p>Maatschappelijk werker vermoedt dat er meer aan de hand is wanneer client in slaapt valt tijdens opruimactie van zijn huis.</p>	<p>Welzijnswerk schakelt wijk in.</p>	<p>Geen nieuw contact</p>	<p>Wpk gaat regelmatig op bezoek bij client. Client vertelt wpk over gekproblemen. Wpk schakelt financieel casemanager in die constateert dat client schulden heeft. Client komt in traject schuldsanering en krijgt een financieel bewindvoerder toegewezen.</p>	<p>Maatschappelijk werker zou door tijdgebrek en minder persoonlijke benadering een minder goede band opbouwen met client.</p>	<p>Client is rustiger.</p>	<p>Client heeft gedurende 3 maanden meer onrust.</p>	0,000	0,011	0,011
			<p>Wpk vraagt onderzoek geriatr aan via huisarts om diagnose te laten stellen (mogelijk dementie, depressiviteit en verstandelijke beperking) Wpk gaat mee tijdens bezoek. Geriatr constateert een mogelijke licht verstandelijke beperking.</p>	<p>Financieel casemanager zou door maatschappelijk werker worden ingeschakeld om client naar schuldsanering toe te leiden.</p>	<p>Inzet geriatr voor dementietest.</p>	<p>50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op geen inzet geriatr.</p>	526	263	-263
			<p>Wpk signaleert slechte eetgewoonten client. Vraagt maaltijdservice aan waarvan client 3 x per week een warme maaltijd krijgt.</p>	<p>Maatschappelijk werker zou casus niet bespreken met huisarts, maar zou deze inbrengen in overleg van lokaal zorgnetwerk.</p>	<p>Inzet financieel casemanager en bewindvoerder.</p>	<p>Gelijk aan werkelijk</p>	0	0	0
			<p>Wpk vraagt indicatie HH aan om huis schoon te houden. Indicatie wordt toegekend voor 2 uur per week.</p>	<p>Maatschappelijk werker zou casus niet bespreken met huisarts, maar zou deze inbrengen in overleg van lokaal zorgnetwerk.</p>	<p>Financien onder controle.</p>	<p>Gelijk aan werkelijk</p>	0	0	0
			<p>Wpk bezoekt samen met client andere zelfstandige woningen, waarna hij mogelijk wel op korte termijn kan verhuizen. Client ziet af van deze woningen.</p>	<p>50% kans dat naar aanleiding van deze bespreking een onderzoek bij de geriatr zou worden aangevraagd, 50% kans dat dit niet zou gebeuren.</p>	<p>Inzet maaltijdservice 3 x per week.</p>	<p>Gelijk aan werkelijk, maar 3 maanden later.</p>	195	0	-195
			<p>Wpk vraagt via MEE een IQ-test aan. Wanneer client een (licht) verstandelijke beperking zou hebben, wordt hij mogelijk eerder toegelaten in het woonzorgcentrum waar hij graag wil wonen. Uitkomst test is nog niet bekend.</p>	<p>25% kans dat maatschappelijk werker HH zou aanvragen, 75% kans dat dit niet zou gebeuren. In dat geval zou de huisarts na een jaar HH inschakelen. Ook zou huisarts BG klasse 1 inzetten voor een periode van 6 maanden.</p>	<p>Client eet gezonder.</p>	<p>Client eet gedurende 3 maanden minder gezond.</p>	0,000	0,001	0,001
			<p>Wpk koppelt werkzaamheden terug naar financieel casemanager en maatschappelijke werker en houdt contact met client.</p>	<p>Maatschappelijk werker zou via MEE een IQ-test aanvragen en 3 maanden later maaltijdservice.</p>	<p>Inzet HH 2u p/w.</p>	<p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op gelijk aan werkelijk, maar 1 jaar later.</p>	2236	559	-1677
				<p>De situatie zou doorsukelen; er zouden geen grote problemen ontstaan, maar ook geen oplossingen voor client worden gevonden.</p>	<p>Huis blijft opgeruimd door inzet HH.</p>	<p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op geen opgeruimd huis gedurende 1 jaar.</p>	0,000	0,008	0,008
						<p>BG klasse 1 gedurende 6 maanden</p>	0	1895	1895
						<p>Inzet maatschappelijk werker 4 uur. 25% kans op 1 uur extra. 75% kans op geen extra inzet (boven de 4 uur).</p>	0	180	180
				0	11	11			
<p>51 Vrouw, 81. Woont alleen in een complex voor 55+-ers. Zorg toegankelijk, niet standaard aanwezig. Client heeft 1 zus en 1 dochter, redelijk contact.</p> <p>Client denkt dat buurvrouw haar lastig valt (op de muur kloppen). Client is na 50 jaar huwelijk gescheiden omdat ze dacht dat haar partner haar wilde vermoorden. Client heeft HH 1,5 u p/w.</p> <p>Maatschappelijk werker (verbonden aan oudercomplex) had al een paar keer contact gehad met client, maar mocht niet meer binnenkomen. Client wil graag wisselen van huisarts. Client ontvangt een flyer van het ZS-project in de brievenbus.</p>	<p>Client belt wpk.</p>	<p>Buurvrouw zou contact opnemen met maatschappelijk k werker.</p>	<p>Wpk geeft informatie over beschikbare huisartsen en manier van overstappen. Client stapt over, maar is ook over deze huisarts niet tevreden.</p>	<p>Maatschappelijk werker zou langsgaan bij buurvrouw en haar geruststellen na hatelijke brief.</p>	<p>Client stapt over naar andere huisarts.</p>	<p>Client zou niet overstappen naar andere huisarts.</p>	0	0	0
			<p>Client klaagt in 2e bezoek over overlast van buurvrouw. Client heeft hiervoor al enkele keren de politie gebeld. Wpk adviseert client om eens met de buurvrouw te gaan praten, maar dat weigert client.</p>	<p>Maatschappelijk werker zou niet worden binnengelaten door client.</p>	<p>Buurvrouw is gerustgesteld.</p>	<p>Gelijk aan werkelijk</p>	0	0	0
			<p>Wpk belt oude huisarts voor meer informatie. Huisarts geeft aan dat client lastig te hebben van wasbeelden. Huisarts vertelt dat client deze problematiek niet onderkend en niet geholpen wil worden (ook niet nadat al meerdere malen een verpleegkundige van de GGZ langs was geweest).</p>						
			<p>Wpk neemt contact op met dochter. Dochter onderkent problematiek client ook niet.</p>						
<p>Wpk gaat op bezoek bij buurvrouw nadat client haar een hatelijke brief had gestuurd over enaren overlast. Buurvrouw was erg overstuur van brief, gaf aan niet op de muren te kloppen. Buurvrouw was al met zoon aan de deur geweest bij client, maar deze deed niet open. Wpk stelt buurvrouw gerust.</p>									
<p>Client is inmiddels verhuisd naar andere woning vanwege enaren overlast. Wpk gaat daar binnenkort langs.</p>									
<p>52 Vrouw, 85. Woont samen met echtgenoot in serviceflat. Echtgenoot heeft hartfalen, komt weinig buiten, krijgt PV. Kinderen verlenen mantelzorg (hulp bij boodschappen en administratie). Client heeft HH 1,5/2 u p/w.</p> <p>Client voelde zich down, mede vanwege scheiding zoon (waardoor ze geen contact had met kleinkinderen) en zorg voor partner. Huisarts had diazepam voorgeschreven en gezegd nog eens langs te komen, maar deed dit niet. Client belt huisarts terug omdat ze niet goed sliep vanwege diazepam, waarna huisarts oxazepam voorschreef.</p> <p>Client vertelt tegen verzorgende (die komt voor echtgenoot) dat ze het even niet meer ziet zitten.</p>	<p>Verzorgende schakelt wpk in.</p>	<p>50% kans dat de verzorgende de huisarts zou inschakelen. 50% kans dat de verzorgende niets zou doen.</p>	<p>Client vertelt wpk over haar persoonlijke problemen. Wpk biedt een luisterend oor. Ook geeft client aan niet te snappen hoe het nu zit met de wisseling van medicatie, maar hierover niet de huisarts durft te bellen. Client bleef diazepam slikken en durfde oxazepam niet in te nemen.</p>	<p>50% kans dat de huisarts op huisbezoek zou komen om het gebruik van de medicatie uit te leggen aan client.</p>	<p>Client wordt rustiger omdat ze haar verhaal kwijt kan en zekerheid heeft over het gebruik van de medicatie.</p>	<p>Client heeft gedurende 1 maand meer onrust.</p>	0,000	0,003	0,003
			<p>Wpk meldt huisarts dat client niet weet hoe om te gaan met de medicatie. Huisarts komt op huisbezoek om het uit te leggen aan client (oxazepam vervangt diazepam). Hierna gaat wpk nog een keer langs bij client, constateert dat deze voldoende is ingelicht, en sluit het dossier af.</p>						
			<p>Client neemt oxazepam in waardoor ze beter slaapt.</p>	<p>50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op slechter slapen.</p>	0,000	0,006	0,006		
<p>Inzet huisarts 1 huisbezoek.</p>	<p>50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op geen huisbezoek huisarts.</p>	27	14	-14					

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten								
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto						
56 Vrouw, 71. Weinig sociale contacten. Echtenoot 7 jaar eerder overleden, slecht contact met dochter. Client heeft 8,5 jaar voor kleinzoon gezorgd nadat deze uit huis was geplaatst. Client heeft borstkanker gehad, was daarvoor nog onder controle. Client heeft in het verleden grote financiële problemen gehad, is nu schuldenvrij. Client moet binnenkort verhuizen naar gelijkvloerse woning i/vm slijtage aan knieën. Huishouden gaat nog redelijk. Client komt bij huisarts voor lichamelijke klachten. Huisarts signaleert verdriet en schuldgevoel bij client.	Huisarts neemt contact op met wpk.	Huisarts verwijst client door naar GGZ	Wpk gaat op bezoek, treft overal huis aan (veel planten en verschillende huisdieren). Tuin is verwaarloosd, staat vol bomen en struiken. Client is erg verdrietig en vertelt over eenzaamheid en schuldgevoel. Client voelde zich schuldig om het overlijden van haar echtgenoot omdat zij hem niet had kunnen overhalen bloedverdunders in te nemen. Ook verdriet om recentelijk overlijden hond. Wpk vraagt na overleg met client aan een klusjesdienst (vrijwilligers) om tuin op te knappen. Door gebrek aan vrijwilligers is dit nog niet gebeurd. Wpk stelt sociale activiteiten (in buurthuis) i/vm eenzaamheid en HH voor het helpen opruimen van het huis voor. Client wijst beide af. Wpk signaleert dat client in de war is, geeft aan nieuwe huisarts (kende client nog niet) aan dat GGZ mogelijk ingeschakeld zou moeten worden. Wpk meldt client aan bij consultatiebureau senioren. Ouderadviseur komt langs, client bleek al bekend te zijn bij het bureau. Adviseur zoekt vrijwilliger voor stimuleren sociale contacten waarna wpk het dossier afsluit.	Client zou niet op bezoek gaan bij de GGZ, zag daar zelf niet de noodzaak van in. GGZ zou vervolgens op huisbezoek komen en sociale activiteiten en HH voorstellen. 50% kans dat GGZ ouderadviseur zou inschakelen, 50% kans dat dit niet gebeurt. GGZ zou client 4x bezoeken, eerste keer 45 min en 2x daarna een half uur. Daarna nog een keer een controle van 1 uur.	Client is gedurende 3 maanden minder emotioneel. Client is gedurende 3 maanden emotioneler.	0,000	0,011	0,011	0,011	0,011					
											Inzet ouderadviseur 2 u.	50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op geen inzet ouderadviseur.	90	45	-45
											Inzet GGZ 45 min + 2 x 30 min + 1 uur.		0	236	236
57 Man, 67. Woont samen met echtgenote, slecht contact met kinderen. Client heeft COPD, is onder controle van huisarts. Daarnaast chronische rugpijn na hernia operatie. Uitbehandeld bij neurochirurg, nu onder behandeling bij pijnpoli. Client loopt moeizaam. Client is 18 jaar geleden afgekickt van alcohol, waar hij tijdens een depressie door faillissement eigen bedrijf aan verstoofd was geraakt. Nu weer depressief. Partner dreigt overbelast te raken door mantelzorg en stress over depressiviteit client. Huisarts en specialisten vermoeden dat client weer alcoholprobleem heeft nadat hij na een val moet worden opgenomen in het ziekenhuis. Client wordt aangemeld voor een intake bij een organisatie voor verslavingszorg. Huisarts maakt zich zorgen om huissituatie (in het bijzonder partner).	Huisarts neemt contact op met wpk.	Geen nieuw contact	Wpk gaat op bezoek. Client vertelt dat hij suïcidaal is, veel last heeft van rugpijn en gewicht verliest. Hij neemt alcohol en 3x de voorgeschreven hoeveelheid medicatie in (oxazepam, temazepam, morfine). Client voelde zich machteloos en verdrietig. Client wil hulp, kan zelfstandig niet stoppen met overmatig middelengebruik. Wpk neemt overtuigde medicijnen mee, levert deze in bij apotheek en maakt afspraak met huisarts en apotheek dat medicatie voortaan per week wordt verstrekt (zodat client geen grote voorraden op kan bouwen, wat hij voorheen deed). 2 weken gaat dit niet goed, daarna (na telefoontje partner en herhaaldelijk aandringen van wpk) wel. Huisarts stopt de rustgevende medicatie die client aanvroeg op naam van partner. Wpk overlegt met pijnpoli, waarna medicatie wordt aangepast. Arts pijnpoli zet spoed achter intake verslavingszorg. Wpk neemt contact op met huisarts over afkickverschijnselen client. Huisarts had geen tijd voor echtpaar, komt ook afspraak om terug te bellen niet na. Dit zorgt voor vertrouwensbreuk tussen echtpaar en huisarts. Wpk bewaakt snelheid rondom intake (slechte communicatie tussen huisarts en verslavingszorg) en ondersteunt partner gedurende dit traject. Intake vindt plaats en client wordt opgenomen. Partner voelt zich schuldig omdat ze niet vindt dat ze niet goed genoeg voor client had gezorgd. Wpk voert nog een aantal gesprekken met client en geeft aan dat deze haar altijd kan bellen. Wpk sluit dossier af.	Huisarts zou geen verdere acties ondernemen. Afspraak voor intake bij verslavingszorg was al gemaakt. Gedurende 5 weken zou client de medicatie blijven gebruiken. Hierdoor neemt het risico op vallen met een breuk tot gevolg met 25% toe.	Client neemt medicatie goed in (5 weken, daarna wordt client opgenomen). 25% kans op vallen met een breuk tot gevolg.	0	2277	2277	2277						
										Client wordt na 4 weken opgenomen in verslavingskliniek.	Client wordt na 5 weken opgenomen in verslavingskliniek.	0	0	0	
										Client wordt 4 weken ondersteund.	Client wordt niet ondersteund.	0,000	0,013	0,013	
										Partner wordt 4 weken ondersteund.	Partner wordt niet ondersteund.	0,000	0,013	0,013	
58 Vrouw, 88. Alleenstaand, zoon en dochter wonen in de buurt (gaan mee naar het ziekenhuis, ondersteunen bij administratie). Client ziet zeer slecht (kan alleen licht en donker onderscheiden), heeft COPD en loopt met een stok. Client heeft drinkvoeding vanwege het risico op ondervoeding. Client heeft 10u p/v PV voor begeleiding bij de ADL en het uitzetten van medicatie. Daarnaast heeft client HH 4u p/v. Huisarts adviseert client een staaroperatie te ondergaan. Anesthesist raadt client aan daar nog eens goed over na te denken. Client zegt tegen verzorgende daar erg nerveus over te zijn, niet te weten of ze de operatie wel wil ondergaan, en met een wpk te willen praten.	Verzorgende schakelt wpk in.	Verzorgende zou contact opnemen met huisarts.	Tijdens het eerste gesprek geeft wpk de voor- en nadelen van een staaroperatie. Dit stelt client gerust, waarna client besluit de operatie te ondergaan. Wpk neemt contact op met dochter client. Deze herkent de nervositeit bij client en is blij met de voorlichting en geruststelling door wpk. Wpk constateert dat client onvoldoende drinkvoeding neemt. Wpk adviseert client goed gevoed de operatie in gaat, waarna client de voeding beter inneemt. Nadat client de staaroperatie heeft ondergaan, is ze erg moe. Wpk stelt met dochter een schema op voor het toedienen van paracetamol en neemt met dochter het schema voor de oogdruppels door. Wpk constateert dat client geen oogkapje heeft meegekregen uit het ziekenhuis. Wpk doet een gaasje op het oog van client (zodat ze er niet in kan wrijven) en bestelt een oogkapje. Client is ongerust over pijnlijk oog. Wpk stelt client gerust en geeft aan dat het oog na de operatie gevoelig is. Wpk spreekt af om over een tijdje weer eens langs te komen om te kijken hoe het gaat.	Huisarts zou langs gaan bij client en de voor- en nadelen van de staaroperatie uitleggen. 75% kans dat de huisarts ook zou signaleren dat client onvoldoende drinkvoeding neemt en zou adviseren dit beter in te nemen. Hierna zou de huisarts niet meer langskomen. 50% kans dat verzorgende niet zou signaleren dat client geen oogkapje heeft meegekregen uit het ziekenhuis.	Client besluit tot het ondergaan van de staaroperatie. Gelijk aan werkelijk.	0	0	0	0						
										Client gaat goed gevoed de operatie in.	75% kans op gelijk aan werkelijk. 25% kans dat client minder goed gevoed de operatie zou ingaan. Geen grote gezondheidsrisico's of gevolgen voor het welbevinden van client.	0	0	0	
										Client voelt zich gerustgesteld voor de operatie.	Client voelt zich 2 weken minder gerustgesteld voor de operatie.	0,000	0,003	0,003	
										Oog client is na operatie beschermd met gaasje en oogkapje.	75% kans op gelijk aan werkelijk. 25% kans risico op oogschade (infectie).	0	102	102	
										Dochter client is gedurende 1 maand ondersteund.	Dochter client is gedurende 1 maand minder goed ondersteund.	0,000	0,007	0,007	

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
59 Man, 80. Woont samen met echtgenote. 3 kinderen, waarvan 1 kind mantelzorg verliest (gaat af en toe mee naar het ziekenhuis). Client heeft in het verleden een tijdelijke stoma gehad na een operatie vanwege een tumor in de darmen. Nu nog dampproblemen, onder controle in het ziekenhuis. Client loopt moeilijk, heeft blaasproblemen en een catheter. Partner krijgt ook klachten, loopt moeilijker en is af en toe duizelig. Hierdoor vrij recent gevallen. Client heeft PV 1x p/6 weken voor het wisselen van het catheter. Verpleegkundige thuiszorg wisselt katheter. Ze signaleert dat client wankel loopt.	Verpleegkundige is tevens wvk en besluit zichtbare schakel tijd in te zetten.	Geen nieuw contact	Wvk signaleert dat eigen stok van client te kort is. Wvk geeft aan dat client een langere stok of een stok met 3 poten (stabiele) kan krijgen. Dit wil client. Wvk belt hulpmiddelencentrum, waaruit blijkt dat alleen de 3-poot gehuurd kan worden. Stok wordt de volgende dag af geleverd. Wvk stimuleert partner om naar de huisarts te gaan ivm duizeligheid. Partner geeft aan langs te gaan. Partner geeft aan dat ze het vervelend vindt dat er steeds wisselende verpleegkundigen langskomen voor de catheter. Wvk regelt dat er maximaal 2 verschillende verpleegkundigen langskomen. Wvk koppelt informatie terug naar huisarts en is van plan over enige tijd nog 1 keer ter controle langs te gaan.	Echtbaar zou na 3 maanden vanwege problemen met mobiliteit client zelf de huisarts bellen. Deze zou client doorverwijzen naar de thuiszorg voor hulpmiddelen, waarna client een nieuwe stok zou krijgen. Huisarts zou bij client langs gaan en ZPP-indicatie en assistente spoedopname in verpleeghuis regelen.	Nieuwe stok wordt geleverd. Client gebruikt deze en voelt zich daardoor wat zekerder.	Nieuwe stok 3 maanden later (geen grote extra valrisico's).	0	0	0
					Client heeft te maken met maximaal 2 zorgverleners.	Client heeft te maken met wisselende zorgverleners.	0,000	0,011	0,011
60 Vrouw, 93. Woont samen met zoon die mantelzorg verleend. Ze wonen in een vrijstaand huis waar zoon hekken omheen heeft gezet zodat client niet buiten kan gaan dwalen. Client heeft een ernstige vorm van dementie, zwaar ADL-hulpbehoevend. Client wordt volledig verzorgd door zoon. Client is incontinent, kan niet zelfstandig lopen en hallucineert. Huisarts stelt bij huisbezoek voor om thuiszorg in te schakelen en belt verpleegkundige.	Verpleegkundige is tevens wvk en besluit zichtbare schakel tijd in te zetten.	Verpleegkundige thuiszorg zou dossier weer overdragen naar de huisarts omdat zoon geen thuiszorg zou willen.	Wanneer wvk langskomt wil zoon client acuut laten opnemen in een verpleeghuis, zoon is ten einde raad. Wvk gaat het gesprek aan met client en zoon (die niet tegen zijn moeder durft te zeggen dat ze moet worden opgenomen). Client reageert gelaten. Wvk biedt huisarts aan opname van client te regelen, hier is huisarts het meeeens. Wvk vraagt indicatie aan voor client en verzamelt de gegevens die hiervoor nodig zijn. Wvk biedt thuiszorg aan voor dagen tot opname, zoon weigert dit. Wvk informeert waar plek is voor de client, heeft contact met klantenservice en houdt zoon en huisarts hiervan op de hoogte. Wvk voert verschillende telefonische gesprekken met zoon ter ondersteuning. Client wordt uiteindelijk binnen een week opgenomen in het verpleeghuis dat de voorkeur had van client en zoon. Binnen deze week blijft zoon thuis zorg verlenen aan client. Na opname sluit wvk het dossier af.	Huisarts zou bij client langs gaan en ZPP-indicatie en assistente spoedopname in verpleeghuis regelen. Huisarts zou 2 keer telefonisch contact hebben met zoon client over de situatie.	Client krijgt ZPP-indicatie.	Gelijk aan werkelijk	0	0	0
					Client wordt binnen 1 week opgenomen in verpleeghuis.	Gelijk aan werkelijk	0	0	0
					Zoon wordt gedurende 1 week emotioneel ondersteund.	Zoon wordt gedurende 1 week minder emotioneel ondersteund.	0,000	0,002	0,002
					Inzet assistent huisarts 0,5 uur	Inzet assistent huisarts 0,5 uur	0	23	23
					Inzet huisarts: 1 extra huisbezoek en 2x 15 min telefonisch contact met zoon.	Inzet huisarts: 1 extra huisbezoek en 2x 15 min telefonisch contact met zoon.	0	46	46
61 Man, 80. Woont samen met zijn echtgenote. Partner heeft diabetes waarvan bloedsuiker wordt geprikt (1x pw controle door thuiszorg). Client benadert verpleegkundige tijdens controle bloedsuiker echtgenote omdat hij rekeningen op zijn naam kreeg van het CAK (terwijl client zelf geen zorg heeft). Client had al contact gehad met het CAK, maar hij kreeg geen duidelijkheid hoe het nu zat.	Verpleegkundige is tevens wvk en besluit zichtbare schakel tijd in te zetten.	Geen nieuw contact	Wvk belt CAK om uitleg te vragen. CAK geeft aan rekeningen aan te gaan passen. Paar maanden later benadert client wvk weer: hij krijgt nog steeds rekeningen. Wvk belt CAK nogmaals. CAK belooft het nu wel goed te regelen. Client is blij dat hij met wvk iemand heeft om op terug te vallen met praktische vragen (geeft aan vaak van het kastje naar de muur te worden gestuurd bij dergelijke zaken). Binnenkort gaat wvk langs om te controleren of het nu goed loopt.	Verpleegkundige zou CAK bellen om uitleg te vragen. CAK zou aangeven rekeningen aan te passen. Paar maanden later zou client verpleegkundige weer benaderen; hij krijgt nog steeds rekeningen. Verpleegkundige zou client doorsturen naar een ouderendadviseur. Deze zou naar het CAK bellen en ems controleren of het goed loopt.	Client ontvangt geen rekeningen meer van het CAK.	Gelijk aan werkelijk	0	0	0
					Client is gerustgesteld doordat hij emotioneel en praktisch ondersteund wordt.	Gelijk aan werkelijk	0	0	0
					Inzet verpleegkundige thuiszorg 15 minuten.	Inzet verpleegkundige thuiszorg 15 minuten.	0,000	17,125	17,125
					Inzet ouderendadviseur 1,5 uur	Inzet ouderendadviseur 1,5 uur	0	68	68
					62 Vrouw, 80. Woont samen met zoon (40), die veel tijd bij zijn vriendin doorbrengt. Zoon helpt in het huishouden en doet boodschappen. Client is paar jaar geleden af in zorg geweest ivm wondjes over het lichaam (oorzaak onbekend). Recent is diagnose leukemie gesteld. Client is erg moe, lopen gaat moeizaam. Client voelt zich verder goed. Is onder controle van in het ziekenhuis. Client wil geen thuiszorg, wel een hoog-laag bed om in woonkamer te kunnen slapen wanneer ze moe is. Client benadert huisarts in verband met aanvraag bed.	Huisarts neemt contact op met wvk.	Huisarts zou contact opnemen met zoon.	Wvk bespreekt situatie met client en vraagt een uitleen hoog-laag bed aan. Client wil geen PV. Na een aantal gesprekken geeft client aan moeite te hebben om zichzelf te kunnen verzorgen vanwege vermoeidheid. Wvk zet PV in om client 1x p/w te helpen met douchen. Client stoot zich en krijgt hierdoor een wond. Client probeert de wond zelf te verzorgen. Wvk ziet bij toeval dat client een wond heeft die niet goed geneest en zet wondzorg in (0,5u p/w gedurende 3 weken), waarna de wond geneest. Wvk houdt huisarts op de hoogte. Client wil graag HH, maar krijgt dit niet ivm inwonende zoon. Bespreekt frustratie hierover met wvk. Client overlijdt plotseling, waarna wvk het dossier afsluit.	Huisarts zou zoon client vragen om uitleen hoog-laag bed aan te vragen. Dit zou zoon niet doen, waarna huisarts/assistent het zelf zou doen. Huisarts zou een aantal huisbezoeken brengen om de situatie in de gaten te houden. Zou PV aanbieden, maar dit zou client niet willen. 50% kans dat client nadat ze zich gestoten zou hebben contact op zou nemen met huisarts waarna deze wondzorg (0,5u p/w gedurende 3 weken) in zou zetten. Client zou bereid zijn tot hulp bij het douchen (0,5u p/w). 50% kans dat client een week langer zou doorlopen met wond en een infectie zou oplopen, waarna huisarts dagelijkse wondzorg (0,5u p/d gedurende 4 weken) in zou zetten en een antibioticakuur zou voorschrijven. Client zou bereid zijn tot hulp bij het douchen (0,5u p/w).
PV 0,5u p/w gedurende 3 weken (begeleiding douchen).	50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op PV 0,5u p/w gedurende 2 weken.	209	105	-105					
		0	70	70					
Client heeft 5 weken meer energie voor andere zaken en een betere persoonlijke hygiëne.	50% kans dat client 3 weken lang meer energie en een betere persoonlijke hygiëne heeft. 50% kans dat client 2 weken lang meer energie en een betere persoonlijke hygiëne heeft.	0	0	0					
		0,000	0,003	0,003					
		0,000	0,002	0,002					
Client heeft 3 weken minder pijn door wondzorg.	50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op 4 weken meer pijn door infectie.	0	0	0					
Wondzorg 0,5u p/w gedurende 3 weken.	50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op wondzorg 0,5u p/d gedurende 4 weken.	641	321	-321					
		0	427	427					
Client is gedurende 2 maanden gerustgesteld doordat ze emotioneel en praktisch ondersteund wordt.	Client is gedurende 2 maanden minder gerustgesteld.	0,000	0,007	0,007					
	50% kans op een antibioticakuur.	0	50	50					
	2 huisbezoeken huisarts	0	55	55					

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
<p>63 Vrouw, 84. Woon samen met echtgenoot (81) 3 kinderen, waarvan er 2 in de buurt wonen. Verlenen geen mantelzorg doordat echtpaar dit afhoudt, wel goed contact.</p> <p>Client heeft hartklachten, diabetes, nierproblemen, ernstige dementie. ADL hulpbehoevend. Partner helpt client bij ADL, maar dat gaat moeizaam. Client is onder controle bij huisarts voor diabetes.</p> <p>Partner heeft hoge bloeddruk, is voor vanwege hart- en buikklachten doorgestuurd naar het ziekenhuis voor controle.</p> <p>Echtpaar krijgt HH 2u p/2w (particulier).</p> <p>Huisarts heeft in contacten met het echtpaar het vermoeden dat het thuis niet goed gaat.</p>	<p>Huisarts neemt contact op met wpk.</p>	<p>Huisarts zou client doorverwijzen naar geriater.</p>	<p>Wpk bespreekt situatie met echtpaar. Echtpaar ontkent de geheugenproblemen van client. Client is onverzorgd en eet slecht (risico in verband met diabetes). Huis is verwaarloosd en vies. Wpk controleert bloeddruk en bloedsuikerspiegel bij echtpaar. Echtpaar staat afhoudend ten opzichte van hulp waarna wpk afsprekt na een half jaar weer terug te komen.</p>	<p>Client zou niet komen opgedagen bij afspraak geriater. Geriater zou huisarts bellen, die POH zou vragen op huisbezoek te gaan. POH zou bij client langsgaan, maar echtpaar zou dit na 1 bezoek afhouden.</p>	<p>Client heeft geen last meer van bloedarmoede.</p>	<p>Gelijk aan werkelijk, maar 2 maanden later. Geen grote risico's, client voelt zich iets minder goed.</p>	0	0	0
			<p>Bij vervolgsbezoek ziet client er slechter uit (lijkt veel afgevallen). Wpk spreekt af met huisarts dat bij de diabetescontrole extra aandacht wordt gegeven aan voedingsadvies. Wpk signaleert dat client medicatie voor bloedsuiker niet goed inneemt en spreekt client hier op aan. Tijdens diabetescontrole wordt vitamine B12 toegevoegd aan medicatie en ontvangt client medicatie tegen bloedarmoede.</p>	<p>Tijdens de reguliere bezoeken van client aan de huisarts zou deze voedingsadvies geven. Huisarts zou slechte inname medicatie voor bloedsuiker signaleren en client hier op aan spreken.</p>	<p>Client neemt medicatie diabetes correct in waardoor ze zich beter voelt.</p>	<p>Client voelt zich 2 maanden langer slechter door schommelingen in bloedsuikers.</p>	0,000	0,005	0,005
			<p>Dochter neemt contact op met wpk omdat echtpaar veel ruzie maakt. Client is verbaal agressief naar echtgenoot. Wpk geeft dochter voorlichting over omgaan met de situatie. Echtgenoot neemt contact op met wpk om agressie client te bespreken. Ook aan echtgenoot geeft wpk voorlichting.</p>	<p>Huisarts zou POH nogmaals vragen op huisbezoek te gaan, maar echtpaar zou dit nogmaals afhouden.</p>	<p>Client neemt medicatie diabetes correct in waardoor ze zich beter voelt.</p>	<p>Client voelt zich 2 maanden langer slechter door schommelingen in bloedsuikers.</p>	0	68	68
			<p>Wpk stemt af met huisarts. Deze verwijst door naar geriater voor een screening op dementie. Afspraak wordt gemaakt, maar echtpaar komt niet opdagen. Wpk stelt voor dat ouderenspecialist langskomt, maar dat wil echtpaar niet. Wpk neemt zich voor om de situatie in de gaten te blijven houden.</p>	<p>Huisarts zou POH nogmaals vragen op huisbezoek te gaan, maar echtpaar zou dit nogmaals afhouden.</p>	<p>Client neemt medicatie diabetes correct in waardoor ze zich beter voelt.</p>	<p>Client voelt zich 2 maanden langer slechter door schommelingen in bloedsuikers.</p>	0,000	0,042	0,042
			<p>Echtgenoot is ondersteund in de omgang met client.</p>	<p>Echtgenoot is niet ondersteund.</p>	<p>Client neemt medicatie diabetes correct in waardoor ze zich beter voelt.</p>	<p>Client voelt zich 2 maanden langer slechter door schommelingen in bloedsuikers.</p>	0,000	0,042	0,042
			<p>Dochter is ondersteund in het omgaan met echtpaar.</p>	<p>Dochter is niet ondersteund.</p>	<p>Client neemt medicatie diabetes correct in waardoor ze zich beter voelt.</p>	<p>Client voelt zich 2 maanden langer slechter door schommelingen in bloedsuikers.</p>	0,000	0,042	0,042
<p>64 Vrouw, 88. Woont in een klein huisje op het erf van haar schoondochter (zoon is overleden). Schoondochter verleent mantelzorg; regelt administratieve zaken en houdt het huis schoon.</p> <p>Client heeft reuma en daardoor moeite met lopen, gebruikt een rollator. Client heeft ook ouderdomsdiabetes en depressieklachten.</p> <p>Wpk gaat op huisbezoek bij alle patienten in het bestand van de huisarts die ouder zijn dan 75 jaar.</p>	<p>Wpk neemt contact op met client.</p>	<p>Geen nieuw contact</p>	<p>Client bespreekt depressieve gevoelens met wpk. Ze was afgewallen door een dammflectie, is hiervoor onder controle bij de huisarts. Client geeft aan zich angstig en eenzaam te voelen, heeft eigenlijk alleen contact met schoondochter (en gaat 1x p/4m met een kennis op stap). Wpk draagt ideeën aan voor activiteiten. Wpk gaat op zoek naar vrijwilligers die dingen met client kunnen ondernemen. Vrijwilligersorganisaties hebben niemand voorhanden, via huisarts wordt een vrijwilliger gevonden. Na 2 maanden contact met vrijwilliger zegt client contact op omdat ze deze niet wil belasten.</p>	<p>Huisarts zou indicatie PV voor client aanvragen.</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	0,000	0,007	0,007	
			<p>50% kans dat maaltjidservice zou worden ingezet voor een periode van 3 weken, 7 keer per week.</p>	<p>50% kans dat maaltjidservice zou worden ingezet voor een periode van 3 weken, 7 keer per week.</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0	0	0
			<p>50% kans dat schoondochter voor eten zou zorgen.</p>	<p>50% kans dat schoondochter voor eten zou zorgen.</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0	0	0
			<p>Client valt en breekt een arm. Client belt wpk voor hulp (ze kan niet meer zelf koken). Wpk vraagt maaltjidservice (7 keer per week) en indicatie PV aan (2x p/d voor begeleiding bij ADL). Dit wordt 3 weken lang ingezet, PV wordt voor 2x p/w voor hulp bij het douchen gecontinueerd.</p>	<p>Rondom tijd van verkoop huis zou client in paniek naar de huisarts gaan. Gezien de depressieve gevoelens van client zou huisarts client doorsturen naar de GGZ. Daar zou client worden behandeld (waarschijnlijk voor een lichte depressie).</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0	0	0
			<p>Na herstel arm nemen depressieve klachten toe. Schoondochter heeft huis verkocht, waardoor client ook op zoek moet naar een nieuwe woning. Wpk geeft schoondochter advies over het regelen van een nieuwe woning voor client en voert ondersteunende gesprekken met client.</p>	<p>Rondom tijd van verkoop huis zou client in paniek naar de huisarts gaan. Gezien de depressieve gevoelens van client zou huisarts client doorsturen naar de GGZ. Daar zou client worden behandeld (waarschijnlijk voor een lichte depressie).</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0	0	0
			<p>Wpk vraagt BG klasse 1 aan lvn depressie (in eerste instantie voor 3 maanden), zodat client naar dagopvang kan (toegankelijk: 4 dagdelen per week). Binnenkort start client hiermee. Wpk stemt af met huisarts en blijft voorlopig betrokken bij client (in ieder geval totdat deze een nieuwe woning heeft).</p>	<p>Rondom tijd van verkoop huis zou client in paniek naar de huisarts gaan. Gezien de depressieve gevoelens van client zou huisarts client doorsturen naar de GGZ. Daar zou client worden behandeld (waarschijnlijk voor een lichte depressie).</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0	53	53
			<p>Client eet beter voor een periode van 3 weken.</p>	<p>Client eet beter voor een periode van 3 weken.</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0	0	0
			<p>Wpk ondersteunt client in het omgaan met depressieve gevoelens en schakelt daarnaast BG klasse 1 in (in eerste instantie voor 3 maanden).</p>	<p>Rondom tijd van verkoop huis zou client in paniek naar de huisarts gaan. Gezien de depressieve gevoelens van client zou huisarts client doorsturen naar de GGZ. Daar zou client worden behandeld (waarschijnlijk voor een lichte depressie).</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	901	0	-901
			<p>Client komt onder behandeling bij de GGZ vanwege een lichte depressie.</p>	<p>Rondom tijd van verkoop huis zou client in paniek naar de huisarts gaan. Gezien de depressieve gevoelens van client zou huisarts client doorsturen naar de GGZ. Daar zou client worden behandeld (waarschijnlijk voor een lichte depressie).</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0	972	972
			<p>Client is gerustgesteld doordat ze emotioneel en praktisch ondersteund wordt.</p>	<p>Rondom tijd van verkoop huis zou client in paniek naar de huisarts gaan. Gezien de depressieve gevoelens van client zou huisarts client doorsturen naar de GGZ. Daar zou client worden behandeld (waarschijnlijk voor een lichte depressie).</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0,000	0,042	0,042
<p>Schoondochter wordt praktisch ondersteund bij zoeken naar een nieuwe woning.</p>	<p>Schoondochter wordt niet ondersteund.</p>	<p>Client heeft gezelschap van vrijwilliger (3-4 x in 2 maanden). Geen afname depressieklachten.</p>	<p>Client heeft 2 maanden geen gezelschap.</p>	0,000	0,042	0,042			

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
<p>68 Vrouw, 62. Woont samen met echtgenoot in een eengezinswoning (badkamer is boven).</p> <p>Lichte vorm van COPD, psychiatrische problematiek (vrouw is hierdoor arbeidsongeschikt). Client heeft een persoonlijkheidsstoornis en een angststoornis (gediagnosticeerd) waarvoor ze medicatie inneemt. Daarnaast heeft ze artrose in de knieën, overgewicht, diabetes (onder controle bij huisarts) en is ze in het verleden opgenomen geweest vanwege psychiatrische problematiek.</p> <p>In het verleden is al geprobeerd dagbehandeling in te zetten via 1e lijnspsycholoog, client wilde dit niet vanwege angsten. Client komt 1x p/3m bij de POH voor controle op diabetes.</p> <p>Echtgenoot gaat naar spreekuur huisarts, is wanhopig over client die zich slecht verzorgd. Ook is hij boos op haar omdat ze zoveel rookt.</p>	<p>Huisarts neemt na overleg met echtgenoot contact op met wvpk.</p>	<p>Geen nieuw contact</p>	<p>Client vertelt in 2e gesprek dat ze de trap niet op kan door benauwdheid en overgewicht. Hierdoor kan ze niet naar de badkamer om zich te verzorgen.</p>	<p>Praktijkondersteuner huisarts zou in overleg met huisarts gaan en medische toestand van client inschatten. Door in te praten op de client zou praktijkondersteuner proberen het gedrag te veranderen.</p> <p>Praktijkondersteuner zou in overleg met huisarts diabetescontrole doen en fysiotherapeut inschakelen voor 5 x 45 min (50% kans) om samen client en echtgenoot te ondersteunen. Dit zou ertoe leiden dat client en echtgenoot vaker zouden gaan wandelen (gelijk aan werkelijk).</p>	<p>Conditie verbeterd en benauwdheid client neemt af.</p>	<p>50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans op minder conditie client.</p>	0,000	0,006	0,006
			<p>Wvpk koppelt terug aan huisarts en POH dat er spanningen tussen client en echtgenoot zijn. Huisarts bespreekt oorzaak stressklachten met echtgenoot tijdens spreekuur.</p>		<p>Relatie echtgenoot is verbeterd doordat client beter voor zichzelf zorgt en samen met echtgenoot gaat wandelen.</p>	0,000	0,017	0,017	
			<p>Wvpk stelt aan huisarts voor om fysio in te zetten om client te activeren en haar meer te laten bewegen. Client was al eerder behandeld voor haar knie. Fysio wordt ingezet (5x 45 min via huisbezoek) en geeft client advies over bewegen in huis en buiten.</p>		<p>Echtgenoot wordt gedurende 3 maanden emotioneel ondersteund.</p>	0,000	0,011	0,011	
			<p>Wvpk stelt traplift voor, client ziet hier van af. Ook controleert wvpk of client blijft bewegen nadat behandeling fysiotherapeut is afgelopen. Client blijkt elke dag een rondje buiten te lopen met echtgenoot, en gaat ook de trap weer op naar de badkamer.</p>		<p>Inzet fysiotherapeut 3,75u.</p>	169	84	-84	
			<p>Wvpk voert ondersteunde gesprekken met echtgenoot over het omgaan met client. Wvpk draagt daarna informatie over aan huisarts en praktijkondersteuner huisarts.</p>		<p>Inzet praktijkondersteuner 1 uur.</p>	0	45	45	
<p>69 Vrouw, 42. Gescheiden moeder in de bijstand, 4 kinderen (19, 17, 13 en 10). Dochter van 17 uit huis geplaatst.</p> <p>Client heeft al jaren veel last van migraine (voornamelijk door stress), neemt snel slachtoffertol aan en maakt zich snel zorgen. Kinderen waren al eerder uit huis geplaatst vanwege verwaarlozing door client. Gezin in schuldsanering, maatschappelijk werk betrokken. Opvoedondersteuning via bureau jeugdzorg, leerplichtambtenaren betrokken.</p> <p>Client gaat regelmatig naar huisarts vanwege migraineklachten. Client is niet medicatierouw, informeert de huisarts onvolledig, is niet goed in staat een hulpvraag te formuleren en volgt adviezen van huisarts niet op.</p>	<p>Huisarts neemt contact op met wvpk.</p>	<p>Geen nieuw contact</p>	<p>Wvpk biedt luisterend oor. Na 3 gesprekken is beeld pas compleet. Wvpk neemt contact op met bureau jeugdzorg en koppelt dit terug naar huisarts.</p>	<p>Huisarts zou client doorverwijzen naar 1e lijnspsycholoog, client zou niet op afspraak komen. Huisarts zou praktijkondersteuner op huisbezoek sturen voor voorlichting (gericht op medicatie). Praktijkondersteuner zou 1-2 bezoeken brengen, client lijkt mee te werken maar zou in werkelijkheid weinig doen. 25% kans dat de praktijkondersteuner samen met de huisarts erin zou slagen het 'medicatie traject' met client in te gaan.</p> <p>Activeringsteam gemeente zou aankloppen bij gezin, client zou hulp niet accepteren/tegenwerken. Het activeringsteam zou daarna geen acties meer ondernemen.</p>	<p>Activeringsteam gemeente gaat langs bij client.</p>	0	225	225	
			<p>Wvpk belegt MDO met maatschappelijk werk, bureau jeugdzorg (voogd) en client. Client komt niet opdagen. Afspraken MDO: (1) bureau jeugdzorg zal gezin minder ondersteunen (doordat client zelf niets doet). (2) bureau jeugdzorg zal onderzoeken of alle kinderen uit huis geplaatst moeten worden. (3) nieuwe voogd met frisse blik wordt ingezet. (4) voogd houdt huisarts op de hoogte. (5) wvpk gaat client meer activeren en helpen in de omgang met migraine.</p>		<p>Migraine client neemt af door verbeterde medicatie inname en sporten client.</p>	0,000	0,009	0,009	
			<p>Wvpk spreekt traject af met huisarts (medicatie en hoofdpijndagboek en controle bij huisarts in combinatie met controle wvpk op inname medicatie). Wvpk spoort client aan medicatie in te nemen en legt verantwoordelijkheid bij client zelf neer. Hierdoor neemt client medicatie beter in.</p>		<p>Bijdrage uit bijzondere bijstand voor sport client en jongste zoon.</p>	400	0	-400	
			<p>Wvpk gaat gesprek aan over sport en activeert client zodat ze zelf met maatschappelijk werk bespreekt of dit mogelijk is in het schuldsaneringstraject. Wvpk gaat 1e keer met client naar sportlocatie (waarna client 1x p/w, daarna 2x p/w gaat sporten), en daarna ook met kinderen (jongste kind gaat op voetbal) met een bijdrage vanuit de bijzondere bijstand. Wvpk gaat met client naar buurtcentrum voor taalles, client ziet daar vanaf.</p>		<p>Vrouw gaat minder vaak naar huisarts (eerst 4x p/m, nu 3 x p/m).</p>	0	219	219	
			<p>Wvpk heeft contact met activeringsteam sociale zaken van de gemeente. Wvpk bespreekt casus met huisarts, die een verwijzing voor 1e lijn psycholoog afgeeft. Client maakt hier geen gebruik van. Wvpk blijft de komende periode betrokken.</p>		<p>Gezondheid jongste kind verbeterd door sporten.</p>	0,000	0,012	0,012	
					<p>Client maakt zich minder zorgen om jongste kind omdat deze door voetballen meer sociale contacten heeft.</p>	0,000	0,042	0,042	
					<p>Inzet maatschappelijk werker 1 uur.</p>	0	45	45	
					<p>Inzet gezinsvoogd jeugdzorg 1 uur.</p>	0	45	45	
					<p>Inzet praktijkverpleegkundige 1,5 uur.</p>	0	68	68	

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten			
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto	
<p>73 Man, 66 jaar, alleenstaand, gescheiden, 3 zoons, waarvan 1 mantelzorg verleent.</p> <p>Client heeft hersenbloeding gehad waardoor zijn gezichtsvermogen is afgenomen en hij last heeft van vergeetachtigheid. Praat moeizaam en met een accent. Client neemt medicatie wisselend in als gevolg van vergeetachtigheid. Heeft PV voor insuline spuiten in de ochtend en uitzetten medicatie.</p> <p>Client is recent overgestapt naar een andere thuiszorgorganisatie. Verpleegkundige van thuiszorg kan niet echt grip krijgen op client.</p>	Verpleegkundige thuiszorg schakelt wijk in.	Verpleegkundige thuiszorg zou maatschappelijk werk inschakelen.	<p>Tijdens eerste gesprek geeft client aan financiën niet op de orde te hebben, heeft geen overzicht. Client is achterdochtig door financiële problemen, onder andere met deurwaarders. Gesprek verloopt moeizaam vanwege spraakproblemen client.</p> <p>Wijk meldt client aan voor maatschappelijk werk, maar deze blijkt daar al in beeld te zijn. Maatschappelijk werker geeft aan dat client afspraken niet goed na komt. Wekelijkse contacten verlopen niet goed doordat client telefoon vaak uit heeft staan.</p> <p>Wijk constateert dat client vanwege beperkt gezichtsvermogen moeite heeft met het op de juiste wijze innemen van de medicatie. Ook signaleert wijk dat client slecht reageert op vaak wisselende zorgverleners (dit had verpleegkundige thuiszorg ook al gesignaleerd) en dan vaak de deur niet open doet.</p> <p>Wijk koppelt bevindingen terug naar verpleegkundige thuiszorg, waarna deze er meer rekening mee gaat houden. Ook wordt indicatie PV opgehoogd van 15 naar 20 min p/d om client 's middags een keer extra te kunnen bellen om hem eraan te herinneren medicatie in te nemen. Wijk sluit het dossier af.</p>	<p>Verpleegkundige thuiszorg zou met de planning regelen dat zoveel mogelijk dezelfde gezichten bij client komen.</p> <p>Verpleegkundige zou maatschappelijk werk inschakelen.</p> <p>Verpleegkundige zou de situatie niet helemaal vertrouwen en client doorverwijzen naar de huisarts. Deze zou na een consult dezelfde conclusies trekken als wijk en de PV verhogen naar 20 min p/d.</p>	<p>Client heeft zijn financiën beter op orde door betere ondersteuning maatschappelijk werker.</p> <p>Client heeft minder wisselingen in zorgverleners.</p> <p>Client doet vaker de deur open waardoor de zorg gemakkelijker verloopt.</p> <p>PV 20 min p/d.</p> <p>Inzet huisarts 1 contactmoment met client op spreekuur.</p>	Gelijk aan werkelijk.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0
<p>74 Man, 54, alleenstaand, gescheiden, 3 kinderen waarmee client dagelijks telefonisch contact heeft.</p> <p>Client heeft COPD, vaak gebouwd en kortademig, dikke benen als gevolg van hartcompensatie. Lopen gaat moeizaam, heeft scootmobiel. Client is in het verleden verlaafd geweest aan harddrugs, gebruikt nu methadon als onderdeel van behandeling door verslavingszorg (onderdeel van een GGZ-organisatie). Woonbegeleider GGZ komt wekelijks langs bij client. Client heeft HH 3u p/w. Client is recent verhuisd (vorige woning had geen lift), waarna PV 0,5u p/w is gestopt.</p> <p>Vanwege wisseling van ha gaat client langs bij praktijk, komt op spreekuur bij physician assistant. Client vertelt dat GGZ methadon wil afbouwen, maar dat hij dat zelf absoluut niet wist. Physician assistant is bang dat hierdoor behandeling client in gevaar komt.</p>	Physician assistant schakelt wijk in.	Physician assistant zou zelf op huisbezoek gaan.	<p>Wijk constateert dat huis client schoon is, er staan wel nog wel veel dozen. Client is vriendelijk en open. Vertelt dat hij goed contact heeft met zijn ex-partner. Client geeft daarnaast aan dat er een indicatie is voor PV, maar dat hij hiervan geen gebruik meer maakt na verhuizing.</p> <p>Wijk constateert dat benen client droog zijn. Koppelt dit terug naar huisarts, die een creme voorschrijft. Ook constateert wijk dat client medicatie gebruikt die niet op zijn lijst van de apotheek staan. Huisarts zorgt dat medicatie wordt aangepast. Wijk zorgt vervolgens dat PV weer wordt ingezet. Daarnaast vraagt wijk een rollator voor client aan (nog niet toegewezen).</p> <p>Client is boos op GGZ omdat hij zijn methadon moet afbouwen. Wijk komt erachter dat het gaat om angsten in verband met slechte eerdere ervaringen met afbouwen (mogelijke terugval in verslaving, slaapproblemen).</p> <p>Wijk overlegt met behandelend psychiater en woonbegeleider. Vertelt waar angsten client vandaag komen, waarna deze benadering client aanpassen (meer rekening houden met angsten client). Afbouwen methadon wordt vervolgens in gang gezet waarna wijk dossier afsluit.</p>	<p>50% kans dat physician assistant zou achterhalen waar de weerstand van client tegen het afbouwen van de methadon vandaan komen.</p> <p>50% kans dat physician assistant niet verder zou komen bij client.</p> <p>Physician assistant zou de uitkomst hebben teruggekoppeld naar de behandelend psychiater die op zijn beurt zou terugkoppelen richting woonbegeleider.</p> <p>50% kans dat afbouwen methadon direct zou worden ingezet.</p> <p>50% kans dat dit pas 3 maanden later zou lukken.</p> <p>Physician assistant zou zorgen dat PV weer wordt opgestart (een maand later).</p> <p>50% kans dat physician assistant ouderenwerk zou inschakelen en dat die de rollator voor client zouden aanvragen.</p>	<p>PV 0,5u p/w.</p> <p>Persoonlijke hygiëne client verbeterd door inzet PV en creme voor droge benen.</p> <p>Methadon client wordt afgebouwd.</p> <p>Medicatie client wordt aangepast.</p> <p>Client krijgt een rollator.</p>	Gelijk aan werkelijk, maar 1 maand later.	Gelijk aan werkelijk, maar 1 maand later.	0	279	279
<p>75 Man, 86 jaar, woont samen met echtgenote, goed contact met de kinderen die mantelzorg leveren (praktische zaken regelen en meegaan naar het ziekenhuis).</p> <p>Echtbaar heeft geen PV of HH.</p> <p>Client was gevallen en komt terug vanuit het ziekenhuis met een zwaar gekneusde heup (heeft pijnmedicatie). Client wil geen zorg of ondersteuning. Partner belt huisarts dat het thuis niet goed gaat.</p>	Huisarts schakelt wijk in.	Huisarts zou thuiszorg inschakelen.	<p>Wijk gaat op huisbezoek met zorgconsulent van de huiszorg. Ze weten client ervan te overtuigen dat (tijdelijke) zorg nodig is. Client accepteert dit.</p> <p>Zorgconsulent thuiszorg vraagt indicaties PV en HH aan. Vraagt ook een douchestoel aan (alle toegekend).</p> <p>Wijk sluit dossier af.</p>	<p>Zorgconsulent zou op huisbezoek gaan en client ervan overtuigen dat (tijdelijke) zorg nodig is.</p> <p>Zorgconsulent zou indicaties en douchestoel aanvragen.</p>	Tijdelijke inzet PV en HH + douchestoel.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0	
<p>76 Vrouw, 65, alleenstaand, gescheiden. Heeft 2 kinderen die in het buitenland wonen. Heeft goed contact met zus die in de buurt woont. Heeft een vrij groot sociaal netwerk.</p> <p>Client is actief in de wijk, doet vrijwilligerswerk voor de kerk. Verder behoort actief, speelt gitaar en schrijft.</p> <p>Bovenbuurvrouw van client geeft aan last te hebben van geluidsoverlast van client. Bovenbuurvrouw is bij bijeenkomst waar wijk voorlichting geeft.</p>	Bovenbuurvrouw client schakelt wijk in.	Geen nieuw contact	<p>Wijk gaat op huisbezoek bij bovenbuurvrouw die aangeeft dat de zaak onder behandeling is bij de woningcorporatie. In het verleden is de politie ook al betrokken geweest.</p> <p>Vervolgens gaat wijk op huisbezoek bij client. Deze zegt dat zij juist overlast ervaart van bovenbuurvrouw (onder andere door illegale onderverhuur).</p> <p>Wijk neemt contact op met huisarts voor mogelijke psychiatrische problematiek client. Huisarts geeft aan dat client hierna niet bekend is. Ook neemt wijk contact op met buurtbemiddeling. Die geven aan de zaak te hebben doorgespeeld naar de woningcorporatie.</p> <p>Wijk adviseert client en bovenbuurvrouw weer contact op te nemen met woningcorporatie en sluit het dossier af.</p>	Geen acties.	Geen resultaten.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0	

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
<p>77 Vrouw, 36, getrouwd, dochter van 10 jaar. Echtgenoot verliest veel mantelzorg, echtgenoot spreekt slecht Nederlands. Client spreekt goed Nederlands.</p> <p>Client is uitbehandeld aan maagkanker. Client kan nog lopen maar is erg zwak. Client is sterk vermagerd en vaak misselijk.</p> <p>Familie in buitenland stuurt kruiden voor alternatieve therapie. Client kan moeilijk accepteren dat ze uitbehandeld is. Gezin is enige tijd geleden vanuit andere gemeente verhuisd omdat in deze gemeente een betere behandeling mogelijk is. Client heeft PV voor terminale zorg.</p> <p>Huisarts constateert dat gezin behoefte heeft aan professionele ondersteuning door iemand met dezelfde culturele achtergrond. Huisarts benadert de wijk die hij kent vanuit de wijk waarin zijn praktijk is gevestigd.</p>	<p>Huisarts neemt contact op met wijk A.</p> <p>Wijk A kent een collega uit een andere wijk (wijk B) met dezelfde culturele achtergrond als het gezin en vraagt haar contact op te nemen.</p>	<p>Geen nieuw contact.</p>	<p>Client geeft aan tevreden te zijn met PV, maar BG te willen van iemand die de taal spreekt en dezelfde culturele achtergrond heeft (BG was wel geïndiceerd, maar werd slechts voor een klein deel, vanuit de Wmo, ingevuld).</p> <p>Wijk benadert een maatschappelijk werker met dezelfde culturele achtergrond. Samen vullen ze de BG in (4u p/w gedurende 3 maanden).</p> <p>Client staat op de wachtlijst voor HH. Wijk zorgt dat deze met spoed in behandeling wordt genomen zodat HH binnen 2 weken start.</p> <p>Wijk ondersteunt bij praktische zaken zoals het doornemen van post en het bespreekbaar maken van het regelen van de uitvaart (dit lag cultureel gezien moeilijk; starten en het regelen van de uitvaart wordt normaal gesproken nauwelijks besproken).</p> <p>Wijk neemt contact op met schoolmaatschappelijk werk en bespreekt hoe om te gaan met dochter wanneer client komt te overlijden. Ook spreekt wijk met iemand van de kerk over stervensbegeleiding. Tenslotte coacht wijk de verzorgenden van de thuiszorgorganisatie over het omgaan (de culturele achtergrond van) het gezin.</p> <p>Na het overlijden van client verwijst wijk partner door naar maatschappelijk werk vanuit de eigen culturele achtergrond en sluit het dossier af.</p>	<p>Huisarts zou geen verpleegkundige of maatschappelijk werker met dezelfde culturele achtergrond vinden als het gezin (heeft in werkelijkheid ook 2 maanden geduurd).</p> <p>Vanuit het lokale netwerk palliatieve zorg zou 1u p/2w praktische ondersteuning worden geleverd. Voor een periode van 2 maanden zou hiervoor 1u p/2w een tolk worden ingezet omdat het Nederlands van client steeds slechter werd.</p>	<p>Inzet BG 4u p/w gedurende 3 maanden.</p> <p>Inzet tolk 1u p/2w gedurende 3 maanden.</p> <p>Client, partner en kind voelen zich begrepen in de laatste levensfase van client.</p> <p>Hierdoor verlopen zorg, stervensbegeleiding, regelen uitvaart en traject rondom dochter veel minder goed.</p> <p>Partner voelt zich gedurende 3 maanden onbegrepen.</p> <p>Kind voelt zich gedurende 3 maanden onbegrepen.</p>	<p>Inzet BG door verpleegkundige vanuit netwerk palliatieve zorg 1u p/2w gedurende 3 maanden.</p> <p>Inzet tolk 1u p/2w gedurende 3 maanden.</p> <p>Client voelt zich gedurende 3 maanden onbegrepen. Hierdoor verloopt zorg, stervensbegeleiding, regelen uitvaart en traject rondom dochter veel minder goed.</p> <p>Partner voelt zich gedurende 3 maanden onbegrepen.</p> <p>Kind voelt zich gedurende 3 maanden onbegrepen.</p>	0	411	411
							0	480	480
							0,000	0,022	0,022
							0,000	0,022	0,022
<p>78 Man, 69, weduwnaar, woont in appartement samen met zoon. Zoon ondersteunt bij kleine klusjes in huis, is verder veel weg. Client heeft goed contact met zwager die paar uren verder woont.</p> <p>Client heeft diabetes waarvoor hij zelf insuline spuit. Verder gezond, geen PV of HH.</p> <p>Sociaal consultant van de woningcorporatie gaat langs bij alle huurders omdat het pand wordt gesloopt en iedereen dus moet verhuizen. Consultant constateert dat woning vul is en maakt zich zorgen over zelfredzaamheid van client. Consultant bespreekt client in lokaal zorgnetwerk.</p>	<p>Lokaal zorgnetwerk schakelt wijk in.</p>	<p>Geen nieuw contact</p>	<p>Wijk gaat op huisbezoek, constateert dat het huis onopgeruimd is, maar niet vervuld. Client geeft aan dat hij hulp heeft bij de aanstaande verhuizing van zoon en zwager en verder geen ondersteuning nodig heeft.</p> <p>Client geeft aan weinig sociale contacten te hebben, vnd het moeilijk om veel avonden alleen thuis te zijn. Wijk geeft client voorlichting over sociale activiteiten in de buurt. Client wil eerst de verhuizing afwachten en daarna verder kijken. Wijk heeft er vertrouwen in dat client zelfstandig genoeg en het sociale netwerk groot genoeg, waarna wijk het dossier afsluit.</p>	<p>Voorzitter lokaal zorgnetwerk (medewerker GGD) zou met een collega van het vervulgingsteam van de GGD op huisbezoek gaan. Deze zouden constateren dat de situatie niet bedreigend is.</p>	<p>Geen resultaten.</p>	<p>Inzet medewerker GGD en medewerker vervulgingsteam GGD (beiden 1 uur).</p>	0	90	90
<p>79 Vrouw, 77, alleenstaand, weduwe, appartement in seniorenflat. Goed contact met 1 dochter en schoonzus. Ook goed contact met buren en vriendinnen in dezelfde flat.</p> <p>Client is astmatisch en heeft hartklachten. Doet zelf de boodschappen met behulp van een rollator. Buren ondersteunen waar nodig. Client heeft HH 3u p/w en een vervoersindicatie.</p> <p>Client is tijdens groepsavontuur in het buitenland in het ziekenhuis beland met hart- en longklachten. Client heeft enkele dagen ter observatie in het ziekenhuis gelegen en is recent met een ambulancevliegtuig teruggekomen naar Nederland.</p> <p>Wijk heeft een netwerkgespek met een actieve bewoner in de flat van client en komt daarna in hetzelfde gebouw een aantal medebewoners tegen. Wijk maakt kennis waarna client vraagt of wijk eens bij haar langs wil komen.</p>	<p>Client benadert wijk.</p> <p>Client zou schoonzus inschakelen.</p>	<p>Client geeft aan dat haar indicatie HH (betaalt vanuit persoonsgebonden budget) binnenkort afloopt en dat ze niet weet hoe ze dit moet verlengen. Wijk probeert direct contact te krijgen met Wmo-loket, maar dit lukt niet.</p> <p>Client moet wak erna op gesprek komen in verband met strengere regels aanvraag HH. Op moment van afspraak gaat client niet omdat ze zich te benauwd voelt om weg te gaan. Enkele dagen later krijgt client een brief waarin staat dat de indicatie is afgewezen omdat ze niet is verschenen op de afspraak. Client neemt contact op met wijk.</p> <p>Wijk belt naar Wmo-loket en vraagt of er iemand bij client thuis langs kan komen. Dit gebeurt, waarna de indicatie wordt verlengd.</p> <p>Wijk gaat nog een keer langs om te kijken of alles goed gaat, dit is het geval, waarna wijk het dossier afsluit.</p>	<p>Schoonzus zou voor client naar Wmo-loket bellen. Het zou haar niet lukken om iemand op huisbezoek bij client te laten komen.</p> <p>Client zou samen met schoonzus met taxi (middels vervoersindicatie) langsgaan bij Wmo-loket.</p>	<p>HH blijft doorlopen</p> <p>Inzet medewerker Wmo-loket voor huisbezoek 0,5u.</p> <p>Ritje van 5 minuten met taxi (vergoed vanuit Wmo).</p>	<p>Gelijk aan werkelijk.</p> <p>Inzet medewerker Wmo-loket 0,25u.</p>	0	0	0	
						23	11	-11	
						0	10	10	

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Werkelijk	Nulalternatief	Netto
<p>80 Vrouw, 79. Hele leven alleenstaand. Weinig sociale contacten, redelijk contact met nicht, maar werd vanwege leeftijd en afstand steeds moeilijker om elkaar te zien. Client heeft redelijk contact met buurvrouw. Een vrijwilliger vanuit het UWV komt 1x p2w langs om te wandelen of mee te gaan naar afspraken.</p> <p>Client heeft chronische pijnklachten vanwege een aantal verzakte wervels. Is hiervoor onder behandeling bij de pijnpoli van het ziekenhuis. Client heeft dagelijks PV voor hulp bij het douchen, loopt met een rolator (kan zelf boodschappen doen). Client heeft depressieve klachten, is erg onrustig, nerveus en achterdochtig.</p> <p>Verzorgende thuiszorg constateert dat client veel klaagt en veel medicatie gebruikt (combinatie van morfine en rustgevendende medicatie), vraagt zich af of dat goed gaat. Constateert dat de huisarts niet tevreden is met de behandeltrouw van client aan de behandeling vanuit de pijnpoli.</p>	<p>Verzorgende thuiszorg schakelt wijk in.</p>	<p>Verzorgende thuiszorg zou huisarts inschakelen.</p>	<p>Wpk constateert in eerste instantie dat client redelijk opgewekt is, geïnteresseerd is in de actualiteit en vrij actief lijkt. Bij doorvragen blijkt client veel stress te ervaren vanwege pijnklachten, zich neerslachtig te voelen, slecht te slapen en steeds minder te kunnen ondernemen.</p> <p>Wpk neemt contact op met huisarts. Huisarts controleert medicatie en bouwt morfine af. Ook wordt client aangemoedigd bij een zelfhulpgroep voor mensen met pijnklachten en psychische problematiek. Client staat hiervoor open.</p> <p>Op de dag van de intake bij de GGZ wordt client onwel in de wachtkamer. Client wordt met hartklachten opgenomen in het ziekenhuis. Vrijwilliger (die bij de intake was en mee ging naar het ziekenhuis) belt wijk om kleding van client naar het ziekenhuis te brengen (kent niemand anders aan wie deze dit kan vragen). Wpk doet dit.</p> <p>Na een aantal dagen in het ziekenhuis te hebben doorgebracht, moet client weer naar huis. Ze wil dit echter niet uit angst om alleen te zijn. Na gesprekken met ziekenhuispsycholoog gaat client toch naar huis.</p> <p>Wpk gaat vervolgens bij client langs en zorgt dat PV wordt henat. De volgende ochtend, wanneer de verzorgende thuiszorg langs komt voor PV, weigert client iedere vorm van hulp (wil medicatie niet innemen, niet douchen, schreeuwt naar verzorgende).</p> <p>Huisarts laat client opnemen in een PAAZ waar ze 6 weken verblijft. Client krijgt uiteindelijk een reguliere V&V-verblijfsindicatie voor een vzh en verhuist daar naartoe. Hierna sluit wijk het dossier af.</p>	<p>Verzorgende thuiszorg zou samen met een verpleegkundige de huisarts vragen om op huisbezoek te gaan. Huisarts zou dit doen.</p> <p>Huisarts zou client aanmelden bij de GGZ. 50% kans dat huisarts na controle van de medicijnlijst controleren de morfine zou afbouwen.</p> <p>Client zou in het ziekenhuis terecht komen waar ze leenkleiding van het ziekenhuis zou ontvangen. Verpleegkundige thuiszorg zou na thuiskomst client PV weer inschakelen en op bezoek gaan. Client zou worden opgenomen in een PAAZ en daarna verhuizen naar een vzhuis (gelijk aan werkelijk).</p>	<p>Morfine client wordt afgebouwd waardoor ze zich gedurende 4 weken iets energiever voelt.</p> <p>Client voelt zich gedurende 5 dagen iets prettiger doordat ze in het ziekenhuis haar eigen kleding heeft.</p> <p>Client wordt opgenomen in het ziekenhuis, vervolgens in een PAAZ en verhuist daarna naar een vzhuis.</p>	<p>50% kans op gelijk aan werkelijk. 50% kans dat client zich gedurende 4 weken iets minder energiever voelt.</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0,000</p> <p>0,003</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0,003</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	
			<p>Inzet verpleegkundige thuiszorg 1 uur.</p>	<p>0</p> <p>69</p>	<p>69</p>				
			<p>Inzet huisarts 1 huisbezoek.</p>	<p>0</p> <p>27</p>	<p>27</p>				
<p>81 Vrouw, 32. Woont met zus (slaapt op een matras in de woonkamer) en dochter van 11 jaar. Appartement op 4e etage, oude flat zonder lift. Slecht onderhouden door verhuurder (particulier). Zus ondersteunt in huishouden en doet boodschappen.</p> <p>Client is arbeidsongeschikt. Client heeft behoorlijk overgewicht en daardoor last van knieën (onder behandeling bij orthopedisch chirurg in ziekenhuis), traplopen gaat moeizaam, client komt weinig buiten. Client heeft een goedaardige tumor in het hoofd. Dochter client is bekend bij CJG (interventieverpleegkundige en maatschappelijk werker vanuit school) vanwege geweld in vorige relatie client.</p> <p>Verhuurder meldt in lokaal zorgnetwerk dat gezin woning verwaarloost. Wpk heeft aan om eens langs te gaan. Viak daarvoor had voorzitter zorgnetwerk (medewerker GGD) interventieverpleegkundige CJG al gevraagd langs te gaan (hiervan was wijk niet op de hoogte).</p>	<p>Lokaal zorgnetwerk schakelt wijk in.</p>	<p>Lokaal zorgnetwerk zou casemanager GGD inschakelen.</p>	<p>Wpk constateert dat het huis in slechte staat is: slechte ventilatie, veel vocht en schimmel. Wpk is van oordeel dat dit niet komt door vervaarlosing door het gezin, maar door slecht onderhoud van verhuurder. Client had de Vereniging Eigen Huis al een onderzoek laten doen waaruit naar voren kwam dat de verhuurder verplicht is het huis op te knappen.</p> <p>Wpk stelt een rapportage op van haar bevindingen en koppelt dit terug naar home-team (GGD, Wpk, GGZ, praktijkondersteuner huisarts). Omdat wijk aangeeft niet echt hoogte te kunnen krijgen van de thuis situatie (maar er geen goed gevoel bij heeft en depressie bij client niet uit kan sluiten), wordt afgesproken dat bij de volgende afspraak een verpleegkundige van de GGZ mee gaat. Wpk spreekt met client af dat bij dit gesprek ook zus aanwezig is.</p> <p>Zus blijkt op het laatste moment toch niet aanwezig te zijn bij gesprek. Verpleegkundige GGZ heeft niet het idee dat client depressief is, vindt dochter wel erg gehoorzaam/aangepast. Wpk koppelt bevindingen terug naar interventieverpleegkundige CJG.</p> <p>Wpk probeert hierna verschillende keren contact op te nemen met client, maar deze geeft aan het traject nav het rapport van Vereniging Eigen Huis te willen volgen en geen behoefte te hebben aan contact.</p>	<p>Voorzitter lokaal zorgnetwerk zou bevindingen van interventieverpleegkundige CJG afwachten. Op basis hiervan zou deze constateren dat de situatie niet ernstig genoeg is om vervolgacties in te zetten.</p>	<p>GGD, GGZ en huisarts zijn beter op de hoogte van de situatie.</p> <p>GGD, GGZ en huisarts zijn minder goed op de hoogte van de situatie.</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	
<p>82 Mevrouw, 92. Woont in een oude boerenwoning samen met nicht (50 jaar). Nicht verleent mantelzorg.</p> <p>Client heeft slechte vaten, is slechthorend, heeft diabetes en is volledig ADL-afhankelijk. Nicht helpt bij douchen, aankleden en naar toilet gaan. Client heeft slecht inzicht in eigen beperkingen en is erg claimend richting nicht. Client heeft particuliere hulp bij het huishouden.</p> <p>Huisarts vermoedt psychiatrische problematiek en schakelt GGZ in voor screening. Gelijktijdig schakelt huisarts thuiszorg in omdat deze bang is dat nicht overbelast raakt. Client stuurt verzorgende thuiszorg weer weg, wil alleen door nicht worden geholpen.</p>	<p>Thuiszorg schakelt wijk in.</p>	<p>Verpleegkundige thuiszorg zou bij client langs gaan.</p>	<p>Wpk gaat langs bij client en voert verschillende gesprekken met client en nicht. Wpk signaleert dat nicht een zeer grote inspanning levert in de zorg voor haar tante. Wpk constateert dat client dikke benen (oedeem) heeft en vraagt of ze hiervoor terug mag komen (wjk gebruikt dit als ingang om terug te kunnen blijven komen). Dat mag, waarna wijk 3x p/w gedurende 6 maanden langskomt om te zwachtelen. Wpk voert verschillende gesprekken met nicht, deze is erg blij ondersteund te worden. Nicht durfde niet tegen client te zeggen dat het beter zou zijn (ook) professionele zorg te accepteren.</p> <p>Gedurende de periode van 6 maanden wint wjk geleidelijk het vertrouwen van client. Wpk begint met het begeleiden van client bij het douchen, breidt geleidelijk aan uit tot 2 dagelijkse zorgmomenten die door verzorgende thuiszorg worden ingevuld. Nicht doet de overige verzorging van client.</p> <p>Wpk maakt zich zorgen over zeer koude, rode tot blauwachtige voeten van client. Wpk schakelt huisarts in voor Doppler onderzoek (onderzoek naar vaatvoorziening naar de voeten), die dat bij client thuis uitvoert.</p> <p>Lichamelijke toestand van client verslechtert steeds meer. In deze periode komt GGZ ook regelmatig langs (in het begin samen met wijk om vertrouwen te winnen). Client wordt diagnosticeerd met een angststoornis en krijgt daarvoor medicatie voorgeschreven.</p> <p>GGZ constateert dat er 24-uurs toezicht nodig is. In overleg tussen huisarts, wijk en GGZ wordt besloten dat ACT-team van GGZ client 'met zachte dwang' toeleidt naar opname in een vphuis (ZZP7). Dat vindt dezelfde week plaats, waarna wjk het dossier afsluit.</p>	<p>Verpleegkundige thuiszorg zou een aantal keer langsgaan bij client.</p> <p>25% kans dat client gedurende 6 maanden PV zou accepteren en daarna met ZZP 7 zou worden opgenomen in een vphuis (gelijk aan werkelijk).</p> <p>75% kans dat client geen PV zou accepteren, waarna nicht na 3 maanden overbelast zou raken. Client zou dan met ondersteuning van de GGZ met ZZP 7 moeten worden opgenomen in een vphuis.</p>	<p>PV gemiddeld 0.75u p/w voor een periode van 6 maanden.</p> <p>Benen van client zijn gedurende 6 maanden gewzachteld.</p> <p>Inzet huisarts voor uitvoeren Doppler onderzoek 1 huisbezoek.</p> <p>Nicht client is 6 maanden minder zwaar belast.</p> <p>Client wordt met ZZP 7 opgenomen in vphuis</p>	<p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op geen PV.</p> <p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans dat client gedurende 6 maanden een wond krijgt en hiervoor 3x p/w wondverzorging nodig zou hebben gedurende 1 maand.</p> <p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op geen bezoek huisarts.</p> <p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op geen PV.</p> <p>25% kans op gelijk aan werkelijk. 75% kans op gelijk aan werkelijk, maar 3 maanden eerder.</p>	<p>6579</p> <p>822</p> <p>0</p> <p>46</p> <p>0,000</p> <p>0</p>	<p>822</p> <p>312</p> <p>11</p> <p>0,024</p> <p>11372</p>	<p>-5757</p> <p>312</p> <p>-34</p> <p>0,024</p> <p>11372</p>

DE 'ZICHTBARE SCHAKEL'-WIJKVERPLEEGKUNDIGE: EEN HELE ZORG MINDER

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Netto
<p>83 Vrouw, 89 jaar, alleenstaand. Goed contact met diverse familieleden die haar ondersteunen.</p> <p>Client heeft een half jaar geleden een amputatie ondergaan vanwege acute trombose. Client heeft HH 4u p/w en PV dagelijks voor uitzetten medicatie.</p> <p>Client is sinds 6 weken thuis uit een revalidatiecentrum waar ze heeft leren omgaan met het verlies van haar arm. Verpleegkundige thuiszorg maakt zich zorgen over thuisituatie.</p>	Verpleegkundige thuiszorg schakelt wvk in.	Verpleegkundige thuiszorg zelf bij client langs gaan.	<p>Wvk constateert dat client altijd gewend is geweest zeer zelfstandig te zijn en er moeite mee heeft veel dingen nu niet meer te kunnen (zoals auto rijden). Wvk licht client voor over mogelijkheden voor ondersteuning, zoals de wijkbuss en boodschappen-plusbus. Client geeft aan hier geen behoefte aan te hebben omdat familie hierin ondersteunt.</p> <p>Wvk constateert dat client zich zelfstandig goed kan redden, mede vanwege haar sociale netwerk en haar aangeleerde vaardigheden tijdens de revalidatie. Wvk sluit dossier af.</p>	Verpleegkundige thuiszorg zou dezelfde gesprekken voeren met client (zou hier wel minder tijd voor hebben). Verpleegkundige zou tot dezelfde conclusie komen als wvk.	Geen resultaten.	Inzet verpleegkundige thuiszorg 1 uur.	0	69	69
<p>84 Vrouw, 90. Alleenstaand, weduwe. Woont in huis dat op de nominatie staat om gesloopt te worden. Client heeft een zeer beperkt sociaal netwerk, groot conflict met haar kinderen. Dit is verergerd doordat kinderen haar een dag na het overlijden van haar partner (een half jaar geleden) naar en vzhuis hebben gebracht. 48 uur later is client weer terugverhuisd naar haar huidige woning.</p> <p>Client heeft rugklachten (osteoporose), gebruikt pijnmedicatie en slaaptabletten. Krijgt ondersteuning vanuit sociaal raadsman (hulp bij administratie, heeft woonpaa aangevraagd, huur en zorgtoeslag geregeld bij terugkomst). Maatschappelijk werker voor ondersteuning bij rouwverwerking (een aantal bezoeken, daarna laat client deze niet meer binnen) en medewerker HH mag af en toe binnen komen. Heeft ook PV gehad voor uitzetten medicatie, dit heeft client opgezegd. Client is de afgelopen periode een aantal keer op bezoek geweest bij een vzhuis om appartementen te bekijken, maar geen van deze beviel haar.</p> <p>Sociaal raadsman maakt zich zorgen over thuisituatie client.</p>	Sociale raadsman schakelt wvk in.	Geen nieuw contact.	<p>Client geeft aan graag met een vrijwilliger naar het ziekenhuis te kunnen gaan wanneer dit nodig is. Wvk schakelt een vrijwilligersorganisatie in (waar client al bekend bleek te zijn en eerder hulp heeft afgehouden). Nu staat client er voor open, intake volgt binnenkort.</p> <p>Client geeft aan haar verhuizing naar een vzhuis naar eigen keuze graag zelf te willen regelen. Heeft geen behoefte aan ondersteuning. Client is goed verzorgd; woning is niet vervuld. Wvk onderhoudt contact met de coördinerend verzorgende en verpleegkundige van de betrokken thuiszorgorganisatie. Zolang de coördinerend verzorgende binnen mag blijven komen bij client ziet wvk geen noodzaak tot uitbreiding HH of opnieuw inzetten PV.</p> <p>Wvk legt een aantal huisbezoeken af als 'luisterend oor' voor client en om haar te motiveren om HH te blijven accepteren (voorkomen sociaal isolement). Client wil graag dat wvk bemiddelt in het familieconflict. Wvk geeft aan dat dit niet tot haar takenpakket behoort en biedt aan bemiddeling in te schakelen. Client wil dit niet.</p> <p>Wvk gaat binnenkort opnieuw langs.</p>	Sociale raadsman zou met niemand contact opnemen.	Geen resultaten.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0
<p>85 Vrouw, 27. Alleenstaand, 2 kleine kinderen (jonger dan 2 jaar), af en toe telefonisch contact met ex-partner. Geen contact met familie. Woont in particuliere huurwoning.</p> <p>Client is als kind gevucht met haar ouders vanuit het buitenland naar Nederland. Tijdens de vlucht heeft client een broer en zus verloren. In Nederland zou client worden uitgehuisd, maar is met haar toenmalige partner uit huis gevucht. Heeft gebroken met familie, daarna op diverse plaatsen gewoond. Client heeft hoge schulden, is nog niet in staat om (hoge) huur te betalen. Heeft nauwelijks geld om boodschappen te doen.</p> <p>Client komt op spreekuur bij huisarts met rugklachten en problemen met eten, drinken en slapen. Huisarts vraagt zich af of er sprake is van postpartum depressie en/of psychosociale problematiek.</p>	Huisarts schakelt wvk in.	Huisarts zou maatschappelijk werk benaderen.	<p>Wvk constateert dat client te maken heeft met veel problematiek. Wvk besluit te focussen op het gebrek aan eten voor de kinderen, het kleine sociale netwerk van client en de (ernstige) schuldenproblematiek waardoor client het risico loopt op termijn haar woonruimte te verliezen.</p> <p>Client vertelt dat ze een MBO-opleiding op niveau 3 heeft afgerond (verzorgende) en is begonnen met niveau 4. Ze gaat niet meer naar school, maar heeft de maximale studiefinanciering (inclusief lening) wel door laten lopen.</p> <p>Wvk meldt client aan bij de Voedselbank. Deze meldt dat client hier niet voor in aanmerking komt omdat het inkomen vanwege de studiefinanciering te hoog is.</p> <p>Wvk stimuleert client contact op te nemen met school en zich (tijdelijk) te laten uitschrijven. Dit doet client, waarna studiefinanciering stopt. Vervolgens gaat client solliciteren naar verzorgende functies op niveau 3 en schrijft ze zich in bij een uitzendbureau. Ook vraagt client samen met wvk een bijstandsuitkering aan.</p> <p>Client werkt sinds 2 maanden redelijk veel, waardoor uitkering en ondersteuning Voedselbank wellicht weer worden gestopt.</p> <p>Wvk schakelt maatschappelijk werk in. Deze hebben op het moment geen capaciteit voor langdurige trajecten (wachlijst van 3-6 maanden). Via een kortdurend traject wordt geprobeerd een urgentieverklaring bij een woningcorporatie voor client te regelen. Deze wordt niet toegestaan, waarna maatschappelijk werk weer afsluit.</p> <p>Wvk stimuleert client naar de gemeentelijke kredietbank te gaan voor schuldhulpverlening. Het is onzeker of client dit daadwerkelijk heeft gedaan.</p> <p>Wvk geeft client adviezen over het omgaan met haar kinderen, sollicitatietips en advies over omgaan met kinderopvang. Ook informeert wvk client over de mogelijkheden van ondersteuning door een vrijwilliger. Hier wil client op dit moment geen gebruik van maken.</p> <p>Wvk bespreekt client in lokaal zorgnetwerk. Wvk blijft zoeken naar organisaties die capaciteit hebben voor maatschappelijke ondersteuning van client. Ook stimuleert wvk client te blijven zoeken naar een goedkopere huurwoning.</p>	Huisarts zou bij maatschappelijk werk te horen krijgen dat er een wachlijst is van 3-6 maanden. Huisarts zou kortdurende traject aanvragen voor client.	Inzet kortdurend traject maatschappelijk werk.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0
		Vervolgens zou huisarts CJG inschakelen.		Vervolgens zou huisarts contact opnemen met het CJG. Een verpleegkundige van het CJG zou op huisbezoek gaan en client aanmelden bij de Voedselbank. Dit zou worden afgewezen.	Inzet huisarts 2 keer spreekuur.	0	73	73	
			Wvk meldt client aan bij de Voedselbank. Deze meldt dat client hier niet voor in aanmerking komt omdat het inkomen vanwege de studiefinanciering te hoog is.	Gedurende het traject zou client 2 extra bezoeken aan de huisarts brengen. Deze zou BG klasse 1 inzetten gedurende een periode van 3 maanden.	Inzet Voedselbank gedurende 3 maanden.	Geen inzet Voedselbank.	0	0	0
			Wvk stimuleert client contact op te nemen met school en zich (tijdelijk) te laten uitschrijven. Dit doet client, waarna studiefinanciering stopt. Vervolgens gaat client solliciteren naar verzorgende functies op niveau 3 en schrijft ze zich in bij een uitzendbureau. Ook vraagt client samen met wvk een bijstandsuitkering aan.	Gedurende het traject zou client 2 extra bezoeken aan de huisarts brengen. Deze zou BG klasse 1 inzetten gedurende een periode van 3 maanden.	Inzet BG klasse 1 gedurende 3 maanden.	0	901	901	
			Client werkt sinds 2 maanden redelijk veel, waardoor uitkering en ondersteuning Voedselbank wellicht weer worden gestopt.	Client en kinderen zijn beter gevoed gedurende 3 maanden.	Client is slechter gevoed gedurende 3 maanden.	0,000	0,001	0,001	
			Wvk schakelt maatschappelijk werk in. Deze hebben op het moment geen capaciteit voor langdurige trajecten (wachlijst van 3-6 maanden). Via een kortdurend traject wordt geprobeerd een urgentieverklaring bij een woningcorporatie voor client te regelen. Deze wordt niet toegestaan, waarna maatschappelijk werk weer afsluit.	Kind 1 is slechter gevoed gedurende 3 maanden.	0,000	0,001	0,001		
			Wvk stimuleert client naar de gemeentelijke kredietbank te gaan voor schuldhulpverlening. Het is onzeker of client dit daadwerkelijk heeft gedaan.	Kind 2 is slechter gevoed gedurende 3 maanden.	0,000	0,001	0,001		
			Wvk geeft client adviezen over het omgaan met haar kinderen, sollicitatietips en advies over omgaan met kinderopvang. Ook informeert wvk client over de mogelijkheden van ondersteuning door een vrijwilliger. Hier wil client op dit moment geen gebruik van maken.	Studiefinanciering beroepsopleiding maximaal + lening stopt.	Studiefinanciering beroepsopleiding maximaal + lening loopt 3 maanden langer door.	0	2219	2219	
			Wvk bespreekt client in lokaal zorgnetwerk. Wvk blijft zoeken naar organisaties die capaciteit hebben voor maatschappelijke ondersteuning van client. Ook stimuleert wvk client te blijven zoeken naar een goedkopere huurwoning.	Bijstandsuitkering gedurende 3 maanden.	Geen bijstandsuitkering gedurende 3 maanden.	1971	0	-1971	
				Schulden client lopen niet verder op.	Financiële situatie verslechtert verder door oplopende studieschuld en niet ontvangen van bijstandsuitkering.	0	0	0	
				Client verricht betaald werk voor een periode van 2 maanden (inkomsten: 750 euro netto per maand).	Client verricht geen betaald werk voor een periode van 2 maanden.	0	0	0	
					50% kans op melding bij AMK, gevolgd door een onderzoek.	0	800	800	

KOSTEN-BATENANALYSE IN OPDRACHT VAN ZONMW

Casus	Totstandkoming contact		Interventie		Resultaat		Baten		
	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Werkelijk	Nu/alternatief	Netto
<p>86 Man, 95. Weduwnaar, dochter woont aan andere kant van Nederland. Dochter komt 1x p/w langs voor praktische zaken (zoals het doen van boodschappen). Client woont in een aanleunflat. Client heeft beperkt contact met bureu, komt huis nauwelijks niet meer uit.</p> <p>Client heeft een slechte gezondheid, bekend met uitvalsverschijnselen, evenwichtsstoornis, weinig eetlust en valt regelmatig. Client zit het grootste deel van de dag in zijn stoel.</p> <p>Client heeft PV klasse 2, VP klasse 1, HH 3u p/w. Wil niet meer zorg (had eerder zorg in de avond al opgezegd) en wil thuis blijven wonen.</p> <p>Huisarts maakt zich zorgen over thuisituatie (somaatisch gezien is client verpleeghuisbehoefig) en vraagt zich af er meer zorg (waaronder nachtzorg) kan worden ingezet. Huisarts krijgt geen contact met thuiszorgorganisatie.</p>	Huisarts schakelt wvk in.	Huisarts zou contact opnemen met thuiszorg.	<p>Wvk constateert dat client open staat voor zorg, zolang hij maar thuis kan blijven wonen. Wvk neemt contact op met thuiszorg. De (kleine) thuiszorgorganisatie heeft geen verpleegkundigen in dienst en kan geen zwaardere zorg leveren als dit nodig is.</p> <p>Wvk neemt contact op met dochter. Deze maakt zich veel zorgen over de thuisituatie van client en voelde zich vaak onbegrepen door huisarts. Wvk voert telefonisch een aantal ondersteunende gesprekken.</p> <p>Lichamelijke toestand van client verslechtert plotseling na val. Dochter, huisarts en wvk spreken over de wenselijke aanpak. Dochter wil client op laten nemen, huisarts weet dochter ervan te overtuigen dat dit tegen zijn wil is. Huisarts vraagt ZZP-10 aan voor client.</p> <p>Dochter, huisarts en wvk constateren dat de thuisituatie onverantwoord is. Client verhuist naar hospice in woonplaats dochter en overlijdt een week daarna.</p>	Huisarts zou na verschillende pogingen contact krijgen met de thuiszorgorganisatie. Ook zou huisarts contact opnemen met dochter client.	Client verhuist naar hospice waar hij een week later overlijdt.	Gelijk aan werkelijk.	0	0	0
					Dochter is gedurende 1,5 week emotioneel ondersteund.	Dochter voelt zich gedurende 1,5 week minder goed ondersteund.	0,000	0,004	0,004
						Inzet huisarts 1 uur.	0	55	55

Smallepad 34
3811 MG Amersfoort

POSTADRES

Postbus 490
3800 AL AMersfoort

TELEFOON

033 - 496 52 00

INTERNET

www.bmc.nl