



Hygiënische zorg in de vergoeding per handeling in de thuisverpleging (Studie T2T7)

Rapport 2006/1

Beschrijving van de steekproef en de methodologie bij de aanvang van de studie.

(Voor een goede leesbaarheid worden de pagina's 56-60 van dit rapport best in kleur afgedrukt.)

Paquay L, Wouters R, Tobing E, Debaillie R, Geys L.

Brussel, Februari 2006

Inleiding

Situering

Binnen de patiëntenpopulatie van de thuisverpleging vormen de personen met geringe zorgafhankelijkheid een specifieke groep. Een toilet (hygiënische verzorging) is alleen aanrekenbaar als aan de vereiste criteria van de evaluatieschaal, versie thuisverpleging, voldaan is.

Een score van minstens 2 op het criterium afhankelijkheid om zich te wassen laat 2 toiletten per week toe (van maandag 0 u. tot zondag 24 u.; eenmaal per verzorgingsdag). We noemen deze patiënten verder 'T2-patiënten'.

Een vergoeding voor hygiënische verzorging op alle zeven dagen van de week ('T7-patiënten') is toegestaan indien aan minstens één van de volgende drie criteria voldaan is:

1. Een score van minstens 2 op de criteria afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden en een score van minstens 3 voor het criterium afhankelijkheid wegens incontinentie.
2. Een score van 4 op de criteria afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden
3. Een score van minstens 2 op het criterium afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden op bedoelde evaluatieschaal, en daarbij een attest van de behandelend geneesheer, volgens een model vastgesteld door het verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging, dat de rechthebbende kan beschouwd worden als **gedesoriënteerd in tijd en ruimte**.

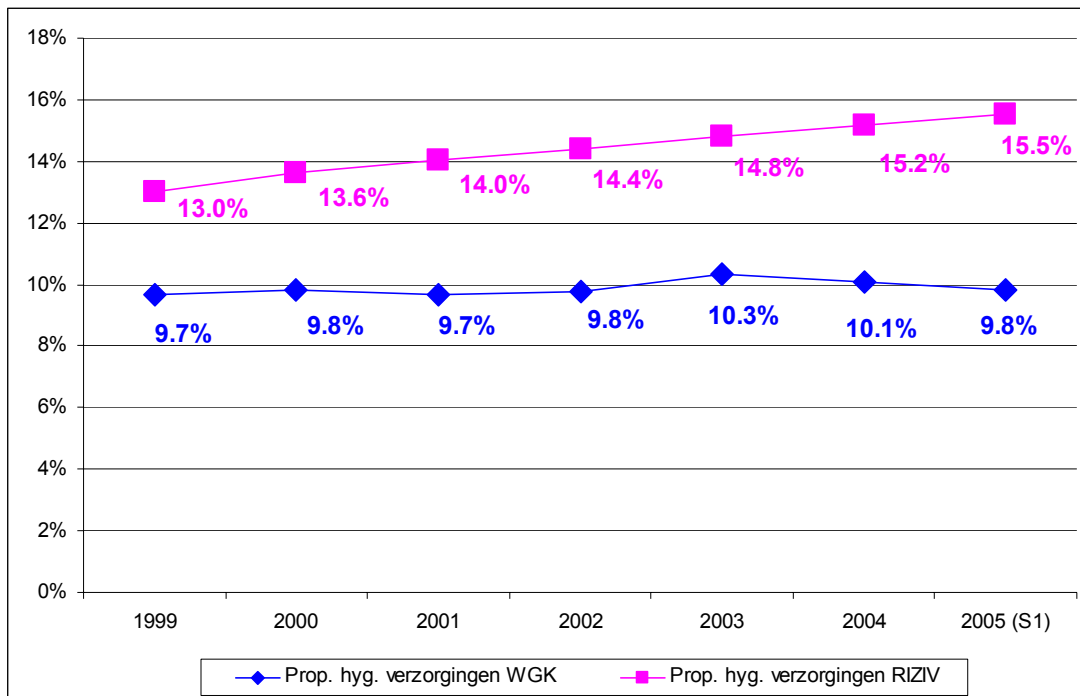
Het toilet (hygiënische verzorging) is een technische verpleegkundige verstrekking waarvoor geen voorschrift vereist is. In de lijst van verpleegkundige handelingen van het KB 78, de Wet op de Verpleegkunde, is hygiënische verzorging aan ADL-afhankelijke personen een B1-handeling, waarvoor geen voorschrift van een arts vereist is.

De Wet op de Verpleegkunde legt dus het principe vast dat een patiënt of zijn mantelzorger zelf aan een verpleegkundige hulp en bijstand in zijn hygiënische verzorging vragen. Behalve voor het attest dat de rechthebbende kan beschouwd worden als gedesoriënteerd in tijd en ruimte, is er geen tussenkomst van een arts nodig.

De hierboven vermelde vergoedingscategorieën 'T2' en 'T7' vallen onder de algemene noemer van 'vergoeding per prestatie': voor elke akte die een verpleegkundige verricht, wordt een apart honorarium aangerekend. Daartegenover staat de forfaitaire vergoeding van zwaar zorgafhankelijke patiënten, die een 'all-in vergoeding' inhoudt voor de globale verpleegkundige zorg en toezicht, inclusief verplicht toilet, gedurende een hele dag.

Uit de statistieken van de overeenkomstencommissie thuisverpleging over de RIZIV-verstrekingen blijkt dat de toiletten onder de vergoeding per handeling sinds 1999 een proportionele toename kenden van 13% naar 15,5%. Een vergelijkbare analyse van alle verstrekkingscodes bij het Wit-Gele Kruis over dezelfde periode toont wel een lichte toename van van 9,7 naar 10,3% in 2003, maar sindsdien terug een afname naar het niveau van 1999 (Figuur 1).

Figuur 1 : Evolutie van de proportie van de hygiënische verzorgingen vergoed 'per handeling' t.o.v. het totaal aantal zorgcodes bij het WGK en het RIZIV (exclusief verplaatsingscodes), 1999-2005(1)



Literatuurstudie

Hygiënische zorg

In de historische ontwikkeling van de professionele verpleegkundige identiteit neemt de zorg voor de hygiëne van de patiënt en het dagelijks baden een belangrijke plaats in. Het dagelijks baden werd geacht een positieve invloed te hebben op de gezondheid van de huid, de bloedcirculatie en de spijsvertering. In verpleegkundige handboeken werd gedetailleerd ingegaan op 'de kunst van het baden'. Doordat het baden al vrij vroeg in de ontwikkeling van de professionele verpleegkunde de status van een verpleegkundig ritueel heeft verworven, is het grotendeels buiten de wetenschappelijke discussie gebleven en wordt het vandaag nog vaak op dezelfde wijze uitgevoerd als tientallen jaren geleden. Hygiënische zorg is een van de onderdelen van de verpleegkundige praktijkvoering die tot nu toe weinig onderzocht werden (Gastmans, 2002). Volgens Gastmans komen bij de hygiënische verzorging belangrijke waarden aan bod: de acceptatie van afhankelijkheid en de waardering voor de geboden hulp, lichamelijke integriteit en privacy, het lichamelijke welzijn, de psychische beleving, en de specifieke inbedding in de culturele traditie waarvan zowel zorgverlener als zorgontvanger deel uitmaken.

Preventieve bezoeken aan ouderen

Men gaat er van uit dat het aanbieden van hygiënische zorg aan oudere personen met eerder lichte zorgafhankelijkheid kadert binnen de secundaire en tertiaire preventie van afhankelijkheid en opname in een ziekenhuis of in een residentiële ouderenzorgvoorziening. In een review en meta-analyse werd het positieve effect bevestigd van preventieve bezoeken aan ouderen, apart van de reguliere zorgverstrekking (Elkan, 2001).

Doel van de studie

Het doel van deze studie was om de patiëntengroep met hygiënische zorg buiten forfait (T2 én T7) in detail te beschrijven. De beschrijving diende gericht te zijn op de aanwezige verpleegkundige problematiek (d.m.v. verpleegkundige diagnostiek), en daarnaast een beknopte inventarisatie van de aanwezige medische pathologie, de algemene (leeftijdsgebonden) risico's en de verstrekte zorg te bevatten.

Wellicht kunnen uit de resultaten van deze studie criteria afgeleid worden voor de indicatiestelling en de vergoeding van hygiënische zorg buiten forfait in de thuisverpleegkunde.

Methode

Studiedesign

Er werd gekozen voor een kwantitatieve studie op een representatieve steekproef van de populatie van T2- en T7-patiënten van het Wit-Gele Kruis in Vlaanderen. De onderzoeksopzet was niet-interventioneel beschrijvend en de analyse was gebaseerd op gegevens en informatie die verpleegkundigen routinematig observeren en noteren in het verpleegdossier. De gegevens werden deels retrospectief en deels cross-sectioneel geanalyseerd.

Om de evolutie van de studiepopulatie op middellange termijn te kennen, werd er voor geopteerd om de studiepopulatie in een prospectieve cohortstudie halfjaarlijks (telkens in oktober en april) te blijven opvolgen.

Bij de analyse werd occasioneel getracht om de studiepopulatie te situeren t.o.v. de algemene populatie van (ouderen in) Vlaanderen. Hiervoor werden twee bronnen gebruikt :

1. de gezondheidsenquête door middel van interview van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV; <http://www.iph.fgov.be>) ;
2. de website van het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS; http://ecodata.mineco.fgov.be/mdn/burgerlijke_staat.jsp).

Inclusie criterium

Patiënten bij wie eind september 2005 hygiënische zorg als nomenclatuurverstreking vergoed werd.

Gegevensverzameling

In deze studie werden vier gegevensbronnen gebruikt:

1. Een databank met administratieve, demografische en beperkte klinische gegevens (leeftijd, geslacht, Katz-profiel, ...) (pag. 11).
2. De volledige Katz-profielhistoriek van de patiënten, vanaf de start van de verpleegkundige zorg (pag. 20).
3. De gepresteerde zorg (nomenclatuurcodes) vanaf 1 januari 2005 tot en met 31 augustus (pag. 29).
4. Registratiegegevens : verpleegkundigen vulden registratieformulieren in m.b.t. de patiënten die in de studie geïncludeerd werden tussen 7 oktober en 12 december 2005 (pag. 32).

Steekproeftrekking

Er werd een gestratificeerde toevalssteekproef getrokken van T2- en T7-patiënten.

Eerst werd per provincie een toevallige selectie van 20% (1 op 5) van alle afdelingen getrokken:

- Antwerpen : 4 afdelingen van 20 : Boom, Merksem, Heist-Op-Den-Berg, Turnhout
- Limburg : 5 afdelingen van 25 : Dilsen/Stokkem, Genk-Zuid+Centrum, Neerpelt, Borgloon en Lanaken
- Oost-Vlaanderen : 6 afdelingen van 30 : Aalter, Dendermonde-Noord, Lochristi, Maldegem, Mariakerke, Ninove

- Vlaams-Brabant : 4 afdelingen van 20 : Aarschot, Diest, Leuven, Overijse
- West-Vlaanderen : naar boven afgerond : 3 afdelingen van 13 : Tielt, Diksmuide, Veurne

In een tweede stap werd binnen de geïnccludeerde afdelingen een toevallige selectie gemaakt van T2- en T7-patiënten.

Meetinstrumenten

Belgische evaluatieschaal voor de thuisverpleging (Katz-schaal; Activiteiten van het Dagelijks Leven; ADL)

De Katz-profiel-historiek was beschikbaar voor alle patiënten vanaf het begin van de verpleegkundige zorg tot het tijdstip van inclusie (september 2005), dus ook voor patiënten die bij de aanvang van de zorg niet gerechtigd waren om hygiënische zorg te ontvangen.

Nomenclatuur thuisverpleging

De nomenclatuurcodes van de thuisverpleging werden samengevat in enkele grote categorieën van verpleegkundige zorg: wondzorg, inspuitingen, toilet, ... (Tabel 1).

Tabel 1 : Zorgcategorieën in de verstrekkingen van de nomenclatuur van de Belgische thuisverpleging.

Zorgcategorie	Verstrekkingen volgens de nomenclatuur van de thuisverpleging
Wondzorg	Toezicht op wonde met actief verband. Aanbrengen van zalf/oogdruppels (postoperatief), compressietherapie, eenvoudige, complexe of specifieke wondzorg, bezoek referentieverpleegkundige
Inspuitingen	Toedienen van geneesmiddelen I.M., S.C., H.D.
Diabeteszorg	Opmaak diabetesdossier, educatie, opvolging van diabetespatiënt die niet overschakelt op zelfzorg
Blaaszorg	Blaassondage, -instillatie, -spoeling
Vulvazorg en/of Aspiratie van de luchtwegen	Aseptische vulvazorgen, vagina-irrigatie Aspiratie luchtwegen
Gastro-intestinale zorg	Manueel verwijderen van faecalomen, lavement/medicatie toedienen via rectale sonde, gastro-intestinale tubage en drainage, darmspoeling, enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde
Specifieke Technische Verpleegkundige Verstrekkingen (STVV)	Plaatsen van en toezicht op intraveneuze of subcutane perfusie Toediening en toezicht op parenterale voeding Toediening medicatie voor chronische analgesie via epidurale catheter
Palliatieve zorg	Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten (PN)

Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven

De versie van de schaal 'Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven' (Lawton, 1969) die binnen het Qualidem-project (Buntinx, 2002) gebruikt werd, voorziet per item 4 antwoordmogelijkheden : (1) geen hulp ; (2) met hulp ; (3) niet ; (4) niet van toepassing. Een score groter dan 1 werd gekozen als afkappunt om aan te duiden dat iemand 'een probleem' had voor het betreffende item. Het aantal IADL-items 'met probleem' per persoon werd gehanteerd als de samenvattende maat voor het IADL-functioneren van een persoon. Het aantal items 'met probleem' per persoon kon variëren van 0 tot 8. Het aantal items 'met probleem' werd enkel

berekend voor personen die op alle items een score van 1 tot en met 3 hadden, dus niet voor personen die op één of meerdere items een score 4 hadden.

Gestructureerde vragenlijst

Aan de verpleegkundigen werd gevraagd om voor de geïnccludeerde patiënten een gestructureerde vragenlijst in te vullen over :

- de instroom van de patiënten;
- de psychische toestand van de patiënt: 'Oriëntatie in tijd en ruimte' en 'Rusteloosheid';
- de woon- en leefsituatie en het comfortniveau;
- de aanwezige mantelzorg;
- de inventarisatie van de hulpverlening;
- de niet-vergoedbare verpleegkundige zorg;
- de aanwezige hulpmiddelen en aanpassingen;
- de ingrijpende gebeurtenissen in de patiëntsituatie tijdens de laatste 4 maanden (val, ziekenhuisopname van patiënt en/of familielid;
- de uitstroom van de patiënten;

Medische pathologie

Een lijst van 14 categorieën van medische aandoeningen, eerder gebruikt in de KIT-studie (De Vlieger, 2005), werd gehanteerd om de medische pathologie te beschrijven.

Verpleegkundige diagnostiek

De term 'verpleegkundige diagnose' is gereserveerd voor gezondheidsproblemen van een cliënt die verpleegkundigen op grond van hun opleiding en ervaring kunnen en mogen behandelen' (Gordon, 1997). De verpleegkundige diagnose is de grondslag voor de keuze van verpleegkundige interventies waarvan de resultaten onder de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige vallen. In de classificatie volgens Gordon worden een groot aantal (182) verpleegkundige diagnoses geordend volgens 11 functionele gezondheidspatronen om zo de totaliteit van de mogelijke problematiek bij een cliënt te kunnen beschrijven.

De Vlaamse Wit-Gele Kruisverenigingen waren enkele jaren geleden gestart met het geven van vorming aan hun verpleegkundigen over de verpleegkundige diagnostiek volgens M. Gordon. Gekoppeld aan deze vormingen werd in een aantal afdelingen geleidelijk gestart met de implementatie van deze standaard vakterminologie. In de meeste afdelingen waar men de verpleegkundige diagnostiek hanteert, wordt het gebruikt als methodiek voor de wekelijkse patiënten-bespreking.

Hoewel de geleidelijke implementatie reeds enkele jaren voortgang vond, was er weinig bekend over de informatie die de verpleegkundige diagnostiek nu opleverde voor verpleegkundigen. Welke verpleegkundige diagnoses worden het meest geformuleerd? Worden veel verschillende diagnoses gebruikt of slechts een beperkt gedeelte van alle beschikbare verpleegkundige diagnoses? Welke aandachtsdomeinen/gezondheidspatronen zijn het meest belangrijk? ...

Uit een pilootregistratie (Paquay, 2005) in het voorjaar van 2005 bij 78 patiënten van twee verpleegafdelingen uit twee verschillende provincies was gebleken dat ongeveer de helft (95) van alle verpleegkundige diagnoses (182) uit het boek van M. Gordon gebruikt werden om de problematiek van patiënten van de thuisverpleging te beschrijven. Voor de T2T7-studie werd gebruik gemaakt van een registratieformulier met deze 95 verpleegkundige diagnoses en met minstens 2 diagnoses per functioneel gezondheidspatroon (zie bijlagen).

Medicatiegebruik

In de provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen werd het medicatiegebruik van de patiënten geregistreerd, indien het gekend was door de verpleegkundige. Het medicatiegebruik werd geanalyseerd en beschreven volgens de classificatie van het Belgisch Centrum voor de Farmacotherapeutische Informatie (BCFI ; www.bcfi.be).

Statistische analyse

De registratieformulieren werden ingescand met het pakket Teleform, versie 7. SAS versie 8.2 en SPSS versie 10 werden gebruikt voor de gegevensverwerking en statistische analyse.

De χ^2 -toets en de Wilcoxon-toets werden gehanteerd om statistisch significant verschillen na te gaan tussen de steekproef van T2- en de steekproef van T7-patiënten. Er werd telkens tweezijdig getoetst en het significantieniveau werd vooropgesteld op $\alpha = 0.05$ (d.w.z. een p-waarde kleiner dan 0.05 duidt een statistisch significant verschil aan).

Verloop van de studie en van de gegevensverzameling

Vorbereiding

Het doel van de studie en het studieprotocol werden in de loop van de maand september besproken met de Vlaamse directeurs en de regionale verantwoordelijken van de vijf Vlaamse Wit-Gele Kruis verenigingen.

Ethische Commissie

Het studieprotocol werd voor advies voorgelegd aan de Commissie voor Medische Ethiek / Klinisch onderzoek van het UZ Gasthuisberg te Leuven. Op 17 november werd een vraag om inlichtingen ontvangen vanwege de voorzitter van de Commissie.

Verloop van de registratiestudie

Het gegevensbestand van alle T2- en T7-patiënten (n=4405) van de geselecteerde afdelingen werd naar de federatie van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen gestuurd. Op de federatie werd nagegaan of de patiënten beantwoordden aan de criteria voor T2 en T7. Na analyse van de afhankelijkheidsprofielen werden 234 (5,3%) patiënten die tot een andere vergoedingscategorie behoorden (niet-gerechtigd op hygiënische zorg of forfait-patiënten) geëxcludeerd. Uit de resterende 4171 patiënten werd een toevalssteekproef van 2409 patiënten getrokken: 1467 T2-patiënten en 942 T7-patiënten (Tabel 2).

Tabel 2 Timing van gegevensoverdracht en versturen registratieformulieren

	Aanleveren basisgegevens aan federatie	Versturen registratieformulieren naar provinciale secretariaten
Antwerpen	6 oktober 2005	14 oktober (Werkgroep Verpleging)
Limburg	22 september 2005	7 oktober (Escapo)
Oost-Vlaanderen	27 september 2005	14 oktober (Werkgroep Verpleging)
Vlaams-Brabant	22 september 2005	14 oktober (Werkgroep Verpleging)
West-Vlaanderen	7 oktober 2005	14 oktober (Werkgroep Verpleging)

Er werden 2409 formulieren naar de afdelingen verzonden. Vanaf 14 november bereikten de eerste ingevulde formulieren de federatie van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, en kon gestart worden met het inscannen via Teleform. Formulieren werden ingescand met Teleform tot en met

12 december. Vanaf 12 december werd gestart met datacleaning en de statistische verwerking van de registratiegegevens. Formulieren die na 12 december op de federatie afgeleverd werden, werden niet meer ingescand en die gegevens waren niet beschikbaar voor de analyse.

Resultaten

1. Beschrijving studiebevolking

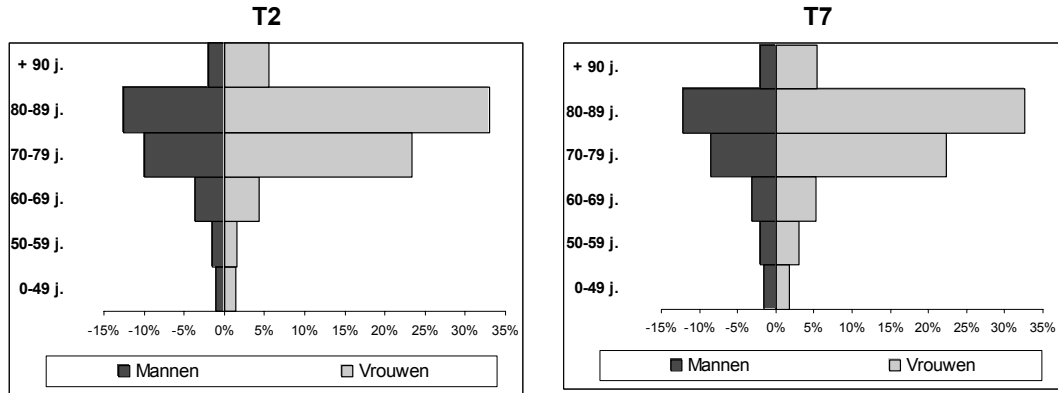
In de tabellen 3 en 4 en de grafieken 1 tot 3 wordt de studiebevolking gekarakteriseerd naar vergoedingsregime (T2 of T7) en enkele demografische variabelen: geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woonsituatie, mantelzorg en verzorgingsduur op het ogenblik van inclusie (eind september 2005).

De proportie vrouwen (69,4% en 70,5%) was niet significant verschillend ($p = 0.57$) in de twee deelpopulaties (T2- en de T7-patiënten). Zowel bij de T2- als bij de T7-patiënten was de helft van de patiënten 80 jaar of ouder. De leeftijdsamenstelling van beide populatie was niet significant verschillend (Tabel 3 ; zie ook Figuur 2, Figuur 3, Figuur 4). De proporties gehuwd of samenwonend met partner en weduw(nar)en waren niet verschillend voor de groepen T2 en T7. Tussen de vergoedingscategorieën was er geen verschil in de proportie alleenwonenden (Tabel 6). Voor alleenwonenden of voor samenwonenden was de beschikbaarheid van mantelzorg niet verschillend naargelang de vergoedingscategorie (Tabel 3; Tabel 7; Tabel 8).

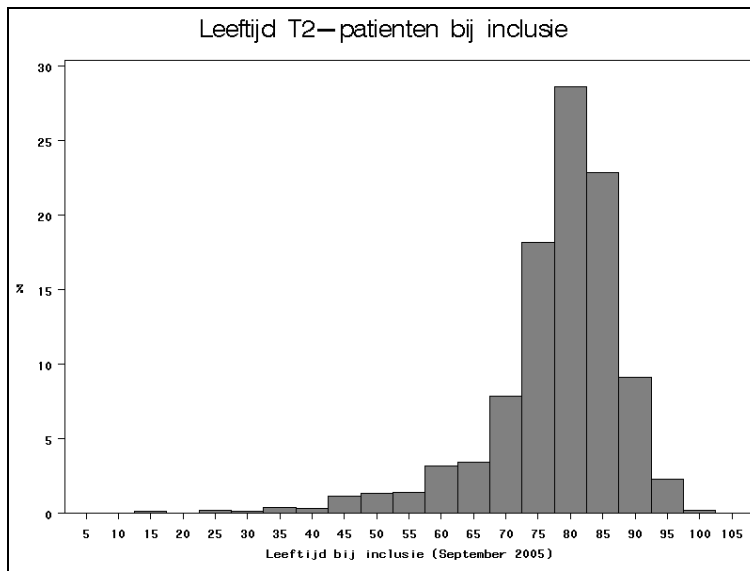
Tabel 3 : Eigenschappen van de studiebevolking bij inclusie.

	T2 (n = 1467)	T7 (n = 942)	p-waarde
Vrouwen: %	69.4%	70.5%	$p = 0.57 (\chi^2)$
Mediaan leeftijd (IQR)	80 (75 – 84)	80 (73 – 84)	$p = 0.49$ (Wilcoxon)
Gehuwd/partner: %	27.1%	26.9%	$p = 0.91 (\chi^2)$
Weduwe/weduwnaar: %	51.2%	49.5%	$p = 0.44 (\chi^2)$
Woont alleen: %	57.1%	53.7%	$p = 0.11 (\chi^2)$
Mantelzorg afwezig/minimaal bij alleenwonende personen: %	16.2%	18.6%	$p = 0.30 (\chi^2)$
Valide en beschikbare persoon bij samenwonende personen: %	71.4%	66.9%	$p = 0.14 (\chi^2)$
Mediaan verzorgingsduur in maanden (IQR)	41 (18 – 73)	37 (15 – 72)	$p = 0.07$ (Wilcoxon)

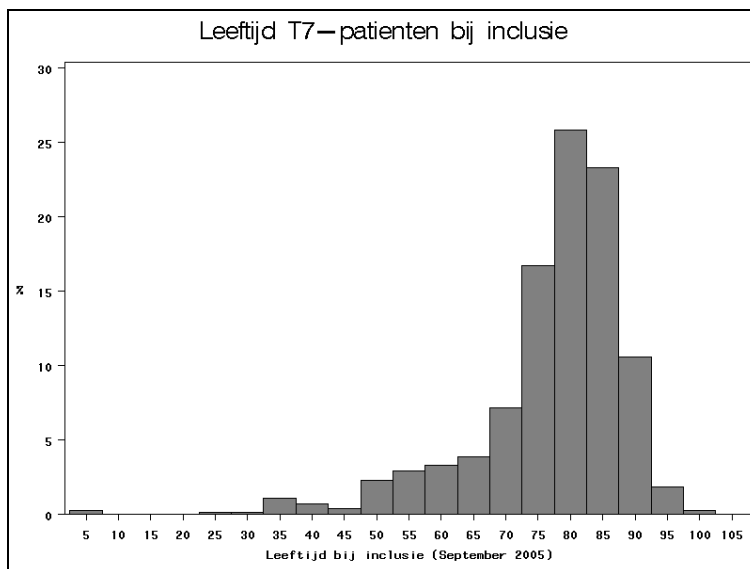
Figuur 2 : Leeftijd en geslachtsdistributie van T2- en T7-patiënten (T2: n=1467; T7: n = 942)



Figuur 3 : Leeftijdsdistributie van de T2-patiënten bij inclusie (september 2005)



Figuur 4 : Leeftijdsdistributie van de T7-patiënten bij inclusie (september 2005)



Burgerlijke staat

De helft van de T2- en T7-patiënten waren weduwen/weduwnaar. Dit lijkt een hoog percentage.

Tabel 4 : Burgerlijke staat van de studiesubjecten

	Nooit gehuwd/ samen- gewoond	Gehuwd/ samen- wonend met partner	Partner overleden: weduwe- weduwnaar	Uit elkaar/ gescheiden	Burgerlijke staat is niet gekend / ontbreekt	Totaal
T2	120 9%	400 29%	715 51%	25 2%	138 10%	1398 100%
T7	100 11%	248 27%	449 50%	26 3%	84 9%	907 100%

Voor de personen van 65 jaar en ouder kon de burgerlijke staat vergeleken worden met de totale bevolking van 65 jaar en ouder in het Vlaamse Gewest. Hiervoor werd een interactieve analyse uitgevoerd via de website van het Nationaal Instituut voor de Statistiek

(http://ecodata.mineco.fgov.be/mdn/burgerlijke_staat.jsp ; Tabel; zie bijlagen).

De proportie weduwen en weduwnaren was veel groter in de groep T2 en T7 dan in de algemene populatie en de proportie gehuwden was veel kleiner (Tabel 5).

Tabel 5 : Burgerlijke staat van de studiesubjecten 65 jaar en ouder, vergeleken met de algemene populatie 65 jaar en ouder in het Vlaamse Gewest voor het jaar 2004.

	Nooit gehuwd/ samen- gewoond	Gehuwd/ samen- wonend met partner	Partner overleden: weduwe- weduwnaar	Uit elkaar/ gescheiden	Burgerlijke staat is niet gekend	Totaal
T2	93 7%	347 27%	703 55%	14 1%	123 10%	1280 100%
T7	69 9%	215 27%	440 55%	10 1%	66 8%	800 100%
Vlaams Gewest 65 jaar en ouder	65006 6%	625863 59%	325364 31%	40741 4%	/ /	1056974 100%

Woonsituatie

Meer dan de helft van de T2- en T7-patiënten woonde alleen (Tabel 6).

Tabel 6 : Woon- en leefsituatie van T2- en T7-patiënten.

Woon- en leefsituatie	Vergoedingsregime aantal kolompercentage		Totaal
	T2	T7	
Woont alleen	760 57.10	456 53.65	1216
Woont met partner/echtgeno(o)t(e)	333 25.02	194 22.82	527
Woont met partner/echtgen en anderen	68 5.11	54 6.35	122
Woont met kind	92 6.91	71 8.35	163
Woont met andere verwante(n)	46 3.46	48 5.65	94
Woont met niet-verwante(n)	32 2.40	27 3.18	59
Totaal	1331 100%	850 100%	2181
Frequency Missing = 124			

Mantelzorg

De mantelzorg werd apart in beeld gebracht voor alleenwonende en samenwonende personen. Bij personen die alleen woonden, beschikte minder dan 20% niet over regelmatige mantelzorg (Tabel 7). Bij de samenwondende personen was meestal een valide persoon beschikbaar (Tabel 8).

Tabel 7 : Mantelzorg niet onder hetzelfde dak bij alleenwonende personen

Mantelzorg niet onder zelfde dak	Vergoedingscategorie van de alleenwonende personen aantal kolompercentage		Totaal
	T2	T7	
Intensief, frequent, maximum	169 22.68	116 25.95	285
Partieel, regelmatig, soms	455 61.07	248 55.48	703
Afwezig, sporadisch, minimum	121 16.24	83 18.57	204
Totaal	745	447	1192

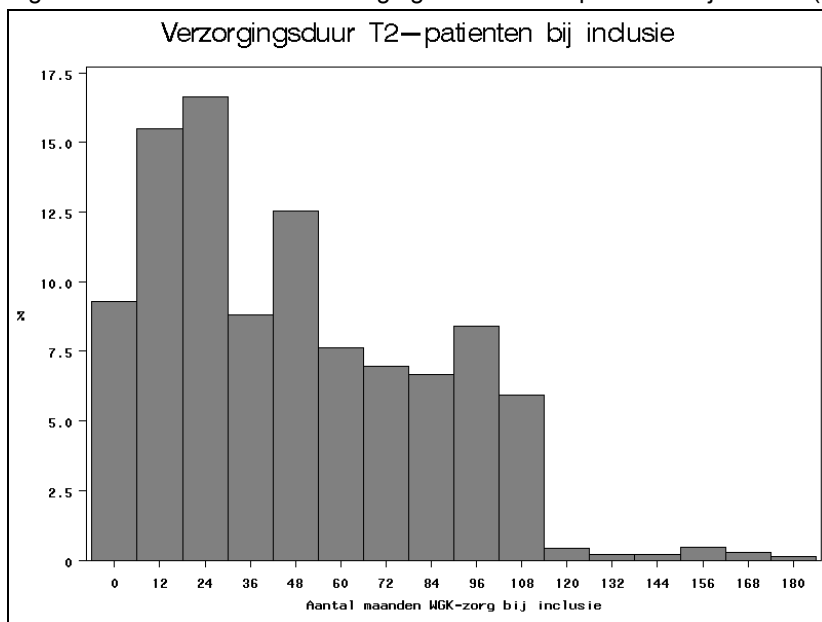
Tabel 8 : Beschikbare mantelzorg bij personen die samenwonen met anderen

Woonsituatie onder hetzelfde dak	Vergoedingscategorie van de samenwonende personen aantal kolompercentage		Totaal
	T2	T7	
Met beschikbare valide persoon	392 71.40	257 66.93	649
Met valide niet-beschikbare persoon of met niet-valide persoon	157 28.60	127 33.07	284
Totaal	549	384	933

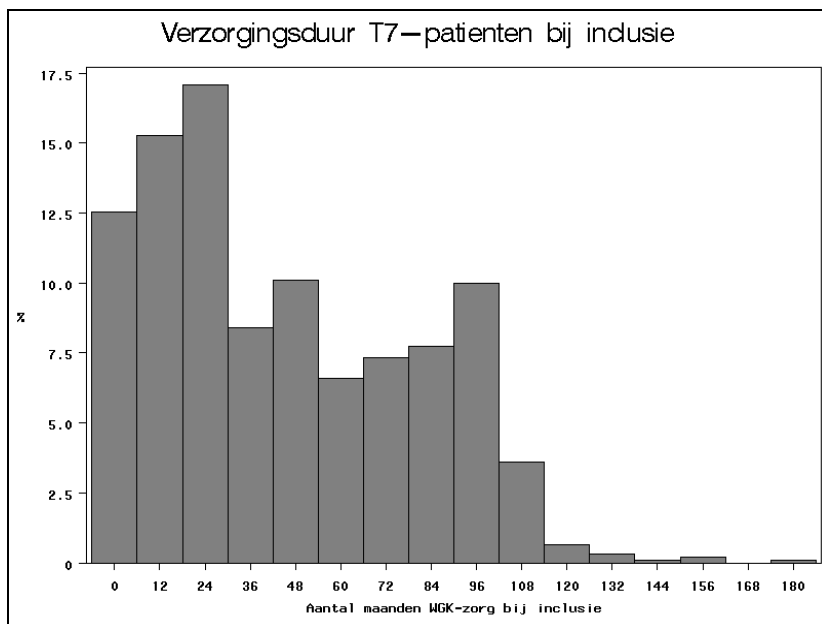
Verzorgingsduur

De verzorgingsduur was niet significant verschillend voor beide deelpopulaties: De helft van de T2-patiënten werd reeds langer dan 41 maanden verzorgd, bij de T7-patiënten was de helft langer dan 37 maanden in verzorging (Tabel 3, Figuur 5, Figuur 6).

Figuur 5 Distributie van de verzorgingsduur van T2-patiënten bij inclusie (september 2005)



Figuur 6 Distributie van de verzorgingsduur van T7-patiënten bij inclusie (september 2005)



Binnen elk van de twee studiegroepen, T2 én T7, waren er significante verschillen qua leeftijd en verzorgingsduur tussen mannen en vrouwen. De mannen waren jonger en zij werden sinds een kortere tijd verzorgd dan de vrouwen (Tabel 9). Relevant was wellicht vooral dat de mediane verzorgingsduur in beide vergoedingsgroepen voor mannen meer dan een jaar korter was dan voor vrouwen.

Tabel 9 : Verschillen in leeftijd en verzorgingsduur tussen mannelijke en vrouwelijke T2- en T7-patiënten.

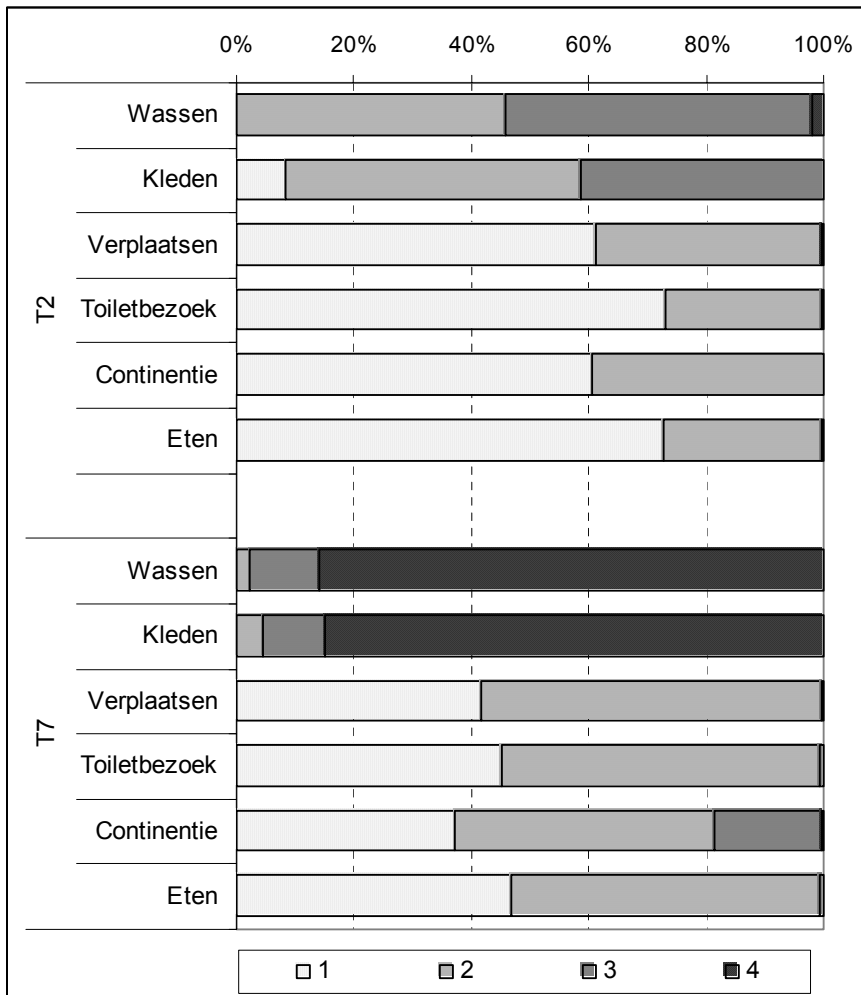
	Mannen	Vrouwen	p-waarde (Wilcoxon)
T2-patiënten			
Mediaan leeftijd (IQR)	79 (72 – 83)	80 (76 – 84)	p < 0.0001
Mediaan verzorgingsduur in maanden (IQR)	31 (12 – 64)	44 (21 – 76)	p < 0.0001
T7-patiënten			
Mediaan leeftijd (IQR)	78.5 (71 – 84)	80 (74 – 85)	p = 0.004
Mediaan verzorgingsduur in maanden (IQR)	25 (11 – 65)	40 (18 – 76)	p = 0.0005

De relatieve distributie van de Katz-itemscores weerspiegelt per vergoedingscategorie de criteria om terugbetalingsgerechtigd te zijn (Figuur 7). De grote meerderheid (85%) van de T7-patiënten hadden een score 4 voor de items wassen en kleden (Tabel 10). Een attest van desoriëntatie in tijd en ruimte was slechts bij een zeer kleine proportie (3%) van de T7-patiënten voorhanden, en het was voor geen enkele patiënt de enige reden om T7-gerechtigd te zijn. De patiënten met een attest van desoriëntatie in tijd en ruimte voldeden steeds aan één van de twee andere criteria.

Tabel 10 : Aantal T7-patiënten die beantwoordden aan de criteria voor terugbetaling van dagelijks hygiënische zorg

Criterium	Aantal T7-patiënten
1. Een score van minstens 2 op de criteria afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden en een score van minstens 3 voor het criterium afhankelijkheid wegens incontinentie.	175 (19%)
2. Een score van 4 op de criteria afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden	801 (85%)
3. Een score van minstens 2 op het criterium afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden op bedoelde evaluatieschaal, en daarbij een attest van de behandelend geneesheer, volgens een model vastgesteld door het verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging, dat de rechthebbende kan beschouwd worden als gedesoriënteerd in tijd en ruimte .	24 (3%)

Figuur 7 Relatieve distributie van de Katz-itemscores bij T2- en T7-patiënten



In de Gezondheidsenquête door middel van interview 2001 werden de respondenten bevroegd naar beperkingen i.v.m. 'urinaire incontinentie' en 'naar het toilet gaan' (Tabel 11).

Bij de mannen van 65 jaar en ouder was de proportie met een beperking in urinaire incontinentie 12,9%, bij de vrouwen 18,5%. In de groep T2, 65 jaar en ouder, bedroeg de proportie mannen met een score continentie > 1 35%, de proportie vrouwen met een score continentie > 1 was 43% (Tabel 12).

Bij de mannen van 65 jaar en ouder was de proportie met een beperking in het naar het toilet gaan 9,1%, bij de vrouwen 12%. In de groep T2 bedroeg de proportie mannen met een score toiletbezoek > 1 27%, de proportie vrouwen met een score toiletbezoek > 1 bedroeg 25%.

Tabel 11 : Vraagstelling in verband met urinaire incontinentie en toiletbezoek in de Gezondheidsenquête door middel van interview en de evaluatieschaal van de thuisverpleging.

Gezondheidsenquête	Evaluatieschaal thuisverpleging
Heeft u soms problemen om uw water op te houden ? Zo ja, hoe vaak ?	Continentie
Neen, geen incontinentie. Ja, minder dan één keer per maand. Ja, minder dan één keer per week maar tenminste één keer per maand. Ja, tenminste één keer per week.	1. Is continent voor urine en faeces. 2. Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars). 3. Is incontinent voor urine of voor faeces. 4. Is incontinent voor urine en faeces.
Kan u op eigen krachten naar het toilet gaan ?	Toiletbezoek
Ja, zonder moeite. Ja, maar met enige moeite. Ik heb altijd de hulp van iemand nodig om naar het toilet te gaan.	1. Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en reinigen 2. Heeft gedeeltelijke hulp nodig van derden om naar het toilet te gaan of zich te kleden of zich te reinigen 3. Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en/of zich te reinigen. 4. Moet volledig worden geholpen om naar het toilet/toiletstoel te gaan en om zich te kleden en om zich te reinigen.

Tabel 12 : Beperkingen 'urinaire incontinentie' en 'naar het toilet gaan' bij personen van 65 jaar en ouder in het Vlaamse Gewest en in de studiepopulatie van T2- en T7-patiënten

Gezondheidsenquête 65 jaar en ouder Vlaamse Gewest		Wit-Gele Kruis, Vlaanderen, 65 jaar en ouder	T2	T7
% mannen met beperking urinaire incontinentie	12,9%	Proportie mannen met score continentie > 1	35%	63%
% vrouwen met beperking urinaire incontinentie	18,5%	Proportie vrouwen met score continentie > 1	43%	65%
% mannen met beperking in naar het toilet gaan	9,1%	Proportie mannen met score toiletbezoek > 1	27%	58%
% vrouwen met beperking in naar het toilet gaan	12%	Proportie vrouwen met score toiletbezoek > 1	25%	54%

2. Retrospectieve studie van het ADL-functioneren

Inleiding en methode

Het doel van deze analyse was om na te gaan hoe het ADL-functioneren evolueerde gedurende de periode dat de patiënten door het Wit-Gele Kruis verzorgd werden. Hiertoe werden voor elke patiënt telkens twee scores vergeleken: ten eerste de score die de patiënt had op het moment dat de zorg door het Wit-Gele Kruis een aanvang nam (de start van de verpleegkundige zorg), en ten tweede de score eind september 2005 (inclusie in T2T7-studie).

Deze vergelijking werd gemaakt voor de somscore van de zes items en voor de afzonderlijke itemscores. De waarde van de somscore kon variëren van 6 (goede ADL-functies) tot en met 24 (slecht ADL-functioneren). Het verschil tussen de twee somscores kon (in theorie) variëren tussen -18 (slechter functioneren) en + 18 (beter functioneren).

Resultaten

In Tabel 13 wordt het aantal T2- en T7-patiënten weergegeven in functie van de vergoedingscategorie die zij hadden op het ogenblik dat de verpleegkundige zorg startte.

Van de patiënten die T2-patiënt waren op het ogenblik dat zij in de studie geïnccludeerd werden (september 2005) bleek uit het eerste Katz-profiel dat opgemaakt werd bij de start van de verpleegkundige zorg dat 29% niet gerechtigd was op terugbetaling van hygiënische zorg, de helft (49%) was bij de aanvang van de zorg T2-gerechtigd en 22% behoorde bij aanvang tot een hogere vergoedingscategorie (T7, FFA, FFB).

Van de T7-patiënten was bij aanvang een kwart (24%) niet gerechtigd op terugbetaling van hygiënische zorg, een ander kwart (25%) was eerst T2-patiënt, een derde was bij de start T7-patiënt en 17% behoorde bij de start van de zorg tot een forfaitaire vergoedingscategorie.

Tabel 13 : Aantal geïnccludeerde T2- en T7-patiënten naargelang de vergoedingscategorie bij de start van de verpleegkundige zorg door het Wit-Gele Kruis.

Vergoedingscategorie aantal kolompercentage		September 2005	
		T2	T7
Aanvang van de zorg	geen toilet	425 28.97	228 24.2
	T2	714 48.67	234 24.84
	T7	133 9.07	320 33.97
	forfait A	175 11.93	129 13.69
	forfait B	20 1.36	31 3.29
	forfait C	0 0	0 0
Totaal		1467 100%	942 100%

De resultaten worden verder voorgesteld voor de T2- en de T7-patiënten afzonderlijk.

Resultaten T2-patiënten (n=1466 ; één patiënt met 'missing data' werd geëxcludeerd)

De groep van T2-patiënten werd verder gedifferentieerd naargelang de evolutie van de ADL-somscore. Op basis van de evolutie van de somscores (zie Figuur 8, die een grafische weergave is van Tabel 15; de frequenties in elke cel worden proportioneel voorgesteld door de grootte van de zwarte cirkels in de 'bubble plot') kunnen vier groepen van T2-patiënten afgeleid worden:

Groep 1 (T2ADL1): **6 → +6** : 392 (26.7%) patiënten die bij de aanvang van de zorg door het Wit-Gele Kruis een ADL-somscore van 6 hadden en die op het moment van inclusie een hogere somscore hadden. Deze patiënten waren op het ogenblik dat de verpleegkundige zorg van het Wit-Gele Kruis startte, niet gerechtigd om hygiënische zorg te ontvangen, zij kregen op dat ogenblik andere zorgen (inspuitingen, wondzorg, ...).

Mediane verzorgingsduur = 67 maanden (IQR : 40 – 87)

Mediaanleeftijd = 79 jaar (IQR : 74 – 83)

Groep 2 (T2ADL2): **+6 ↑ 'hoger'**: 213 (14.5%) T2-patiënten die als T2 startten, of als T7, FFA of FFB (met uitzondering van 29 patiënten die bij de start van de verpleegkundige zorg niet gerechtigd waren op terugbetaling van hygiënische zorg; zie tabel 2), en die tussen de start van de zorg en het moment van inclusie naar een hogere somscore evolueerden : het ADL-functioneren verslechterde.

Mediane verzorgingsduur = 48 maanden (IQR : 23 – 80)

Mediaanleeftijd = 81 jaar (IQR : 76 – 86)

Groep 3 (T2ADL3): **+6 = +6 'gelijk'**: 415 (28.3%) patiënten die bij aanvang van de zorg door het Wit-Gele Kruis een somscore hadden die hoger was dan 6 (van 7 t/m 15) en die bij inclusie nog dezelfde score hadden. Deze patiënten waren T2-gerechtigd, of T7, FFA of FFB, van bij de aanvang van de zorg (met uitzondering van 3 patiënten die bij de start van de verpleegkundige zorg niet gerechtigd waren op terugbetaling van hygiënische zorg; zie tabel 2).

Mediane verzorgingsduur = 17 maanden (IQR : 6 – 36)

Mediaanleeftijd = 80 jaar (IQR : 74 – 84)

Groep 4 (T2ADL4): **+6 ↓ 'lager'**: 446 (30.4%) T2-patiënten, of T7, FFA of FFB, die sinds de start van de zorg tot het moment van inclusie van een hogere naar een lagere somscore evolueerden : het ADL-functioneren verbeterde.

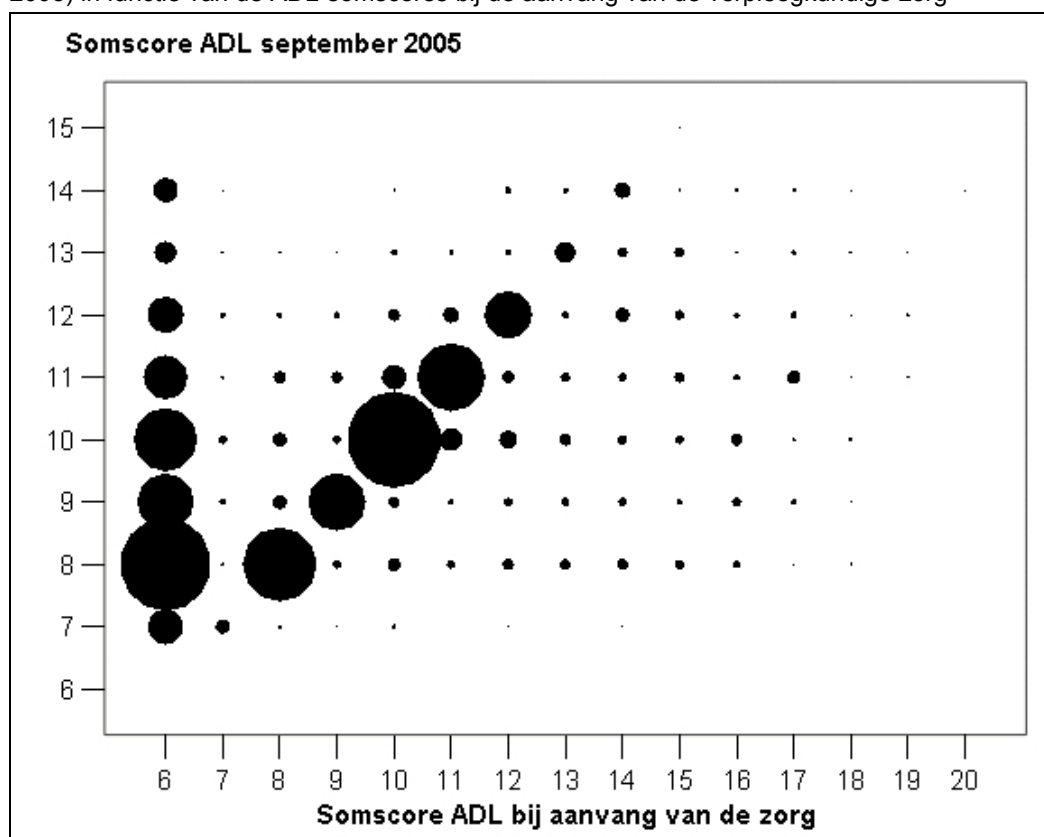
Mediane verzorgingsduur = 40.5 maanden (IQR : 23 – 68)

Mediaanleeftijd = 81 jaar (IQR : 76 – 84)

Tabel 14 : Evolutie van de ADL-som in functie van de vergoedingscategorie bij aanvang van de zorg : aantal patiënten per combinatie van start-vergoedingscategorie en ADL-evolutie.

Vergoedings-categorie bij de aanvang van de verpleegkundige zorg	Evolutie ADL-somscore				Totaal
	Groep 1 6 → +6	Groep 2 +6 ↑	Groep 3 +6 = +6	Groep 4 +6 ↓	
geen toilet	392	29	3	0	424
T2	0	177	398	139	714
T7	0	5	10	118	133
A	0	2	4	169	175
B	0	0	0	20	20
Totaal	392	213	415	446	1466

Figuur 8 : Bubble plot van de relatieve verdeling van de ADL-somscores bij inclusie (september 2005) in functie van de ADL-somscores bij de aanvang van de verpleegkundige zorg

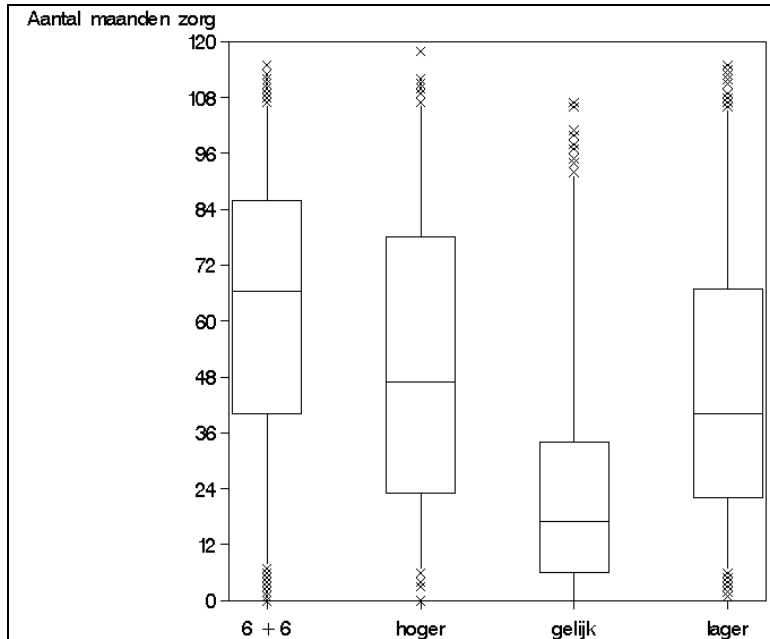


Tabel 15 : Vergelijking van de ADL-somscore bij T2-patiënten : aantal patiënten per combinatie van somscores (somscore bij aanvang van de zorg en somscore september 2005)

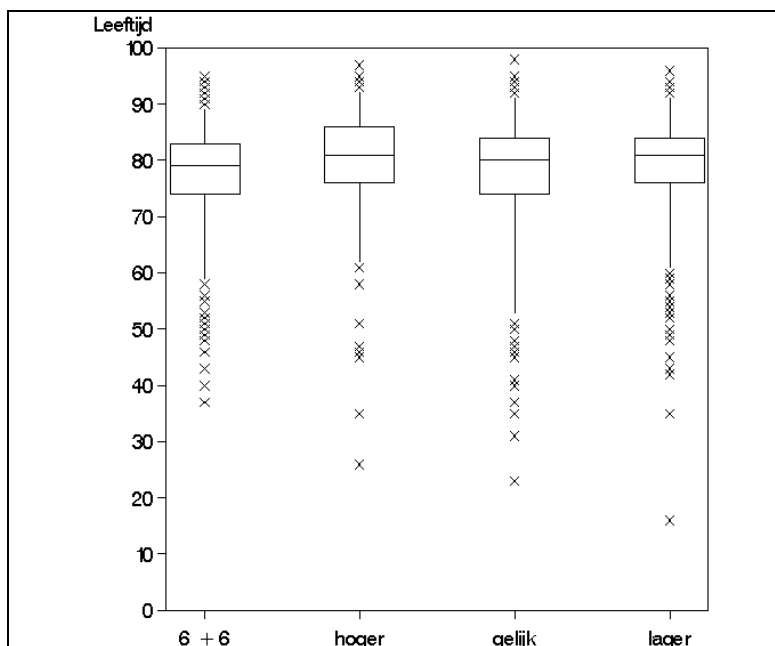
Somscore ADL		September 2005									Totaal
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Aanvang van de zorg	6	37	97	59	66	46	38	23	26	0	392
	7	15	4	7	9	4	6	3	2	0	50
	8	5	77	15	15	13	6	3	2	0	136
	9	1	9	60	9	12	7	2	1	0	101
	10	5	14	12	100	26	13	7	3	0	180
	11	0	9	6	24	71	17	5	2	0	134
	12	1	12	9	19	13	50	7	7	0	118
	13	0	11	9	13	10	8	22	6	0	79
	14	2	12	9	10	9	15	11	17	0	85
	15	1	10	6	9	11	10	11	3	3	64
	16	1	8	10	13	7	6	3	5	0	53
	17	0	2	6	4	14	7	5	4	0	42
	18	0	3	2	4	3	2	3	2	0	19
	19	0	1	0	0	3	3	2	0	0	9
20	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	
22	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Totaal		68	269	210	295	242	189	107	83	3	1466

Uit Figuur 9 blijkt dat T2-patiënten die evolueerden naar een hogere ADL-somscore een langere verzorgingsduur hadden dan personen met evolutie naar een gelijke of lagere somscore. De conclusie bij Figuur 10 moet zijn dat ook bij oudere patiënten een evolutie naar een gelijke of een lagere score kan voorkomen.

Figuur 9 : Boxplot van de verzorgingsduur van T2-patiënten in maanden naargelang de evolutie van de ADL-somscore sinds de start van de verpleegkundige zorg door het Wit-Gele Kruis

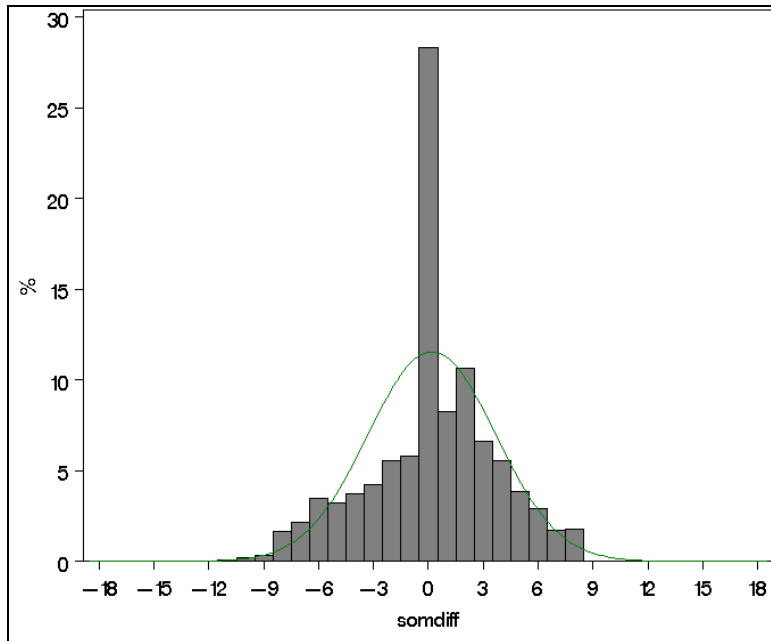


Figuur 10 : Boxplot van de inclusieleeftijd van T2-patiënten naargelang de evolutie van de ADL-somscore sinds de start van de verpleegkundige zorg door het Wit-Gele Kruis



De relatieve verdeling van de verschillen per T2-patiënt tussen de ADL-somscore bij inclusie en de ADL-somscore bij aanvang van de zorg wordt weergegeven in Figuur 11. Het verschil is positief indien de somscore bij inclusie in de T2T7-studie hoger was (wat wijst op slechter functioneren) dan bij aanvang van de verpleegkundige zorg. De distributie vertoont een vrijwel symmetrisch patroon rond de mediaanwaarde 0. Het gemiddelde verschil bedroeg 0.18 punten.

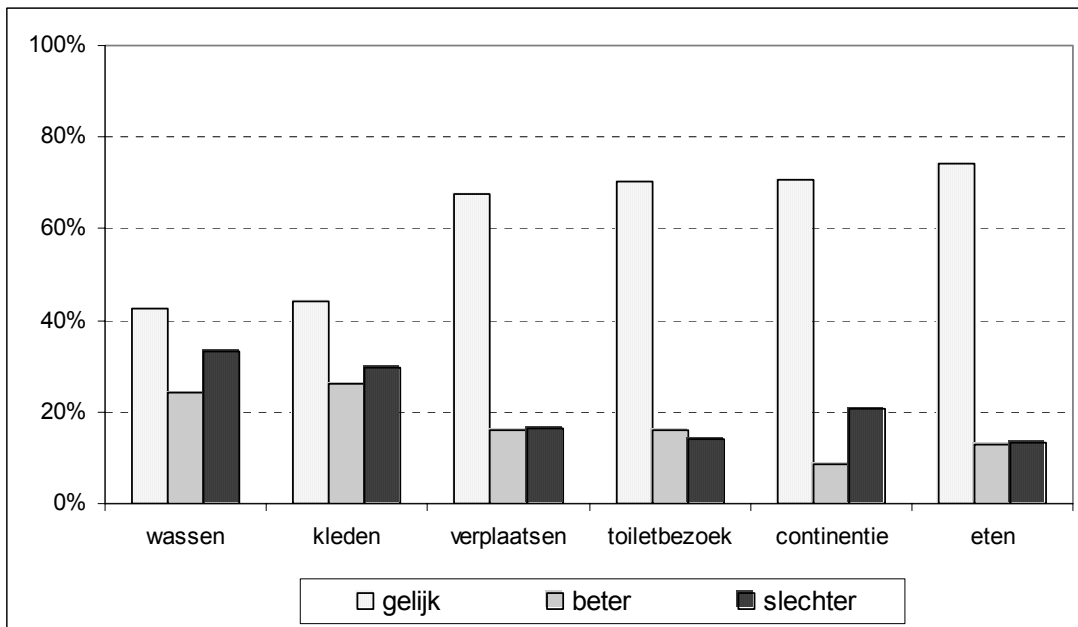
Figuur 11 : Relatieve distributie van de verschillen tussen de ADL-somscores van T2-patiënten bij inclusie in de studie en de aanvang van de zorg.



De evolutie per ADL-item wordt weergegeven in figuur 5, die een grafische samenvatting is van tabel . Voor de items 'wassen' en 'kleden' was de score het meest frequent veranderd. Bij elke item waren er T2-patiënten die evolueerden naar 'beter' en naar 'slechter'.

368 (25.1%) T2-patiënten hadden bij inclusie in de T2T7-studie voor alle items dezelfde score als bij de aanvang van de zorg.

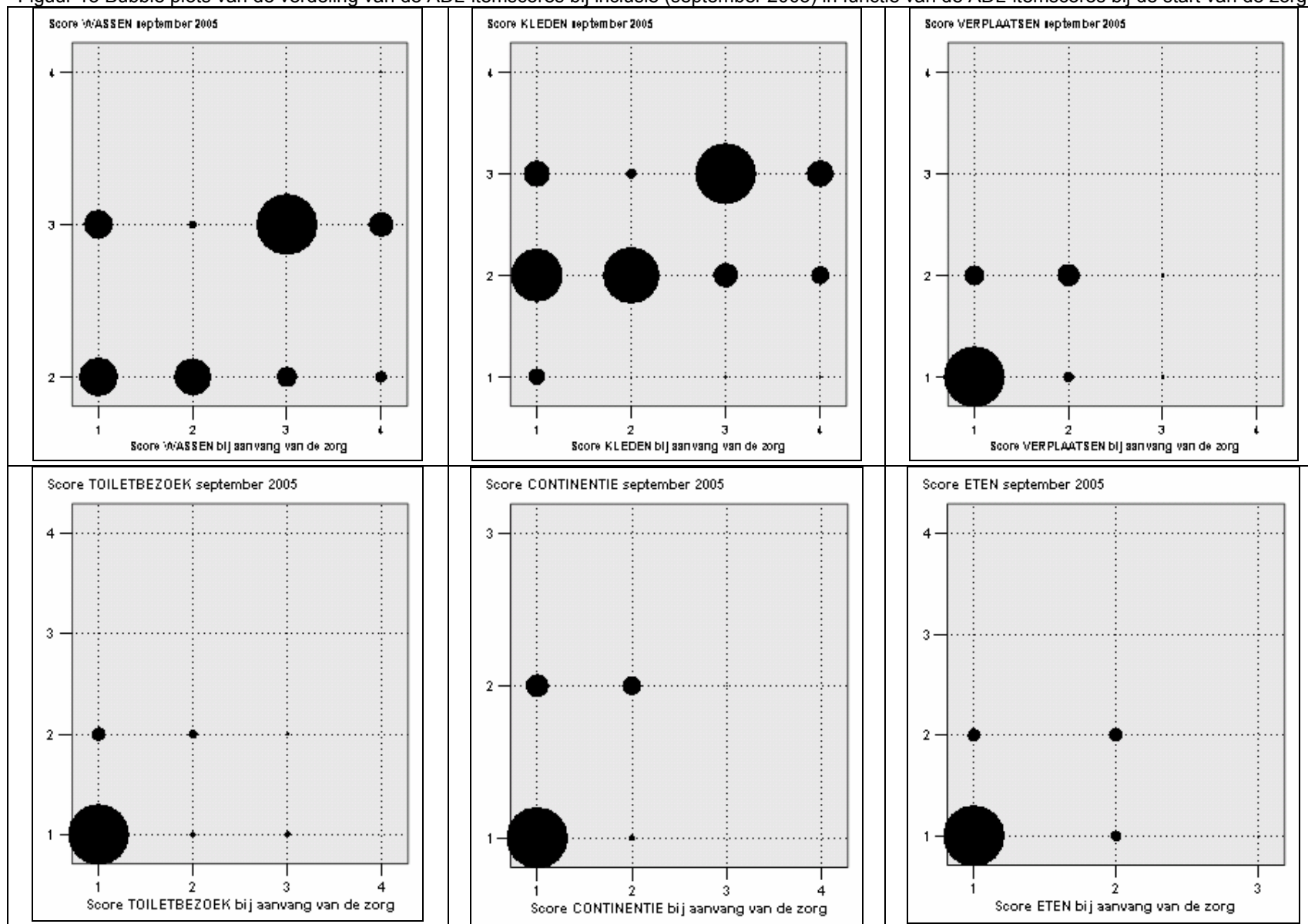
Figuur 12 : Evolutie van de ADL-functies tussen de start van de zorg en het moment van inclusie : proporties T2-patiënten die in september 2005 per ADL-item een gelijke score hadden, een betere score of een slechtere score.



Tabel 16 Vergelijking van de Katz-itemscores : aantal T2-patiënten met een combinatie van scores op twee tijdstippen : de score bij de aanvang van de zorg door het Wit-Gele Kruis en de score bij inclusie in de studie, september 2005

Wassen		September 2005				Totaal	Evolutie		
		1	2	3	4				
Aanvang van de zorg	1	0	242	181	1	424	gelijk	627	43%
	2	0	231	52	3	286	beter	355	24%
	3	0	125	376	5	506	slechter	484	33%
	4	0	75	155	20	250		1466	100%
Totaal		0	673	764	29	1466			
Kleden		September 2005				Totaal	Evolutie		
		1	2	3	4				
Aanvang van de zorg	1	82	258	128	0	468	gelijk	649	44%
	2	11	272	50	0	333	beter	381	26%
	3	15	120	294	0	429	slechter	436	30%
	4	15	89	131	1	236		1466	100%
Totaal		123	739	603	1	1466			
Verplaatsen		September 2005				Totaal	Evolutie		
		1	2	3	4				
Aanvang van de zorg	1	720	239	0	1	960	gelijk	992	68%
	2	129	268	1	0	398	beter	233	16%
	3	45	48	2	0	95	slechter	241	16%
	4	3	8	0	2	13		1466	100%
Totaal		897	563	3	3	1466			
Toilet		September 2005				Totaal	Evolutie		
		1	2	3	4				
Aanvang van de zorg	1	890	202	2	0	1094	gelijk	1029	70%
	2	89	135	0	0	224	beter	233	16%
	3	91	51	3	0	145	slechter	204	14%
	4	0	2	0	1	3		1466	100%
Totaal		1070	390	5	1	1466			
Continentie		September 2005				Totaal	Evolutie		
		1	2	3	4				
Aanvang van de zorg	1	795	301	1	0	1097	gelijk	1039	71%
	2	85	244	1	0	330	beter	124	8%
	3	11	24	0	0	35	slechter	303	21%
	4	0	4	0	0	4		1466	100%
Totaal		891	573	2	0	1466			
Eten		September 2005				Totaal	Evolutie		
		1	2	3	4				
Aanvang van de zorg	1	885	188	3	0	1076	gelijk	1086	74%
	2	162	200	0	0	362	beter	188	13%
	3	19	7	1	1	28	slechter	192	13%
	4	0	0	0	0	0		1466	100%
Totaal		1066	395	4	1	1466			

Figuur 13 Bubble plots van de verdeling van de ADL-itemscores bij inclusie (september 2005) in functie van de ADL-itemscores bij de start van de zorg



Kunnen de weigeringen door de medisch adviseurs de evoluties naar een lagere/betere ADL-somscore verklaren ?

Binnen de populatie van 1467 T2-patiënten werd bij 57 (3.9%) patiënten een weigering door de medisch adviseur genoteerd gedurende de hele periode dat deze patiënten verzorgd werden. In tabel 5, die op dezelfde manier gestructureerd is als tabel, wordt weergegeven hoe de weigeringen verdeeld zijn naargelang het startprofiel en de evolutie van de ADL-somscore.

De lage proportie T2-patiënten met Katz-profiel-weigeringen door de medisch adviseur laat wellicht niet toe om de evoluties van de ADL-somscore te verklaren.

Tabel 17 : Aantal patiënten met een weigering van het Katz-profiel per combinatie van start-vergoedingscategorie en ADL-evolutie.

Vergoedings-categorie bij de aanvang van de verpleegkundige zorg	Evolutie ADL-somscore				Totaal
	1 6 → +6	2 +6 ↑	3 +6 = +6	4 +6 ↓	
geen toilet	13	2	0	0	15
T2	0	7	3	8	18
T7	0	0	1	6	7
A	0	1	0	15	16
B	0	0	0	1	1
Totaal	13	10	4	30	57

Conclusies uit de retrospectieve analyse van de ADL-evolutie bij T2-patiënten

Bij een longitudinale analyse van het ADL-functioneren binnen deze populatie van overwegend oudere T2-patiënten kan een verslechtering van de ADL-functies als gevolg van het ouder worden verwacht worden. Vermits de analyse retrospectief gebeurde en er geen informatie was over de uitvallers, namelijk de patiënten die in het verleden T2-patiënt waren, maar bij inclusie niet meer, kunnen slechts beperkte conclusies geformuleerd worden. 'Er werd bij T2-patiënten relatief frequent een positieve evolutie van de ADL-functies vastgesteld'. De positieve evolutie kan slechts in geringe mate verklaard worden door de correcties die medisch adviseurs aanbrachten.

3. Andere verpleegkundige verstrekkingen

Inleiding en doelstelling

Het doel van deze analyse was om na te gaan welke bijkomende verstrekkingen gepresteerd werden bij de T2- en T7-patiënten. Als gegevensbron werd een centrale databank van de federatie gebruikt met alle vergoedbare verstrekkingen, in de loop van 2005 gepresteerd bij patiënten van het Wit-Gele Kruis in Vlaanderen.

Tabel 18 : Aantal patiënten met andere nomenclatuur-verstrekkingen dan hygiënische zorg van januari tot en met augustus 2005

Eerste maand van 2005 waarvoor prestaties geregistreerd werden	Vergoedingscategorie aantal patiënten kolompercentage		Total
	T2	T7	
Januari	1113 82.32	693 79.38	1806
Februari	36 2.66	19 2.18	55
Maart	50 3.70	22 2.52	72
April	38 2.81	25 2.86	63
Mei	21 1.55	20 2.29	41
Juni	30 2.22	26 2.98	56
Juli	23 1.70	35 4.01	58
Augustus	41 3.03	33 3.78	74
Total	1352 100%	873 100%	2225
Frequency Missing = 184			

Voor 2225 (92,4%) patiënten van de 2409 patiënten in de steekproef werden in de centrale databank verstrekkingen teruggevonden (Tabel 18). Er waren twee redenen waarom 184 (7,6%) patiënten niet teruggevonden werden in de databank van de gefactureerde prestaties :

1. er werden (eind september) wellicht een aantal patiënten geïncludeerd waarbij de zorg pas na 31 augustus gestart was ;

2. er waren moeilijkheden met het uniek patiëntnummer door de overgang naar het factureren via het rijksregisternummer van de patiënt.

De meerderheid (±80%) van deze patiënten werd verzorgd sinds het begin van het jaar (Tabel 18). Maandelijks kwam er een kleine proportie van de totale populatie bij. Vermits de uitstroom van patiënten niet gekend is, zijn deze cijfers niet geschikt om in te schatten hoe het aantal patiënten per vergoedingscategorie werkelijk evolueerden in de tijd. Een aantal patiënten bij wie de zorg gestart was sinds januari 2005 was op het ogenblik van inclusie wellicht reeds ontslagen of naar een andere vergoedingscategorie (niet gerechtigd op hygiënische zorg of forfaitpatiënt) geëvolueerd.

Globaal ontvingen 638 (47,2%) T2-patiënten en 419 (48,0%) T7-patiënten nog andere nomenclatuur-verstrekingen naast de hygiënische zorg.

Tabel 19 : Andere nomenclatuur-verstrekingen en forfaitaire vergoeding bij T2-patiënten (n = 1352) in de periode januari – augustus 2005

Aard van de verstrekingen	Aantal patiënten die de verstrekingen niet ontvingen		Aantal patiënten die de verstrekingen ontvingen gedurende minder dan 50% van de dagen waarop zij bezocht werden		Aantal patiënten die de verstrekingen ontvingen gedurende 50% of meer van de dagen waarop zij bezocht werden	
	n	%	n	%	n	%
Wondzorg	952	70,4%	154	11,4%	246	18,2%
Inspuitingen	1001	74,0%	164	12,1%	187	13,8%
Diabeteszorg	1230	91,0%	6	0,4%	116	8,6%
Blaaszorg	1347	99,6%	3	0,2%	2	0,2%
Vulvazorg en/of Aspiratie van de luchtwegen	1350	99,8%	2	0,2%		
Gastro-intestinale zorg	1336	98,8%	14	1,0%	2	0,2%
STVV	1346	99,6%	6	0,4%		
Palliatieve zorg	1351	99,9%	1	0,1%		
Forfaitaire vergoeding	1254	92,8	55	4,1%	43	3,2%

Tabel 20 : Andere nomenclatuur-verstrekkingen en forfaitaire vergoeding bij T7-patiënten (n = 873) in de periode januari – augustus 2005

Aard van de verstrekkingen	Aantal patiënten die de verstrekkingen niet ontvingen		Aantal patiënten die de verstrekkingen ontvingen gedurende minder dan 50% van de dagen waarop zij bezocht werden		Aantal patiënten die de verstrekkingen ontvingen gedurende 50% of meer van de dagen waarop zij bezocht werden	
	n	%	n	%	n	%
Wondzorg	586	67,1%	158	18,1%	129	14,8%
Inspuitingen	650	74,5%	139	15,9%	84	9,6%
Diabeteszorg	814	93,2%	2	0,2%	57	6,5%
Blaaszorg	863	98,9%	5	0,6%	5	0,6%
Vulvazorg en/of Aspiratie van de luchtwegen	871	99,8%	2	0,2%		
Gastro-intestinale zorg	863	98,9%	8	0,9%	2	0,2%
STVV	862	98,7%	10	1,2%	1	0,1%
Palliatieve zorg	862	98,7%	4	0,5%	7	0,8%
Forfaitaire vergoeding	711	81,4%	91	10,4%	71	8,1%

4. Registratiegegevens

Respons

Er werden 2409 formulieren naar de afdelingen verzonden. Daarvan waren er op 12 december 2305 (96%) formulieren terug verzameld op de federatie en ingescand: 1398 (95% van 1467) formulieren van T2-patiënten en 907 (96% van 942) formulieren van T7-patiënten (Tabel 21).

Tabel 21 : Respons per provincie van de registratiestudie tijdens de periode oktober-november 2005

	Steekproef			Registratie		
	T2	T7	Totaal	T2	T7	Totaal
Antwerpen	273	129	402	256	113	369
	68%	32%	100%	69%	31%	100%
Limburg	209	185	394	205	183	388
	53%	47%	100%	53%	47%	100%
Oost-Vlaanderen	357	265	622	341	259	600
	57%	43%	100%	57%	43%	100%
Vlaams-Brabant	280	224	504	276	218	494
	56%	44%	100%	56%	44%	100%
West-Vlaanderen	348	139	487	320	134	454
	71%	29%	100%	70%	30%	100%
Totaal	1467	942	2409	1398	907	2305
Totaal %	61%	39%	100%	61%	39%	100%
Respons:				95%	96%	96%

Instroom

De wijze waarop patiënten in contact kwamen met de thuisverpleging werd nagegaan voor de patiënten die van bij de aanvang van de verpleegkundige zorg in de vergoedingscategorie T2 of T7 ingedeeld waren.

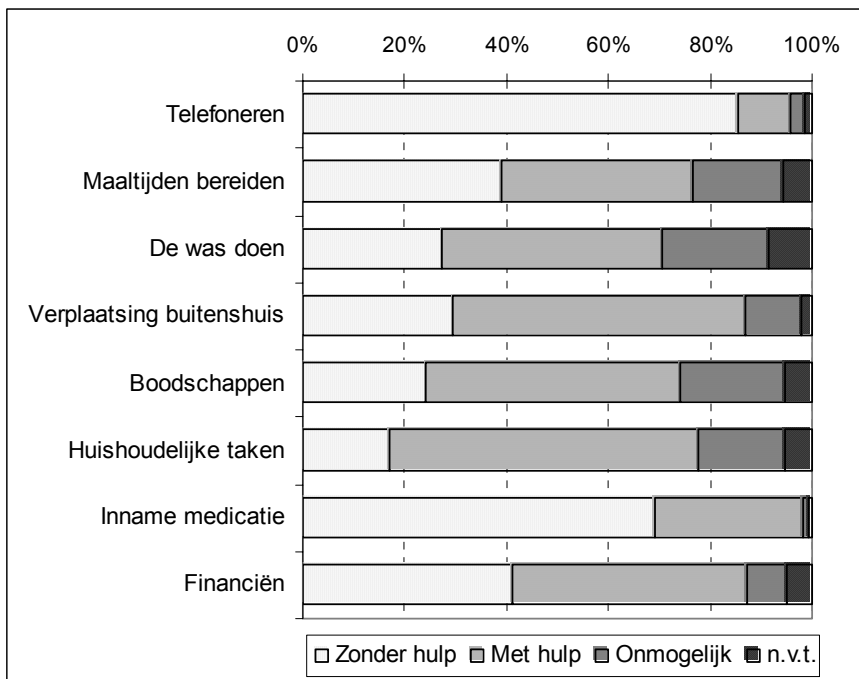
Tabel 22 : Instroom van de T2- en T7-patiënten, naargelang het vergoedingsregime bij de start van de verpleegkundige zorg

	Vergoedingscategorie bij de start van de verpleegkundige zorg			
	T2		T7	
Eigen initiatief van patiënt	234	27%	94	22%
Initiatief mantelzorg	134	16%	63	15%
Advies/voorschrift huisarts	331	38%	144	34%
Advies/voorschrift arts-specialist	44	5%	25	6%
Na ontslag uit ziekenhuis	98	11%	88	21%
Andere instroom	22	3%	11	3%
Totaal:	863	100%	425	100%

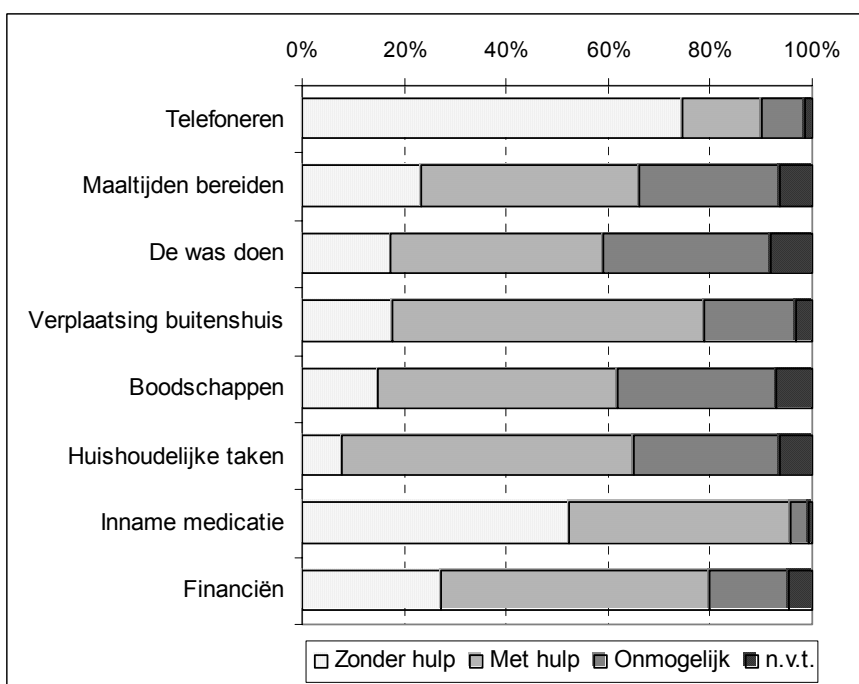
Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven

In Figuur 14 en Figuur 15 wordt de relatieve verdeling van de IADL-itemscores weergegeven voor de beide deelpopulaties. De IADL-functies 'Telefoneren' en 'Inname van medicatie' lijken het best bewaard te zijn gebleven.

Figuur 14 : Verdeling van de IADL-scores voor T2-patiënten



Figuur 15 : Verdeling van de IADL-scores voor T7-patiënten



Als samenvattende maat voor het IADL-functioneren werd gekozen voor het aantal IADL-items waarop de patiënt een probleem had (d.w.z. een score 2='hulp' of 3='onmogelijk').

Uit Tabel 23 blijkt dat zowel bij T2- als bij T7-patiënten frequent IADL-problemen voorkwamen. Slechts 10% van de T2- en slechts 5% van de T7-patiënten hadden géén IADL-probleem. Het zwaartepunt lag voor de T2-patiënten bij 5 (17% van de T2-patiënten) tot 6 (17% van de T2-patiënten) IADL-items waarop zij minstens hulp nodig hadden. Voor T7-patiënten lag het zwaartepunt op 7 (22% van de van de T7-patiënten) tot 8 (20% van de van de T7-patiënten) probleem-items.

Tabel 23 : Aantal patiënten T2 en T7, naargelang het aantal IADL-items waarvoor minstens 'hulp' nodig was

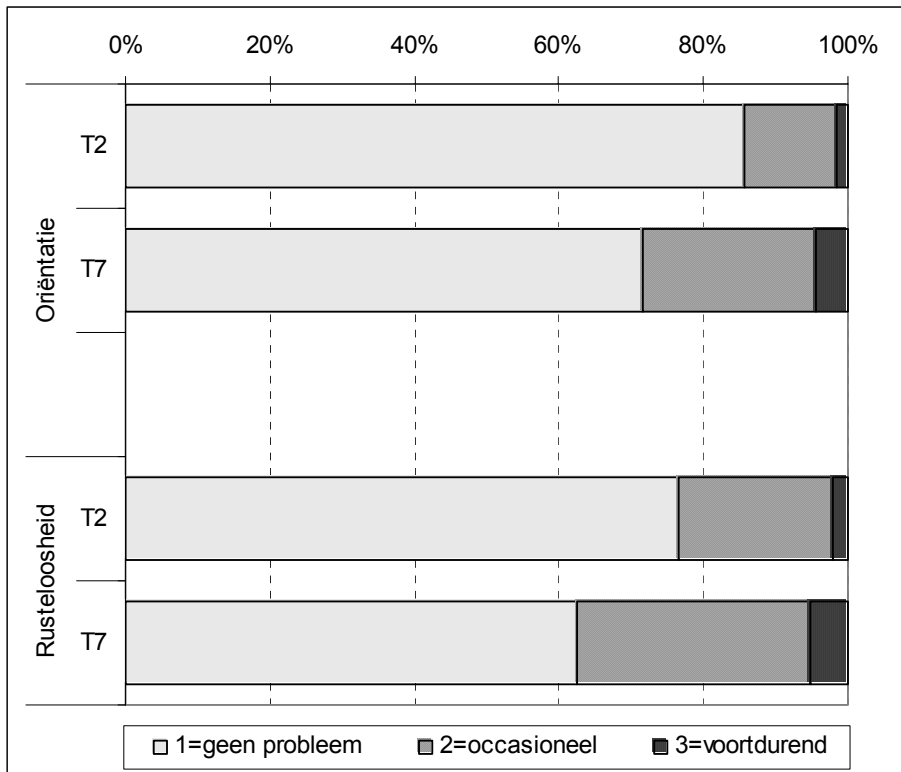
		Vergoedingscategorie				Totaal	
		T2		T7			
Aantal IADL-items met problemen	0	97	10%	30	5%	127	8%
	1	46	5%	16	3%	62	4%
	2	62	6%	28	4%	90	6%
	3	103	11%	54	8%	157	10%
	4	124	13%	40	6%	164	10%
	5	165	17%	89	14%	254	16%
	6	169	17%	111	17%	280	17%
	7	112	11%	143	22%	255	16%
	8	98	10%	128	20%	226	14%
Totaal		976	100%	639	100%	1615	100%

Het aantal patiënten waarop deze analyse gebaseerd was (respectievelijk 976 T2 en 639 T7), was veel lager dan de respons van 1398 (T2) en 907 (T7) omdat het aantal probleemitems slechts berekend werd voor die personen die voor alle items een score 1 tot 3 hadden.

Psychische problematiek

Psychische problematiek kwam weinig frequent voor.

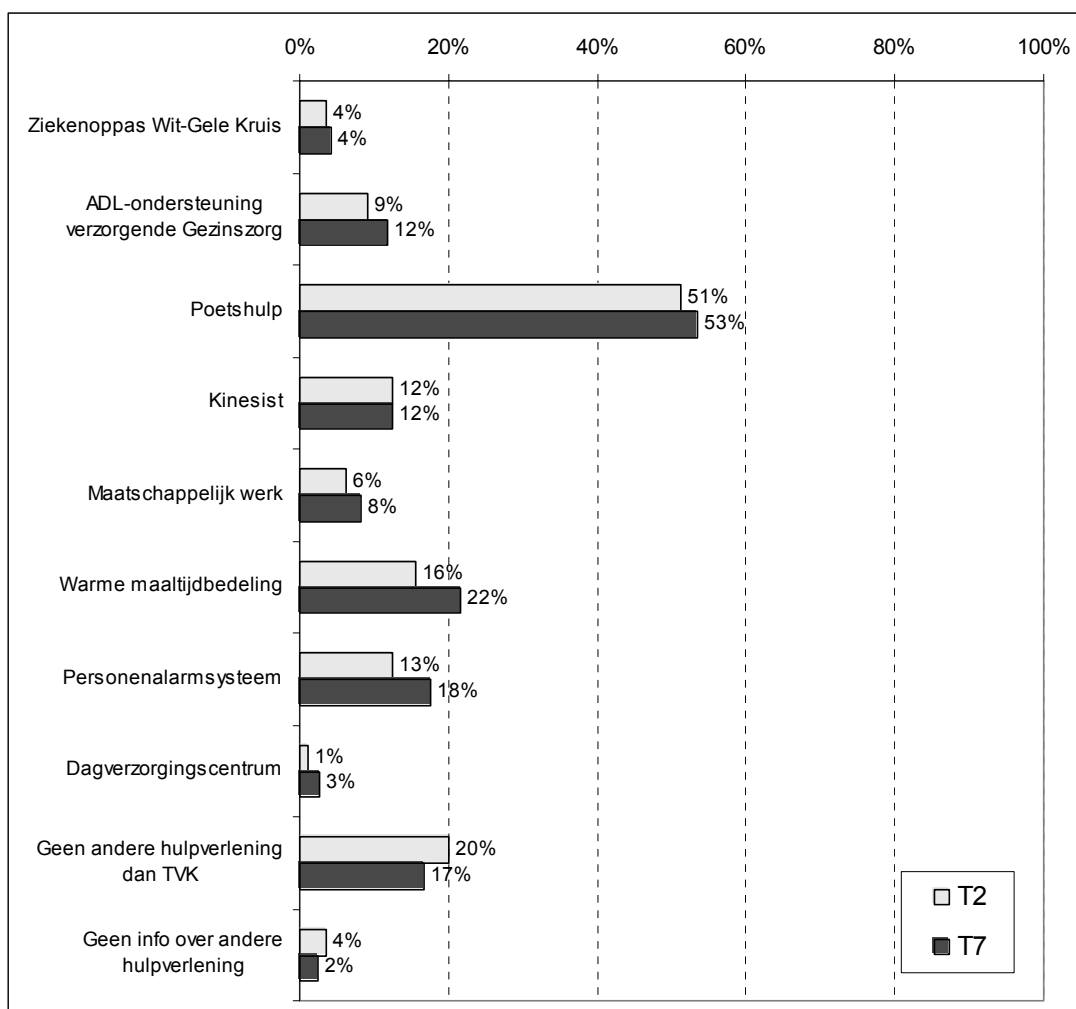
Figuur 16 : Relatieve verdeling van de itemscores 'Oriëntatie' en 'Rusteloosheid'



Inventarisatie hulpverlening

Behalve de poetshulpen werden er relatief weinig andere hulpverleners van de thuiszorg ingeschakeld bij T2- en T7-patiënten (Figuur 17).

Figuur 17 : Proporties T2- en T7-patiënten met aanwezigheid van andere hulpverlening



Om na te gaan of de andere thuiszorg-hulpverlening bij de T2-populatie verschillend was van de hulpverlening bij de algemene populatie werd een interactieve analyse uitgevoerd op de gegevens van de Gezondheidsenquête door middel van interview 2001 via de website van het WIV.

Volgens de Belgische Gezondheidsenquête 2001 had 6,5% van de personen, wonend in het Vlaamse Gewest en 65 jaar en ouder, contact met een dienst voor warme maaltijden aan huis. Van de T2-patiënten 65 jaar en ouder ontving 16% warme maaltijden, van de T7-patiënten 65 jaar en ouder 23% (Tabel 24).

Volgens de Belgische Gezondheidsenquête 2001 had 19% van de personen, wonend in het Vlaamse Gewest en 65 jaar en ouder, contact met een dienst voor thuishulp, o.m. gezins- en bejaardenhulp.

Van de T2-patiënten 65 jaar en ouder ontving 9% ADL-ondersteuning door een verzorgende van een dienst Gezinszorg en 53% ontving poetshulp.

Van de T7-patiënten 65 jaar en ouder ontving 13% ADL-ondersteuning door een verzorgende van een dienst Gezinszorg en 54% ontving poetshulp.

Volgens de Belgische Gezondheidsenquête 2001 had 0,5% van de personen, wonend in het Vlaamse Gewest en 65 jaar en ouder, contact met een dagcentrum in het afgelopen jaar.

Van de T2-patiënten 65 jaar en ouder bezocht 0,8% een dagverzorgingscentrum, van de T7-patiënten 65 jaar en ouder, 1,2%.

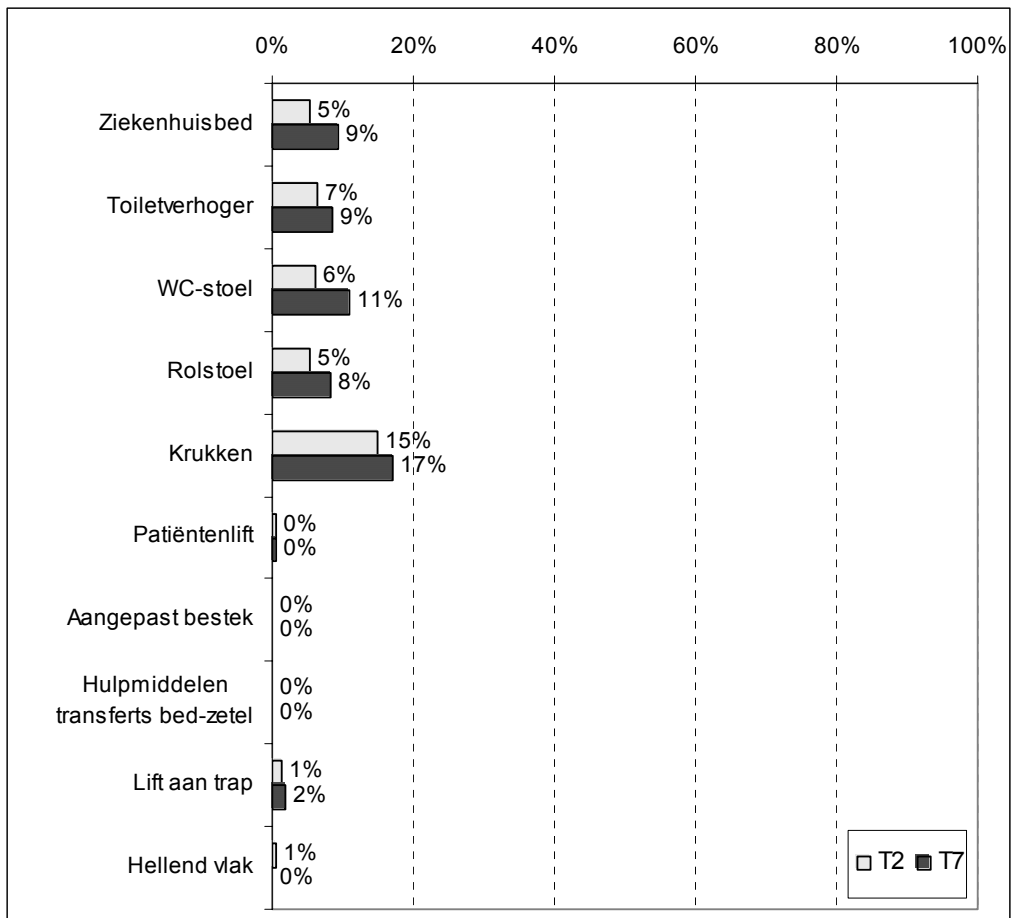
Tabel 24: Aanwezigheid van andere thuiszorg-hulpverleners bij personen van 65 jaar en ouder in het Vlaamse Gewest en bij patiënten van 65 jaar en ouder met hygiënische zorg als nomenclatuurverstrekking van het Wit-Gele Kruis in Vlaanderen

Gezondheidsenquête door middel van interview 2001	Vlaams Gewest 65 jaar en ouder	Wit-Gele Kruis	Vlaanderen, patiënten 65 jaar en ouder	
			T2	T7
Contact met dienst voor warme maaltijden aan huis in het afgelopen jaar	6,5%	Warme maaltijdbedeling	16%	23%
Contact met een dienst voor thuishulp in het afgelopen jaar	19%	ADL-ondersteuning door verzorgende van dienst Gezinszorg	9%	13%
		Poetshulp	53%	54%
Contact met een dagcentrum in het afgelopen jaar	0,5%	Dagverzorgingscentrum	0,8%	1,2%

Hulpmiddelen en aanpassingen

In Figuur 18 wordt de aanwezigheid van hulpmiddelen en aanpassingen weergegeven.

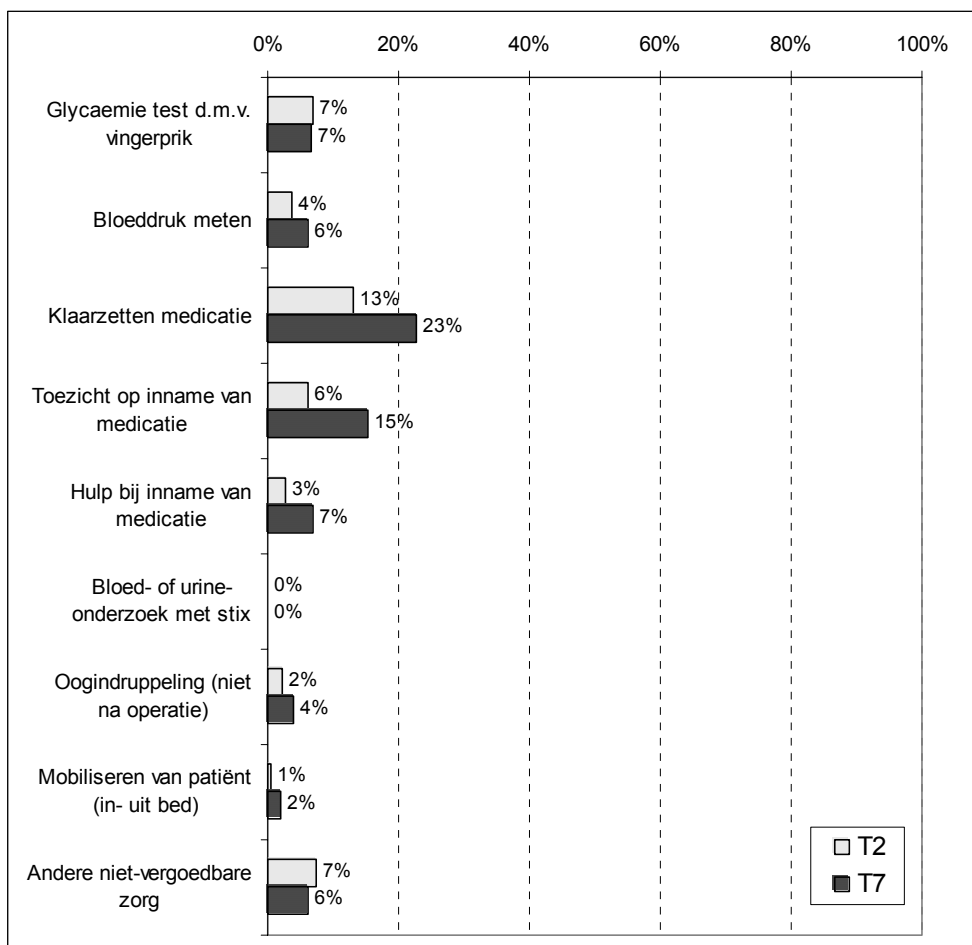
Figuur 18 : Aanwezigheid van hulpmiddelen en aanpassingen bij patiënten met hygiënische zorg als nomenclatuurverstreking van het Wit-Gele Kruis in Vlaanderen



Niet-vergoedbare zorg

Bij de niet-vergoedbare zorg waren vooral het klaarzetten van medicatie en het toezicht/hulp bij de inname belangrijk (Figuur 19).

Figuur 19: Niet-vergoedbare zorg bij T2- en T7-patiënten.



Samenvattende resultaten m.b.t. zorgbehoefte en zorgverstrekking

In Tabel 25 worden de resultaten van de analyse voor een aantal variabelen i.v.m. de zorgbehoefte en de zorgverlening samengevat. Voor wat betreft deze variabelen die betrekking hadden op de zorgbehoefte en de zorgverlening was er bij de T7-patiënten telkens een significant zwaardere problematiek en hulpverlening aanwezig dan bij de T2-patiënten. Bemerk het verschil met de vergelijkingen tussen T2- en T7-patiënten in Tabel 3, waar er geen significante verschillen werden bekomen.

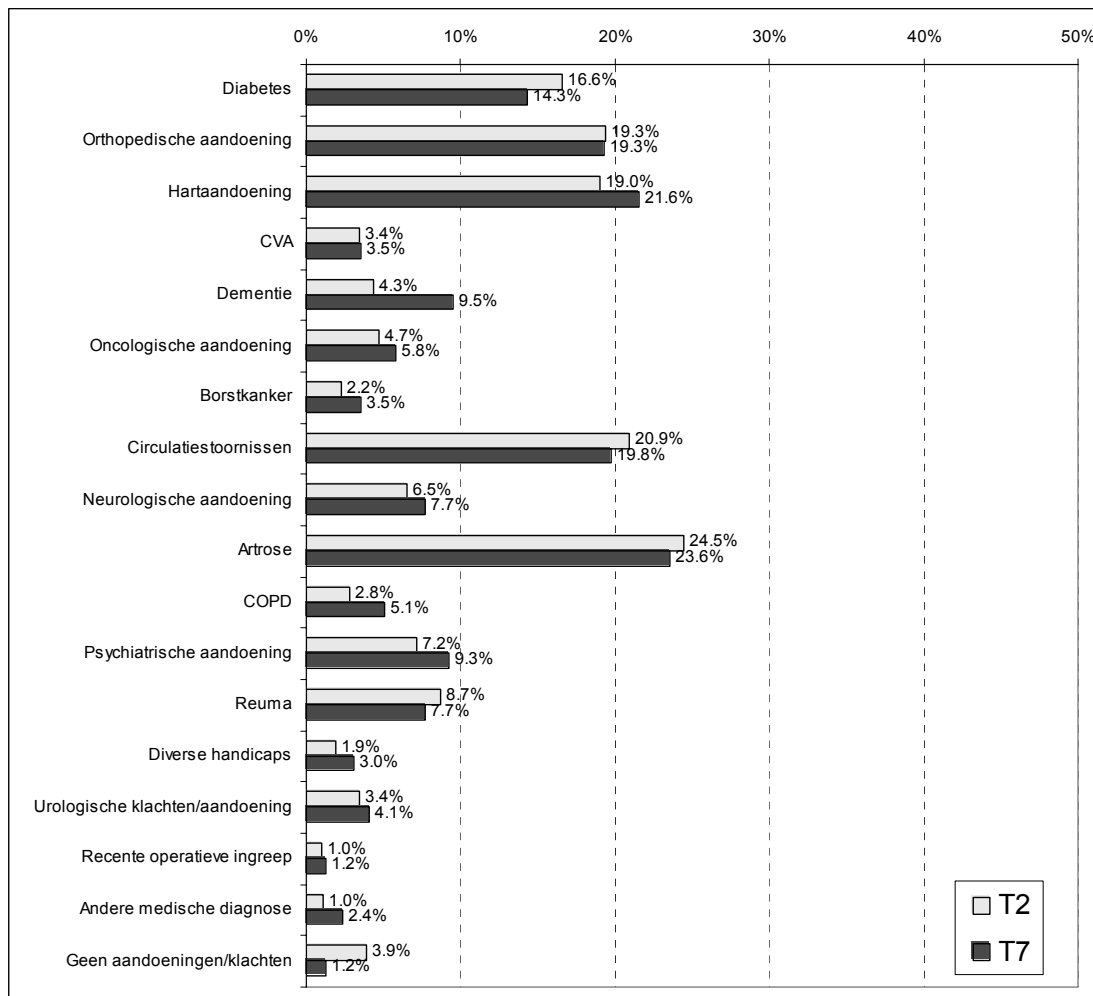
Tabel 25 Samenvattende resultaten voor enkele variabelen i.v.m. zorgbehoefte van en zorgverstrekking aan T2- en T7patiënten

Variabelen i.v.m. zorgbehoefte en zorgverstrekking	T2 (n=1398)	T7 (n=907)	p-waarde
Aantal IADL-items 'met probleem' per patiënt: mediaan (IQR)	5 (3 - 6)	6 (4 - 7)	p < 0.0001 (Wilcoxon)
Aantal patiënten met andere hulpverlening	900 (64%)	640 (71%)	p = 0.002 (χ^2)
Aantal andere hulpverleners/voorzieningen per patiënt: mediaan (IQR)	1 (1 - 2)	2 (1 - 2)	p = 0.0005 (Wilcoxon)
Aantal patiënten met andere niet-vergoedbare zorg	390 (28%)	343 (38%)	p < 0.0001 (χ^2)
Aantal andere niet-vergoedbare zorg-interventies: mediaan (IQR)	1 (1 - 2)	1 (1 - 3)	p = 0.0005 (Wilcoxon)
Aantal medicaties per persoon	6 (5 - 7)	7 (5 - 9)	p = 0.04 (Wilcoxon)

Medische aandoeningen

In Figuur 20 wordt de aanwezigheid van medische aandoeningen weergegeven, zoals deze gekend waren door verpleegkundigen.

Figuur 20 : Prevalentie van medische aandoeningen, zoals gekend door verpleegkundigen, bij patiënten met hygiënische zorg als nomenclatuurverstrekking van het Wit-Gele Kruis in Vlaanderen



In de Belgische Gezondheidsenquête 2001 was de prevalentie van 'Ernstige hartkwaal of hartinfarct' voor het Vlaamse Gewest 14,1% voor mannen 65 jaar en ouder en 10,7% voor vrouwen 65 jaar en ouder (website WIV).

Bij de T2-patiënten was de prevalentie van 'Hartaandoeningen' 22,3% voor mannen 65 jaar en ouder en 19,3% voor vrouwen 65 jaar en ouder (Tabel 26).

Bij de T7-patiënten was de prevalentie van 'Hartaandoeningen' 25,9% voor mannen 65 jaar en ouder en 21,8% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

In de Belgische Gezondheidsenquête 2001 was de prevalentie van 'Beroerte (hersenvloeding) en gevolgen' voor het Vlaamse Gewest 3,0% voor mannen 65 jaar en ouder en 0,6% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

Bij de T2-patiënten was de prevalentie van 'CVA' 5,8% voor mannen 65 jaar en ouder en 2,2% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

Bij de T7-patiënten was de prevalentie van 'CVA' 3,3% voor mannen 65 jaar en ouder en 3,5% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

In de Belgische Gezondheidsenquête 2001 was de prevalentie van 'Gewrichtsslijtage' voor het Vlaamse Gewest 29,0% voor mannen 65 jaar en ouder en 48,2% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

Bij de T2-patiënten was de prevalentie van 'Artrose' 15,0% voor mannen 65 jaar en ouder en 30,5% voor vrouwen 65 jaar en ouder. Bij de T7-patiënten was de prevalentie van 'Artrose' 14,6% voor mannen 65 jaar en ouder en 30,2% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

In de Belgische Gezondheidsenquête 2001 was de prevalentie van 'Andere vormen van gewrichtsreuma' voor het Vlaamse Gewest 3,8% voor mannen 65 jaar en ouder en 11,4% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

Bij de T2-patiënten was de prevalentie van 'Reuma' 6,4% voor mannen 65 jaar en ouder en 10,1% voor vrouwen 65 jaar en ouder. Bij de T7-patiënten was de prevalentie van 'Reuma' 4,7% voor mannen 65 jaar en ouder en 9,7% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

In de Belgische Gezondheidsenquête 1997 was de prevalentie van 'Astma, chronische bronchitis of CARA' voor het Vlaamse Gewest 17,2% voor mannen 65 jaar en ouder en 6,0% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

Bij de T2-patiënten was de prevalentie van 'COPD' 5,8% voor mannen 65 jaar en ouder en 1,6% voor vrouwen 65 jaar en ouder. Bij de T7-patiënten was de prevalentie van 'COPD' 12,3% voor mannen 65 jaar en ouder en 3,0% voor vrouwen 65 jaar en ouder.

Tabel 26 : Aanwezigheid van medische aandoeningen bij personen van 65 jaar en ouder in het Vlaamse Gewest en bij patiënten van 65 jaar en ouder met hygiënische zorg als nomenclatuurverstrekking van het Wit-Gele Kruis in Vlaanderen

Gezondheidsenquête door middel van interview 2001	Vlaams Gewest 65 jaar en ouder		Wit-Gele Kruis	Vlaanderen, patiënten 65 jaar en ouder			
	Mannen	Vrouwen		T2		T7	
				Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Ernstige hartkwaal of hartinfarct	14,1%	10,7%	Hartaandoening	22,3%	19,3%	25,9%	21,8%
Beroerte (hersenvloeding) en gevolgen	3,0%	0,6%	CVA	5,8%	2,2%	3,3%	3,5%
Gewrichtsslijtage	29,0%	48,2%	Artrose	15,0%	30,5%	14,6%	30,2%
Andere vormen van gewrichtsreuma	3,8%	11,4%	Reuma	6,4%	10,1%	4,7%	9,7%
Astma, chronische bronchitis of CARA (1997)	17,2%	6,0%	COPD	5,8%	1,6%	12,3%	3,0%

Verpleegkundige diagnostiek

Voor wat betreft de registratie van de verpleegkundige diagnostiek werd de analyse uitgevoerd op de patiënten met minstens één geregistreerde verpleegkundige diagnose en mits de verpleegkundige zichzelf in staat achtte om het formulier in te vullen. Er was immers een extra antwoordmogelijkheid voorzien: 'Ik ben niet vertrouwd met verpleegkundige diagnostiek voorzien en kan dit formulier niet volledig invullen'.

De respons van de registratie van de verpleegkundige diagnostiek was hoog (85%), en niet verschillend tussen de groep T2 en T7. Er werden wel significant meer verpleegkundige diagnoses en functionele gezondheidspatronen per patiënt geregistreerd voor de T7-patiënten dan voor de T2-patiënten (Tabel 27).

Tabel 27: Respons en aantal verpleegkundige diagnoses en functionele gezondheidspatronen per T2- en T7-patiënt.

Verpleegkundige diagnostiek	T2 (n=1398)	T7 (n=907)	p-waarde
Respons*	1184 (84.6%)	768 (84.7%)	$p = 0.99$ (χ^2)
Aantal verpleegkundige diagnoses per patiënt: mediaan (IQR)	5 (3 – 8)	6 (3 – 10)	$p < 0.0001$ (Wilcoxon)
Aantal functionele gezondheidspatronen (volgens M. Gordon) per patiënt: mediaan (IQR)	3 (2 – 4)	3 (2 – 5)	$p < 0.0001$ (Wilcoxon)

*Respons: dit is het aantal patiënten waarvoor verpleegkundige diagnostiek beschikbaar was. Voorwaarde was dat de verpleegkundige voldoende kennis had van de 'taal' van de verpleegkundige diagnostiek om deze informatie te kunnen registreren.

In Tabel 28 worden de geregistreerde verpleegkundige diagnoses weergegeven naargelang hun algemene frequentie.

Hoewel alle T2- en T7-patiënten minstens voldeden aan het Katz-criterium 'wassen > 1', werd de verpleegkundige diagnose 'Zelfstandigheidstekort in wassen' niet voor alle patiënten geregistreerd.

Behalve de verpleegkundige diagnoses die aanleiding waren tot de basis-ADL-ondersteuning was frequent sociaal- en emotioneel-gerelateerde problematiek aanwezig. Dit valt af te leiden uit het feit dat in de 'top-30' een groot aantal verpleegkundige diagnoses teruggevonden worden die niet onmiddellijk gericht zijn op ADL-ondersteuning of lichamelijke zorg: 'Chronische pijn', 'Verstoord slaap-rustpatroon', 'Dreigende eenzaamheid', 'Sociaal isolement', 'Moedeloosheid', 'Pijn', 'Dreigend verminderd activiteitsvermogen', 'Ontspanningstekort', 'Lichte angst', 'Kennistekort', 'Aandacht/concentratietekort', 'Mantelzorgtekort'.

Tabel 28: Geregistreeerde verpleegkundige diagnoses bij T2- en T7-patiënten naar algemene frequentie van voorkomen.

Rang- plaats	Verpleegkundige diagnose		Aantal en proportie patiënten waarbij de verpleegkundige diagnose geregistreerd werd			
			T2		T7	
			n	%	n	%
1	D73	Zelfstandigheidstekort in wassen	827	70%	549	71%
2	D74	Zelfstandigheidstekort kleding/verzorging	493	42%	425	55%
3	D62	Verminderd activiteitsvermogen	420	35%	342	45%
4	D83	Verminderd huishoudvermogen	400	34%	258	34%
5	D65	Mobiliteitstekort	311	26%	240	31%
6	D02	Tekort in gezondheidsonderhoud	241	20%	180	23%
7	D08	Tekort in gezondheidsinstandhouding	180	15%	165	21%
8	D103	Chronische pijn	177	15%	164	21%
9	D68	Verminderd voortbewegingsvermogen	172	15%	146	19%
10	D67	Verplaatsingstekort	158	13%	119	15%
11	D98	Verstoord slaap-rustpatroon	147	12%	129	17%
12	D128	Dreigende eenzaamheid	120	10%	88	11%
13	D90	Verminderde weefseldoorbloeding	117	10%	65	8%
14	D145	Sociaal isolement	113	10%	89	12%
15	D129	Moedeloosheid	111	9%	105	14%
16	D102	Pijn	101	9%	61	8%
17	D36	Huiddefect	100	8%	62	8%
18	D37	Dreigend huiddefect of -afbraak	100	8%	69	9%
19	D63	Dreigend verminderd activiteitsvermogen	95	8%	45	6%
20	D96	Dreigende perifere neurovasculaire stoornis	95	8%	48	6%
21	D82	Ontspanningstekort	80	7%	56	7%
22	D75	Zelfstandigheidstekort in eten	79	7%	101	13%
23	D122	Lichte angst	78	7%	67	9%
24	D106	Jeuk	76	6%	64	8%
25	D55	Stress-incontinentie	73	6%	68	9%
26	D85	Verminderd ademhalingsvermogen	64	5%	55	7%
27	D110	Kennistekort	64	5%	61	8%
28	D112	Aandacht/concentratietekort	64	5%	66	9%
29	D20	Dreigend voedingsteveel (dreig zwaarlijvigheid)	63	5%	43	6%
30	D159	Mantelzorgtekort	63	5%	61	8%
31	D72	Volledig persoonlijke-zorgtekort	62	5%	70	9%
32	D01	Gezondheidszoekend gedrag	61	5%	40	5%
33	D49	Gevaar voor obstipatie	59	5%	56	7%
34	D52	Verstoorde urine-uitscheiding	52	4%	54	7%
35	D111	Verstoord denken	52	4%	57	7%
36	D11	Dreigende therapie-ontrouw	51	4%	44	6%
37	D130	Machteloosheid	50	4%	53	7%
38	D21	Voedingstekort	49	4%	52	7%
39	D19	Voedingsteveel (exogenen zwaarlijvigheid)	48	4%	50	7%
40	D64	Oververmoeidheid	48	4%	39	5%
41	D78	Vertraagd herstel na een operatie	47	4%	22	3%
42	D164	Seksueel dysfunctioneren	46	4%	33	4%
43	D127	Reactieve depressie	45	4%	45	6%
44	D10	Therapie-ontrouw	44	4%	44	6%

45	D117	Geheugentekort	43	4%	50	7%
46	D03	Inadequate opvolging van de behandeling	42	4%	42	5%
47	D137	Chronisch verdriet	40	3%	32	4%
48	D149	Gewijzigde gezinsprocessen	39	3%	35	5%
49	D34	Overvulling	38	3%	19	2%
50	D53	Functionele incontinentie	38	3%	48	6%
51	D121	Angst	34	3%	35	5%
52	D160	Verstoorde verbale communicatie	34	3%	32	4%
53	D169	Probleemvermijding	34	3%	24	3%
54	D12	Infectiegevaar	33	3%	25	3%
55	D180	Geestelijke nood	33	3%	18	2%
56	D76	Zelfstandigheidstekort in toiletgang	32	3%	64	8%
57	D28	Misselijkheid	31	3%	23	3%
58	D57	Gevaar voor urge-incontinentie	29	2%	11	1%
59	D113	Acute verwardheid	29	2%	37	5%
60	D56	Urge-incontinentie	28	2%	41	5%
61	D70	Dreigend inactiviteitssyndroom	28	2%	22	3%
62	D168	Ineffectieve coping	28	2%	16	2%
63	D134	Verstoord lichaamsbeeld	27	2%	17	2%
64	D35	Gevaar voor stoomis van het vochtgehalte	26	2%	37	5%
65	D114	Chronische verwardheid	26	2%	43	6%
66	D158	Dreig overbelasting mantelzorgverlener	26	2%	25	3%
67	D33	Dreigend vochttekort	25	2%	26	3%
68	D100	Verlaat inslapen	25	2%	24	3%
69	D163	Gewijzigde seksuele gewoonten	25	2%	13	2%
70	D48	Periodieke obstipatie	24	2%	33	4%
71	D116	Ongecompens korte-termijngeheugentekort	24	2%	25	3%
72	D69	Ambulantietekort	23	2%	17	2%
73	D119	Beslisconflict	23	2%	19	2%
74	D50	Diarree	22	2%	34	4%
75	D54	Reflex-incontinentie	22	2%	15	2%
76	D142	Verstoorde rolvulling	21	2%	12	2%
77	D123	Matige angst	20	2%	23	3%
78	D39	Weefseldefect (specificeer type)	19	2%	17	2%
79	D104	Tekort in zelfbestrijding van pijn	18	2%	12	2%
80	D120	Vrees	17	1%	15	2%
81	D105	Ongecompenseerd zintuigtekort	16	1%	9	1%
82	D141	Dysfunctionele rouw	15	1%	6	1%
83	D181	Mogelijkheid verbeterd geest welbevinden	15	1%	10	1%
84	D146	Inadequate sociale interactie	14	1%	12	2%
85	D157	Overbelasting van mantelzorgverlener	14	1%	16	2%
86	D140	Anticiperende rouw	13	1%	8	1%
87	D58	Volledige urine-incontinentie	11	1%	15	2%
88	D66	Verminderde mobiliteit in bed	10	1%	15	2%
89	D115	Syndroom verstoorde omgevingsinterpretatie	10	1%	16	2%
90	D131	Geringe zelfachting	10	1%	10	1%
91	D51	Incontinentie voor faeces	9	1%	21	3%
92	D77	Afwijkende ontwikkeling pers-zorgvaardigheden	9	1%	9	1%
93	D38	Decubitus (specifieer graad)	7	1%	4	1%
94	D46	Colon-obstipatie	7	1%	4	1%
95	D29	Aspiratiegevaar	6	1%	4	1%
96	D30	Veranderd mondslijmvlies	6	1%	3	0%

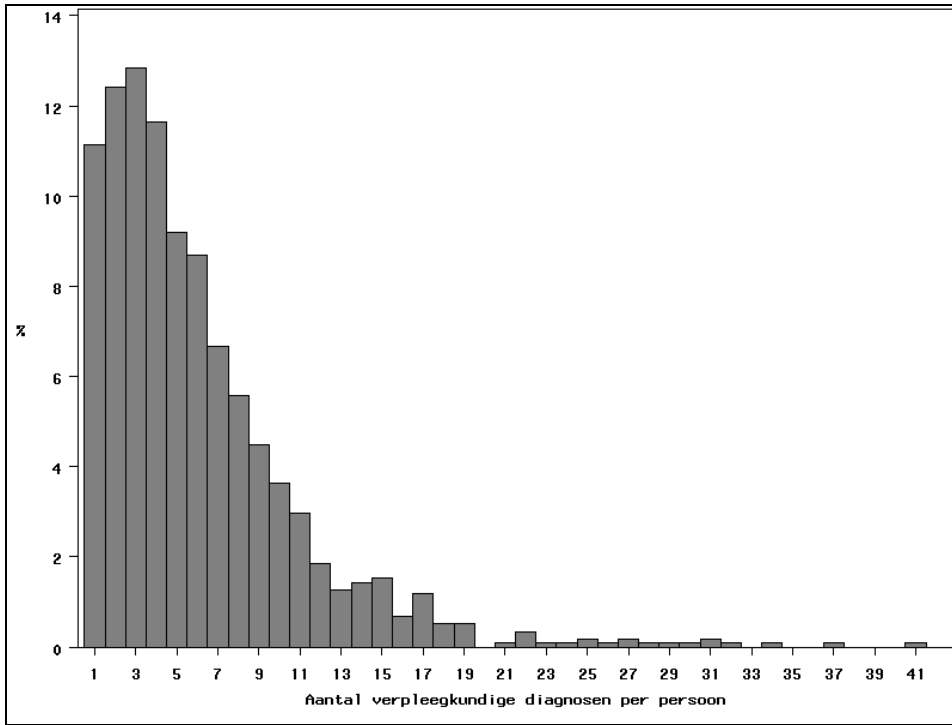
97	D27	Ongecompenseerde slikstoornis	5	0%	6	1%
98	D40	Allergie voor latex	4	0%	0	0%
99	D45	Dreigende temperatuurwijziging	1	0%	4	1%
100	D41	Gevaar voor allergie voor latex	0	0%	1	0%
101	D43	Hyperthermie	0	0%	1	0%
Totaal:			7104		5805	

Tabel 29: Functionele gezondheidspatronen waarvoor minstens één verpleegkundige diagnoses werd geregistreerd bij T2- en T7-patiënten, naar algemene frequentie van voorkomen.

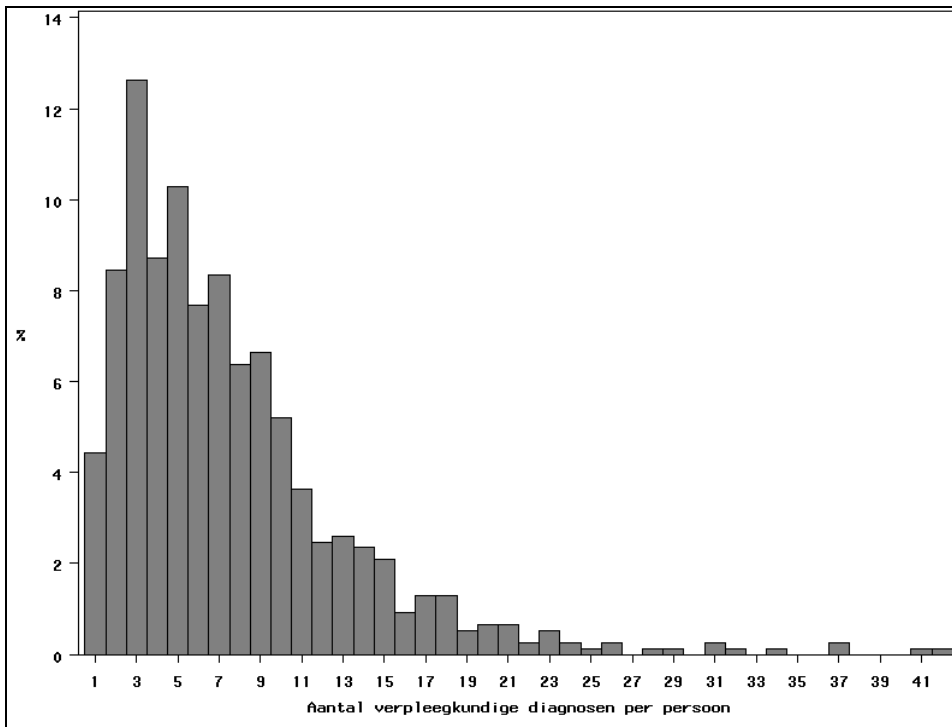
Gezondheidspatronen volgens M. Gordon (in volgorde van belangrijkheid)	Aantal en proportie patiënten met minstens één verpleegkundige diagnose in het gezondheidspatroon			
	T2		T7	
	n	%	n	%
4. Activiteitenpatroon	1100	93%	725	94%
1. Gezondheidsbeleving en -instandhouding	520	44%	393	51%
6. Cognitie- en waarnemingspatroon	483	41%	412	54%
7. Zelfbelevingspatroon	371	31%	280	36%
2. Voedings- en stofwisselingpatroon	370	31%	284	37%
3. Uitscheidingspatroon	310	26%	310	40%
8. Rollen- en relatiepatroon	275	23%	214	28%
5. Slaap- en rustpatroon	168	14%	149	19%
9. Seksualiteits- en voortplantingspatroon	68	6%	45	6%
10. Stessverwerkingspatroon	62	5%	40	5%
11. Waarden- en levensovertuigingenpatroon	47	4%	28	4%

In de figuren 20 tot en met 23 worden de relatieve distributies van het aantal verpleegkundige diagnoses en het aantal functionele gezondheidspatronen per patiënt grafisch weergegeven.

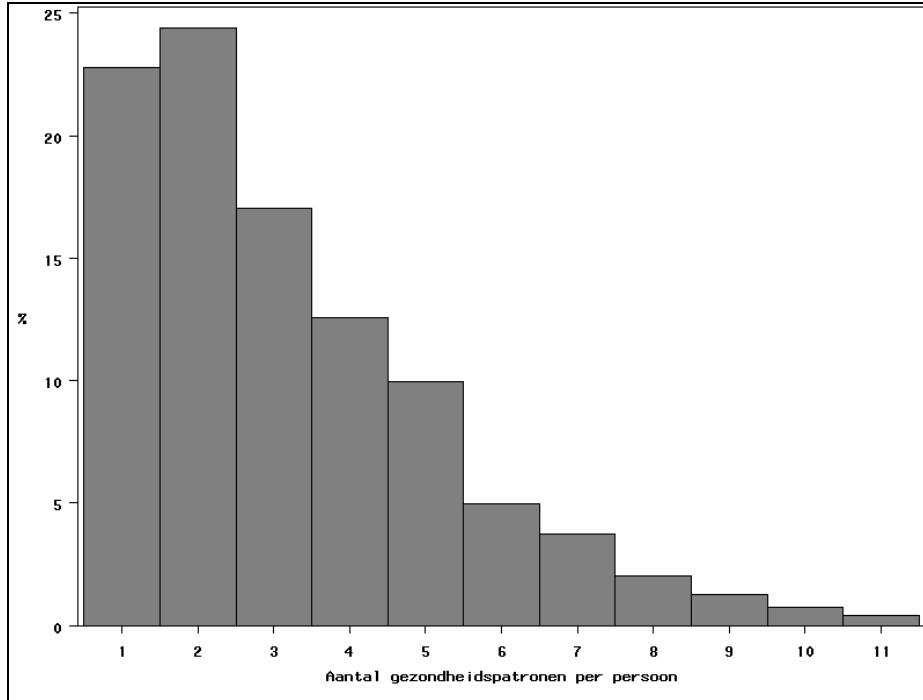
Figuur 21 : Histogram: aantal verpleegkundige diagnoses per T2-patiënt



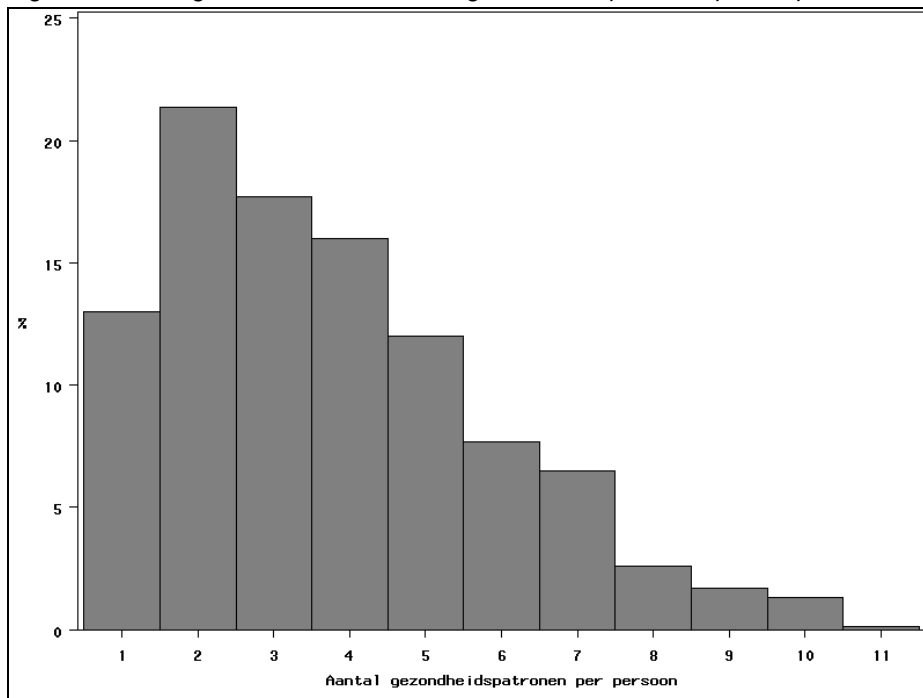
Figuur 22 : Histogram: aantal verpleegkundige diagnoses per T7-patiënt



Figuur 23 : Histogram: aantal functionele gezondheidspatronen per T2-patiënt

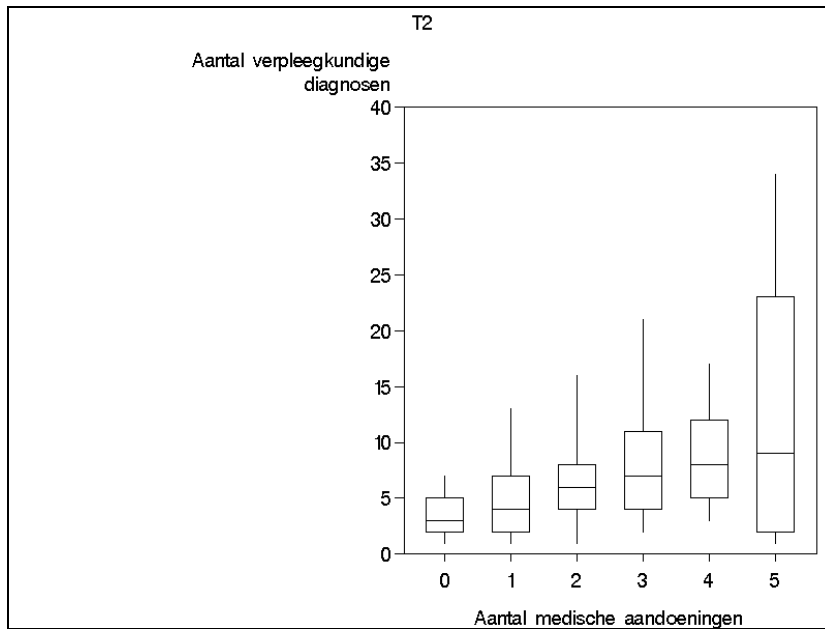


Figuur 24 : Histogram: aantal functionele gezondheidspatronen per T7-patiënt

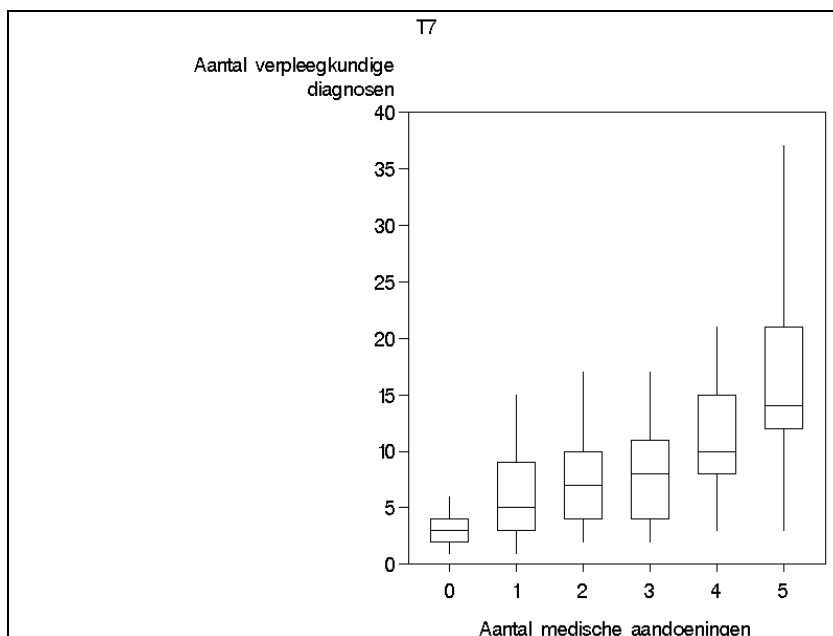


In de figuren 24 en 25 wordt de associatie tussen het aantal verpleegkundige diagnoses en het aantal medische aandoeningen per patiënt grafisch weergegeven. De Spearman correlaties waren respectievelijk 0.32 (95% B.I. 0.26-0.37) binnen de groep van de T2-patiënten en 0.30 (95% B.I. 0.24-0.37) binnen de groep van de T7-patiënten. Besluit: er waren zwak positieve associaties tussen het aantal verpleegkundige diagnoses en het aantal medische aandoeningen per patiënt.

Figuur 25: Boxplot: het aantal verpleegkundige diagnoses in functie van het aantal medische aandoeningen bij T2-patiënten



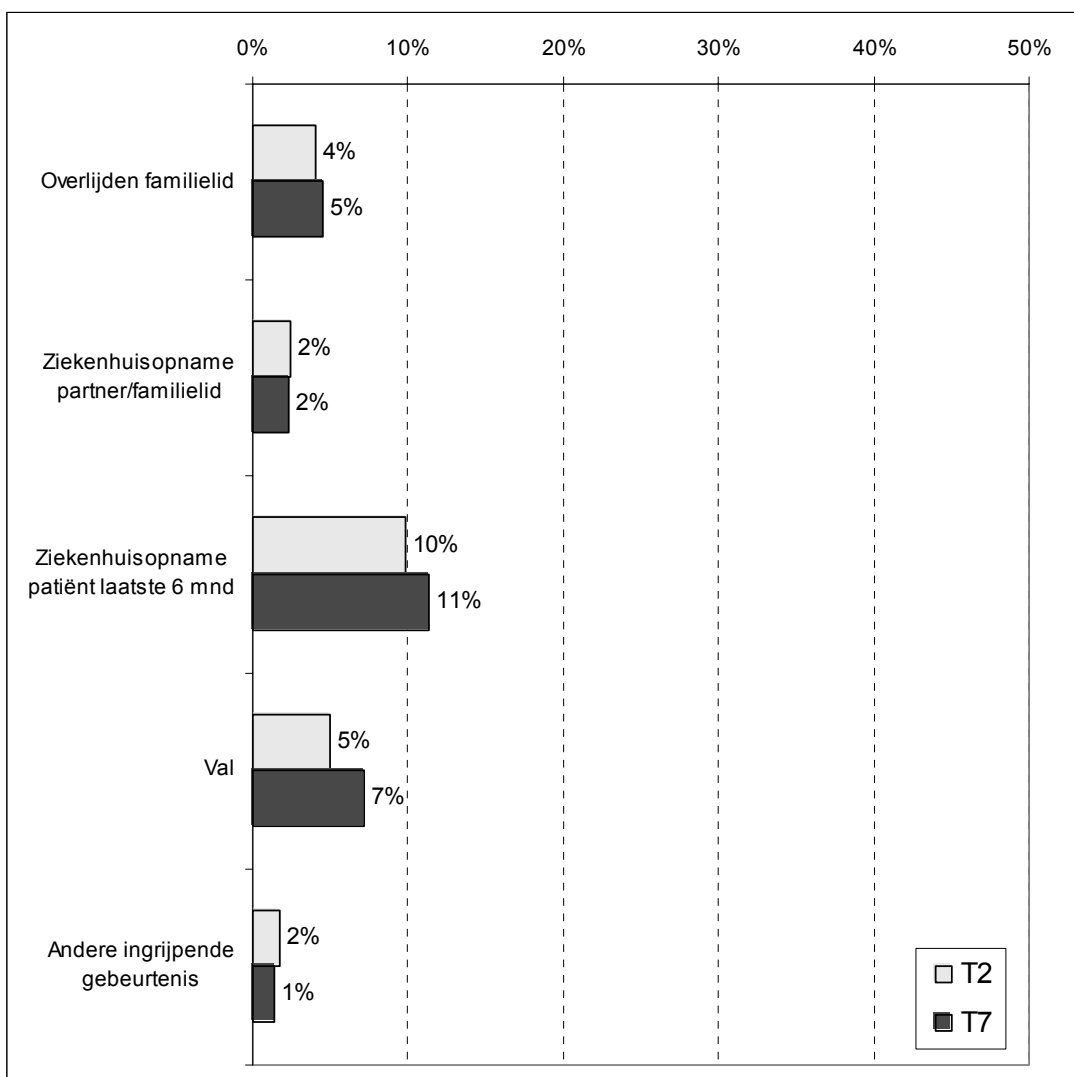
Figuur 26: Boxplot: het aantal verpleegkundige diagnoses in functie van het aantal medische aandoeningen bij T7-patiënten



Ingrijpende gebeurtenis

De resultaten van de retrospectieve registratie van ingrijpende gebeurtenissen worden weergegeven in Figuur 27. De prevalentie van ingrijpende gebeurtenissen was laag. De opvallendste waarneming was wellicht dat één patiënt op tien gehospitaliseerd werd gedurende de voorbije 6 maanden.

Figuur 27 : Retrospectieve registratie van ingrijpende gebeurtenissen bij T2- en T7-patiënten.



Uitstroom van patiënten

De gegevensverzameling van oktober tot december 2005 liet toe om gedurende een (te) korte periode de uitstroom van T2- en T7-patiënten na te gaan. Deze follow-up was niet erg precies en niet voor elke patiënt even lang. De registratie van de uitstroom wordt idealiter uitgevoerd op gegevens die prospectief verzameld werden gedurende een langere periode die per patiënt precies kan afgebakend worden. De hieronder weergegeven resultaten zijn dus eerder indicatief voor de manier waarop in de toekomst deze gegevens kunnen geanalyseerd worden.

Tabel 30 : Redenen waarom patiënten (sinds 1 september 2005) niet meer door het Wit-Gele Kruis verzorgd worden (let op het verschil tussen 'Totaal' en 'Respons'!)

	T2			T7		
Ontslag : geen zorg meer nodig	29	48%	2.1%	28	41%	4.5%
Overleden	4	7%	0.3%	5	7%	0.6%
Ziekenhuisopname	23	38%	1.7%	25	36%	2.8%
Opname in rusthuis	3	5%	0.2%	9	13%	1.0%
Verhuisd	0	0%	0%	1	2%	0.1%
Onbekend	2	3%	0.1%	1	2%	0.1%
Totaal uitstroom:	61	100%	4.4%	69	100%	7.6%
Respons:	1398	100.0%		907	100.0%	

In de Belgische Gezondheidsenquête 2001 bedroeg de incidentie van een ziekenhuisopname voor personen 65 jaar en ouder in het Vlaamse Gewest gemiddeld 26,9 opnames per 100 personen per jaar (interactieve analyse via de website van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (www.iph.fgov.be) geraadpleegd 8 december 2005).

Indien we aannemen dat de follow-up voor alle patiënten een half jaar bedroeg kan op basis van de combinatie van Figuur 27 en Tabel 30 een ruwe berekening van de incidentie van hospitalisatie bij T2- en T7-patiënten gemaakt worden:

voor T2-patiënten: $154 / (1398 \times 0,5) = 22,0$ ziekenhuisopnames per 100 patiënten per jaar.

voor T7-patiënten: $122 / (907 \times 0,5) = 26,9$ ziekenhuisopnames per 100 patiënten per jaar;

Ook hier weer past de bemerking dat deze berekening van de incidentie van ziekenhuisopname niet erg precies is: de berekening wordt idealiter uitgevoerd op gegevens die prospectief verzameld werden gedurende een periode die per patiënt precies kan afgebakend worden.

Medicatiegebruik

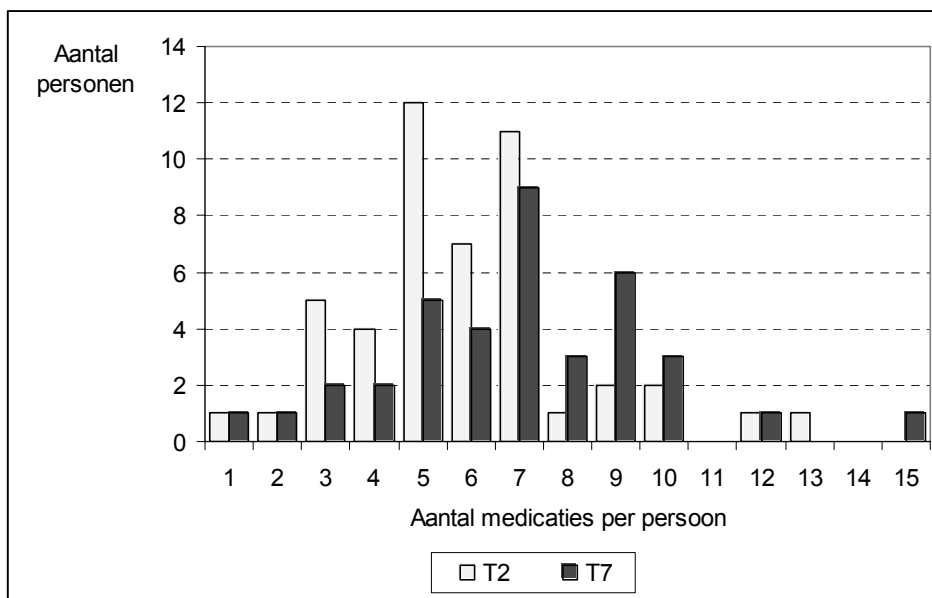
In de provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen werd 'medicatie klaarzetten' geregistreerd als niet-vergoedbare zorg bij 145 patiënten (14% van 1024). Van 86 (59% van 145) van deze personen werd de volledige medicatie geregistreerd.

Het aantal medicaties per persoon was hoger bij T7-patiënten dan bij T2-patiënten (Tabel 31).

Tabel 31: Aantal medicaties bij T2- en T7-patiënten, waarbij medicatie werd klaargezet (niet-vergoedbare prestatie) door verpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis

	T2-patiënten (n = 48)	T7-patiënten (n = 38)	p-waarde
Aantal medicaties per persoon	6 (5 - 7)	7 (5 - 9)	p = 0.04

Figuur 28 : Frequentiedistributie van het aantal medicaties per persoon (n = 86 patiënten; 48 T2- en 38 T7-patiënten)



Een overzicht van de gebruikte medicatie wordt gegeven in Tabel 32.

Tabel 32 : Medicatiegebruik bij T2- en T7-patiënten waarbij een verpleegkundige de medicatie klaarzet, naargelang de frequentie van voorkomen in de totale groep

Aard van de medicatie	T2 (n = 48)		T7 (n = 38)		Totaal (n = 86)	
	n	%	n	%	n	%
Antihypertensiva	33	69%	29	76%	62	72%
Analgetica – Antipyretica (inclusief Cardio-Aspegic)	25	52%	19	50%	44	51%
Diuretica	20	42%	21	55%	41	48%
Hypnotica, sedativa, anxiolytica	21	44%	18	47%	39	45%
Middelen bij maag- en duodenumpathologie	13	27%	16	42%	29	34%
Antidepressiva	11	23%	12	32%	23	27%
Antidiabetische middelen	14	29%	8	21%	22	26%
Hypolipemiërende middelen	11	23%	10	26%	21	24%
Antitrombotische middelen	9	19%	11	29%	20	23%
Anti-aritmica	12	25%	7	18%	19	22%
Anti-anginosa	4	8%	8	21%	12	14%
Middelen bij hartfalen	4	8%	5	13%	9	10%
Middelen bij vaatstoornissen	6	13%	3	8%	9	10%
H1-antihistaminica	5	10%	4	11%	9	10%
Mineralen	3	6%	6	16%	9	10%
Middelen bij astma en COPD	3	6%	5	13%	8	9%
Neuroleptica	4	8%	4	11%	8	9%
Niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen	6	13%	1	3%	7	8%
Middelen i.v.m. de schildklier	4	8%	3	8%	7	8%
Vitaminen	2	4%	5	13%	7	8%
Narcotische analgetica	5	10%	1	3%	6	7%
Glucocorticoïden	3	6%	3	8%	6	7%
Middelen bij de ziekte van Parkinson	4	8%	1	3%	5	6%
Bisfosfonaten	3	6%	2	5%	5	6%
Laxativa	0	0%	4	11%	4	5%
Diverse geneesmiddelen bij osteo-artculaire aandoeningen	3	6%	1	3%	4	5%
Anti-epileptica	2	4%	2	5%	4	5%
Anti-Alzheimermiddelen	0	0%	4	11%	4	5%
Geslachtshormonen	3	6%	1	3%	4	5%
Middelen bij blaasproblemen	2	4%	1	3%	3	3%
Antitussiva, mucolytica en expectorantia	1	2%	2	5%	3	3%
Veno- en capillarotropica	1	2%	1	3%	2	2%
Anti-emetica	0	0%	2	5%	2	2%
Antibacteriële middelen	1	2%	1	3%	2	2%
Middelen voor dermatologisch gebruik	1	2%	1	3%	2	2%
Diagnostica voor magnetische resonantie	2	4%	0	0%	2	2%
Antihemorragica	0	0%	1	3%	1	1%
Middelen bij benigne prostaathypertrofie	1	2%	0	0%	1	1%
Diverse middelen i.v.m. het hormonale stelsel	1	2%	0	0%	1	1%
Antimetaboliëten	0	0%	1	3%	1	1%
Tonica	1	2%	0	0%	1	1%
Middelen voor oftalmologisch gebruik	1	2%	0	0%	1	1%
Middelen bij spasticiteit	0	0%	1	3%	1	1%

5. Multivariate analyse

Om een globaal inzicht te krijgen op de onderliggende structuur van de gegevens werd een principale componentenanalyse (PCA) uitgevoerd met de module Princals van het statistisch pakket SPSS (van den Berg, 1988). Princals werd hier gebruikt als een exploratieve techniek gericht op data-representatie en geometrische weergave. De nadruk van dit soort analyse ligt meer op visuele ontdekking van mogelijke relaties tussen variabelen en objecten in een multidimensionale ruimte dan in hypothese toetsing (Tacq, 1992). De PCA werd uitgevoerd op de gegevens van alle patiënten, zowel T2 en T7. De informatie van 7 variabelen werd in de analyse opgenomen:

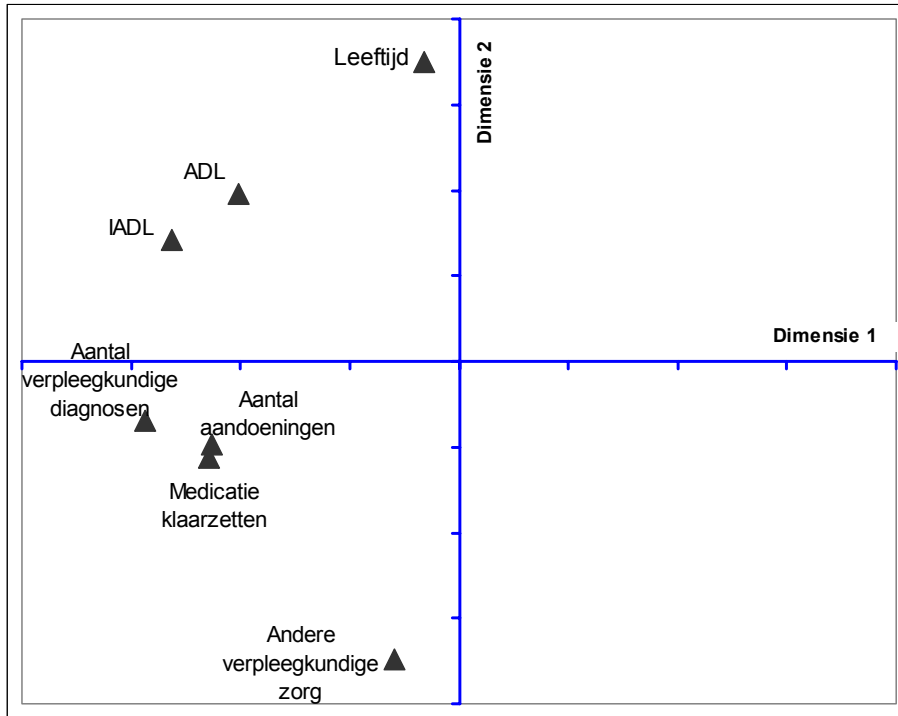
1. ADL: het aantal items met score > 2
2. IADL: het aantal items met score > 1
3. Leeftijd : gedichotomiseerd naar '-80 jaar' en '80 jaar en ouder'
4. Andere verpleegkundige zorg in 2005 ? (vergoedbare prestaties zoals wondzorg, inspuitingen, ...) Ja of nee ;
5. Medicatie klaarzetten ? Ja of nee.
6. Aantal verpleegkundige diagnoses
7. Aantal medische aandoeningen

De zeven variabelen werden gereduceerd naar twee dimensies, die tesamen 45% van de variantie verklaarden (Figuur 29). De eigenwaarde van dimensie_1 bedroeg 0.2645 en van dimensie_2 0.1879. Variabelen die in de tweedimensionele grafische voorstelling dicht bij elkaar liggen (bv. 'ADL' en 'IADL'), vertonen een relatief sterke samenhang vergeleken met variabelen die ver van elkaar gesitueerd zijn.

Dimensie_1 kan geïnterpreteerd worden als een algemene component waarop alle items hoog laden, behalve 'Leeftijd' en 'Andere vergoedbare verpleegkundige zorg'. Dimensie_2 kan geïnterpreteerd worden als een bipolaire component waarop 'Leeftijd' positief laadt en 'Andere verpleegkundige zorg', negatief laadt. Naargelang een patiënt in het tweedimensionele model meer aan de linkerkant geprojecteerd wordt, is de algemene problematiek groter m.b.t. ADL, IADL, verpleegkundige diagnoses en medische aandoeningen. Naargelang een patiënt meer naar boven gesitueerd wordt in het tweedimensionele model ligt het accent meer op ADL en IADL-problematiek, die wellicht meer leeftijdsgebonden is. Naargelang een patiënt meer naar beneden gesitueerd wordt, ligt het accent meer op de bijkomende (vergoedbare) verpleegkundige zorg, die wellicht een aanduiding is van grotere of meer acute medische problematiek (Andere verpleegkundige zorg was meer geassocieerd aan 'Aantal aandoeningen' en 'Medicatie klaarzetten').

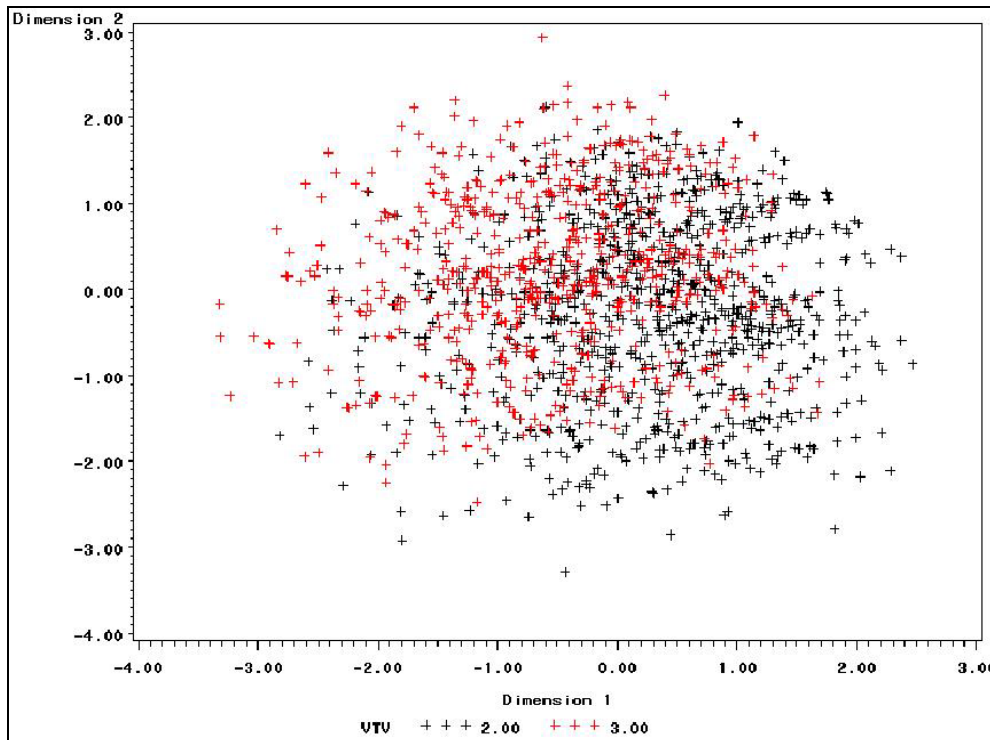
Samengevat : dimensie_1 differentieerde patiënten naargelang de ernst van de problematiek (hoe meer naar links hoe meer ernstiger), dimensie_2 differentieerde patiënten op een schaal van meer leeftijdsgebonden ADL-problematiek naar meer medisch geassocieerde technische verpleegkundige problematiek.

Figuur 29 : Grafische weergave van de 7 analysevariabelen gesitueerd in de tweedimensionele oplossing van de principale componentenanalyse



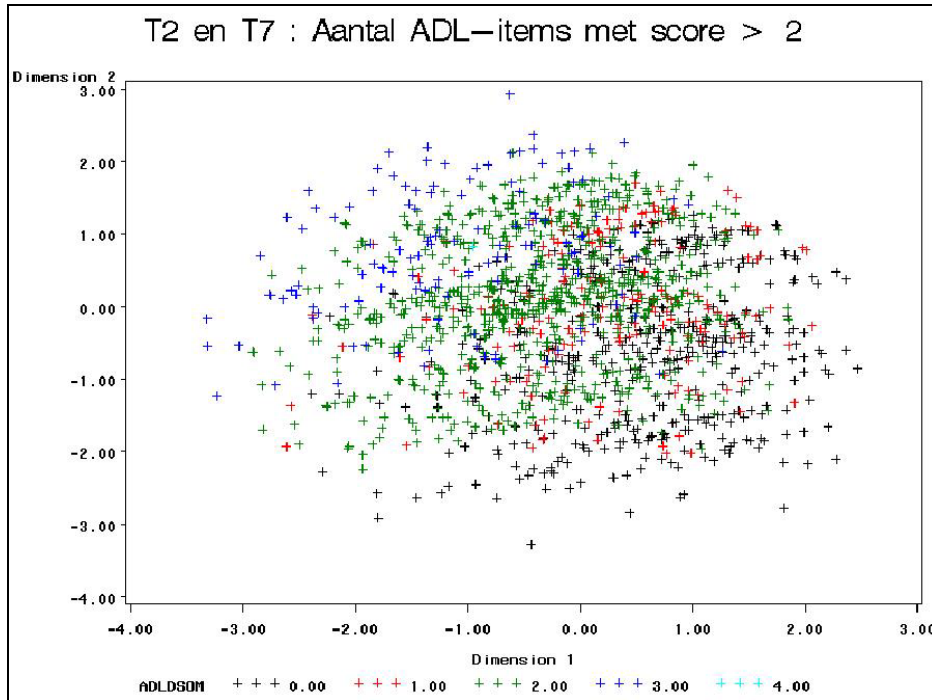
Uit Figuur 30 (best in kleur te bekijken) kan afgeleid worden dat het onderscheid van de T2- en de T7-patiënten in dit model eerder geleidelijk is, van rechts beneden naar links boven (richting van de vector van de ADL-variabele).

Figuur 30 : Grafische weergave van T2- en T7-patiënten in de tweedimensionele PCA-oplossing

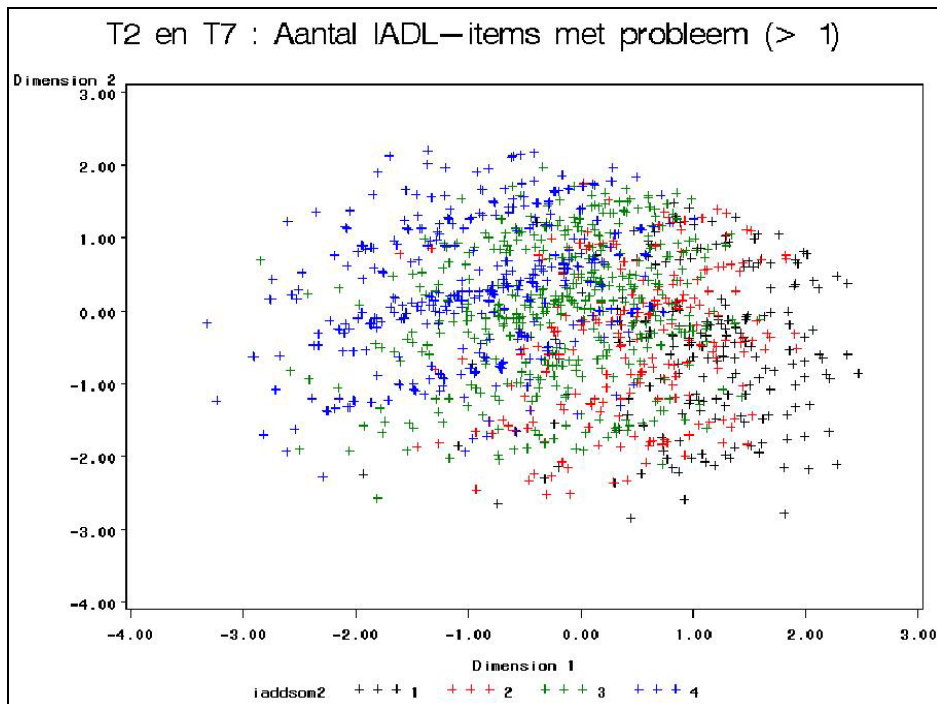


In de figuren 31 tot 37 en met worden de T2- en T7-patiënten geprojecteerd volgens hun score op elk van de 7 oorspronkelijke variabelen in hetzelfde tweedimensionele model en telkens op dezelfde lokatie geprojecteerd als in Figuur 30. Wellicht wordt de interpretatie van het model door deze afzonderlijke projecties meer inzichtelijk.

Figuur 31 : Grafische projectie van T2- en T7-patiënten in de tweedimensionele PCA-oplossing naargelang het aantal ADL-items met score > 2

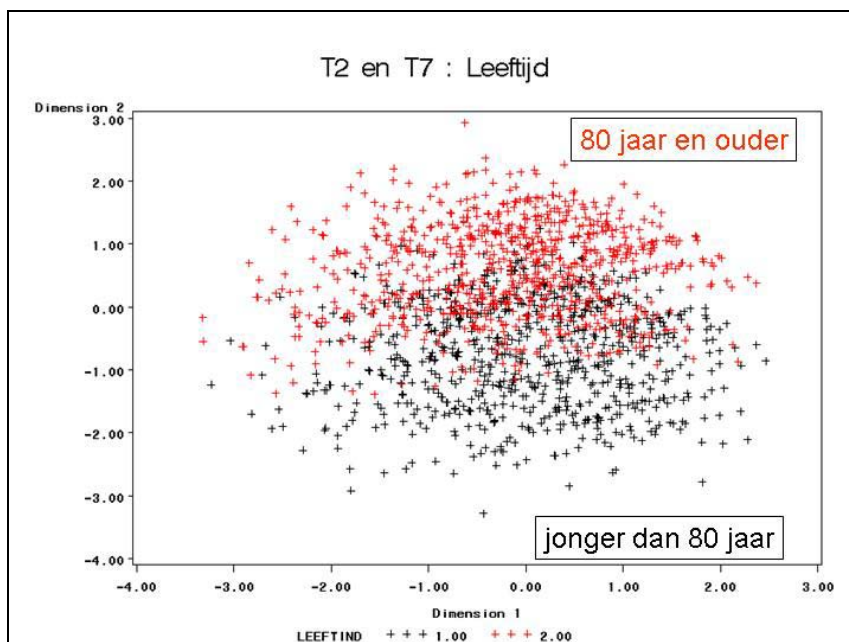


Figuur 32 : Grafische projectie van T2- en T7-patiënten in de tweedimensionele PCA-oplossing naargelang het aantal IADL-items met score > 1

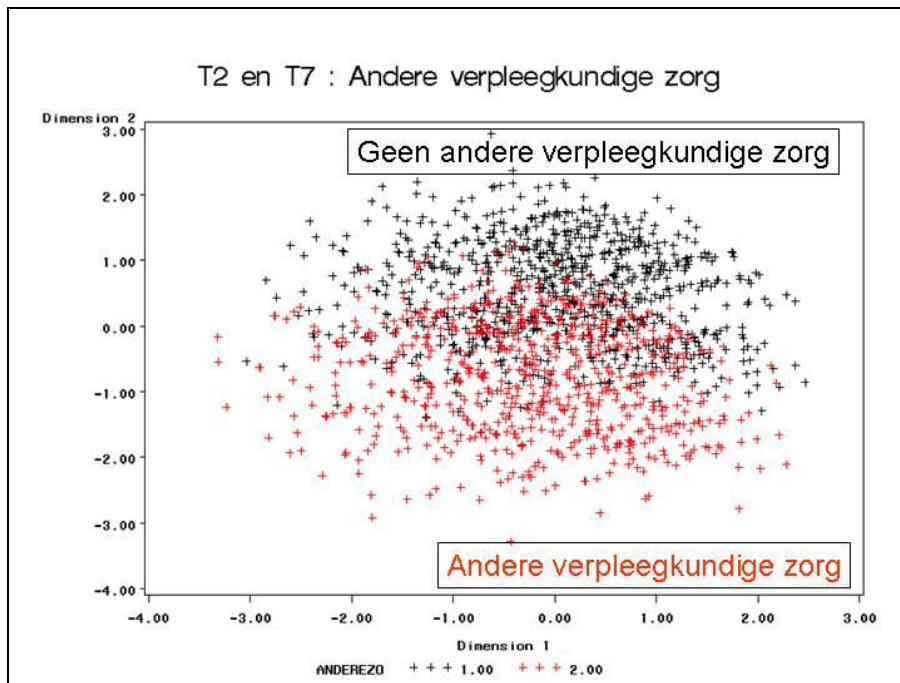


- 1 = 1-2 IADL items met score > 1
- 2 = 3-4 IADL items met score > 1
- 3 = 5-6 IADL items met score > 1
- 4 = 7-8 IADL items met score > 1

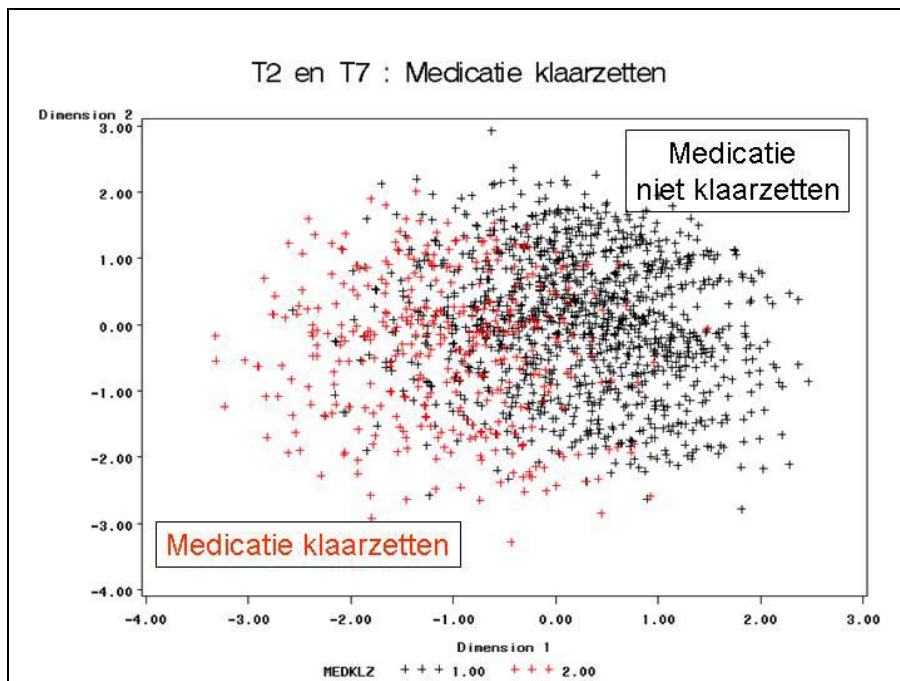
Figuur 33 : Grafische projectie van T2- en T7-patiënten in de tweedimensionele PCA-oplossing naargelang de leeftijdscategorie



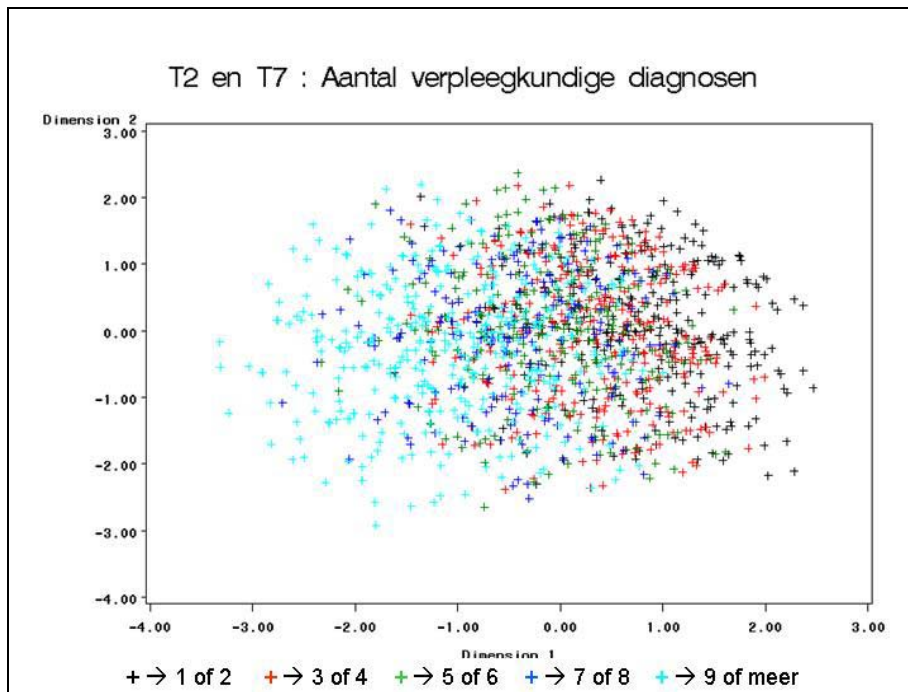
Figuur 34 : Grafische projectie van T2- en T7-patiënten in de tweedimensionele PCA-oplossing naargelang de bijkomende (vergoedbare) verpleegkundige zorg



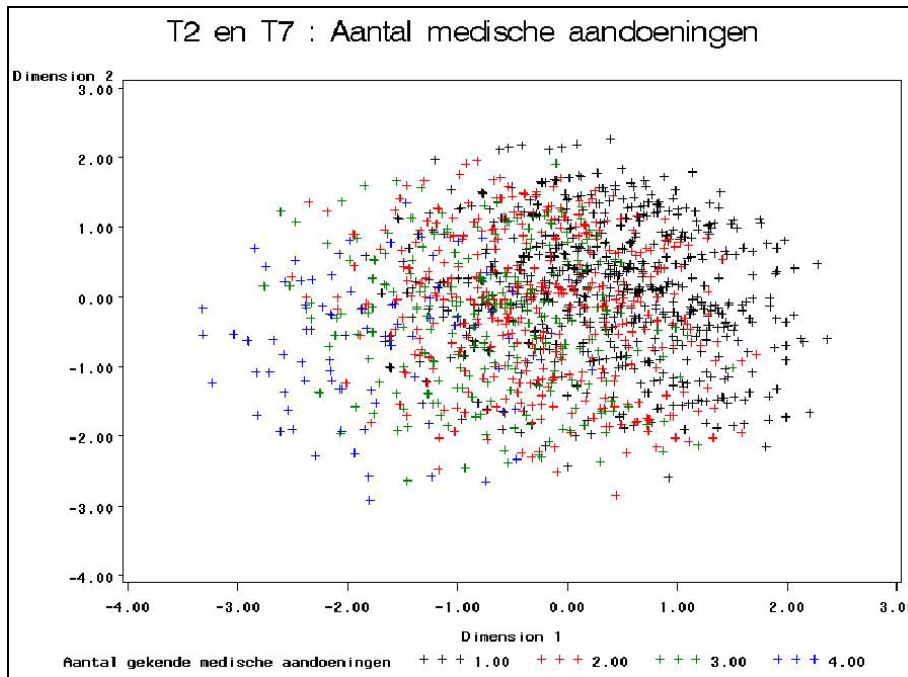
Figuur 35 : Grafische projectie van T2- en T7-patiënten in de tweedimensionele PCA-oplossing naargelang de niet-vergoedbare verpleegkundige zorg 'medicatie klaarzetten' plaatsvond



Figuur 36 : Grafische projectie van T2- en T7-patiënten in de tweedimensionele PCA-oplossing naargelang het aantal verpleegkundige diagnoses per patiënt



Figuur 37 : Grafische projectie van T2- en T7-patiënten in de tweedimensionele PCA-oplossing naargelang het aantal medische aandoeningen per patiënt



Besluiten

In deze studie werden aselecte steekproeven getrokken van T2- en van T7-patiënten van het Wit-Gele Kruis uit heel Vlaanderen. Voor deze steekproeven werd een uitgebreide set van gegevens verzameld en geanalyseerd. De respons van elk van de deelstudies (demografische gegevens, evolutie ADL-functioneren, verstrekkingen januari-augustus 2005, prospectieve registraties van zorgbehoefte en zorgverlening) was telkens uitstekend. Wellicht waren deze steekproeven representatief voor de totale populaties van T2- en T7-patiënten van het Wit-Gele Kruis in Vlaanderen.

Onder meer omdat de evoluties van de proporties verstrekkingen 'toilet vergoed per handeling' verschillend waren in het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en de totaliteit van de RIZIV-verstrekkingen (Figuur 1) kan niet zomaar verondersteld worden dat de steekproeven en de resultaten van deze studie representatief zijn voor alle Belgische patiënten met hygiënische zorg vergoed per handeling in de thuisverpleging.

De groep van T2-patiënten was niet significant verschillend van de groep van T7-patiënten voor een aantal demografische variabelen als leeftijd, geslacht, verzorgingsduur, burgerlijke staat, samenwonen, leefsituatie en mantelzorg. Voor wat betreft de variabelen die betrekking hadden op de zorgbehoefte en de zorgverlening was er bij de T7-patiënten een significant zwaardere problematiek en hulpverlening aanwezig dan bij de T2-patiënten.

Uit de vergelijkingen met de algemene populatie van 65plussers van het Vlaamse Gewest bleek dat er wellicht een verhoogde graad van kwetsbaarheid aanwezig was in de beide studiepopulaties.

Uit een multivariate principale componentenanalyse bleek dat de zorgbehoefte en de problematiek bij T2- en T7-patiënten wellicht globaal kan geïnterpreteerd worden vanuit een interpretatie in twee dimensies : vooreerst is er per patiënt een algemene ernstgraad in termen van minder naar meer hulpbehoefte ; de ernstgraad kan in twee richtingen gedifferentieerd worden, namelijk naargelang er meer nood is aan basis-verpleegkundige ondersteuning (ADL) en/of meer nood aan technische verpleegkundige zorg.

In verdere analyses zal nagegaan worden of vanuit de multivariate PCA-oplossing een nieuwe globale indicatiescore voor hygiënische zorg in de vergoeding per prestatie kan afgeleid worden.

Literatuurreferenties

Buntinx F, De Lepeleire J, Fontaine O, Ylief M (eds.). *Qualidem : Eindrapport 1999-2002*. Leuven-Liège: Qualidem, 2003. ISBN 90-7582808X

De Vliegheer K, Paquay L, Grypdonck M, Wouters R, Debaillie R, Geys L. A study of core interventions in home nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42(5), 513-520.

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people : systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2001, 323 : 1-9.

Gastmans C. Hygiënische zorg bij ouderen : een ethische interpretatie. In : Milisen K, De Maesschalk L, Abraham I (red.). *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen*. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2002 : p. 401-425.

Gordon M. *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1997-1998*. Utrecht, De Tijdstroom, 1997.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9 (3): 179-186.

Paquay L, Dobbelaere A, Ogiers C. Een pilootregistratie van de verpleegkundige diagnostiek in twee afdelingen van het Wit-Gele Kruis. Niet gepubliceerd rapport. Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, Brussel, 2005.

Sermeus W, Delesie L. Ridit Analysis on Ordinal Data. *Western Journal of Nursing Research*, 1996, Vol. 18, No. 3: 351-359.

Tacq, J. (1992). *Van probleem naar analyse. De keuze van een gepaste multivariate analysetechniek bij een sociaal-wetenschappelijke probleemstelling*. (2de herziene druk ed.) Rotterdam: Rotterdams Instituut voor Sociologisch en Bestuurskundig Onderzoek.

van den Berg, G. (1988). *Principals voor beginners*. Leiden: Vakgroep Datatheorie, Rijksuniversiteit Leiden.