

Onderzoeksverslag

Een kwalitatief onderzoek naar factoren
die de complexiteit van het
patiëntenproces bepalen

Bettie Sleiderink-Nijhuis (studentennr.:345696)

Master: Health Care and Social Work

Saxion Enschede, Juni 2015

Eerste beoordelaar: Attila Németh

Tweede beoordelaar: André Bieleman

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is geschreven ten behoeve van de meesterproef voor de master Health Care en Social Work. Voor deze meesterproef is een onderzoek uitgevoerd in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT).

Gedurende het laatste jaar van mijn studie heb ik met volle toewijding aan dit onderzoeksverslag gewerkt. In deze periode heb ik veel kennis en kunde opgedaan over het doen van onderzoek.

In mijn huidige functie als opleidingsfunctionaris ben ik werkzaam in ZGT. Binnen deze functie ben ik betrokken bij de uitrol van de procesgestuurde zorg. In de procesgestuurde zorg staat het patiëntenproces centraal en worden de juiste professionals op de 'juiste plaats' gepositioneerd. Om dit goed te kunnen doen zijn er binnen ZGT een aantal hulpmiddelen ontwikkeld, zo ook het 'scoreformulier zorgintensiteit' dat tijdens dit onderzoek onderzocht wordt. Met dit scoreformulier wordt in ZGT de complexiteit van de verschillende patiëntenprocessen in beeld gebracht. Op basis hiervan worden uitspraken gedaan over de patiëntentoewijzing ten behoeve van de rol van de verpleegkundige als coördinator van zorg. Mij is gevraagd om te onderzoeken welke factoren bepalend zijn voor de complexiteit en om aan de hand hiervan aanbevelingen te doen ten behoeve van het optimaliseren van het bestaande meetinstrument van ZGT.

De opdrachtgever voor dit onderzoek is Ina Altena, unithoofd van de ZGT Academie.

Het werken aan dit onderzoeksverslag was een totaal nieuwe maar zeer leerzame ervaring. Ik wil Attila Németh (Meesterproefbegeleider Saxion) en Marloes Vermeer (Epidemioloog ZGT) bedanken voor hun feedback en bemoedigende woorden gedurende het ontwikkelproces. Mede hierdoor heeft dit stuk kunnen groeien tot wat het nu is. Tevens wil ik de unithoofden en verpleegkundigen bedanken voor hun deelname aan dit onderzoek.

Samenvatting

Door de maatschappelijke veranderingen en de veranderingen in de zorgsector is de laatste jaren de complexiteit van de zorg toegenomen. Om kosten te beheersen en te zorgen voor veilige en kwalitatief goede zorg is een juiste patiënttoewijzing essentieel. Dit heeft gevolgen voor de inzet van de verpleegkundigen in de rol van coördinator van zorg. Om een juiste inzet van verpleegkundigen te kunnen beïnvloeden dient gekeken te worden naar de complexiteit van zorg. Om de complexiteit van de patiëntenprocessen in beeld te brengen heeft Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) een scoreformulier ontwikkeld. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren die de complexiteit beïnvloeden en op basis daarvan aanbevelingen te doen voor het optimaliseren van het scoreformulier van ZGT.

Dit inzicht is verkregen door middel van een literatuurstudie en een focusgroep benadering. Met de focusgroepen waaraan 18 bekwame verpleegkundigen en unithoofden deelnamen zijn drie groepsdiscussies gehouden. Dit is een steekproef die ad random getrokken is uit een groep van 663 bekwame verpleegkundigen en unithoofden werkzaam in ZGT.

De gegevens zijn geanalyseerd door middel van de Grounded Theory benadering. Door middel van coderen en hercoderen zijn de gegevens diepgaand beschouwd.

Dit onderzoek laat zien dat complexiteit een veel omvattend begrip is en bovendien verschillend wordt geïnterpreteerd. De factoren voortkomend uit het praktijkonderzoek komen voor het merendeel overeen met in de literatuur genoemde factoren. Hieruit blijkt dat de factoren, zoals opgenomen in het scoreformulier van ZGT, de complexiteit van zorg beïnvloeden, maar er zijn ook andere beïnvloedende factoren, zoals leeftijd, psychische/cognitieve aandoeningen, complicaties, et cetera. In het scoreformulier worden alleen de patiëntgebonden factoren gemeten. Maar naast deze factoren blijken ook omgevingsfactoren en de bekwaamheid van de verpleegkundige de complexiteit te beïnvloeden.

Op basis hiervan zijn er aanbevelingen gedaan om het scoreformulier te optimaliseren.

Abstract

In recent years, the complexity of health care has increased as a result of social changes and changes in the care-sector. Optimized allocation of patients is needed in order to control costs and guarantee safe and high-quality care. This requires changes in the deployment of nurses in their role as care-coordinators. The complexity of the care needs to be taken into consideration to optimize their way of working. Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) has developed a scorecard for mapping the complexity of the care processes for patients. The purpose of this study was to gain insight into the factors influencing the complexity from which recommendations can be made to optimize the scorecard. This insight was obtained through a literature study and a focus group approach. The focus groups, consisting of 18 skilled nurses and unit managers, participated in three sessions of group discussions. The participants were randomly drawn from a group of 663 skilled nurses and unit managers employed by ZGT.

The data were analyzed according to the Grounded Theory approach. An in-depth analysis was performed by encoding and recoding of the data.

The study revealed that complexity is a very comprehensive concept and is interpreted in different ways. The majority of the factors arising from the practical study are also found in the literature. This shows that the factors, as included in the scorecard of ZGT, do affect the complexity of the care, although there are other influencing factors such as age, mental/cognitive diseases, and complications. While the scorecard only measured patient-related factors, additional environmental factors, as well as the skills of the nurses, appear to influence the complexity. Based on these findings, recommendations have been made to improve the scorecard.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Abstract	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	6
1.1. Achtergrond	6
1.2. Aanleiding	8
1.3. Doel en onderzoeksvraag.....	8
1.4. State of the art.....	9
2. Methode	12
2.1. Onderzoeksdesign	12
2.2. Meetinstrument	13
2.3. Onderzoekspopulatie.....	13
2.3.1. Steekproef	14
2.4. Data-analyse	15
2.5. Methodologische kwaliteit	15
2.6. Ethische aspecten	16
3. Resultaten	17
3.1. Proces	17
3.2. Resultaten praktijkonderzoek	18
3.3. Resultaten literatuuronderzoek versus praktijkonderzoek.....	24
4. Discussie	27
5. Conclusie en aanbevelingen	31
Bijlagen	38
Bijlage A: Scoreformulier ZGT.....	38
Bijlage B: Zoektermen en onderzoeksvraag	44
Bijlage C: Topiclist groepsdiscussie.....	45
Bijlage D: Overzicht indeling afdelingen	46
Bijlage E: Uitnodigingsmail respondenten groepsdiscussie	47
Bijlage F: Informed consent.....	48
Bijlage G: Schema's codering focusgroepen.....	49

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

De zorgsector is continu aan verandering onderhevig, de financiering staat onder toenemende druk en er worden voortdurend hogere kwaliteit- en veiligheidseisen gesteld. Bovendien is er door ontwikkeling van de medische wetenschap en technologie steeds meer mogelijk. De klinische opnameduur wordt steeds korter en patiënten zijn steeds mondiger en beter geïnformeerd. De verwachtingen van zorgverzekeraars en patiënten ten aanzien van de transparantie van de zorg nemen toe (Nederlandse Zorgautoriteit [NZa], 2012). Daarnaast zijn er door de toenemende vergrijzing, prevalentie en comorbiditeit steeds meer chronische ziekten en klinisch complexe patiënten (Turner & Cuttler, 2011). Dit brengt meer complicaties en complexere behandelingen met zich mee.

Door deze ontwikkelingen in de gezondheidszorg is de intensiteit en hiermee de complexiteit van de klinische patiënten toegenomen. Hierdoor stijgt ook de inzet van het aantal verpleegkundigen, tussen 2008 en 2012 is deze inzet met 2,2% gestegen (Dutch Hospital Data, 2013). Hiermee stijgen de kosten van de gezondheidszorg (Sheetz, Dimick, & Ghaferi, 2014). In een tijd waarin de zorg intensiever en complexer wordt is het voor managers in de zorgsector van essentieel belang kwalitatief goede zorg te kunnen waarborgen en deze efficiënter te organiseren door kosten te beheersen en te zorgen voor de juiste personeelsinzet (Shulldham, Parkin, Firouzi, Roughton, & Lau-Walter, 2008).

Een juiste patiënttoewijzing, dus hoeveel patiënten er aan een verpleegkundige toegewezen kunnen worden, is van essentieel belang, omdat dit aan de ene kant bepalend is voor de kwaliteit van de patiëntenzorg en aan de andere kant de kosten van het verpleegkundig personeel voor een groot deel de hoge zorgkostenpost van een ziekenhuis veroorzaken (Shulldham et al., 2008).

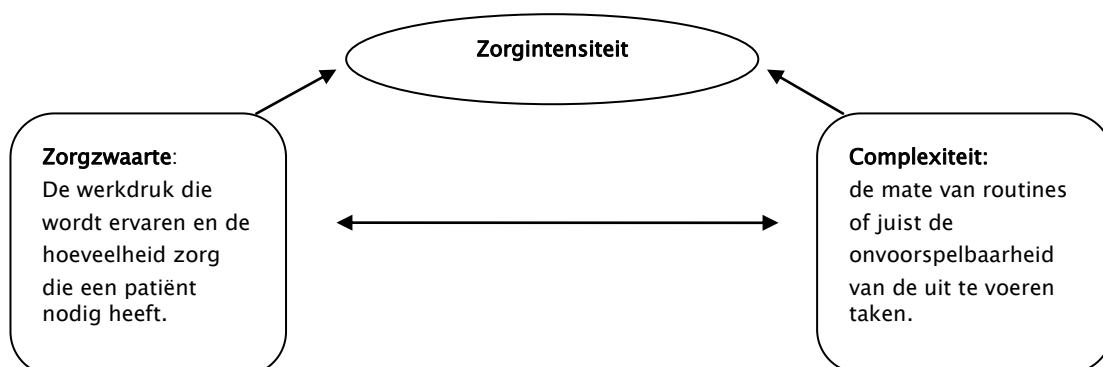
Dat een juiste patiënttoewijzing belangrijk is komt ook naar voren in het onderzoek van Aiken et al. (2014) waaruit blijkt dat de patiënttoewijzing (en opleidingsniveau van verpleegkundigen) nauw samenhangt met het aantal patiënten dat overlijdt. Bij elke extra patiënt die aan een verpleegkundige wordt toegewezen verhoogt het overlijdensrisico met 7%. Het is dus van belang dat een juiste balans gevonden wordt enerzijds de kosten en efficiëntie en anderzijds de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg (Wade, 2011).

Door toename van de complexiteit wordt de coördinatie van zorg steeds moeilijker, omdat er steeds meer verschillende hulpverleners bij de patiënt betrokken zijn. Als bij hogere complexiteit de coördinatie niet goed is, is er een grotere kans op fouten (Wennberg, Bronner,

Skinner, Fisher, & Goodman, 2009). Deze fouten worden onder andere veroorzaakt doordat het behandelplan van de verschillende behandelaars niet goed op elkaar afgestemd wordt en voor patiënten is het vaak onvoldoende duidelijk wie waarvoor het aanspreekpunt is (Lu & Roughead, 2014). Betere coördinatie van zorg is dus essentieel voor een betere gezondheidszorg voor de toekomst (Wennberg et al., 2009). Dit vraagt dat er opnieuw en met andere ogen gekeken moet worden naar de inzet van de verpleegkundigen (Wade, 2011). Dit gegeven stelt eisen aan huidige zorgorganisaties en hun professionals, zo ook aan ZGT.

Het begrip zorgintensiteit en het begrip complexiteit worden vaak door elkaar en als synoniem van elkaar gebruikt. Ook in de literatuur wordt zorgintensiteit niet eenduidig gedefinieerd. Het wordt omschreven als hoe intensief de zorg van een patiënt is, met alles wat daarbij komt kijken. Dit maakt dat zorgintensiteit uit twee begrippen bestaat: zorgzwaarte en complexiteit (Figuur 1). Zorgzwaarte is de werkdruk die wordt ervaren en de hoeveelheid zorg die een patiënt nodig heeft (Nederlandse encyclopedie, 2014). Met andere woorden de hoeveelheid taken die er bij een patiënt gedaan moeten worden. Deze taken hoeven niet noodzakelijkerwijs door een verpleegkundige gedaan te worden, maar kunnen eventueel ook door minder hoog opgeleide, dus minder dure zorgprofessionals uitgevoerd worden. Complexiteit is bepalend voor de mate waarin verpleegkundigen tijdens hun werkzaamheden te maken hebben met routines of juist de onvoorspelbaarheid van de uit te voeren taken (NIVEL, 2015).

Complexiteit en zorgzwaarte zijn twee verschillende aspecten in de zorg, maar er is ook samenhang tussen deze aspecten. Zorgzwaarte kan indirect gevolgen hebben voor de complexiteit die verpleegkundigen ervaren.



Figuur 1. Zorgintensiteit versus zorgzwaarte en complexiteit

In het huidige onderzoek kijken we in de basis alleen naar de complexiteit van het patiëntenproces. Hierdoor wordt in de rest van dit onderzoeksverslag de term complexiteit aangehouden.

1.2. Aanleiding

Om de zorg en behandeling van de patiënt goed op elkaar af te stemmen is coördinatie van zorg van essentieel belang. In de gezondheidszorg heeft de verpleegkundige hierin de coördinerende rol. In ziekenhuizen, zo ook in ZGT, is de complexiteit en niet de zorgzwaarte bepalend voor de coördinatie van zorg.

Binnen ZGT wordt er al jaren gewerkt vanuit vaste patiëntentoewijzing. Om in te kunnen spelen op de actuele ontwikkelingen dient er opnieuw gekeken te worden naar de hedendaagse patiëntenpopulatie. Aan de hand daarvan kan de behoefte aan personele inzet bepaald worden. ZGT heeft hierop ingespeeld door middel van het meten van de complexiteit, in relatie met de gevraagde competenties van een verpleegkundige, te bepalen hoeveel patiënten er aan een verpleegkundige toegewezen kunnen worden in de rol van coördinator van zorg (Van der Meulen, 2012).

Om de complexiteit te meten is door ZGT het 'Scoreformulier Zorgintensiteit' ontwikkeld (zie Bijlage A voor het 'Scoreformulier Zorgintensiteit').

Vanaf hier wordt het 'Scoreformulier Zorgintensiteit' gedefinieerd als het 'scoreformulier'. Het scoreformulier wordt binnen ZGT gebruikt om de complexiteit van de patiëntenprocessen van de verschillende verpleegafdelingen te meten. Na uitrol van het scoreformulier bleek er veel onduidelijkheid over de vragen van het scoreformulier. Ook was er veel onrust over de factoren die volgens de ontwikkelaars van het scoreformulier bepalend zijn voor de complexiteit. Hieruit is de onderzoeksvraag ontstaan.

1.3. Doel en onderzoeksvraag

Doel:

Intern doel: Inzicht in de factoren die de complexiteit van het patiëntenproces bepalen en op basis hiervan aanbevelingen geven voor het optimaliseren van het scoreformulier van ZGT.

Extern doel: Een eenduidig en betrouwbaar scoreformulier zodat op basis van de complexiteit van het patiëntenproces de coördinatie van zorg vormgegeven kan worden.

Onderzoeksvraag:

- Welke factoren zijn bepalend voor de complexiteit van het patiëntenproces?

Deelvragen:

- Welke factoren zijn volgens wetenschappelijke literatuur bepalend voor de complexiteit?
- Wat verstaan verpleegkundigen en unithoofden onder zorgintensiteit?
- Wat verstaan verpleegkundigen en unithoofden onder complexiteit?
- Hoe worden de vragen van het scoreformulier door verpleegkundigen en unithoofden geïnterpreteerd?
- Zijn de factoren zoals benoemd in het scoreformulier volgens verpleegkundigen en unithoofden bepalend voor de complexiteit?
- Welke andere factoren dan benoemd op het scoreformulier bepalen volgens verpleegkundigen en unithoofden de complexiteit?

1.4. State of the art

Om op basis van de complexiteit de patiënttoewijzing ten behoeve van de coördinatie van zorg te kunnen bepalen, is het belangrijk om te weten welke factoren de complexiteit bepalen. Volgens Wade (2011) is complexiteit een moeilijk te vatten en te meten aspect. Maar voor een juiste verpleegkundige inzet is het van essentieel belang dat de complexiteit gemeten wordt. Hiervoor dienen de patiënten geclassificeerd te worden in de mate van ernst van de complexiteit. Als dit goed gebeurt kan de veiligheid en kwaliteit van de zorg verhoogd worden en hiermee geld bespaard worden (Brennan & Daly, 2009; Akande & Kuranga, 2012).

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar factoren die de complexiteit van het patiëntenproces in een ziekenhuis bepalen. Om complexiteit goed in beeld te brengen dient volgens Wade (2011) de ernst van een aandoening en de zorgzwaarte volledig gescheiden te worden van de complexiteit. De ernst van de diagnose is niet per definitie gelijk aan de complexiteit van de zorg (Galimeberti et al., 2012). Daartegenover beschrijft Hoi, Ismail, Ong, en Kang (2010) dat de ernst van de ziekte van de patiënt invloed uitoefent op de complexiteit van de behandeling en hierdoor op de verpleegkundige observatie-interventies, waardoor de complexiteit toeneemt.

Complexiteit kan betrekking hebben op de hoeveelheid aan factoren en op aanwezigheid van de relatie tussen de verschillende factoren. Factoren die de complexiteit kunnen bepalend zijn

volgens Ebright, Patterson, Shalko en Render (2003) op te delen in patiëntgebonden factoren, factoren die door de aandoening bepaald worden en omgevingsfactoren.

Onder de patiëntgebonden factoren vallen onder andere comorbiditeit, leeftijd, psychische ziekte en cognitief functioneren (Weiss, 2007; Wennberg et al., 2009). Ook Berlinger (2006) en Hayes en Ball (2012) beschrijven dat leeftijd een factor is die de complexiteit kan beïnvloeden. Oudere patiënten hebben door hun leeftijd en de multiple chronische aandoeningen onvoorspelbare behoeften hetgeen zorgt voor een toename van de complexiteit (Hayes & Ball, 2012; Min et al., 2013). Berlinger (2006) noemt naast leeftijd nog een aantal andere factoren die de complexiteit kunnen beïnvloeden. Het steeds korter worden van de opnameduur is hiervan een voorbeeld, hierdoor ontstaat een stijging van de activiteiten rondom opname, ontslag en overdracht van een patiënt. Ook benoemt Berlinger (2006) dat het al dan niet gebruik kunnen maken van protocollen en aanwezigheid van verwardheid of agitatie bij de patiënt van invloed zijn op de complexiteit.

Daarnaast blijkt dat als de complexiteit groter wordt door toename van de comorbiditeit er tevens een toename is van de hoeveelheid disciplines die zich bezighoudt met het behandelplan (Wennberg et al., 2009).

In een artikel over het Ziekenhuis Gelderse Vallei worden naast bovengenoemde factoren ook de aandoening, gezondheidsproblemen die elkaar beïnvloeden, onvoorspelbaarheid van het ziekteverloop, tempo van veranderingen in de gezondheidstoestand, routines en richtlijnen die wel/niet toegepast kunnen worden en multidisciplinaire samenwerking als beïnvloedende factoren benoemd (Hamel, 2014).

Er blijkt veel samenhang te bestaan tussen de verschillende factoren. Door de hoge complexiteit zijn er toenemende complicaties en complexe behandelingen. Complicaties hebben op hun beurt weer belangrijke relaties met leeftijd, comorbiditeit, ernst van de ziekte, verblijfsduur en het aantal verpleegkundige interventies (Sheetz et al., 2014).

Naast bovengenoemde patiëntgebonden factoren kunnen bekwaamheid van de verpleegkundige, omgevingscomplexiteit en zorgzwaarte beïnvloedende factoren zijn op de complexiteit die verpleegkundigen ervaren. Onder omgevingscomplexiteit worden nieuwe of gewijzigde werk omstandigheden, professionaliteit van collega's, positionering van de werkruimtes en mate van gestoord worden tijdens het werk verstaan (Solomon, Alberts, Sun, Bowers, & Monar, 2011; Berlinger, 2006).

Ook blijkt er verschil in complexiteit te zijn op de verschillende dagen van de week en momenten van een dag (Blecker et al., 2013). Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat er in

het weekend minder disciplines aanwezig zijn waardoor in principe geen behandelingen plaatsvinden en er geen nieuw beleid gemaakt wordt.

Dat er samenhang dan wel overlap is tussen complexiteit en zorgzwaarte blijkt uit een onderzoek van Dykstra en Bridges (2012). In dit onderzoek wordt beschreven dat zorgzwaarte bepaald wordt door alertheid/verwardheid, mobiliteit, voorzorgsmaatregelen voor isolatie/valrisico/aspiratie, aantal aanwezige lijnen, monitoren en opname/ontslag. Deze samenhang wordt mede veroorzaakt doordat de verschillende interventies die een verpleegkundige moet uitvoeren bij een patiënt van invloed zijn op de intensiteit en hiermee op het tijdsverbruik van verpleegkundigen (Lee & Moorhead, 2014).

Naar aanleiding van de literatuurstudie zijn de factoren opgedeeld in patiëntgebonden, omgeving gebonden factoren en bekwaamheid van de verpleegkundige. Tabel 1 geeft een samenvatting weer van factoren die volgens de literatuur de complexiteit beïnvloeden.

Tabel 1

Factoren die complexiteit beïnvloeden vanuit de literatuur

Factoren	Literatuuronderzoek
Patiëntgebonden factoren	• Ernst van de Ziekte/aandoening (Hoi et al., 2010) • Tempo van verandering in gezondheidstoestand (Hamel, 2014) • Mate van observatie interventies (Hoi et al., 2010) • Complexiteit van de behandeling: verschillende en aantal interventies (Lee & Moorhead, 2014; Hoi et al., 2010) • Voorspelbaarheid (Hamel, 2014) • Aanwezigheid en toepassen van routines/(nieuwe)richtlijnen/protocollen (Berlinger, 2006; Hamel, 2014) • Comorbiditeit: gezondheidsproblemen die elkaar beïnvloeden (Weiss, 2007; Wennberg et al., 2009; Hayes & Ball, 2012; Min et al., 2013) • Psychische ziekte/ Cognitief functioneren: bv verwardheid/alertheid (Weiss, 2007; Wennberg et al., 2009; Dykstra & Bridges, 2012; Berlinger, 2006) • Leeftijd (Weiss, 2007; Wennberg et al., 2009; Berlinger, 2006; Hayes & Ball, 2012) • Verkorting van de opnameduur en hierdoor een stijging van de intensiteit rondom opname, overdracht en ontslag (Berlinger, 2006; Dykstra & Bridges, 2012) • Complicaties (Sheetz et al., 2014) • Mate van multidisciplinaire samenwerking (Wennberg et al., 2009; Hamel, 2014)
Omgeving gebonden factoren	• Nieuwe/ gewijzigde werkomstandigheden (Berlinger, 2006) • Professionals onderling: Professionaliteit en aanwezigheid (Solomon et al., 2011) • Positionering van de werkruimten (Solomon et al., 2011) • Mate van gestoord worden (Solomon et al., 2011)
Bekwaamheid verpleegkundige	• Coördinatie van zorg: coördinatie van eigen taken en van verschillende professionals afstemmen (Solomon et al., 2011) • Aantal toegewezen patiënten (Aiken et al., 2014)

2. Methode

2.1. Onderzoeksdesign

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd in de periode van December 2014 tot en met April 2015.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in de periode van December 2014 tot en met April 2015. In dit onderzoek is eerst een literatuurstudie en daarna een praktijkonderzoek uitgevoerd.

In de literatuur is gekeken naar wat complexiteit inhoudt en welke factoren de complexiteit beïnvloeden. Er is gezocht in Picarta, Ebsco en PUBmed onder verschillende zoektermen (zie Bijlage B voor de gebruikte zoektermen). De gebruikte zoektermen zijn vervolgens met elkaar gecombineerd. De zoekstrategie is voor het laatst op 15 Maart 2015 uitgevoerd.

Na de literatuurstudie werd in drie focusgroepen met bekwame verpleegkundigen en unithoofden door middel van groepsdiscussies onderzocht (1) wat de respondenten verstaan onder zorgintensiteit en complexiteit, (2) hoe ze de vragen van het scoreformulier interpreteren en (3) welke andere factoren volgens de respondenten de complexiteit beïnvloeden. De groepsdiscussie werd geleid aan de hand van een topiclist (zie Bijlage C voor topiclist). Deze topiclist is tot stand gekomen door het verzamelen van informatie naar aanleiding van het literatuuronderzoek en het bestaande scoreformulier van ZGT. Door de discussieleider werden aan de hand van de topiclist open vragen gesteld en op uitspraken van respondenten zo nodig doorgevraagd. De discussieleider heeft om alle topics aan bod te laten komen de tijd bewaakt en zo nodig enige structuur in de discussie aangebracht.

Nadien zijn de resultaten van de groepsdiscussies met elkaar vergeleken.

Uitgangspunt bij dit onderzoek was het bestaande scoreformulier van ZGT. Een voordeel van het gebruik van het bestaande scoreformulier is dat het voor professionals in ZGT een herkenbaar meetinstrument is én blijft na optimalisatie.

De resultaten van de literatuurstudie zijn vervolgens naast de meningen van vakinhoudelijke experts gelegd. Op basis van deze vergelijking zijn vervolgens aanbevelingen gedaan voor optimalisatie van het bestaande scoreformulier.

2.2. Meetinstrument

In 2013–2014 is het scoreformulier op 18 klinische afdelingen door unithoofden en vakinhoudelijk bekwame verpleegkundigen¹, met ondersteuning van een opleidingsfunctionaris, ingevuld. Hierbij is gebruik gemaakt van de klinische blik en de ervaring van de unithoofden en verpleegkundigen. In het scoreformulier van ZGT worden vijf verschillende factoren die de complexiteit kunnen beïnvloeden gemeten, deze worden weergegeven in Figuur 2. Per factor is er gebruik gemaakt van een drie- of vier puntschaal.

Factoren die de complexiteit beïnvloeden:

- Planbaarheid van de zorgvraag
- Voorspelbaarheid van het ziekteverloop
- Gebruik van routines en standaardprocedures bij snelheid in wisseling in de gezondheidstoestand
- Aanwezigheid van meerdere stoornissen/aandoeningen die elkaar sterk beïnvloeden (comorbiditeit)
- Aanwezigheid van andere betrokkenen naast de hoofdbehandelaar die invloed uitoefenen op het medische behandelplan
- Aanwezigheid van betrokken ondersteunende disciplines bij de uitvoering van het medische behandelplan

Figuur 2. Factoren van het scoreformulier van ZGT (ZGT Academie, 2013)

Voorafgaand aan de uitrol van het meetinstrument in ZGT is een onderzoek gedaan door studenten van het hoger beroepsonderwijs verpleegkunde. Deze studenten hebben door middel van een proefmeting de werking van het meetinstrument onderzocht. Uit deze proefmeting zijn aanbevelingen gedaan. Dit heeft geresulteerd in een toelichting bij de vragen op het scoreformulier.

2.3. Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit alle vakinhoudelijk bekwame verpleegkundigen en unithoofden van de 18 klinische afdelingen in ZGT.

Op de peildatum Juni 2014 waren er in ZGT 648 bekwame verpleegkundigen en 18 unithoofden. Dit maakte een onderzoekspopulatie van 663 respondenten.

¹ Een vakinhoudelijk bekwame verpleegkundige volgens ZGT: Een verpleegkundige die doorgaans na twee tot drie jaar onafgebroken werkervaring in de praktijk binnen hetzelfde specialisme heeft opgedaan. Een bekwame verpleegkundige kan vooruit denken. De verpleegkundige heeft zowel de dagelijkse werkplanning als de lange termijn planning van de zorg voor patiënten in haar hoofd. Zij beheerst de situatie, maar moet daar wel moeite voor doen. Zij heeft nog niet het maximale in haar ontwikkeling bereikt, maar voldoet wel aan de formele functie-eisen. De bekwame verpleegkundige voert specifiek complexe taken uit behorend bij de patiëntencategorie waar men de bekwaamheid aan ontleent (Van der Meulen, 2001).

2.3.1. Steekproef

Om dit onderzoek door de beperkte tijd en omvang mogelijk te maken werd uit de onderzoekspopulatie een selecte steekproef van achttien respondenten getrokken waarvan drie focusgroepen werden gevormd. Iedere focusgroep bestond uit zes respondenten. De respondenten waren 16 vrouwen en twee mannen in de leeftijdscategorie tussen de 26 en 59 jaar. Om een zo groot mogelijke diversiteit in de groepssamenstelling van de focusgroepen te bereiken, werden in de focusgroepen verpleegkundigen en unithoofden van voorspelbare en complexe afdelingen gecombineerd. Iedere focusgroep bestond uit één unithoofd en vijf vakinhoudelijk bekwame verpleegkundigen, dit om gelijke groepen te bewerkstelligen en te voorkomen dat unithoofden (verbaal vaak sterk) de overhand kregen.

In Tabel 2 wordt de groepssamenstelling van de focusgroepen weergegeven. De basis voor de groepssamenstelling waren de uitkomsten van metingen in ZGT in 2013–2014. In deze uitkomsten zijn afdelingen als complex en voorspelbare afdelingen gegroepeerd (zie Bijlage D voor afdelingenoverzicht).

Tabel 2

Overzicht van de groepssamenstelling van de focusgroepen

Focusgroep 1		Focusgroep 2		Focusgroep 3	
Voorspelbaar	Complex	Voorspelbaar	Complex	Voorspelbaar	Complex
Dagbehandeling	Chirurgie (5 Noord)	Interne (5 West)	Interne (3 Noord)	Psychiatrie (dagbehandeling)	Intensive Care Unit
Urologie/Vaatchirurgie/ Gynaecologie	Longafdeling	Kinderafdeling (Almelo)	Geriatric	Chirurgie (A1)	Oncologie
	Psychiatrie (klinisch)		Coronary Care Unit	Kinderafdeling (Hengelo)	Cardiologie
	Stroke Care Unit		Neurologie		

Voor de groepsdiscussie werd ad random een dag gekozen. De respondenten werden gekozen door op de desbetreffende dag per afdeling geblindeerd één respondent te kiezen uit de ingeplande bekwame verpleegkundigen en/of unithoofden.

Twee weken voorafgaand aan de groepsdiscussie werden de respondenten mondeling benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Na toestemming kregen de respondenten mondeling uitleg over het onderzoek. Nadien werden de respondenten schriftelijk via de mail uitgenodigd (zie Bijlage E voor uitnodigingsmail). Tevens werd in de mail het scoreformulier meegestuurd en gevraagd om dit vooraf door te lezen en in te vullen en mee te nemen naar de groepsdiscussie. Voorafgaand aan de start van de groepsdiscussie is de mondelinge toestemming door middel van een informed consent schriftelijk vastgelegd (zie Bijlage F voor informed consent).

De groepsdiscussies zijn op band opgenomen.

Het kan lastig zijn om een groep met vakinhoudelijk bekwame verpleegkundigen bij elkaar te krijgen omdat de werkdruk op de afdeling hoog is en verpleegkundigen daardoor geen tijd hebben of de noodzaak van het onderzoek niet inzien. Dit risico werd ondervangen door vooraf toestemming te vragen aan het unithoofd van desbetreffende afdeling zodat de verpleegkundigen hier tijd en ruimte voor kregen. Verder werd een gunstig tijdstip op de dag gekozen en werden respondenten persoonlijk benaderd en werd het belang van hun aanwezigheid onderstreept.

2.4. Data-analyse

Na iedere groepsdiscussie werden de bevindingen door de onderzoeker beschreven. De data werden geanalyseerd door de opnamebanden met informatie uit de groepsdiscussies meerdere keren te beluisteren en volledig te transcriberen. De uitgeschreven tekst werd meerdere keren gelezen. De gegevens werden geordend en gereduceerd door alle emoties en niet relevante tekst (opmerkingen over incidenten) voor het onderzoek te schrappen, hierin was de onderzoeksvraag leidend (Baarda & De Goede, 2009). De getranscribeerde tekst werd geanalyseerd volgens de Grounded Theory benadering (Strauss & Corbin, 1998). De tekst werd open gecodeerd door tekstfragmenten te labelen onder thema's (Boeije, 2005). Dit zijn de volgende vragen van het scoreformulier, 'wat verstaan de respondenten onder zorgintensiteit dan wel complexiteit' en 'welke andere factoren naast de factoren van het scoreformulier beïnvloeden volgens hen de complexiteit?'

Hierdoor ontstond er reductie van het onderzoeksmateriaal. Daarna werden de tekstfragmenten gesplitst en voorzien van codes, axiaal gecodeerd (zie Bijlage G voor overzicht coderingsschema), om vervolgens selectief te coderen door middel van het samenvoegen van de uitkomsten van de verschillende groepsdiscussies en deze constant te vergelijken en samenhang te zoeken. Hierdoor werden op een verkennende manier gegevens gethematiseerd en hanteerbaar en overzichtelijk gemaakt (Boeije, 2005).

2.5. Methodologische kwaliteit

Voor de methodologische kwaliteit van dit onderzoek is voldaan aan de vier kwaliteitscriteria van Lincoln en Guba's (1985). De vier kwaliteitscriteria zijn: betrouwbaarheid, geloofwaardigheid, overdraagbaarheid en controleerbaarheid.

Door de geringe omvang van dit onderzoek is de hoeveelheid respondenten en focusgroepen beperkt. De betrouwbaarheid van dit onderzoek werd verhoogd door deelname van bekwame verpleegkundigen en unithoofden van alle klinische afdelingen in ZGT in gecombineerde groepssamenstellingen. Op deze manier werd een optimale diversiteit en dwarsdoorsnede van de organisatie bereikt. Tevens zijn de analyse methode en de geanalyseerde gegevens gecheckt en besproken met een onderzoek supervisor uit de praktijk. De geloofwaardigheid werd versterkt door tijdens de discussies de besproken gegevens regelmatig mondeling samen te vatten en terug te vertalen naar de respondenten. Hierdoor zijn gegevens constant gecheckt. Daarnaast is de geloofwaardigheid verhoogd door in de resultaten de eigen woorden van de respondenten als citaten te beschrijven. De overdraagbaarheid werd vergroot door in het onderzoeksverslag de onderzoeksetting, de gebruikte onderzoeksmethode, de populatie, de wijze waarop de steekproef getrokken is en data analysemethode te beschrijven. De controleerbaarheid werd geborgd door de groepsdiscussies op band op te nemen, de geluidsbanden te bewaren en volledig te transcriberen en door toevoeging van het coderingsschema van de data-analyse.

2.6. Ethische aspecten

De respondenten waren tijdens het onderzoek zoveel mogelijk anoniem. Om te voorkomen dat men negatieve consequenties ondervindt van deelname aan het onderzoek is in de analysegegevens en het onderzoeksverslag voorkomen dat citaten herleidbaar zijn naar personen of afdelingen. Dit is gerealiseerd door de respondenten te nummeren. Tevens worden de opnamebanden van de groepsdiscussies met zorgvuldigheid bewaard en niet vrijgegeven aan medewerkers in ZGT of gebruikt voor andere doeleinden. Dit onderzoek ligt binnen de organisatie gevoelig omdat de uitkomsten van de analyse van het huidige scoreformulier zijn gebruikt voor formatieberekening ten behoeve van het aantal coördinerend verpleegkundigen. Hierdoor zien medewerkers het veelal als een bezuinigingsslag. Daarnaast is duidelijk gemaakt wat de bijdrage van de respondenten kan zijn aan het ontwikkelen van een goed scoreformulier en wat hiervan de input kan zijn voor een juiste formatieberekening.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst de resultaten van het doorlopen onderzoeksproces beschreven, daarna de resultaten van het praktijkonderzoek en uiteindelijk worden de resultaten van de vergelijking van literatuurstudie en het praktijkonderzoek beschreven.

3.1. Proces

Alle benaderde respondenten, unithoofden en verpleegkundigen gaven hun fiat en werkten mee aan het onderzoek. De respons bij de groepsdiscussies was 100%. Zoals in de uitnodigingsmail gevraagd hadden de respondenten het scoreformulier vooraf doorgelezen, maar niet iedereen had het ingevuld. Redenen die hiervoor werden aangegeven waren onvoldoende tijd en niet goed weten hoe ze het scoreformulier moesten invullen. Ondanks dat het scoreformulier door de respondenten niet ingevuld was, hadden ze wel nagedacht over de begrippen zorgintensiteit en complexiteit, over de verschillende vragen van het scoreformulier en wat beïnvloedende factoren voor complexiteit zijn. Hierdoor was er geen belemmering tijdens de groepsdiscussies. Dit had als gevolg dat er veel 'over en weer' gediscussieerd werd, meningen werden besproken en naar meningen van andere respondenten werd gevraagd. Hierdoor werden meningen zo nodig bijgesteld. Dit bevorderde de verdieping van standpunten en de interactie tussen de respondenten. Hierdoor kwam een breed scala factoren aan bod die volgens de respondenten beïnvloedend zijn voor de complexiteit.

In dit onderzoek werd in alle focusgroepen gewerkt met één discussieleider. Dit maakte het mogelijk om duidelijke lijnen te zien tussen de verschillende groepsdiscussies, waardoor het makkelijker werd om vergelijkingen te maken en overeenkomsten te zien (Bryman, 2012). Tijdens de derde groepsdiscussie kwamen geen nieuwe factoren die beïnvloedend zijn voor de complexiteit naar voren. Hierdoor kan er met redelijkheid gesteld worden dat er saturatie bereikt is.

De onderzoeker was tevens de discussieleider en werkzaam in het onderzoeksveld. Hierdoor was de discussieleider bekend met de onderzoeksmaterie en werd de discussie zo nodig bijgestuurd waardoor er beperkt van het onderwerp werd afgeweken. Tevens was de onderzoeker bekend bij de respondenten. Een voordeel hiervan was dat de onderzoeker respondenten snel en persoonlijk kon benaderen en hierdoor snel medewerking aan het onderzoek verkreeg. Daarnaast heeft dit bijgedragen aan de hoge opkomst bij de groepsdiscussies.

De verpleegkundigen en unithoofden vonden het prettig dat ze de gelegenheid kregen om hun mening te geven, dat er naar hen geluisterd werd en dat ze mee mochten denken.

3.2. Resultaten praktijkonderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten uit praktijkonderzoek beschreven aan de hand van de deelvragen.

1. Wat verstaan verpleegkundige en unithoofden onder zorgintensiteit?

Zorgintensiteit was voor de respondenten een onbekend begrip, het was niet duidelijk wat hiermee bedoeld werd. Dit maakte dat het begrip verschillend geïnterpreteerd werd. Zo gaf respondent twee [R2] aan: *“Zorgintensiteit is voor mij alles wat je moet doen bij een patiënt, zowel lichamelijk, psychisch en sociaal, dit is inclusief de ADL, de lijnen, risicovolle en voorbehouden handelingen. Dus het aantal taken”*. [R12] gaf als aanvulling hierop: *“Het werk wat je bij de patiënt doet maar ook hoe is deze ingebed in de organisatie. Je moet het in totaal bekijken wil je een duidelijk beeld krijgen wat de coördinatie dus de zorgintensiteit inhoudt”*. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de respondenten zorgintensiteit beschouwen als de totale zorg voor een patiënt. Dit gegeven maakt dat de zorgintensiteit voor de respondenten meer omvat dan alleen complexiteit. Het omvat naast complexiteit ook de hoeveelheid uit te voeren taken, dus de zorgzwaarte.

2. Wat verstaan verpleegkundige en unithoofden onder complexiteit?

Volgens de respondenten zegt complexiteit iets over de totale situatie. [R5] gaf als definitie van complexiteit: *“Complexiteit is als je er geen grip op hebt”*.

Complexiteit is volgens de respondenten op te delen in:

1. complexiteit gerelateerd aan de patiënt
2. en complexiteit gerelateerd aan de afdelingscontext/de werkomgeving.

De respondenten gaven aan dat complexiteit gerelateerd aan de patiënt (1) weer opgedeeld kan worden in:

- complexiteit van de individuele patiënt,
- complexiteit van de ingreep/aandoening
- en complexiteit van de uit te voeren interventies.

Alle respondenten waren het er over eens dat hoe complexiteit ervaren wordt afhankelijk is van de bekwaamheid van de verpleegkundige. Over welke invloed de bekwaamheid van de verpleegkundige heeft op de beleving complexiteit waren de respondenten het niet eens. Zo werd in focusgroep één en twee aangegeven dat naarmate een verpleegkundige meer kennis en ervaring heeft en dus meer bekwaam is, de situatie als minder complex ervaren wordt (Figuur 3: kwadrant 2). [R5] gaf aan: *“Een onervaren verpleegkundige is onbekend met de aandoening dat maakt complexer, die wordt overvallen, alles is nieuw. Dit maakt het voor de collega's ook complexer. Maar naast ervaring tellen ook de persoonlijkheidskenmerken mee in het ervaren van complexiteit”*.

Daarnaast werd in focusgroep drie aangegeven dat naarmate een verpleegkundige meer ervaring, kennis en kunde heeft de totale patiëntensituatie beter wordt overzien. Hierdoor vallen meer facetten bij de patiënt op. Dit maakt dat de complexiteit door de verpleegkundige als hoger wordt ervaren (Figuur 3: kwadrant 4). [R16] gaf aan: *“Iets wordt complexer doordat je als verpleegkundige meer weet en ziet. Complexiteit hangt niet alleen af van de patiënt maar ook van de kennis van de verpleegkundige”*. Alle respondenten waren het er over eens dat als een verpleegkundige geen kennis heeft de situatie ook complexer maakt (Figuur 3: kwadrant 3). Ook werd benoemd dat door een hoge werkdruk een hogere complexiteit wordt ervaren maar ook andersom, een hoge complexiteit geeft meer werkdruk. [R11] gaf aan: *“De situatie op zich kan complex zijn maar ook de planning rondom de patiënt. Tijd is een hele belangrijke factor voor complexiteit. Doordat je te weinig tijd voor een patiënt hebt of om de taken uit te voeren maakt toename van de werkdruk en complexiteit”*.

Dit maakt dat deze begrippen elkaar beïnvloeden en door elkaar lopen en dit door zorgprofessionals in de praktijk moeilijk van elkaar te onderscheiden is.

	Weinig kennis en ervaring	Veel kennis en ervaring
Minder complex	Weinig kennis en ervaring 1 minder complexe ervaring	Veel kennis en ervaring 2 Minder complexe ervaring
Meer complex	Weinig kennis en ervaring 3 Meer complexe ervaring	Veel kennis en ervaring 4 Meer complexe ervaring

Figuur 3. Kennis en ervaring versus ervaren van complexiteit.

Notitie: Hoe verpleegkundigen complexiteit ervaren wordt naast kennis en ervaring ook beïnvloed door de omgeving- en patiëntensituatie en persoonlijkheidseigenschappen van de verpleegkundige.

3. Zijn de factoren zoals benoemd in het scoreformulier bepalend voor de complexiteit?

- Voorspelbaarheid van de gezondheidstoestand: Voorspelbaarheid is volgens [R6]: “*Als je weet wat je moet doen*”. [R8] gaf als definitie: “*Als je weet hoe het verloop is. Hoe een opname zal verlopen, wat er met de patiënt moet gebeuren en wanneer hij weer naar huis mag*”. Volgens de respondenten is de zorg nooit volledig voorspelbaar, dit is afhankelijk van de reactie van een individuele patiënt en het al dan niet optreden van complicaties. [R12] omschrijft dit als volgt: “*Een ingreep of aandoening kan voorspelbaar zijn maar je weet nooit hoe een patiënt erop gaat reageren*”. De respondenten zijn het er over eens dat als een patiëntenproces niet voorspelbaar is maakt dat de complexiteit toeneemt. Zichtbare lichamelijke aandoeningen zijn meer voorspelbaar dan inwendige en geestelijke aandoeningen.

De respondenten gaven aan dat voorspelbaarheid, planbaarheid en protocollair werken met elkaar verbonden zijn, dit kan volgens hen niet uit elkaar gehaald worden.

- Planbaarheid van de gezondheidstoestand: Planbaarheid werd door de respondenten wisselend geïnterpreteerd, de één interpreteerde planbaarheid met betrekking tot de patiëntencontext terwijl een ander het meer heeft over de context van de organisatie. Volgens [R3] is planbaarheid: “*Als de zorg vooraf gepland kan worden, patiënt komt dan binnen, er gebeurt dit en dit en hij gaat dan weer naar huis, alles ligt protocollair vast*”. In de patiëntencontext moet volgens de respondenten het ziektebeeld/aandoening meegenomen worden, dit kan niet los van elkaar gezien worden. Acute opnames hebben invloed op complexiteit, omdat deze situatie vooraf niet planbaar is. Doordat onbekend is welke

aandoening de patiënt heeft, wat de behandeling en het beleid gaat worden en hoe de patiënt op de behandeling gaat reageren.

[R6] geeft aan: “*Verpleegkundige interventies kunnen planbaar en voorspelbaar zijn maar de reactie van de individuele patiënten is niet planbaar of voorspelbaar. Dus de individuele patiëntensituatie kan complex zijn maar ook de interventies die uitgevoerd moeten worden kunnen complex zijn*”. Daarnaast kunnen de uit te voeren interventies voor een verpleegkundige in een complexe situatie soms ook planbaar zijn. Dit maakt dat planbaarheid een lastig te interpreteren begrip is en tevens moeilijk in te schatten welke invloed dit heeft op complexiteit. Planbaarheid werd door de respondenten gezien in combinatie met voorspelbaarheid. Respondenten waren het er wel over eens dat een planbare en voorspelbare situatie niet complex is.

- Het gebruik van routine en standaardprocedures bij snelheid in wisseling in de gezondheidstoestand: Het gebruik van routine en standaardprocedures werd door alle respondenten gezien als protocollair werken. Protocollair werken maakt volgens hen een situatie minder complex. [R8] zegt hierover: “*Als je precies weet wat er moet gebeuren, dat maakt het minder complex*”. Het gebruik kunnen maken van protocollen hangt van de individuele patiëntensituatie af. Doordat iedere individuele patiënt anders op een ingreep reageert en hierdoor andere problemen ontstaan is protocollair werken in de praktijk maar beperkt mogelijk. Als er geen protocollen aanwezig zijn of als protocollen toepasbaar gemaakt moeten worden op specifieke patiëntensituaties verhoogt de complexiteit voor de verpleegkundige omdat de specifieke interventies door de verpleegkundige bedacht moeten worden. Daarnaast kunnen bij complexe patiënten wel protocollaire interventies uitgevoerd worden. In deze situatie zegt protocollair werken minder over de complexiteit. Een protocollaire situatie wordt door de respondenten meer planbaar en voorspelbaar en hierdoor minder complex ervaren.
- De aanwezigheid van meerdere stoornissen/aandoeningen die elkaar sterk beïnvloeden (comorbiditeit): Niet bij alle respondenten was het begrip comorbiditeit duidelijk. De meeste respondenten gaven aan dat volgens hen comorbiditeit inhoudt dat een patiënt meerdere lichamelijke aandoeningen heeft en als verpleegkundige dien je met meerdere zaken rekening te houden. Volgens de respondenten beïnvloeden alle aandoeningen die een patiënt heeft elkaar, ongeacht de ernst van de aandoening. Verpleegkundigen moeten met alle aandoeningen van een patiënt rekening houden en dit vraagt om extra interventies van de verpleegkundige. Bij comorbiditeit werd door de respondenten alleen aan lichamelijk

aandoeningen gedacht en niet aan geestelijke aandoeningen of sociale problemen. Alle respondenten waren het er over eens dat comorbiditeit de complexiteit verhoogt.

- Betrokkenheid van andere disciplines: De respondenten interpreteerden de factor andere disciplines allemaal op dezelfde manier. Onder andere disciplines werden andere zorgprofessionals verstaan, zoals specialisten/artsen, diëtiste, fysiotherapeut, logopedist, enzovoort, maar ook arts-assistenten. Respondenten gaven aan dat de invloed op complexiteit afhankelijk is van eenduidigheid in beleid bij een patiënt. [R13]: *“Dit is sterk afhankelijk van of de neuzen dezelfde kant op wijzen”*.

Volgens de respondenten wordt de complexiteit beïnvloed als gevolg van betrokkenheid van andere disciplines naast de hoofdbehandelaar. Het beleid wordt dan vaak bijgesteld, hetgeen de werkdruk verhoogt evenals de complexiteit voor de verpleegkundige in de rol van coördinator van zorg. Het meest complex vonden de respondenten het werken met arts-assistenten omdat zij geen medisch beleid afspreken en/of afgesproken beleid constant bijstellen. [R12] zegt hierover: *“Patiënt voelt zich hierdoor niet meer vertrouwd en weet niet waar hij aan toe is”*. Dit geeft een toename van de complexiteit voor de verpleegkundige in de rol van coördinator van zorg omdat het de taak van de coördinerend verpleegkundige is om beleid rondom de patiënt goed op elkaar af te stemmen. Door het bijstellen van het beleid vinden er continu wijzigingen plaats in de uit te voeren interventies en de communicatie naar de patiënt en/of familie hetgeen zorgt voor toename van de complexiteit. De aanwezigheid van andere disciplines heeft volgens de respondenten wel invloed op de complexiteit.

4. Welke factoren bepalen naast de factoren van het scoreformulier nog meer de complexiteit?

Naast de factoren benoemd op het scoreformulier ZGT kwamen er een aantal andere factoren in alle groepsdiscussies aan de orde. De volgende factoren kwamen in de groepsdiscussies naar voren:

- Ernst van de ziekte of aandoening: hoe levensbedreigender de situatie of aandoening is, hoe complexer de behandeling vaak is en hierdoor dus ook de complexiteit van de totale zorg.
- Tempo van verandering in gezondheidstoestand: als de gezondheidstoestand snel verandert vraagt constant om bijstelling van beleid en interventies. Tevens is dit vooraf niet te voorspellen of plannen.
- Psychisch/Cognitief functioneren van de patiënt: voornamelijk bij patiënten die geen klachten aan kunnen geven, niet kunnen meedenken in het beleid of niet begrijpen wat er gezegd wordt. Dit geeft toename van complexiteit omdat hierdoor het gedrag van een patiënt

complex kan zijn terwijl de lichamelijke aandoening waarmee de patiënt is opgenomen niet complex hoeft te zijn.

- Leef tijd: oude of heel jonge patiënten zijn kwetsbaar en compenseren bij problemen minder snel en lang dan patiënten uit de middenklasse qua leeftijd. Oude en heel jonge patiënten zijn hierdoor geestelijk en lichamelijk snel uit evenwicht hetgeen de communicatie vaak bemoeilijkt. Oudere patiënten hebben tevens vaak meer comorbiditeit en verschillende medicatie.
- Acute opnames: doordat patiënten met spoed opgenomen worden zijn ze veelal zieker en moeten de interventies in een veel korter tijdsbestek uitgevoerd worden.
- Sociale context: doordat patiënten en familie steeds meer kennis hebben of de nodige kennis kunnen verwerven neemt de mondigheid van familie toe. Dit maakt dat de sociale omgeving van de patiënt gesprekspartner is geworden.
- Complicaties: doordat niet te voorspellen is dát complicaties optreden, welke complicaties er optreden of wanneer er complicaties optreden, maakt dat de patiëntensituatie minder voorspelbaar wordt en hierdoor de complexiteit toeneemt.
- Complexiteit behandeling en onbekende behandeling: naarmate patiënten complexer worden, steeds later en zieker opgenomen worden en omdat er medisch technisch steeds meer mogelijk is worden de behandelingen steeds complexer.
- Geen grip op de patiëntensituatie: doordat verpleegkundigen een patiëntensituatie niet overzien en hierdoor niet pro-actief kunnen denken en handelen, verliezen ze de grip. Hierdoor neemt de complexiteit toe.
- Psychosociale zorg: in het bijzonder bij oncologie patiënten is dit een belangrijk en complex onderdeel van het verpleegkundig werk.
- Complexiteit van observatie mogelijkheden: zodra lichamelijke aandoeningen inwendig zijn, zoals een maagbloeding of psychisch zijn wordt de observatie mogelijkheden beperkter
- Complexiteit ontslagprocedure: de toename van patiënten met comorbiditeit, complexere sociale context, verkorte opnameperiode, aanwezigheid van meerdere disciplines en vergrijzing maakt de ontslagprocedure van een patiënt steeds complexer.

In Tabel 3 is een totaaloverzicht van factoren die volgens de respondenten de complexiteit beïnvloedt. Dit overzicht is op volgorde van meest naar minst vaak benoemde factoren.

Tabel 3

Totaaloverzicht benoemde factoren die volgens de respondenten de complexiteit beïnvloeden.

Factoren	Praktijkonderzoek	Aantal keer benoemd
Patiëntgebonden factoren	• Voorspelbaarheid *	18
	• Planbaarheid *	18
	• Routine en standaardprocedures *	18
	• Comorbiditeit *	18
	• Andere disciplines *	18
	• Ernst van de ziekte of aandoening: waaronder instabiele patiënt/vitaal bedreigde patiënt	18
	• Tempo van veranderingen in gezondheidstoestand	18
	• Psychische ziektes/ Cognitief functioneren (B.v. delier, depressie, stress)	18
	• Leeftijd	18
	• Acute opnames	13
	• Sociale context (rol familie of ouders door meer kennis en toename van mondigheid)	12
	• Complicaties	12
	• Complexiteit behandeling en onbekende behandeling	12
	• Geen grip op de patiëntensituatie	7
	• Psychosociale zorg (bv bij oncologie patiënten)	6
Omgeving gebonden factoren	• Complexiteit van observatie mogelijkheden(bv maagbloeding)	6
	• Complexe ontslagprocedure	6
	• Hoge turnover, mede door kortere opnames, hierdoor moet zelfde werk in kortere tijd	18
	• Werkorganisatie/Afdelingscontext/Afdelingsklimaat/Organisatie rondom patiënt	18
Bekwaamheid verpleegkundige	• Mate van gestoord worden	18
	• Aantal toegewezen patiënten	12
	• Coördinatie van zorg	18
	• Collega's: aantal en professionaliteit (om te overleggen/terug te vallen)	12

* Ook benoemd in het scoreformulier ZGT

Tijdens het invullen van het scoreformulier door de unithoofden en verpleegkundigen bleek dat het begrip zorgintensiteit en de factoren van het scoreformulier verschillend geïnterpreteerd werden. Dit maakt het lastig om het scoreformulier op een eenduidige wijze in te vullen en de complexiteit te meten. Ook bleek dat er, naast de vragen in het scoreformulier nog andere factoren zijn die de complexiteit beïnvloeden.

3.3. Resultaten literatuuronderzoek versus praktijkonderzoek

In deze paragraaf worden de resultaten uit het literatuuronderzoek naast de resultaten uit het praktijkonderzoek gelegd en met elkaar vergeleken. Uit het literatuur- en praktijkonderzoek blijkt dat door maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de gezondheidszorg de complexiteit van de patiëntgebonden factoren de laatste jaren sterk is toegenomen.

Door de toenemende vergrijzing zijn er meer oude patiënten met meer comorbiditeit. Ze zijn kwetsbaarder, sneller uit hun evenwicht en ondervinden hierdoor sneller en meer cognitieve problemen. Dit maakt de opnameperiode complexer maar ook de ontslagprocedure wordt hierdoor steeds meer omvattend wat maakt dat de complexiteit toeneemt. Ook uit onderzoeken van Hayes (2012) en Min (2013) komt naar voren dat meer oudere patiënten meer comorbiditeit hebben en hierdoor een onvoorspelbare behoefte aan zorg hebben. Dit maakt dat de complexiteit verhoogt. Dit gegeven maakt dat leeftijd een belangrijke factor is die van invloed is op de complexiteit.

Maar ook de steeds korter wordende opnameduur maakt volgens de respondenten de patiëntensituatie complexer. Hierdoor moeten dezelfde interventies in een veel korter tijdsbestek uitgevoerd worden. Dit maakt dat de zorg rondom de klinische patiënten in complexiteit is toegenomen en nog steeds verder toeneemt. Dit heeft gevolgen voor de optimale personeelsinzet (Berlinger, 2006).

Uit de literatuur en het praktijkonderzoek blijkt dat complexiteit op te delen is in:

- patiëntgebonden factoren
- en omgeving gebonden factoren.

Met het scoreformulier wordt de complexiteit van het patiëntenproces gemeten, daarnaast blijken omgevingskenmerken ook de complexiteit te beïnvloeden (Fasoli & Haddock, 2011), zoals de werkorganisatie én aantal en professionaliteit van collega's.

Dit gegeven maakt dat omgevingskenmerken van essentieel belang zijn om inzicht te krijgen in de totaliteit aan factoren die de complexiteit beïnvloeden.

Uit het huidige onderzoek blijkt tevens dat de factoren benoemd in het scoreformulier zoals, voorspelbaarheid, routines/richtlijnen, comorbiditeit en andere disciplines bepalend zijn voor complexiteit van het patiëntenproces.

Maar er komen ook een aantal andere beïnvloedende factoren voor complexiteit naar voren, zoals:

- ziekte/aandoening,
- verandering in de gezondheidstoestand,
- mate van grip op patiëntensituatie,
- psychische ziektes/ cognitief functioneren,
- leeftijd,
- complicaties,
- observatie interventies
- en complexiteit van de behandeling.

De factoren voortkomend uit het literatuur- en praktijkonderzoek zijn in Tabel 4 naast elkaar gezet. Hierin zijn veel overeenkomsten te zien. De factoren hieronder worden wel door de respondenten genoemd maar komen niet voor in de literatuur.

- Complexe ontslagprocedure,
- acute opnames,
- sociale context
- en psychosociale zorg

Tabel 4

Totaaloverzicht van beïnvloedende factoren uit het literatuuronderzoek versus praktijkonderzoek

Factoren	Literatuuronderzoek	Praktijkonderzoek
Patiëntgebonden factoren	• Ziektebeeld/aandoening • Tempo van veranderingen in gezondheidstoestand • Mate van grip op patiëntensituatie • Psychisch/Cognitief functioneren • Leeftijd • Complicaties • Complexiteit van observatie interventies • Complexe behandeling • Comorbiditeit* • Voorspelbaarheid* • Routines/richtlijnen/protocollen* • Multidisciplinaire samenwerking*	• Ziektebeeld/aandoening • Tempo van veranderingen in gezondheidstoestand • Mate van grip op patiëntensituatie • Psychische/Cognitief functioneren • Leeftijd • Complicaties • Complexiteit van observatie interventies • Complexiteit behandeling • Comorbiditeit* • Voorspelbaarheid* • Routines/richtlijnen/protocollen* • Multidisciplinaire samenwerking* • Planbaarheid*/** • Complexe ontslagprocedure** • Acute opnames** • Sociale context ** • Psychosociale zorg **
Omgeving gebonden factoren	• Snelle turnover/verkorte opname duur • Werkorganisatie/Nieuwe omstandigheden • Collega's: Aantal/ Professionaliteit • Mate van gestoord worden	• Snelle turnover /verkorte opname duur • Werkorganisatie/Nieuwe omstandigheden • Collega's: Aantal/Professionaliteit • Mate van gestoord worden
Bekwaamheid verpleegkundige	• Coördinatie van zorg • Aantal toegewezen patiënten	• Coördinatie van zorg • Aantal toegewezen patiënten

* Ook benoemd in het scoreformulier ZGT

** Factoren alleen voortkomend uit praktijkonderzoek

4. Discussie

De gekozen onderzoeksmethode heeft veel meerwaarde gehad voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Het voordeel van groepsdiscussies ten opzichte van individuele interviews is dat er in kort tijdsbestek met meerdere respondenten gelijktijdig gesproken kon worden. Door de communicatie over en weer in de groep lokten verschillende meningen van vakinhoudelijke experts reacties bij de andere groepsleden uit. Hierdoor oefende de groepsdiscussie invloed uit op individuele perspectieven. Dit maakte dat een breed scala van standpunten en ideeën met betrekking tot wat onder complexiteit wordt verstaan en welke factoren complexiteit beïnvloeden werden uitgelokt en bediscussieerd. Bryman (2012) onderschrijft dit en geeft aan dat deze onderzoeksmethode kan bijdragen aan verdieping en verbreding van standpunten. Hierdoor konden aanbevelingen gedaan worden voor het optimaliseren van de eenduidigheid en betrouwbaarheid van het scoreformulier.

Baarda en De Goede (2009) geven als risico van het werken met groepsdiscussies dat er niet gediscussieerd wordt, minder onderwerpen aan bod komen, sterke meningen de overhand krijgen en dat de mening van de 'stillere' respondenten niet gehoord wordt. Dit is ondervangen doordat de discussieleider het doel, de onderzoeksvraag en tijd bewaakte en er alert op was dat alle respondenten en topics aan bod kwamen. Door middel van een pilot onderzoek heeft de discussieleider vooraf met de verschillende facetten ervaring opgedaan.

Door de focusgroepen samen te stellen met verpleegkundigen en unithoofden van voorspelbare en complexe afdelingen is een grote diversiteit bereikt. Doordat van iedere klinische afdeling één respondent bij het onderzoek is betrokken kan geconcludeerd worden dat er een juiste doorsnee van de organisatie en onderzoekspopulatie is bewerkstelligd. Ook Baarda, De Goede, en Teunissen (2006) geven aan dat door het gebruik van heterogene groepen de variaties in mogelijke antwoorden of reacties wordt vergroot.

Dit onderzoek had een beperkt aantal deelnemers, maar het bleken er voldoende te zijn omdat bij de derde groepsdiscussie geen nieuwe factoren naar voren zijn gekomen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat meer focusgroepen in dit onderzoek geen meerwaarde heeft. De onderzoeksbevindingen zijn specifiek voor ZGT omdat alleen respondenten uit ZGT betrokken zijn bij het onderzoek. Generalisatie buiten ZGT is hierdoor beperkt mogelijk. Voor generalisatie buiten ZGT zouden meer focusgroepen met respondenten van buiten ZGT wel relevant zijn.

De resultaten zijn gebaseerd op een onderzoekspopulatie van bekwame verpleegkundigen en unithoofden van ZGT. Opgemerkt dient te worden dat bekwame

verpleegkundigen de factoren die beïnvloedend zijn voor complexiteit anders kunnen beoordelen dan beginnend verpleegkundigen. Desalniettemin konden de respondenten hun ervaring als beginnend verpleegkundige nog levendig terughalen. Dit maakt dat de uitkomsten van dit onderzoek ook zullen gelden voor beginnend verpleegkundigen.

Comorbiditeit, psychische aandoeningen en sociale problemen worden door de respondenten als verschillende beïnvloedende factoren voor complexiteit gezien. Wat er onder comorbiditeit verstaan wordt vraagt om een definitie verduidelijking. Van Dale geeft als definitie: Het verschijnsel dat iemand aan meerdere chronische ziektes tegelijk lijdt. Daarnaast geeft Wikipedia als definitie: “Het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen bij een patiënt. Dit gebeurt in het algemeen met het gelijktijdig hebben van lichamelijke, geestelijke en vaak de daaropvolgende sociale problemen bij een persoon”. De mening van de respondenten wordt bevestigd door een recent rapport van Zorginstituut Nederland (Kalfouw & Vliet, 2015) waarin comorbiditeit en psychische aandoeningen naast elkaar worden benoemd. Dit gegeven maakt onduidelijk wat er onder comorbiditeit verstaan moet worden. De onderzoeker is van mening dat psychische aandoeningen en sociale problemen onder comorbiditeit vallen. Dit gegeven vraagt dat een duidelijke definitie van het begrip comorbiditeit beschreven wordt.

Respondenten geven aan dat naast de bovengenoemde factoren de bekwaamheid van de verpleegkundige ook van invloed is op hoe complexiteit wordt ervaren. Over de mate van invloed op complexiteit werd in de groepsdiscussies geen eenduidigheid bereikt. In twee van de drie focusgroepen werd aangegeven hoe minder bekwaam een verpleegkundige is, hoe sneller een situatie als complex wordt ervaren. Meer ervaring maakt dat er een betere klinische blik ontwikkeld is waardoor situaties beter overzien kunnen worden zodat er een juiste inschatting gemaakt kan worden. Verpleegkundigen met weinig tot geen ervaring werken vaak vanuit regels en principes. Dit maakt dat klinische situaties niet volledig overzien worden, prioriteiten moeilijk gesteld kunnen worden en verpleegkundigen overvallen worden als er verandering in de patiëntensituatie optreedt. Verpleegkundigen in dit stadium ervaren vaak veel werkdruk en dit maakt ook dat situaties als meer complex worden ervaren. Ook Benner (2000) beschrijft dat beginnende verpleegkundigen alleen maar kleine onderdelen van een situatie zien, alles is nog te nieuw en te vreemd. Een expert verpleegkundige kan varen op praktijkervaring, klinische blik en opgebouwde intuïtieve waarneming. In focusgroep drie werd aangegeven dat verpleegkundigen met veel ervaring vaak toename van complexiteit ervaren omdat ze niet in stukjes denken maar de totale klinische situatie overzien

en daardoor zien hoe gecompliceerd de totale patiënten situatie is. Deze mening wordt ondersteund in een artikel van Van Straalen en Klok (2014) waarin beschreven staat: “Complexiteit is voorbehouden aan experts, het is een vorm van doorhebben. Verpleegkundigen met onvoldoende ervaring zien variabelen niet of interpreteren ze onjuist” (p.11). Werkdruk is een subjectieve factor en zegt in principe weinig over complexiteit. Het zegt alleen iets over hoe verpleegkundigen de complexiteit ervaren. Voor hen is dit moeilijk te scheiden.

Het scoreformulier is in ZGT afgelopen jaar in de gehele organisatie uitgerold. Op basis van de ingevulde gegevens zijn beslissingen genomen over de inzet van het aantal verpleegkundigen. Mocht naar aanleiding van de aanbevelingen uit dit onderzoek het scoreformulier aangepast worden dan betekent dit twee dingen. Aan de ene kant zal er op alle klinische afdelingen in ZGT de complexiteit opnieuw gemeten moeten worden. Dit heeft als negatief gevolg dat het opnieuw tijd en dus geld gaat kosten en de huidige ingezette veranderingen/bezuinigingen 'on hold' gezet moeten worden. Dit heeft echter niet alleen financiële consequenties voor ZGT, het kan ook negatieve gevolgen hebben voor het vertrouwen in het scoreformulier en de beslissingen die op basis hiervan genomen zijn. Dit maakt dat het voor de organisatie belangrijk is dat het formulier zoveel mogelijk intact blijft. Aan de andere kant zullen de zorgprofessionals zich beter kunnen vinden in het aangepaste formulier omdat het de factoren bevat die volgens hen bepalend zijn voor de complexiteit. Het positieve effect hiervan is dat er meer draagkracht wordt gecreëerd voor veranderingen die hieruit voortvloeien. Tevens hebben managers een beter hulpmiddel in handen om te kunnen sturen op een juiste inzet van verpleegkundigen ten behoeve van de coördinatie van zorg. Uiteindelijk is de verwachting dat de baten hiervan opwegen tegen de kosten. Om een juiste afweging te kunnen maken is het nuttig dat er bekeken wordt hoe de factoren benoemd in dit onderzoek, naast de factoren van het scoreformulier, opgenomen kunnen worden op het bestaande scoreformulier. Het gaat hierbij om de volgende factoren:

- Ziektebeeld/aandoening,
- tempo van veranderingen in gezondheidstoestand,
- mate van grip op patiëntensituatie,
- psychisch/Cognitief functioneren,
- leeftijd,
- complicaties,
- complexiteit van observatie interventies,
- complexiteit behandeling,
- complexe ontslagprocedure,

- acute opnames,
- sociale context
- en psychosociale zorg.

Een mogelijkheid is om extra vragen toe te voegen of onder te brengen bij de huidige vragen.

Bijvoorbeeld, factoren die nauw met elkaar samenhangen samenvoegen. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld: ernst van de aandoening, mogelijkheid tot observatie interventies en complexiteit van de behandeling. Ook factoren als: geen grip hebben op de situatie, complicaties, onbekende behandeling en diagnose zeggen iets over de voorspelbaarheid.

Hierdoor zou de vraag voorspelbaarheid opgedeeld kunnen worden in verschillende sub vragen.

5. Conclusie en aanbevelingen

De hoofdvraag van dit onderzoek was: welke factoren zijn bepalend voor de complexiteit van het patiëntenproces? Daarnaast waren er een aantal deelvragen. Zo is onderzocht welke factoren volgens wetenschappelijke literatuur en volgens verpleegkundigen en unithoofden bepalend zijn voor de complexiteit. Hieruit komt naar voren dat de factoren die bepalend zijn voor de complexiteit zoals bekend is in de literatuur voor het merendeel overeenkomen met de in het praktijkonderzoek genoemde factoren.

Verder is onderzocht hoe het begrippen zorgintensiteit en complexiteit geïnterpreteerd worden. Uit de literatuur (Oostveen, 2014) en uit dit praktijkonderzoek blijkt dat het begrip zorgintensiteit, zoals genoemd in het scoreformulier, door verschillende zorgprofessionals op verschillende manieren geïnterpreteerd wordt. Ook gebruiken de respondenten de termen zorgintensiteit, werkdruk en complexiteit door elkaar. Voor zorgprofessionals blijkt zorgzwaarte een subjectieve factor met betrekking tot het ervaren van complexiteit. Dit gegeven maakt dat er onduidelijkheid bestaat over het begrip complexiteit en maakt het lastig om complexiteit objectief te meten. Toch is het meten van complexiteit belangrijk omdat dit bepalend is voor de patiëntenclassificatie en hiermee voor de patiëntentoewijzing.

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de vragen van het scoreformulier van ZGT, en hiermee de gebruikte termen in de vragen, verschillend geïnterpreteerd worden, dit maakt bemoeilijkt om complexiteit eenduidig te meten. Wel kan geconcludeerd worden dat de factoren, zoals opgenomen in het scoreformulier, de complexiteit beïnvloeden, maar er zijn ook andere beïnvloedende factoren. In het scoreformulier worden de patiëntgebonden factoren gemeten. Omgevingsfactoren en de bekwaamheid van de verpleegkundige blijken echter ook de complexiteit te beïnvloeden.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat factoren die bepalend zijn voor de complexiteit gevonden zijn. Op basis hiervan kan het huidige scoreformulier geoptimaliseerd worden, om zo een juiste patiëntentoewijzing en aan de hand hiervan de personeelsinzet te kunnen bepalen. Naast deze factoren dienen ook andere beïnvloedende factoren te worden opgenomen in het scoreformulier. Echter een juiste personeelsinzet is van essentieel belang om de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg te waarborgen. Om hieraan een bijdrage te leveren worden de volgende aanbevelingen gedaan.

1. Uit het huidige onderzoek blijkt dat er veel onduidelijkheid bestaat over het begrip zorgintensiteit. Het begrip zorgintensiteit bevat naast complexiteit ook de zorgzwaarte. Omdat met het scoreformulier alleen de complexiteit gemeten wordt verdient het aanbeveling om het begrip zorgintensiteit te vervangen in complexiteit. Om hierin eenduidigheid te creëren dient het begrip complexiteit gedefinieerd te worden. Daarnaast dient ook zorgzwaarte uitgelegd te worden. Dit zorgt er voor dat verpleegkundigen en unithoofden allemaal hetzelfde beeld hebben bij de begrippen en welke onderdelen wel en niet meegenomen moeten worden bij het invullen van het scoreformulier.
2. Tevens bleek dat de vragen van het scoreformulier verschillend geïnterpreteerd werden. Dit beïnvloedde hoe respondenten de vragen beantwoorden. Om hier eenduidigheid in te creëren verdient het aanbeveling dat bij elke vraag een uitleg beschreven wordt wat er onder de vraag wordt verstaan.
3. De factoren die in dit onderzoek als beïnvloedende factoren van de complexiteit van het patiëntenproces benoemd worden, maar niet in het scoreformulier staan, dienen te worden opgenomen in het huidige scoreformulier. Hiervoor dient er gekeken te worden welke factoren ondergebracht kunnen worden onder de huidige vragen en welke apart toegevoegd moeten worden. Wanneer er voor gekozen wordt om de factoren onder te brengen onder de huidige vragen dan moet dit duidelijk in de uitleg van de vragen opgenomen worden.
4. Het was de respondenten niet duidelijk dat het scoreformulier gebaseerd is op complexiteit van het patiëntenproces. Voor complexiteit blijken factoren bepaald door de omgevingscontext even zwaar te wegen als factoren bepaald door het patiëntenproces. Als naast de factoren bepaald door de patiëntencontext de factoren van de omgevingscontext ook gemeten worden dan kan op basis hiervan uitspraken gedaan worden over de patiëntentoewijzing ten behoeve van de coördinatie van zorg. Hiervoor moeten de begrippen patiëntenproces en omgevingscontext gedefinieerd worden.
5. Om ten aanzien van het huidige scoreformulier de eenduidigheid te bevorderen verdient het aanbeveling om een inleidend schrijven aan het scoreformulier toe te voegen. Hierin moet beschreven worden:
 - wat het doel is van het scoreformulier,
 - door wie het ingevuld dient te worden,

- wat de uitgangspunten zijn met betrekking tot het bekwaamheidsniveau van de verpleegkundige
 - en een definiëring van de verschillende begrippen van het scoreformulier.
6. De patiëntensituatie kan snel veranderen en hiermee de complexiteit. Om een goed beeld van de complexiteit te krijgen dient de complexiteit op verschillende afdelingen op verschillende tijden gemeten en beoordeeld te worden.
7. Ook bleek uit dit onderzoek dat de bekwaamheid van de verpleegkundige invloed heeft op het ervaren van complexiteit. Zorgprofessionals beoordelen verschillend welke invloed ervaring en bekwaamheid van de verpleegkundige heeft op complexiteit. Om hier meer duidelijkheid over te verkrijgen moet er onderzocht worden welke invloed bekwaamheid van de verpleegkundige heeft op complexiteit.

Om het scoreformulier te optimaliseren verdient het aanbeveling om het formulier uit te breiden met de eerste vijf aanbevelingen. Nadien dient het formulier onderzocht te worden op betrouwbaarheid en validiteit. Nadat het scoreformulier opnieuw in gebruik is genomen dient deze periodiek geëvalueerd en zo nodig bijgesteld te worden. Om de coördinatie van zorg goed vorm te kunnen geven dienen de laatste twee aanbevelingen ook meegenomen te worden.

Bibliografie

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Dionidous, M., . . . Sermeus, W. (2014, February 26). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383, 1824 – 1830. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Akande, K.A., & Kuranga, A. S. (2012). An Approach for Patiënt Classification and Nurse Staffing in Nigerian Hospitals: A Concept Paper. *International Journal of Nursing* 1(2), 1–6.
Geraadpleegd op <http://www.ijonline.com/>
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2006). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D. B., & De Goede, M. P. M. (2009). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten van kwantitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Benner, P. E., (2006). *Van beginner tot expert. Excellentie en invloed in de verpleegkundige praktijk*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- Berlingen, J. E. (July–September 2006). Quantifying Patient Care Intensity. An Evidence–based Approach to Determining Requirements. *Nurse Admin Q , Lippincott Williams & Wilkins, Inc.* 30(3), 193–202. Geraadpleegd op <http://www.lww.com>
- Blecker, B., Austian, J. S., Shine, D., Braithwaite, S., Radford, M. J., & Gourevitch, M. N. (2013). Monitoring the Pulse of Hospital Activity: Electronic Health Record Utilization as a Measure of Care Intensity. *Journal of Hospital Medicine*, 8(9), 513–518.
doi:10.1002/jhm.2068
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Brennan, C. W., & Daly, B. J. (2009). Patient acuity: a concept analysis. *Journal of advanced Nursing*, 65 (5), 1114–1126. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04920
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. New York: Osford Universty Tress Ic.
- Dutch Hospital Data. (2013, December). Geraadpleegd op oktober 20, 2014, van Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2012: <http://www.dutchhospitaldata.nl/kengetallen/>
- Dykstra, C., & Bridges, E. (2012, Oktober). Quantifying workloads and balancing assignments. *Lippincott Williams & Wilkins, Nursing Management* 37–42.
doi:10.1097/01.NUMA.0000416403.30238

- Ebright, P. R., Patterson, E. S., Shalko, B. A., & Render, M. L. (2003). Understanding the complexity of Registered Nurse Work in Acute Care Settings. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 33 (12)*, 630–638. Geraadpleegd op <http://www.lww.com/>
- Fasoli, D. R., & Haddock, K. S. (2011). Results of an Integrative Review of Patient Classification Systems. *Springer Publishing Company*, 295–316. doi:101891/0739-6686.28.295
- Galimberti, S., Rebora, P., Di Mauro, S., D'Ilio, I., Vigano, R., Moiset, S., & Valsecchi Maria, G. (2012). The SIPI for measuring complexity in nursing care: Evaluation study. *International Journal of Nursing Studies. 24*, 320–326. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.016
- Hamel, M. (2014, September 30). Geraadpleegd op Oktober 25, 2014, van Nursing: <http://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2014/9/Nieuw-mbo-en-hbo-profiel-in-Ziekenhuis-Gelderse-Vallei-1608016W/>
- Hayes, N., & Ball, J. (2012). Achieving safe staffing for older people in hospital. *Nursing older people. 24(4)*, 20–24. Geraadpleegd op <http://www.nursingolderpeople.co.uk>
- Hoi, S. Y., Ismail, N., Ong, L. C., & Kang, J. (2010). Determining nurse staffing needs: the workload intensity measurement system. *Journal of Nursing Management, 18*, 44–53. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01045
- Kaljouw, M., & Van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Geraadpleegd op April 27, 2015, van Zorginstituut Nederland: <https://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen>
- Lee, M., & Moorhead, S. (2014, May/June). Nursing Care Patterns for Patients Receiving Total Hip Replacements. *Orthopaedic Nursing, 33(3)*, 149–158 doi:10.1097/NOR.0000000000000047
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, California: Saga Publications, inc.
- Lu, C. Y., & Roughead, E. (2011, July). Determinants of patient-reported medication errors: a comparison among seven countries. *The international journal of Clinical practice 65(7)*, 733–740. doi:10.1111/j.1742-1241.2011.02671
- Min, L., Wenger, N., Walling, A. M., Blaum, C., Cigolle, C., Ganz, D. A., Reuben, D., . . . Kerr, E. A. (2013). When Comorbidity, Aging, and Complexity of Primary Care Meet: Development and Validation of the Geriatric Complexity of Care Index. *Journal compilation. JAGS. 61*, 542–550. doi:10.1111/jgs.12160
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1996). *Gekwalificeerd voor de toekomst*. Zoetermeer / Rijswijk: Hageman bv.

- Nederlandse encyclopedie. (2014). Geraadpleegd op Januari 18, 2015, van Encyclo:
<http://www.encyclo.nl/begrip/zorgzwaarte/>
- NIVEL. (2015). Geraadpleegd op Januari 18, 2015, van complexiteit van zorg:
<http://www.nivel.nl/complexiteit-van-de-zorg/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). Geraadpleegd op November 18, 2014, van Nederlandse
Zorgautoriteit: <http://www.nza.nl/organisatie/Toezicht/>
- Oostveen van, C. J., Vermeulen, H., Nieveen van Dijkum, E. J., Gouma, D. J., & Ubbink, D. T.
(2014, July 1–3). Which factors determine the patients' care intensity for surgeons and
sergical nurses? A conjoint analysis. *Health Service Research: Evidence-based pratice*, 2,
p. 135. doi:10.1186 / 1472-6963-14-S2-P135
- Sheetz, K. H., Dimick, J. B., & Ghaferi A. A. (2014, Oktober 1). The Association Between Hospital
Care Intensity and Surgical Outcomes in Medicare Patients. *American Medical
Association*, 1, E1–E6. Geraadpleegd op <http://archsurg.jamanetwork.com/>
- Shulldham, C., Parkin, C., Firouzi, A., Roughton, M., & Lau-Walter, M. (2008, May 27). The
relationship between nurse staffing and patient outcomes: A case study. *International
Journal of Nursing Studies*, 46, 986–992. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.06.004
- Soloman, D., Alberts, N., Sun, Z., Bowers, A. M., & Molnar, M. (2011). Complexity of Care Is
Associated With Distressing Environmental Factors. *Clinical Nurse Specialist. Wolters
Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins*, 186–192.
doi:10.1097/NUR.0b013e318221f2d3
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative resaurch: techniques and procedures for
developing groudted theory*. Thousand Oaks: Sage Publications USA.
- Turner, B. J., & Cuttler, L. (2011, December 20). The complexity of Measuring Clinical
Complexity: A Veterans Affairs working group defined complexity as requiring
challenging clinical decision-making and care processes that are not routine or
standard. *American College of Physicians*, 155 (12), 851–852. Geraadpleegd op
<http://www.annals.org>
- Van der Meulen. A. (2001). *Uitwerking ontwikkelingsmodel voor verpleegkundigen*. Almelo: ZGT.
- Van der Meulen, A. (2012). *Inzet medewerkers in een procesgestuurde organisatie*.
Almelo/Hengelo: ZGT.
- Van Straalen, L., & Kolk, J. (2014, Oktober). Klinisch redeneren: wat is het, hoe leer je het, hoe
toets je het? *Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorg onderwijs*, 6, 10–14.
- Wade, D. (2011). Complexity, case-mix and rehabilitation: the importance of a holistic model of
illness. *Clinical rehabilitation*, (25), 387–395. doi:10.1177/0269215511400282

- Weiss, K. B. (2007). Managing complexity in chronic care: an overview of the VA state-of-the-art (STOTA) conference. *Society of General Internal Medicine*, 274–278.
doi:10.1007/s11606-007-0379
- Wennberg, J. E., Bronner, K., Skinner, J. S., Fisher, E. S., & Goodman, D. C. (2009). Inpatient Care Intensity And Patients' Ratings Of Their Hospital Experiences: What could explain the fact that Americans with chronic illnesses who receive less hospital care report better hospital experiences? *National institutes of health*, 28(1), 103–112.
doi:10.1377/hlthaff.28.1.103
- Wikipedia. (2014). Geraadpleegd op April 27, 2015 van Wikipedia De vrije encyclopedie:
<http://nl.wikipedia.org/wiki/Comorbiditeit/>
- ZGT Academie. (2013, November). *Scoreformulier Zorgintensiteit* (Versie definitief 02).
Almelo/Hengelo:ZGT.

Bijlagen

Bijlage A: Scoreformulier ZGT

Scorelijst

Meting zorgintensiteit <> coördinatie van zorg

Ingevuld door:

Unithoofd:

Verpleegkundige(n):

Opleidingsfunctionaris:

Datum:

Handleiding

1. Creëer een gemeenschappelijk beeld van de werkeenheid / verpleegafdeling

Profiel van de afdeling samen invullen

- o Werkeenheid: (bv ZGT Almelo, 3 Zuid).....
- o Aantal toegewezen bedden per specialisme (bv 36 x long).....
- o Gemiddeld aantal opnames per 24 uur.....
- o Gemiddeld aantal “verse” OK patiënten per 24 uur.....
- o Procesopbouw, conform kwaliteitssysteem waarin grootste patiëntengroepen zijn benoemd.
- o Dit is het uitgangspunt tenzij de genoemde groepen niet meer aansluiten bij de actuele situatie. (bv COPD, Pneumonie)
 - o
 - o
 - o
 - o

2. Ga uit van het volgende profiel bij het invullen van het scoreformulier

Profiel van de verpleegkundige als coördinator van zorg

Van de verpleegkundige wordt verwacht dat zij in staat is complexe interventies uit te voeren.

Zij kan situaties snel overzien en efficiënt en flexibel reageren. Zij kan in snel veranderende situaties werken en zij kan dat combineren met standaard procedures. Het zwaartepunt ligt bij het bedenken van nieuwe procedures, tactisch en strategisch handelen en vaardigheden met betrekking tot het ontwikkelen en uitvoeren of laten uitvoeren van beleid.

De verpleegkundige beschikt zowel over beroepsspecifieke als beroepsonafhankelijke kennis en vaardigheden. Door de analytische, probleemoplossende en communicatieve vaardigheden die zij bezit is zij in staat om op metaniveau te reflecteren op het eigen handelen en het handelen van anderen in multidisciplinair verband.

(Kader functioneren HBO verpleegkundige conform Commissie kwalificatiestructuur, 1996)

3. Werkwijze

Betrokkenen bij het invullen van de scorelijsten zijn het unithoofd van de werkeenheid, de opleidingsfunctionaris van de afdeling en minimaal 1 “bekwame” verpleegkundige (Benner). Begeleiding van deze bijeenkomst vindt plaats door de opleidingsfunctionaris met het aandachtsgebied PGZ. Zij fungeert als gespreksleider. Het invullen van de scorelijsten neemt gemiddeld 1,5 tot 2 uur in beslag. Maak zoveel mogelijk gebruik van zorgdossiers om scores te onderbouwen.

Stappenplan

- o Uitleg en introductie van instrument en werkwijze door opleidingsbegeleider PGZ
- o Vaststellen van gemeenschappelijk kader (profiel) m.b.t. de patiëntenpopulatie
- o Invullen van scorelijst per werkeenheid / verpleegafdeling
- o Verzamelen van de informatie door opleidingsbegeleider PGZ
- o Terugkoppeling informatie aan coördinatoren PGZ (Ina en Anneke)
- o Vaststellen uitkomsten.

Scorelijst**1 De snelheid en voorspelbaarheid in de gezondheidstoestand**

Toelichting: Hierbij gaat het om de gezondheidstoestand van de patiënt in relatie tot de voorspelbaarheid van het ziekteverloop.

Gradatie	Aantal patiënten	Score
Wisseling is voorspelbaar		1
Wisseling is in beperkte mate voorspelbaar		2
Wisseling is niet voorspelbaar		3

Gradatie	Aantal patiënten	Score
Is bekend en te overzien, planning voor langere tijd, meer dan 1 dag		1
Wisselt onregelmatig, planning voor 1 dag		2
Wisselt voortdurend, planning per dag(deel)		3

2 Het gebruik van routine en standaardprocedures bij de snelheid van wisseling in de gezondheidstoestand

Toelichting: Hier wordt gevraagd of de complexiteit van het ziektebeeld van de patiënt vraagt om conventionele methodes of dat er nieuwe procedures / richtlijnen / protocollen gebruikt moeten worden.

Gradatie	Aantal patiënten	Score
Dusdanig dat er routine en standaardprocedures gebruikt kunnen worden		1
De ernst vraagt om een combinatie van standaardprocedures		2
Er is sprake van een ernstige stoornis die vraagt om nieuwe procedures		3

3. De aanwezigheid van meerdere stoornissen/aandoeningen die elkaar sterk beïnvloeden (comorbiditeit).

Toelichting: Hier wordt gevraagd om te bepalen of de patiënt nul, één of meer aandoeningen heeft die invloed uitoefenen op de gezondheid van de patiënt, hierbij telt de reden van opname niet mee. Bij aandoeningen moet u denken aan alle ziektebeelden, los van de reden van opname, die op welke mogelijke manier dan ook een negatief effect hebben op de patiënt (bv Diabetes, Pneumonie, Orthostatische hypotensie etc.).

Gradatie	Aantal patiënten	Score
Nul aandoeningen die de gezondheid beïnvloeden		0
Eén of twee aandoeningen die elkaar beïnvloeden		1
Drie of vier aandoeningen die elkaar beïnvloeden		2
Meer dan vier aandoeningen die elkaar beïnvloeden		3

4. De aanwezigheid van andere betrokkenen naast de hoofdbehandelaar die invloed uitoefenen op het medisch behandelplan

Toelichting: Hier wordt gevraagd om te bepalen of er naast de hoofdbehandelaar andere medisch specialisten bij de patiënt betrokken zijn. Onder medisch specialisten wordt verstaan: alle onder de MSRC en CCMS ondergebrachte specialismen (zie bijlage 1).

Gradatie	Aantal patiënten	Score
Nul andere behandelaars		0
Eén andere behandelaar		1
Twee andere behandelaars		2
Meer dan drie andere behandelaars		3

5. De aanwezigheid van betrokkenen ondersteunende disciplines bij de uitvoering van het medisch behandelplan

Toelichting: Bij deze vraag wordt gekeken naar ondersteunende disciplines. Onder ondersteunende disciplines wordt verstaan Fysiotherapie, Diëtist, Maatschappelijk werk, Geestelijk verzorger, Logopediste, Podotherapeut, Ergotherapeut.

Gradatie	Aantal patiënten	Score
Nul ondersteunende disciplines		0
Eén of twee ondersteunende disciplines		1
Drie of vier ondersteunende disciplines		2
Meer dan vier ondersteunende disciplines		3

Bijlage 1

Medische specialisten volgens de Orde van Medisch Specialisten:

- Algemeen Chirurg
- Anesthesioloog
- Cardioloog
- Dermatoloog
- Gynaecoloog
- Interne geneeskunde
- Kinderarts
- Klinisch geriater
- KNO arts
- Longarts
- MDL arts
- Neurochirurg
- Neuroloog
- Oogarts
- Orthopeed
- Plastisch Chirurg
- Psychiater
- Radioloog
- Reumatoloog
- Revalidatiearts
- Uroloog

Bijlage B: Zoektermen en onderzoeksvraag

Voor het literatuuronderzoek is gezocht in verschillende databanken zoals: Picarta, Ebsco en PUBmed. Er is gezocht middels verschillende zoektermen:

- acuity
- care complexity
- care intensity
- communications
- complications
- coordination (of care)
- disease severity
- health measurement instruments
- hospital care
- intensity of care measure
- measurement properties
- measuring
- method to assess health service needs
- nursing care
- patient allocation
- patient classification system
- physical illness
- predictability
- predictability and physical disorder
- relationship between factors diagnosis
- reliability
- score sheet
- treatment
- triage scale
- workload.

Deze zoektermen zijn in verschillende combinaties gebruikt.

Bijlage C: Topiclist groepsdiscussie

- Wat wordt er onder zorgintensiteit verstaan?
- Wat wordt er onder voorspelbaarheid verstaan en wanneer is zorg volgens de respondenten voorspelbaar? Is de mate van voorspelbaarheid van de zorg volgens de respondenten bepalend voor de zorgintensiteit?
- Wat wordt er onder planbaarheid van zorg verstaan en wanneer is de zorg volgens de respondenten planbaar? Is de mate van planbaarheid van zorg volgens de respondenten bepalend voor de zorgintensiteit?
- Wat wordt er onder routine en standaardprocedures verstaan en wanneer is er volgens de respondenten sprake van routine en standaardprocedures? Is de mate van het gebruik van routines en standaard procedures volgens de respondenten bepalend voor de complexiteit?
- Wat wordt er onder comorbiditeit verstaan? Is comorbiditeit volgens de respondenten bepalend voor de complexiteit?
- Wat wordt er verstaan onder ondersteunende disciplines? Heeft het aantal ondersteunende disciplines volgens de respondenten invloed op de complexiteit?
- Welke factoren bepalen volgens de respondenten nog meer de complexiteit (wat nog niet is besproken)?

Bijlage D: Overzicht indeling afdelingen

Tabel 5

Overzicht van indeling van afdelingen, gemaakt op basis van de meting in 2013–2014

Units	Complexe zorg	Voorspelbare zorg
3 Noord Interne afdeling	1 vpk: 5–6 pat.	
5 West Interne afdeling		1 vpk: 7–8 pat.
Oncologie afdeling	1 vpk: 5–6 pat.	
Cardiologie	1 vpk: 5–6 pat.	
Coronary Care Unit (CCU)	1 vpk: 3–4 pat.	
Longafdeling	1 vpk: 5–6 pat.	
Neurologie afdeling	1 vpk: 5–6 pat.	
Stroke Care Unit	1 vpk: 3–4 pat.	
Geriatric afdeling	1 vpk: 3–4 pat.	
Geriatrische traumatologie/algemene traumatologie	1 vpk: 5–6 pat.	
5Noord Chirurgie	1 vpk: 5–6 pat.	
Urologie/Vaatchirurgie/Gynaecologie		1 vpk: 7–8 pat.
A1 Chirurgie		1 vpk: 7–8 pat.
Dagbehandeling		1 vpk: 7–8 pat.
Intensive Care Unit (ICU)	1 vpk: 1–2 pat.	
Kinderafdeling		1 vpk: 7–8 pat.
Spoedeisende Eerste Hulp (SEH)	1 vpk: 5–6 pat.	
Psychiatrie (Dagbehandeling)		1 vpk: 7–8 pat.
Psychiatrie (Klinisch)	1 vpk: 5–6 pat.	

Bijlage E: Uitnodigingsmail respondenten groepsdiscussie

Hallo allemaal,

Afgelopen dagen heb ik jullie benaderd om mee te doen aan een onderzoek naar de Zorgintensiteit. Jullie hebben aangegeven hier aan mee te willen werken, allereerst hiervoor mijn dank.

Ik zal mij eerst even voorstellen aan diegene die mij niet kent. Ik ben Bettie Sleiderink en ben werkzaam als opleidingsfunctionaris in ZGT. Op dit moment ben ik met de Master Health Care and Social Work bezig en hierin is onderzoek doen een afsluitend onderdeel. Voor dit onderzoek heb ik in ZGT de opdracht gekregen om te onderzoeken hoe het 'scoreformulier zorgintensiteit' geoptimaliseerd zou kunnen worden. Dit is het scoreformulier dat in ZGT gebruikt wordt om werkplaatsanalyses te doen in het kader van de Proces gestuurde zorg.

Voorafgaand heb ik jullie unithoofden benaderd voor toestemming om jullie te mogen benaderen om mee te doen aan dit onderzoek.

De bedoeling van jullie bijdrage aan dit onderzoek is om met een groep vakbekwame verpleegkundigen en/of unithoofden van verschillende afdelingen te discussiëren over wat jullie onder zorgintensiteit verstaan en welke factoren hier, volgens jullie, invloed op uitoefenen.

In de bijlage is het scoreformulier zoals in ZGT gebruikt wordt toegevoegd.

Wil je dit formulier uitprinten, de 5 vragen invullen en meenemen naar de groepsdiscussie? Tijdens het invullen dient de eigen afdeling en patiënten die daar verpleegd worden het uitgangspunt te zijn.

Het doel hiervan is dat je vooraf hebt kunnen nadenken over het begrip zorgintensiteit en de items die de zorgintensiteit volgens dit scoreformulier bepalen. Tijdens deze groepsdiscussie is er ook de mogelijkheid om items te bespreken die niet op het formulier staan maar volgens jullie wel bepalend zijn voor de zorgintensiteit.

Privacy

De groepsdiscussie wordt op band opgenomen om dit nadien te kunnen gebruiken bij de analyse. Jullie anonimiteit zal zo optimaal mogelijk gewaarborgd worden door: De banden alleen voor de analyse van dit onderzoek te gebruiken en niet beschikbaar te stellen aan medewerkers binnen ZGT. Jullie namen en afdelingen zullen in de analyse niet genoemd worden zodat jullie uitspraken nadien niet herleidbaar zijn.

De groepsdiscussie vindt plaats op: 23 dec.

Tijd: 13.45 tot 15.00 uur

Locatie: 4 zuid, gang ZGT Academie, ruimte teampost midden op de gang.

Mocht je onverwachts niet deel kunnen nemen, wat ik natuurlijk zeker niet hoop, wil je dan zo spoedig mogelijk contact met mij opnemen?

Bettie Sleiderink

Opleidingsfunctionaris ZGT

Bijlage F: Informed consent

Titel onderzoek: Zorgintensiteit

Verantwoordelijk onderzoeker: Bettie Sleiderink

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek zorgvuldig en vertrouwelijk behandeld worden, bandopnames zullen zorgvuldig bewaard worden en niet vrijgegeven aan medewerkers in ZGT. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat geluidsbandopnames uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage G: Schema's codering focusgroepen

Items	Frag. nr.	Tekst fragment focusgroep 1	patiënt gerelateerd omgeving gerelateerd
Wat verstaan vpk en unithoofden onder zorgintensiteit	F1 F5 F15 F35 F38	Dat je bij een patiënt heel veel zorg moet leveren, dat is het allereerste. Dan kijk je van heel veel zorg van, wat moet je allemaal doen bij die patiënt. Alles wat daarbij hoort, zowel psyche, zowel als lichamelijk, de risico en voorbehouden handelingen, hoeveel moet je doen bij die patiënt. Welke intensieve zorg heeft die patiënt nodig. Zorgintensiteit wordt niet alleen bepaald door de complexiteit, daar komt meer bij kijken, de patiëntensituatie en de het complexe geheel erom heen. Een patiëntensituatie die voorspelbaar of complex is dan de interventies, die zijn te plannen Dus het is altijd een combi van patiëntensituatie en ingreep, kun je niet uit elkaar halen. Behandeling kan protocollair zijn maar hoe patiënt reageert dat weet je niet	Patiënt gebonden factoren: veel zorg intensieve zorg risico en voorbehouden handelingen psychisch lichamelijk complexiteit patiëntensituatie voorspelbaar of complex combi patiëntensituatie en ingreep Omgeving gebonden factoren: het hele complexe geheel erom heen Zorgzwaarte wat je allemaal moet doen
Wat wordt er verstaan onder complexiteit?	F9 F10/ F14 F36	Als je er geen grip op hebt Door meer complicaties Een patiëntensituatie kan heel complex zijn maar de interventies kunnen ook heel complex zijn	Patiëntgebonden factoren complicaties geen grip op hebben complexe patiëntensituatie complexe interventies
Welke aspecten bepalen voor verpleegkundige en unithoofden de zorgintensiteit	F2 F3 F6 F7 F40 F41	Hoeveel lijnen zitten eraan, en de psyche Met 2 personen wassen bv., meer dingen bij de patiënt doen. Extra probleem erbij naast opname indicatie De hoeveelheid aan taken die gedaan moeten worden bij een patiënt Erg gestrest, maakt planbare zorg complex, en kost meer tijd Krijgt complicaties	Patiëntgebonden factoren psyche complicaties Zorgzwaarte hoeveel lijnen met 2 personen taken uitvoeren hoeveelheid taken

Hoe wordt het item planbaarheid geïnterpreteerd?	F16 Alles mooi gepresenteerd krijgen F17 Alles is gepland F18 Dat ik een patiënt krijg waarvan ik weet dat die komt en waarvan ik weet die krijgt die ingreep, die heeft die nazorg nodig na de operatie en die gaat dan weer naar huis. Dat is voor mij planbare zorg. Dat is een planbaar proces. F19 Ligt protocollair vast eigenlijk wat je kan verwachten F21 Aandoening van de patiënt heeft invloed op planbaarheid, voorspelbaarheid maar ook de bekwaamheid van de vpk F22 Als patiënt acuut binnenkomt is geen planbare zorg omdat je niet weet hoe het gaat verlopen F26 Als iets volgens de regels verloopt, of juist niet volgens regels verloopt F27 In het voren kunnen plannen, soms per dag of per halve dag F28 Als activiteiten en ontslag vooraf vaststaat Niet planbaar als de patiënt kans heeft op een complicatie maar je weet niet welke en wanneer, kan gedeeltelijk voorspelbaar zijn, maar niet planbaar F29 Niet planbaar als ze om de haverklap in kachelen Planbaarheid zegt wel iets over complexiteit F32 Protocollair is makkelijk planbaar, proces doorlopen, is gepland, niet afwijkt van protocol is planbaar. F33 Het is niet planbaar als het niet binnen een protocol is te vangen, de patiënt is nooit planbaar F34 Een patiënt met een depressie kan binnen 24 uur omslaan, wat de oorzaak is weet je niet, dat kun je niet plannen. Acties/zorg zijn wel planbaar maar hoe een patiënt reageert is niet voorspelbaar F37 Een appendix die recht toe recht aan is, die is planbaar en niet complex wat ingreep betreft, maar als die gaat flippen dan wordt die hartstikke complex	Patiëntgebonden factoren als alles vooraf gepland kan worden tot en met ontslag vooraf bekend hoe het verloopt, volgens de regels ligt protocollair vast weet wat je verwachten kunt acute zorg is niet planbaar complicaties zijn niet planbaar voorspelbaar Bekwaamheid verpleegkundige <i>zegt iets over complexiteit</i>
Hoe wordt het item voorspelbaarheid geïnterpreteerd?	F8 Als iets protocollair is het voorspelbaar F11 Overzichtelijk, je weet eigenlijk gerangschikt dan gebeurt er dat en dan gebeurt er dat F12 niets meer voorspelbaar en dan eigenlijk hartstikke complex F13 Bij meer voorspelbaarheid is de complexiteit lager F14 Grote OK zijn minder voorspelbaar en hebben meer kans op complicaties en daardoor een hogere complexiteit	Patiëntgebonden factoren protocollair overzichtelijk, gerangschikt meer voorspelbaar is lagere complexiteit meer kans op complicaties is minder voorspelbaar en meer complex

	F20	Hoe de patiënt reageert op de behandeling is soms wel maar niet altijd voorspelbaar, Hoe reageert iemand op een operatie	verpleegkundige acties liggen vast bekend wat er gaat gebeuren
	F23	Als je weet wat je moet doen en wat er zou kunnen gebeuren	
	F24	In de toekomst kunnen voorspellen wat er gaat gebeuren	
	F30	Onvoorspelbaarheid zegt meer iets over complexiteit dan planbaarheid	<i>voorspelbaarheid zegt wel iets over complexiteit</i>
	F31	De combinatie van onvoorspelbaarheid en niet planbaar maakt juist de complexiteit	
	F34	een patiënt met een depressie kan binnen 24 uur omslaan, wat de oorzaak is weet je niet, dat kun je niet plannen. Acties zijn wel planbaar maar hoe een patiënt reageert is niet voorspelbaar, per patiënt verschillend	<i>het is nooit voorspelbaar hoe een patiënt reageert.</i>
	F35	Een patiëntensituatie die voorspelbaar of complex is dan de interventies, die zijn te plannen	
Hoe wordt het item routine en standaardprocedures geïnterpreteerd?	F8	Als iets protocollair is het voorspelbaar	ligt protocollair vast, is planbaar, weet wat je kunt verwachten
	F32	Procollair is makkelijk planbaar, proces doorlopen, is gepland, niet afwijkt van protocol is planbaar.	
	F19	Ligt protocollair vast eigenlijk wat je kan verwachten	
Hoe wordt het item comorbiditeit geïnterpreteerd?	F48	Wat de patiënt erbij heeft aan gezondheidsproblemen	Patiëntgebonden factoren
	F46	Naast het psychische deel het somatische erbij, dan wordt het complex ja	naast psychische somatische problemen
	F47	Wat als iemand een slecht vaatstelsel heeft en een slechte doorbloeding heeft en die wordt geopereerd, dan heb je al een verhoogde kans op comorbiditeit. Dus het hebben van een ernstige diabetes is zeer zeker van ernstig belang. Het feit dat iemand ernstig COPD heeft, ja kan op hartfalen, speelt wel heel erg mee.	alle (extra) aandoeningen die iemand heeft heeft wisselwerking op elkaar
	F48	Alle aandoeningen die iemand heeft, of alle ziektes die iemand heeft heeft invloed op de complexiteit	<i>Maakt wel complexer</i>
	F49	Alles wat ze hebben extra, buiten waarvoor ze komen vraag extra acties je observeert meer	<i>elke aandoening heeft invloed op de complexiteit</i>
	F50	Het heeft wisselwerking op elkaar	
	F51	Elke aandoening heeft invloed op complexiteit, zelf bij kleine ingrepen	<i>vergrijzing maakt meer comorbiditeit</i>
	F52	Maakt het echt veel complexer	
	F53	Elke aandoening die iemand heeft, hou je toch in de gaten	
	F54	Mensen worden steeds ouder en hebben steeds meer comorbiditeit	

	F55	Mensen komen later binnen, is streek gebonden, mensen blijven langer thuis, op het moment dat ze opgenomen worden, is het crisis en kost het nog meer tijd om iemand er bovenop te krijgen	
	F64	Mensen zoveel gezondheidsproblemen hebben, dus niet terug kunnen naar huis, daar komt zoveel meer bij kijken, dit maakt complex	
Hoe wordt het items andere disciplines geïnterpreteerd?	F56	Andere disciplines en andere dokters hebben invloed op de complexiteit, als de diëtiste, FT, logopedie erbij zijn zijn die mensen zijn al complex en maakt ook complex	andere disciplines en andere dokters Maakt complexer, want patiënt is ook al complex
	F57	Andere dokters	
	F58	Plus dat je bij dokters ook nog het vervelende hebt dat je met iedereen visite moet lopen	Zorgzwaarte communicatie kost veel tijd vaak en veel visite lopen
	F59	Communicatie, kost veel tijd (zorgzwaarte?) veel moeite doen om ze erbij te krijgen	
	F63	Door sociale context zijn er meer disciplines bij patiënt betrokken en maakt het complexer. Hierdoor wordt ontslagprocedure heel complex	
Welke factoren beïnvloeden voor verpleegkundigen en unithoofden nog meer de zorgintensiteit?	F42/F64	Leeftijd, ouder patiënt	Patiëntgebonden factoren Leeftijd
	F66	Hoe is zo'n patiënt psychisch	psychische toestand
	F44	Ziektebeeld, bv kanker, ernst van de aandoening maakt complex	ziektebeeld
	F45	Technisch complex	ernst van de aandoening
	F46	Psychosociaal stukje bij onco patiënten	psychosociaal
	F60	Patiënt aan de monitor	patiënt aan monitor
	F61	Voorbehouden handelingen, je bent intensief bezig met de patient, het vraagt veel van jou tijd	ontslagprocedure sociale context
	F62	Ontslag procedure veel complexer /nazorg	
	F63	De sociale context mis ik hierin, maakt het veel complexer, zeker bij ontslagprocedures mensen die helemaal niemand hebben waar je gewoon heel veel extra voor moet doen aan Maatschappelijk werk en extra disciplines maar ook gewoon dingen regelen	Zorgzwaarte voorbehouden handelingen

Complexiteit hangt samen met de bekwaamheid en persoonlijkheid van verpleegkundigen, kennis en ervaring maakt minder complex. Zelfde bekwaamheid maakt zelfde ervaring in complexiteit blz 6-8 Complexiteit en coördinatie (regie kunnen houden) hangt met elkaar samen.

Items	Frag. nr.	Tekst fragment focusgroep 2	patiënt gerelateerd / omgeving gerelateerd
Wat verstaan verpleegkundigen en unithoofden onder zorgintensiteit	F1	Zorgintensiteit is gewoon het hele pakket wat bij de patiënt is, niet dat je alleen kijkt naar hoeveel disciplines zijn erbij of hoeveel artsen zijn erbij, dat je gewoon gigantisch veel zorg aan die patiënt kwijt bent	Patiënten gebonden factoren: veel zorg, overall mee helpen, wat je allemaal moet, alle zorg, hoe intensief je met iemand bezig bent, alles bij elkaar, werkdruk
	F2	Dan ben je gewoon de hele dag mee bezig, helpen met eten, helpen met gewoon alles	
	F3	wat je allemaal moet doen, niet alleen wie er allemaal bij betrokken is zeg maar qua disciplines	
	F4	Alle zorg	
	F5	Dat zeg het ip al hoe intensief ben je met iemand bezig	
	F6	Heel veel kwetsbare ouderen, daar ben je soms gewoon zo druk mee dat je gewoon denkt van dan zijn ze delirant, dan zijn ze weer incontinent en moet je dat weer en dan hebben ze dit en krijgen ze te veel prikkels en moet je verhuizen, moet je wel of niet verhuizen. Weet je er komt gewoon zoveel nog meer bij kijken alleen dat ze ziek zijn. En ze hebben altijd heel wat, als ze voor de gerieters worden opgenomen dan hebben ze niet een ding, niet twee maar dan vinden ze een luchtweginfectie dan vinden ze dit weer en dan vinden ze dat weer. En dat moet je allemaal behandelen, dus daar komt alles bij kijken.	
	F7	hoe intensief je met de patiënt bezig bent, hoeveel uur dus werkdruk tel je daarin mee	
Wat wordt er verstaan onder complexiteit?	F8	Complexiteit een onderdeel is van intensiteit	Patiëntgebonden factoren ziektebeeld acute situatie vitaal bedreigt, levensbedreigend moeilijk voor patiënt veel zorgbehoefte als je niet weet wat patiënt heeft niet voorspelbaar kwetsbaarheid persoon Omgevingsgebonden factoren de situatie
	F9	Een deel van het pakket	
	F10	De aandoening zeg maar van vitaal bedreigt, dus dat vind ik wel dat je met vitale functies bezig bent, daar heb je ook mensen bij nodig	
	F11	Complex is altijd moeilijk voor jezelf of voor de patiënt zelf	
	F12	Wel dat het een levensbedreigend iets is voor de patiënt, dus dan moet er gehandeld worden	
	F13	Actie	
	F14	Complex is alles bij elkaar	
	F15	Alle invalshoeken	
	F16	Het is de combinatie van zorgintensiteit	
	F17	Je moet van alles ook gaan regelen, van alles tegelijk	
	F18	Dat je het niet rond kunt krijgen, dan je zo druk bent met een patiënt waarbij je denk hoe doe ik dat allemaal	
	F19	Dat lukt je niet als een persoon, daar moet je al met twee personen	

	F20 F21 F22 F23 F24 F25 F26 F27 F28	Je kunt complex in het ziektebeeld hebben maar ook complex in hoe krijg ik dat georganiseerd, je hebt patiëntencomplexiteit en organisatorische complexiteit Veel zorg behoeft Alles wat je niet weet wat iemand heeft, in alle uitvalshoeken moet je gaan kijken, als je niet weet wat er aan de hand is Of iets wel of niet voorspelbaar is, er kan zo wat gebeuren, : acute situatie Dat heeft dan ook met de kwetsbaarheid te maken van iemand Als je niet met het ziektebeeld bekend bent, waar heel veel aan moet gebeuren, dan voelt het complex Je hebt van alles te gelijk en vervolgens moet je ook je gegevens nog vastleggen De situatie: je hebt een andere patiënt, terwijl je eigenlijk daar al met z'n tweeën vast staat en de rest van de patiënten heb je even geen verpleegkundigen voor ja dat vind ik dat maakt het gewoon Het ziektebeeld is van de patiënt afhankelijk hoe ziek die is. persoon en ziektebeeld samen maakt complex	Bekwaamheid verpleegkundige Kennis moeilijk voor verpleegkundige niet bekend met ziektebeeld Kenmerken onderdeel van intensiteit actie, alles bij elkaar alles tegelijk alle invalshoeken combinatie van zorgintensiteit alles niet rond kunnen krijgen met twee personen
Welke aspecten beïnvloeden voor verpleegkundige en unithoofden de zorgintensiteit	F31 F35 F39 F53 F56	Dat maakt het dan wel complex dat je gewoon niet weet wat er gaat gebeuren Voorspelbaarheid, heel vaak is het niet voorspelbaar (blz 10) Er kunnen complicaties optreden bij elk onderzoek wat je doet, complicaties maakt het onvoorspelbaar De patiënt kan complex worden maar de organisatie erom heen kan ook heel complex zijn Instabiele patiënten waar je gewoon bij moet blijven en veel acties moet uitvoeren (bv shock patiënten of astma cardiale) dus ziektebeeld. Stoornis van de patiënt maakt instabiel	Patiëntgebonden factoren onvoorspelbaarheid complicaties instabiele patiënt veel acties uitvoeren ziektebeeld of stoornis van de patiënt Omgevingsgebonden factoren organisatiecomplexiteit
Hoe wordt het item planbaarheid geïnterpreteerd?	F61	Als patiënten bellen en je moet van alles regelen wat je niet vooraf kunt inschatten, veel tussen door, tussen jou werkzaamheden	niet vooraf kunnen inschatten veel tussendoor
Hoe wordt het item voorspelbaarheid geïnterpreteerd?	F30 F31 F32 F35	Patiënten met NRIC- worden volledig behandeld op de afdeling, gaan niet naar de ICU, omdat die patiënt onvoorspelbaar is Dat maakt het dan wel complex dat je gewoon niet weet wat er gaat gebeuren En daardoor niet kunnen plannen Ik vind dit niet voorspelbaar, heel vaak is het niet voorspelbaar	onderdeel van complexiteit niet kunnen plannen is niet voorspelbaar planbaar is voorspelbaar weten wat er gaat gebeuren, hoe het

	F36 F37 F38	Gepland iets met kuren bv is voorspelbaar Wanneer je zorg kunt plannen is hij voorspelbaar Dat je weet hoe het zou gaan, hoe het verloop is	verloop is
Hoe wordt het item routine en standaardprocedures geïnterpreteerd?	F42 F43 F44	Handig, je weet waarop je je moet richten, wat er moet gebeuren Als je een patiënt die volledig volgens protocol verloopt, dan is het eigenlijk wel voorspelbaar lang niet iedereen kan je hetzelfde protocol gebruiken terwijl het wel hetzelfde ziektebeeld heeft Eigenlijk best een complexe patiënt hebt waar wel een stuk protocollair gewerkt kan worden, maar daarom heen kan een patiënt wel complex zijn	volgens protocol weten wat te doen
Hoe wordt het item comorbiditeit geïnterpreteerd?	F45 F46	patiënten veel dingen hebben, veel aandoeningen, maakt wel complexer Elke aandoening die een patiënt heeft direct of indirect wel invloed op complexiteit	veel aandoeningen beïnvloed complexiteit
Hoe wordt het items andere disciplines geïnterpreteerd?	F48 F49 F50 F52 F 54	Maakt niet altijd complexer, kunnen veel werk uit handen nemen, geven een andere blik op de patiënt. Maar als ze elkaar tegenspreken maakt wel complex <i>(Hier wordt wisselt over gedacht door de respondenten, het belangrijkste hierbij is dat ze de neuzen dezelfde richting op moeten hebben, dan wordt het niet complexer. Levert soms zelf minder werkdruk)</i> Als disciplines elkaar tegenspreken wordt het voor de patient wel complexer, weet niet meer waar die aan toe is Dus dan ja als ze dan allemaal tegelijk komen want dan en dan hebben ze tijd, dan maakt het wel complexer. Want dan moet je gaan schipperen van wat en wat gaan we nu doen, want je kan moeilijk 4 of 5 disciplines aan een bed zetten. je bent natuurlijk altijd diegene die het coördineert, wat jij ook zegt hè. Iedereen elkaar tegensprekt, jij bent wel diegene om dat in goeie banen te leiden Allemaal hetzelfde voor de patiënt dezelfde kant op wijzen en bij ons maakt het dan niet complex, maar alleen maar prettig. Werken met arts-ass maakt het voor verpleegkundigen complexer omdat beleid telkens omgegooid wordt, dit maakt de patiëntensituatie niet complexer maar wel voor een verpleegkundige. Hierdoor ben je voornamelijk druk Dat andere artsen in consult gevraagd worden, geeft niet meer complexiteit maar wel meer werkdruk omdat iedere arts meegaat denken in de behandeling	patiëntgebonden factoren omgevingsgebonden factoren Bekwaamheid verpleegkundige disciplines die elkaar tegenspreken bemoeilijkt de coördinatie Zorgzwaarte arts-ass en andere artsen die beleid telkens omgooien allemaal tegelijk komen nemen taken over hierdoor minder werkdruk
Welke factoren beïnvloeden voor	F29	De geestelijke toestand, als iemand bv een zwak begaafd iemand of een dement iemand is ook veel complexer	Patiëntgebonden factoren psychische toestand/geestelijke

vpk en unithoofden nog meer de zorgintensiteit?	F30	Patiënten met NRIC- worden volledig behandeld op de afdeling, gaan niet naar de ICU, omdat die patiënt onvoorspelbaar is	toestand/mentale toestand NRIC- ontslag spoed opnames en overnames Omgevingsgebonden factoren familie veel zaken gelijktijdig regelen
	F33	Mentale toestand, iemand mee kan denken, duidelijk de klachten aangeeft, is minder complex. Afasie, dus niet de aandoening CVA maar de symptomen (afasie) maakt complex, omdat iemand niet duidelijk kan aangeven waar hij last van heeft. Psychische toestand het niet kunnen uiten wij hebben daar gewoon veel meer tijd nodig en dat maakt het dan weer intensiever om de überhaupt maar achter te komen en om maar door observaties te zien hoe het met de patiënt is. Idem met patiënten die delirant zijn.	
	F40	Familie maakt complex, bezoek wat erbij zit, opvang familie, vragen familie, informeren van familie. Maakt patient niet complex maar gehele situatie erom heen	
	F41	Mensen komen steeds later en zieker binnen en artsen gaan langer door met behandelen en halen alles uit de kast. Patiënten worden steeds mondiger	
	F51	Vooral als z'n afdeling als bij ons als ze als ze veel druk op de ketel staat als de bedden dan vol liggen en er moeten weer mensen in en uit.	
	F57	Ontslag	
	F58	Doordat er te veel zaken gelijktijdig geregeld moeten worden maakt een situatie complex voor een verpleegkundige, zorgen dat het een geheel is. Hierbij hoeft de patiënt niet complex te zijn. Dit maakt de organisatie eromheen complex	
	F59	Spoed opnames, spoed overplaatsingen	
	F60	Heel veel tegelijk doen in een hele korte tijd	
Andere aspecten die besproken zijn	F55	complexiteit geeft ook altijd automatisch werkdruk omdat je veel meer met de patiënt moet doen	

Complexiteit wordt door verpleegkundigen verschillend ervaren, beginnend verpleegkundigen of onbekendheid met de aandoening maakt dat ziektebeelden en patiënten complexer worden ervaren dan bekwame verpleegkundige of aandoeningen waarmee een verpleegkundige bekend is.

Complexiteit maakt verschillen in patiëntgebonden complexiteit en omgevingsgebonden complexiteit (incl planning). Met hiernaast de zorgzwaarte. deze drie begrippen zijn voor verpleegkundige moeilijk te scheiden en maken samen voor hen de zorgintensiteit

Items	Frag. nr.	Tekst fragment focusgroep 3	
Wat verstaan verpleegkundigen en unithoofden onder zorgintensiteit	F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 F10	In een woord zorgzwaarte denk ik, hoe druk je met een patiënt bent. Hoeveel handelingen daarbij horen en complexiteit Hoeveel mensen je daarvoor nodig hebt Hoeveel patiënten je hebt waar je de zorg voor hebt Hoeveel disciplines erbij betrokken zijn Dat je nog een leerling naast je hebt want dan wordt het ook al weer anders want die heeft ook aandacht nodig Turnover, een stukje organisatie, hoge bedden druk, opname ontslag (heb je soms wel die regie over toch wel acht patiënten omdat er twee naar huis heen zijn en toch wel twee nieuwe hebben waar wel al die sores bij gedaan moet worden) Heel veel dingen naast elkaar hebt die je moet regelen Zorgintensiteit is voor mij dat stukje wat je als coördinator als verpleegkundige moet doen rondom die patiënt, dat is dan het werk dat je bij de patiënt doet. Je moet het in totaal bekijken wil je een duidelijk beeld krijgen van wat de zorgintensiteit dus de coördinatie van de zorg bij de patiënt inhoudt. en al het werk wat er aanvast hangt. Naast de complexiteit van de patiënt moet je daarnaast moet je eigenlijk ook kijken naar de complexiteit van de werkorganisatie waarbinnen je werkt. Je moet het in het totale plaatje moet je het bekijken	Zorgzwaarte hoeveel handelingen veel tegelijk totale werk/plaatje Patiëntgebonden factoren hoeveel disciplines Omgevingsgebonden factoren hoeveel patiënten turnover organisatie rondom patiënt en afdeling Bekwaamheid verpleegkundige/Coördinatie van zorg
Wat wordt er verstaan onder complexiteit?	F11 F12 F17 F18 F21 F22	Je moet steeds aan meer dingen denken, het goed organiseren De complexiteit van het coördineren van de zorg neemt ook toe, doordat er steeds meer van de verpleegkundige gevraagd wordt, door oa snelle turnover en OK's Hoe ziek iemand is, of iemand richting IC gaat of dat je bv net en klinische coloscopie hebt opgenomen voor een collega. Als je een patiënt overkrijgt van het ambu die 4 met een maagbloeding en die mogelijk weer acuut gaat bloeden en waar je continu naar beneden moet hollen om PC's aan te voeren dat vind ik echt een hoge complexiteit Complexiteit is alles wat er bij een patiënt komt kijken, de hele zorg intensie Uitval van meerdere organen, hoeveel disciplines zijn erbij betrokken, met hoeveel mensen moet je	Patiëntgebonden factoren hoe ziek iemand is uitval van meerdere organen hoeveelheid disciplines overleg momenten en professionals acute zorg onplanbare zorg protocollair werken per uur verschillend alles in beeld houden

	F23	overleggen. Voordat je tot een eenduidig beeld komt	Zorgzwaarte de hele zorgintensiteit hoge compl is meer werkdruk meer tijd maakt minder complex, meer controle op situatie Bekwaamheid verpleegkundige ervaring van verpleegkundige kennis van verpleegkundige Omgevingsgebonden factoren kun je op iemand terug vallen
	F24	Je ervaart een patiënt al complexer als je er alleen voorstaat dan als je een collega hebt waarvan je zegt o daar heb ik tijd om er samen naar te kijken want dan is die ervaring van die complexiteit ook al anders	
	F25	Hoge complexiteit maakt meer werkdruk en minder tijd om met elkaar te overleggen, dat hangt heel nauw met elkaar samen	
	F26	Complexiteit hangt niet alleen maar af van de situatie van de patiënt maar ook van de hoeveelheid kennis die iemand heeft.	
	F27	Meer de acute zorg die je moet leveren, zodat je niet bij de andere patiënten geen tijd meer hebt om bij de andere 5 patiënten die je ook onder je hoede hebt uhm te kunnen zorgen zeg maar. Als iemand acuut bloed die je dan continu in beeld moet hebben, controles continu moet doen uh urineproductie, alles moet je in beeld hebben, continu die Mews score in de gaten houden, bloed aanvullen uh da je daar zoveel aanwezig bent dat je geen tijd hebt meer voor je ander 5 patiënten, die ook heel ziek kunnen zijn. Dat je daar niet meer mee wegkomt, zeg maar.	
	F34	Onplanbaar	
	F39	Ik denk dat je het protocol pas moet maken. En dat het complexe gedeelte is	
	F40	Dat maakt een groot verschil met hoe de afdelingen georganiseerd zijn	
	F63	Nou dan werd de werkdruk echt als enorm zwaar ervaren ook door mijzelf en nu kun je altijd op iemand terug vallen, dat is zo'n verademing	
	F66	Per uur verschillend, als jij 6 keer een half een controle hebt gedaan en die blijft stabiel dan denk ik dat de complexiteit afneemt, en dan wordt het ook al weer wat meer planbaar en kun je iets meer in het voren denken	
	F67	Je hebt meer tijd, voelt dat dan minder complex, je hebt meer overzicht, krijgt meer controle op de situatie (voelt minder complex minder werkdruk)	Omgevingsgebonden factoren context Patiëntengebonden factoren ingewikkelde patiënt leeftijd comorbiditeit
Welke aspecten beïnvloeden voor verpleegkundige en unithoofden de zorgintensiteit	F13	Je moet ze allemaal in beeld houden dat maakt het complex	
	F15	De context/referentiekader waarbinnen je zit: als je een afdeling van 36 bedden hebt en je werkt een op zes dan heb je 6 verpleegkundigen rondlopen dus dan is de spoeling is gewoon dunner.	
	F20	Ja op het moment dat je 24 bedden hebt dan heb je maar 4 verpleegkundige lopen met 1 op 6 dus hulp vragen het wordt allemaal gewoon veel minder makkelijk dus	

	F44	nadenken. Hoe meer je weet hoe complexer iets is Wel mee makend, de oudere mensen hebben meestal toch al een batterij aan medicijnen of van dit of van dat aandoening en zo wordt het complexer. Noem bv ze vallen van de trap ze breken een heup maar hebben daarnaast hartfalen, hebben COPD nou ga maar door	Patiëntgebonden factoren vitaal bedreigende ingreep afh van aandoening en de mate van observatie mogelijkheden Bekwaamheid verpleegkundige kennis verpleegkundige
	F60	diabeet Een darm ok is complexer dan een knie ok omdat als er in de darm een bloeding plaats vind kan iemand helemaal onderuit gaan. Maar als iemand een bloeding in de knie krijgt is niet zo bedreigend en zie je eerder. Buik is moeilijker te observeren en interpreteren en zijn de gevolgen groter	
	F61	dat is vitaal bedreigende operaties als er iets mis gaat,	
Hoe wordt het item planbaarheid geïnterpreteerd?	F28	Ja want zo'n maagbloeding kun je niet plannen, je kunt niet zeggen, die meneer krijgt om 2 uur vanmiddag een maagbloeding.	Patiënten complexiteit definitie: je weet hoe het zich ontwikkeld, weet wat erbij komt kijken, altijd op dezelfde manier verloopt, standaard verloopt protocollair voorspelbaar
	F29	Het is wel afhankelijk van de snelheid, waarmee dingen ontstaan. Dus dat is weer niet planbaar	
	F30	Je weet niet hoe de situatie zich ontwikkeld	
	F31	Afhankelijk van je observaties moet je actie ondernemen en dat is niet altijd planbaar (zo is het niet benoemd in de uitleg over de scoreformulieren invullen, dat planbare is wat jij zegt van je krijgt een ziektebeeld, bij ons een meningitis of zo, nou ja dat is niet planbaar, maar de zorg die je daar aan geeft dat is wel planbaar en dat geldt. Dus zo is die controle lijst tot stand gekomen.)	
	F32	Als jij een heel complex ziektebeeld hebt dan is dat geen planbare zorg meer want er komt zoveel bekijken	
	F33	Dat die niet planbaar is omdat die iedere keer weer verschillend verloopt natuurlijk	
	F35	Het is niet een standaard verloopt	
	F36	Is het een standaard verloop op die 5 % na, dan zou je kunnen zeggen dan is het planbare zorg. Maar als er een groot risico is waardoor je niet hè, een maagbloeding kan je niet direct zien of die bloed ja of nee, daar moet je allemaal ander observaties voor nemen en die observaties moet je dan goed interpreteren en als het harder begint te bloeden dan dat zie je niet 1 2 3 dus daar is dat is dus een instabiele situatie en ja dat vind ik niet planbare zorg.	
	F37	Planbare zorg is dan weet je wel ongeveer wat er gaat gebeuren. Tuurlijk je hebt dan 5 % wat er dan afwijkt maar het meeste is wel duidelijk. Wat er gaat gebeuren	
	F38	Als het via protocol loopt, dan is het planbaar	
	F52	Dat betekent dus dat planbaar en complexiteit niet evenredig zijn, niet samen gaan	
	F53	Planbaarheid moet er eigenlijk helemaal niet in zitten want dat zegt niets over complexiteit. (kijk maar op 5	

	F54 F55 F63	noord waar de darm OK's liggen, de oesophagus carcinomen, nou dat is heel planbaar, maar behoorlijk complex) Planbaar is protocollair maar wil niet zeggen dat hij laagcomplex is Planbaar is grotendeels voorspelbaar Per uur verschillend, als jij 6 keer een half een controle hebt gedaan en die blijft stabiel dan denk ik dat de complexiteit afneemt, en dan wordt het ook al weer wat meer planbaar en voorspelbaar kun je iets meer in het voren denken	
Hoe wordt het item voorspelbaarheid geïnterpreteerd?	F50 F51 F55 F64 F63 F76	Procollair Elke patiënt die terugkomt van de OK die is de eerste uren hoog complex, want je moet alles in de gaten houden, gaat het goed, wijkt het niet af, want als het afwijkt dan moet jij ingrijpen. Planbaar is grotendeels voorspelbaar, maar wil niet zeggen dat hij laagcomplex is een onzichtbaar iets wat gebeurt met de patiënt is onvoorspelbaarheid Per uur verschillend, als jij 6 keer een half een controle hebt gedaan en die blijft stabiel dan denk ik dat de complexiteit afneemt, en dan wordt het ook al weer wat meer planbaar en voorspelbaar kun je iets meer in het voren denken Als je niet weet hoe een patiënt gaat reageren, maakt het wel complex Onvoorspelbaarheid maakt de patiënt complex	Patiëntgebonden factoren protocollair onvoorspelbaar is onzichtbaar wat er met patiënt gebeurt
Hoe wordt het item routine en standaardprocedures geïnterpreteerd?	F54 F56 F57 F58	Planbaar is protocollair Je doet een heleboel routinematig, dat vang je allemaal op en hoe meer je opvangt, hoe meer ja al die, al die parameters op een rijtje zet en daar je conclusies uit trekt dat bepaald je complexiteit voorspelbaarheid, planbaarheid en protocollair en routine matig werken dat zegt niets over de complexiteit van de patiënt stel dat je een ingreep hebt die ip 95% van de gevallen gewoon volgens het protocol verloopt is wel minder complex	Patiëntgebonden factoren planbaar is protocollair
Hoe wordt het item comorbiditeit geïnterpreteerd?	F44	wel mee makend, de oudere mensen hebben meestal toch al een batterij aan medicijnen of van dit of van dat aandoening en zo wordt het complexer . Noem bv ze vallen van de trap ze breken een heup maar hebben daarnaast hartfalen, hebben COPD nou ga maar door, diabetes. daardoor wordt die wel complexer	Patiëntengebonden factoren meerdere ziektebeelden
Hoe wordt het items andere disciplines	F69	Hoe meer disciplines er bij zijn hoe meer gebieden het dus niet goed gaat dus waar je de vinger aan de pols moet houden. Hoe meer er niet goed gaat met de patiënt. De coördinerend verpleegkundige moet alles in de gaten houden of het allemaal goed loopt	Patiëntengebonden factoren meer disciplines maakt complexer en meer werkdruk

geïnterpreteerd?	F70	Als het medebehandelaars zijn wordt het alleen nog maar complexer, dan moet je in de gaten houden of ze wel komen	meer ziektebeelden
	F71	Meerdere specialismen bij een patiënt hebt dat betekent dan ook dat er meerdere ziektebeelden door mekaar heen lopen, En daarop moet jij de parameters meten en daarmee moet je je rapportage naar de arts goed doen. Dus hoe meer specialisten erbij zijn hoe complexer het verhaal wordt bij die ene patiënt.	Bekwaamheid Verpleegkundige complexiteit bemoeilijkt rol coördinator verantwoordelijk
	F72	Hierdoor hou je alles intensiever in de gaten	
	F73	Hoe meer disciplines hoe hoger de complexiteit en werkdruk	
	F74	Hoe meer disciplines hoe moeilijker de coördinatie om alle beleid goed op elkaar af te stemmen, en het behandelplan dezelfde richting op gaat. Kijk de diëtiste komt alleen voor dat deel en de fysio komt alleen voor dat deel. Zo heeft iedereen z'n eigen gebiedje en als verpleegkundige voel ik mij altijd heel verantwoordelijk dat het grote geheel goed loopt	
Welke factoren beïnvloeden voor verpleegkundigen en unithoofden nog meer de zorgintensiteit?	F41	Het is niet alleen het ziektebeeld dat deels de complexiteit geeft maar het is ook de leeftijd van de patiënt, want hoe ouder de patiënt wordt hoe minder voorspelbaar het wordt. Want die lopen niet volgens het geplande pad (excl kinderafdeling)	Patiëntengebonden factoren leeftijd: ouder of heel jong maakt kwetsbaarder en complexer psychische toestand: delier, depressie geen beleid-geen behandeling spoed opnames
	F42	Qua complexiteit heb je bij een kind natuurlijk ouders erbij	
	F45	De een schiet in een delier, nou dan ben je er hartstikke druk mee	
		Het risico dat ze afwijken van het normale genezingsproces is gewoon veel groter ze zijn gewoon kwetsbaarder	
	F46	Psychische toestand van een patiënt	Omgevingsgebonden factoren spoed opnames spoed zaken tussendoor hoger turnover
	F47	Een delier maakt wel complexer in het afhandelen van de rest van de processen	
	F48	Die man, het gedrag van de kerel is op dat moment complex	
	F49	Bij oncologie die of toch depressief raken of down of enorm boos zijn omdat ze slecht nieuws hebben gehad. Vind ik ook complex	
	F59	Minder groter wond en minder risico maakt minder complex	
	F75	Geen beleid en hierdoor niet kunnen starten met de behandeling, (mn door werken met arts-ass)	
	F77	De organisatie complexiteit rondom z'n patiënt	
	F78	Spoed opnames en dingen die tussendoorkomen (afdelingsgebeuren)	
	F79	Hoge turnover (organisatie complexiteit)	

- Als die **patiëntentoewijzing** goed is op basis van de complexiteit heb je het probleem niet dat je dat als verpleegkundige niet aankunt
- F14 Kunt niet op alle afdelingen op dezelfde manier meten en in kaart brengen: op elke afdeling zit een verschil ik bedoel jullie zijn heel druk met patiënten wassen en dergelijke met die zorg. En die heb je op de kinderafdeling heb je die niet . dus daar zit al best wel veel verschil in

- F19 **complexiteit verhoogt de zorgzwaarte**
- F62 heb je vragen kom je, hoe is de **sfeer op een afdeling**, wat voor een klimaat heerst daar, dat zijn allemaal dingen, hele belangrijke dingen die meespelen, maar ook waardoor iets complex of niet complex wordt ervaren.

