



ZORGLEEFPLAN ANNO 2015

ONDERZOEK NAAR HET ZORGLEEFPLAN IN DE THUISZORG



Accolade Zorggroep

ERICA BRINKMAN
JANTINE EGBERTS

22 MEI 2015, ZWOLLE

‘ZORGLEEFPLAN ANNO 2015’

Bilthoven, mei 2015

Auteurs: Erica Brinkman
Jantine Egberts

Begeleidend docent: Leida Janssen-Niemeijer

2^e Beoordeelaar: Rudolf Schaaf

Onderwijsinstelling: Hogeschool Viaa, te Zwolle

Onderzoeksinstelling: Accolade Zorggroep locatie d’ Amandelboom, te Bilthoven

Manager: Emmy Bruinius

Teamleider: Marion Schoon

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de opdrachtgevers.

SAMENVATTING

In de afgelopen jaren hebben er in de zorg veel veranderingen plaatsgevonden. Ook in 2015 werden er diverse veranderingen in de wijkzorg doorgevoerd. In het kader van deze veranderingen is in opdracht van de Hogeschool Viaa te Zwolle en Accolade Zorggroep, locatie d' Amandelboom, onderzoek gedaan waar het zorgleefplan binnen de thuiszorg in 2015 aan moet voldoen. De centrale vraag voor dit onderzoek luidt als volgt:

Waar moet het zorgleefplan in de thuiszorg, ten aanzien van de nieuwe wet- en regelgeving omtrent de wijkverpleging, vanaf 1 januari 2015 aan voldoen en waar moet Accolade Zorggroep, locatie d' Amandelboom te Bilthoven rekening mee houden bij het implementeren van het nieuwe zorgleefplan?

Om antwoord te geven op deze centrale vraag vonden er aan de hand van drie deelvragen, die de hoofdvraag omvatten, de volgende onderzoeksmethoden plaats. Ten eerste heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden om meer inzicht te krijgen in de transitie die op dit moment gaande is. Vervolgens hebben er gesprekken plaatsgevonden met andere thuiszorgorganisaties, waarna ook gesprekken hebben plaatsgevonden met de medewerkers binnen de thuiszorg van Accolade Zorggroep, locatie d' Amandelboom. Tenslotte zijn er observaties uitgevoerd naar de werkwijze met het zorgleefplan.

Uit de gesprekken met de thuiszorgorganisaties kwam naar voren dat alle deelnemende organisaties in de toekomst met een elektronisch cliënten dossier gaan werken, waarin het Omaha systeem is verwerkt. Gezien deze ontwikkeling is het niet zeker hoeveel organisaties in de toekomst met het huidige zorgleefplan blijven werken. Vanuit de literatuurstudie, observaties en gesprekken met medewerkers blijkt dat het huidige zorgleefplan nog niet voldoet aan de wensen en behoeften van de medewerkers en de eisen vanuit de wet- en regelgeving die vanaf 2015 gelden.

Uit het onderzoek zijn de volgende aanbevelingen naar voren gekomen:

- Periodiek intervisie bijeenkomsten organiseren
- Scholing rapporteren & verslagleggen van zorg
- Ontwikkelde cliëntkaart (bijlage 11) gebruiken voor specifieke acties in de zorgverlening
- Beleid opstellen voor het rapporteren van de zorg
- Het extra domein in het zorgleefplan behouden
- Betere samenwerking tussen thuiszorgorganisaties
- Vervolgonderzoek naar het belang van het zorgleefplan in combinatie met de classificatiesystemen.

ABSTRACT

In the last few years there has been a lot of changes in the healthcare in the Netherlands. There where also in 2015 a lot of developments for the community care in the Netherlands. Considering these changes, wich apply in 2015, and commissioned by Accolade Zorggroep and Viaa academy at Zwolle, research has taken place to the requirements of the 'care life plan'.

The main question for this research reads:

"What are the requirements since 2015 for the 'care life plan' relative to the law and regulations concern the home care and where should Accolade Zorggroep, location 'd Amandelboom at Bilthoven, think about when they want to implement this care life plan?"

To answer this questions there where several research methodes approved which are developed on the basis of three subquestions, who comprehend the main question of this reasearch. The first research methode concerned a study of literature to get more understanding in the transition. After this study, conversations with home care organisations took place whereupon coversations with the employees of Accolade Zorggroep at Bilthoven took place. At the end there where observations concerning the 'care life plan' and the proceeding of this plan.

The interviews with the home care organisations revealed that they all work in the future with Omaha that is processed in an electronic client file. There is no certainty how many organisations will work in the future with this current 'care life plan'. The literature study, observations and interviews with the employees revealed that the 'care life plan' doesn't confirm to the requirements of the employees and the law and regulations, which apply in 2015.

This research emerged the following recommendations:

- Intervision for the employees
- Report training
- Using the client card for specific activities in care
- A policy for the report of care
- Keep the extra domain in the care life plan
- Better cooperation between home care organisations
- Further research into the 'care life plan' in combination with the classificationsystems

VOORWOORD

Voor u ligt het onderzoeksverslag van het onderzoek naar het 'zorgleefplan anno 2015'. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Hogeschool Viaa te Zwolle en Accolade Zorggroep te Bilthoven en vond plaats in het studiejaar 2014/2015.

Tijdens het onderzoek, waar wij met veel plezier en enthousiasme aan hebben gewerkt, zijn veel mensen betrokken geweest. In de periode dat wij in deze mooie omgeving mochten wonen en studeren, hebben wij veel belangstelling en hulp gekregen van Accolade Zorggroep. Ten eerste willen wij Emmy Bruinius en Marion Schoon bedanken voor hun tijd en begeleiding tijdens ons onderzoek, bedankt dat jullie zo met ons meedachten. Ook willen wij alle medewerkers van d' Amandelboom bedanken voor hun tijd, belangstelling en medewerking. Bedankt voor jullie vertrouwen en inzet tijdens ons onderzoek. Binnen ons onderzoek hebben wij regelmatig contact gehad met de cliënten van d' Amandelboom en daarom willen wij alle cliënten bedanken voor hun medewerking en vertrouwen.

In de afgelopen periode hebben wij veel verschillende organisaties benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Het was lastig om organisaties te vinden die wilden deelnemen en daarom willen wij de deelnemers nogmaals hartelijk bedanken voor de tijd en openheid tijdens de gesprekken. Ondanks de drukke tijd rondom de transitie hielpen jullie ons om dit onderzoek te kunnen laten slagen.

Ten slotte willen wij onze docent Leida Janssen bedanken voor haar hulp en begeleiding. Bedankt voor de tijd die je vrijmaakte om onze vragen te beantwoorden.

Wij hopen dat dit verslag u inzicht geeft in het proces dat wij hebben doorlopen en in de uiteindelijke resultaten van ons onderzoek.

Bilthoven, mei 2015

Erica Brinkman & Jantine Egberts

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	2
Abstract	3
Voorwoord	4
Inhoudsopgave	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding onderzoek & probleemstelling	7
1.2 Context onderzoek	7
1.3 Vraagstelling	8
1.4 Doelstelling	8
1.5 Verpleegkundige relevantie	8
1.6 Leeswijzer	9
Hoofdstuk 2 Literatuurstudie	10
2.1 Wetgeving	10
2.2 Financiering	11
2.3 Contracteren	11
2.4 Indiceren	13
2.5 Zorgleefplan	15
2.6 Rol van de Wijkverpleegkundige	19
Hoofdstuk 3 Methodiek onderzoek	21
3.1 Onderzoeksmethode	21
3.2 Populatie en steekproef	22
3.3 Analysemethode	24
3.4 Betrouwbaarheid, geldigheid en validiteit	24
3.5 Ethische verantwoording	26

Hoofdstuk 4 Resultaten.....	27
4.1 Resultaten interviews thuiszorgorganisaties	27
4.2 Resultaten gesprekken medewerkers	31
4.3 Resultaten praktijk en dossier observaties	35
Hoofdstuk 5 Conclusie, Discussie & Aanbevelingen	40
5.1 Conclusie.....	40
5.2 Discussie	42
5.3 Aanbevelingen	45
bibliografie	46
Bijlage 1 Analyseschema interview medewerkers	49
Bijlage 2 Analyseschema interview thuiszorgorganisatie	55
Bijlage 3 Observatiegegevens	61
Bijlage 4 Informed consent model	63
Bijlage 5 Vragenlijst thuiszorgorganisatie	64
Bijlage 6 Vragenlijst medewerkers	65
Bijlage 7 Observatieschema	67
Bijlage 8 Takenlijst.....	69
Bijlage 9 Logboek	70
Bijlage 10 Zoekplan	79
Bijlage 11 Cliëntkaart	80
Bijlage 12 Powerpoint	81

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek naar het zorgleefplan anno 2015 tot stand is gekomen. Ten eerste zal de aanleiding en doelstelling van het onderzoek worden beschreven, waarna verder zal worden ingegaan op de probleemstelling van het onderzoek en de relevantie tot het verpleegkundige beroep. Ten slotte zal er een toelichting gegeven worden over de opbouw van dit onderzoeksverslag.

1.1 AANLEIDING ONDERZOEK & PROBLEEMSTELLING

Hoewel de transitie in de zorg al voor veel veranderingen heeft gezorgd, is er per 1 januari 2015 in de zorg wederom een grote verandering doorgevoerd. De Wet langdurige zorg (WLZ) heeft de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, ook wel de AWBZ genoemd, vervangen (Rijksoverheid, 2014). Door deze verandering is de AWBZ financiering verdwenen en zullen meer zorgvragers extramurale, oftewel thuiszorg, ontvangen. De cliënt kan langer thuis blijven wonen met behulp van zijn of haar sociale netwerk. Pas wanneer de betrokkenen van de cliënt de zorg niet langer kunnen bieden, zal er professionele zorg worden geboden (Rijksoverheid, 2015).

Ook voor Accolade Zorggroep heeft de transitie veranderingen met zich mee gebracht. Op dit moment wordt er binnen deze organisatie zowel intramuraal als extramuraal met het zorgleefplan gewerkt. Per januari 2015 voldoet het zorgleefplan, die Accolade Zorggroep ook in de thuiszorg gebruikt, niet meer aan de eisen die de zorgverzekeraar stelt om de zorg te vergoeden. De zorgverzekeraar is namelijk verantwoordelijk voor het inkopen van de zorg in 2015 (Achmea, 2014).

Om te voldoen aan de eisen die de zorgverzekeraar in 2015 stelt en om de kwaliteit van zorg zo hoog mogelijk te houden, is bij Accolade Zorggroep de vraag ontstaan waar het zorgleefplan vanaf 2015 aan moet voldoen en hoe deze veranderingen het beste geïmplementeerd kunnen worden. Ook is de vraag ontstaan hoe andere organisaties hiermee omgaan.

1.2 CONTEXT ONDERZOEK

Accolade Zorggroep is een christelijke organisatie die zich heeft gevestigd in het midden van het land en zowel intramurale als extramurale zorg aanbiedt. De thuiszorg binnen deze organisatie bestaat nu drie jaar en is gevestigd op drie plekken binnen de provincie Utrecht. Eén van deze drie vestigingen bevindt zich bij het woonzorgcentrum d' Amandelboom in Bilthoven, waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. Hoewel de thuiszorg nog maar drie jaar bestaat, heeft de organisatie op zich, onlangs haar 50 jarig jubileum gevierd. Accolade Zorggroep heeft toekomstplannen om de thuiszorg uit te gaan breiden over meerdere gebieden, zodat de thuiszorgtak groter wordt.

In de huidige situatie bestaat het team uit verpleegkundigen en verzorgden die zowel intramuraal als extramuraal werken. Binnen de thuiszorg wordt gewerkt met het zorgleefplan model volgens Actiz, die ook intramuraal wordt gebruikt (Accolade Zorggroep, 2014). Door de transitie zal het huidige zorgleefplan, in de extramurale setting, niet meer voldoen aan de eisen die de zorgverzekeraar stelt. Het onderwerp van dit onderzoek betreft aan welke eisen het nieuwe zorgleefplan moet voldoen en waar Accolade Zorggroep rekening mee moet houden bij het implementeren van dit zorgleefplan.

Het zorgleefplan is inmiddels een algemeen begrip in de gezondheidszorg. Vanaf 2009 werd de zorgzwaartebekostiging ingevoerd waarbij het zorg(leef)plan werd verplicht en er richtlijnen werden vastgesteld, om het zorg(leef)plan een juiste invulling te geven (Nauta, 2014). Er zijn echter verschillende variaties op het zorgleefplan. Om een duidelijker beeld te krijgen van het zorgleefplan, is er in dit onderzoek onder andere gekeken hoe andere thuiszorgorganisaties werken met het zorgleefplan.

1.3 VRAAGSTELLING

Het onderzoek naar 'het zorgleefplan anno 2015' heeft zich gericht op de volgende vraag:

Waar moet het zorgleefplan in de thuiszorg, ten aanzien van de nieuwe wet- en regelgeving omtrent de wijkverpleging, vanaf 1 januari 2015 aan voldoen en waar moet Accolade Zorggroep, locatie d' Amandelboom te Bilthoven rekening mee houden bij het implementeren van het nieuwe zorgleefplan?

De centrale vraag binnen dit onderzoek wordt ondersteund door de volgende deelvragen:

- Wat houdt de nieuwe wet- en regelgeving vanaf 1 januari 2015 in binnen de wijkzorg?
- Waar moet het nieuwe zorgleefplan in de thuiszorg aan voldoen en hoe pakken andere thuiszorgorganisaties aan?
- Waar moet Accolade Zorggroep rekening mee houden bij het implementeren van het nieuwe zorgleefplan?

1.4 DOELSTELLING

In de toekomst zal men steeds langer thuis moeten blijven wonen met behulp van het sociale netwerk waarbij nodig professionele hulp ingeschakeld kan worden. Het zorgleefplan is hierbij een belangrijk instrument om te bepalen wat de zorgvrager zelf nog kan, wanneer de maatschappij kan helpen en waarbij professionele hulp nodig is. Dit onderzoek geeft inzicht waar het zorgleefplan in 2015, betreft de wet- en regelgeving en eisen van de zorgverzekeraar, aan moet voldoen. Ook wordt er inzicht gegeven hoe andere thuiszorgorganisaties omgaan met de veranderingen die de transitie met zich mee heeft gebracht. Vanuit deze inzichten worden er aanbevelingen gegeven waar Accolade Zorggroep rekening mee moet houden bij het implementeren van het nieuwe zorgleefplan, zodat het zorgleefplan dient als hulpmiddel om goede zorg te kunnen blijven bieden.

1.5 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE

De transitie brengt in de thuiszorg veel veranderingen teweeg. De werkwijze waarmee verpleegkundigen en verzorgenden werken, zal niet altijd meer aansluiten bij de zorg die de overheid en zorgverzekeraar vraagt van de beroepsgroep. Binnen Accolade Zorggroep zullen verpleegkundigen en verzorgenden mogelijk moeten werken volgens een vernieuwde werkwijze die andere eigenschappen en vaardigheden van de verpleegkundigen en verzorgenden vragen.

In het competentieprofiel die de hogeschool Viaa (2014) beschrijft, moet een verpleegkundige actief meewerken aan de bevordering van de deskundigheid van haar beroepsgroep, om zo de kwaliteit van de verpleegkundige beroepsgroep op hoog niveau te houden.

Ook moet de verpleegkundige een actieve rol spelen in de vernieuwing van haar beroep en bevorderen van het beroepsbewustzijn zodat het verpleegkundig beroep een professie is die aansluit bij de ontwikkelingen van de 21^e eeuw (Viaa Hogeschool, 2015).

Het is belangrijk om als verpleegkundige aan te sluiten bij de huidige en toekomstige ontwikkelingen die zich binnen haar beroep afspelen. Door in beweging te blijven en nieuwe innovaties eigen te maken blijft de verpleegkundige kwaliteit van zorg, zoals zij beloofd heeft bij haar eed, gewaarborgd. Deze eed van verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN, 2009) verwijst naar de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden zoals de V&VN en NU'91 (2007) beschrijven. In deze beroepscode staat beschreven dat de verpleegkundige het initiatief behoort te nemen in de activiteiten die te maken hebben met de ontwikkelingen van haar beroep en de kwaliteit van zorg en zodoende aansluit bij de competenties die de hogeschool Viaa beschrijft.

De implementatie van het nieuwe zorgleefplan, die voldoet aan de eisen van de zorgverzekeraar, zal dus voor de verpleegkundige binnen Accolade Zorggroep van groot belang zijn. Daarnaast maakt het (vernieuwde) zorgleefplan het mogelijk om methodisch te werken. Volgens Vilans, Trimbos, ZonMw, V&VN en Calibris (2014) bevat methodisch werken de volgende stappen. Ten eerste wordt er informatie verzameld, waarna er problemen en zorgbehoeften worden vastgesteld. Vervolgens worden de doelen opgesteld en wordt er een planning van de activiteiten gemaakt. Tenslotte worden de activiteiten volgens planning uitgevoerd en geëvalueerd, waarna het plan eventueel kan worden bijgesteld. Door methodisch te werken kan een verpleegkundige vraaggericht werken, wat betekent dat zij aansluit bij de wensen en zorgbehoeften van de zorgvrager (Vilans, Trimbos, ZonMw, V&VN, & Calibris, 2014) zoals ook het doel is van het zorgleefplan.

1.6 LEESWIJZER

Dit onderzoeksverslag is in verschillende hoofdstukken opgedeeld. Ten eerste wordt in hoofdstuk 2 de literatuur met betrekking tot de transitie en het zorgleefplan beschreven. In het derde hoofdstuk wordt de methodiek van het onderzoek beschreven, waarna in het vierde hoofdstuk de resultaten van het onderzoek worden weergegeven. In het laatste hoofdstuk van dit onderzoeksverslag, hoofdstuk 5, worden de conclusie, discussie en aanbevelingen beschreven, waarna tenslotte de literatuurverwijzingen en bijlagen volgen.

HOOFDSTUK 2 LITERATUURSTUDIE

“Home is a place of emotional and physical associations, memories and comfort” (Tarricone & Tsouros, 2008).

Deze uitspraak sluit aan bij het onderzoek naar de thuiszorg in Europa, dat Genet, Boerma, Kringos, Bouwman, Francke, Fagerström, Melchiorre, Greco & Devillé (2011) uitvoerden. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat, naast het streven van de overheid naar een samenleving waarin wonen en zorg steeds gemeenschappelijker en kostenbesparend is, cliënten ook aangeven dat zij voorkeur hebben voor deze manier van zorg verlenen. Vanaf 1 januari 2015 is er het een en ander veranderd in de Nederlandse zorgstaat, zoals wetten die vervangen of anders ingedeeld zijn. Deze veranderingen zorgen ervoor dat zorgverleners op een andere manier zorg moeten verlenen. Hierdoor zal het opzetten van de zorgverlening en de monitoring van de zorg ook aangepast moeten worden. Een belangrijk gegeven hierbij is het zorgleefplan. Door de aangepaste wet- en regelgeving zal ook het zorgleefplan anders ingevuld moeten worden. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de belangrijkste wijzigingen rondom de transitie en de eisen waar het zorgleefplan vanaf 2015 aan moet voldoen.

2.1 WETGEVING

De AWBZ, ofwel de Algemene Wet Bijzondere Ziekte, kosten is in 1968 opgesteld en was een automatische verzekering die de kosten dekte van zorg dat niet onder de reguliere zorgverzekering viel (Nederlandse zorgautoriteit, 2014). Deze wet is vanaf 1 januari 2015 gewijzigd, waardoor verschillende taken zijn ondergebracht bij nieuwe en bestaande wetten. Voor een aantal AWBZ- taken, die onder langdurige zorg vallen, is er een nieuwe wet gekomen, de Wet langdurige zorg (Rijksoverheid, 2014; van Wensen, 2014). AWBZ zorgtaken rondom persoonlijke verpleging en extramurale zorg, worden vanaf 1 januari 2015 vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekeringswet. In bepaalde situaties valt de persoonlijke verzorging onder de verantwoordelijkheid van gemeenten, dit zal zijn wanneer persoonlijk verzorging een onderdeel is van de begeleiding in het dagelijks leven en er geen lichamelijke hulp aan te pas komt.

Wensen (2014) geeft in zijn artikel aan dat onder de WLZ alle zorgtaken vallen van mensen die een zware langdurige zorgbehoefte hebben, zoals kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige beperking, chronische ziekte of handicap. Zij hebben vaak 24 uur zorg nodig in de nabije omgeving. Een WLZ indicatie wordt gesteld door het CIZ (het Centrum indicatiestelling). Het CIZ kijkt of iemand voldoet aan de voorwaarden van de wet, waarbij een belangrijke voorwaarde is dat iemand altijd toezicht nodig heeft of dat er 24 uur per dag zorg dichtbij moet zijn. Het CIZ beoordeelt de zorg aan de hand van de verzamelde informatie.

In de zorgverzekeringswet is het grootste deel van de extramurale verpleging en verzorging opgenomen. Mensen krijgen verpleging en verzorging via de ZVW als zij geneeskundige zorg nodig hebben, of als het risico daarop hoog is. Onder de ZVW vallen mensen waarbij de gezondheidssituatie snel kan veranderen of verslechteren. Een klein deel van de verzorging valt onder de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning), dit zal echter alleen het geval zijn wanneer de zorg gaat om het bieden van begeleiding en niet van geneeskundige aard is.

De WMO richt zich vanaf 2015 op het feit dat gemeenten ervoor moeten zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Bij aanmelding wordt er door de gemeente eerst onderzoek gedaan naar de persoonlijke situatie (Rijksoverheid, 2014).

Hierbij zal worden gekeken naar wat iemand zelf nog kan of wat andere mensen kunnen betekenen, ook wordt er gekeken of er al zorg wordt ontvangen vanuit een andere wet. Wanneer iemand onvoldoende zelfredzaam is, kan er ondersteuning geboden worden door middel van de WMO (Rijksoverheid, 2014).

2.2 FINANCIERING

Doordat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 2015 opgesplitst is in de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning, zal er ook op het gebied van de wijkverpleging, die valt onder de eerstelijnszorg, veel veranderen (Groot & Wildt, 2014). Eén van deze grote veranderingen betreft het indiceren en de financiering van de zorg (Putter, Francke, Veer, & Rademakers, 2014).

Omdat de wijkzorg onder de eerstelijnszorg valt, zal in 2015 en 2016 de thuiszorg bekostigd worden vanuit een segmentmodel, zoals ook bij de huisartsen wordt gebruikt (Groot & Wildt, 2014). In 2015 zal de wijkzorg twee segmenten kennen. Indien er de mogelijkheid voor is en er meer ervaring is rondom de nieuwe bekostiging, zal er een derde segment bijkomen. Het derde segment zal, wanneer het in de toekomst vorm krijgt, zich richten op uitkomstbekostiging (Jonkers, 2014).

Segment 1 betreft de ‘niet toewijsbare’ zorg en richt zich op de collectieve zorg in de wijk. Het gaat hierbij om zorg taken zoals preventie, signaleren & het aangaan en onderhouden van contacten uit het wijknetwerk (Zorgverzekeraars Nederland, 2014; Jonkers, 2014).

Binnen elke WMO regio is er één zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor de inkoop van de collectieve zorg. Dit wordt ook wel het representatiemodel genoemd (Groot & Wildt, 2014), waarbij de inkoop van de zorg in afstemming met de gemeente wordt gedaan. Voor de WMO regio Zuidoost Utrecht, waaronder de Bilt valt, regelt zorgverzekeraar Achmea de zorginkoop voor de collectieve zorg (Zorgverzekeraar Nederland, 2014).

Het tweede segment richt zich op de individuele zorg oftewel de ‘toewijsbare’ zorg. Met de individuele zorg wordt de zorgverlening bedoeld die bestaat uit handelingen die door verpleegkundigen en verzorgenden worden verricht. Ook het indiceren, coachen en het casemanagement vallen onder de individuele zorg (Zorgverzekeraar Nederland, 2014; Jonkers, 2014). De bekostiging van deze zorg vindt plaats door de zorgverzekeraar of doormiddel van een Persoonsgebonden budget (Groot & Wildt, 2014). In de provincie Utrecht wordt de individuele zorg ingekocht door zorgverzekeraar Achmea, VGZ en ASR dienen hierbij als tweede en derde representanten (Zorgverzekeraar Nederland, 2014).

2.3 CONTRACTEREN

Om te bepalen of een zorgaanbieder daadwerkelijk in aanmerking komt voor een overeenkomst met de zorgverzekeraar wordt er eerst gekeken of de zorgaanbieder voldoet aan de toegangseisen. Na deze toegangseisen wordt er gekeken naar verdere voorwaarden waaraan een zorgaanbieder, in 2015, moet voldoen zoals de minimumeisen en de differentiatie-eisen. De differentiatie-eisen betreffen de individuele eisen van de zorgverzekeraar. Op basis van het inkoopbeleid bepaalt de zorgverzekeraar ten slotte met welke zorgaanbieders een contract wordt afgesloten en welke omvang het budget zal hebben. Declaratie van de geboden zorg kan alleen gedaan worden wanneer er een zorgplan aanwezig is.

Door Zorgverzekeraars Nederland (2014) zijn er een aantal eisen opgesteld ten aanzien van het zorgplan die voor alle zorgverzekeraars in Nederland gelden. Het gaat hierbij om de volgende afspraken: Ten eerste moet de zorgvrager instemmen met het opgestelde zorgplan en moet het zorgplan ondertekend worden. Indien de situatie daarom vraagt, mag dit ook de wettelijke vertegenwoordiger van de zorgvrager zijn. Daarnaast heeft de zorgvrager de regie en zeggenschap over het zorgplan en heeft de cliënt recht om op elk moment inzage te krijgen in zijn zorgplan.

Bij het opstellen van de doelen in het zorgplan zijn de begrippen 'zelfmanagement' en 'eigen kracht' leidend. Het zorgplan moet altijd de volgende onderdelen bevatten: aard van de zorg, omvang van zorg en beoogde duur van de zorg en vermelde prestaties. Hoewel de inhoud en omvang afhankelijk is van de complexiteit van de zorg, moet er altijd een zorgplan worden geschreven. De evaluatie van het zorgplan is afhankelijk van de situatie, maar indien er meer dan 10% van het zorgplan wordt afgeweken moet het zorgplan worden bijgesteld (Zorgverzekeraar Nederland, 2014).

Achmea, het hoofd zorgkantoor in de regio waar locatie d' Amandelboom onder valt, stelt nog een aantal eisen aan het zorgleefplan (Achmea, 2014):

1. Cliënten van 65 jaar of ouder, die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken voor een langere tijd en waarvan minstens één geneesmiddel behoort tot de ATC- klasse (Anatomisch Therapeutisch Chemisch) A of B, moeten in het zorgplanbespreking of multidisciplinair overleg besproken worden. Ook moet er nagegaan worden of er een medicatiecheck heeft plaatsgevonden door de apotheek of huisarts en dient dit vastgelegd te worden in het dossier van de cliënt.
2. Er moet een recent vastgesteld en geïmplementeerd beleid zijn waaruit de zorgaanbieder laat zien dat valpreventie onderdeel uitmaakt van het zorgleefplan.
3. Er moet door de zorgaanbieder een mantelzorgbeleid worden opgesteld en aantoonbaar worden uitgevoerd. Dit beleid moet op de website van de organisatie gepubliceerd worden (Achmea, 2014).

Naast deze eisen gelden tenslotte de eisen die de V&VN in de richtlijn stelt (Zorgverzekeraar Nederland, 2014). Deze richtlijn betreft de verslaglegging in de zorg, maar gaat daar bij ook in op wat er in het dossier van de cliënt vermeld hoort te staan (V&VN & NU'91, 2011). De V&VN en Nu'91 beschrijven in deze verslaglegging dat een zorgkundige systematisch hoort te handelen, wat wil zeggen dat de zorgprofessional de volgende stappen doorneemt. Ten eerste worden er gegevens verzameld, waarna er ondersteuningsvragen, zorgproblemen of verpleegkundige diagnoses worden opgesteld. Hierna wordt het zorgplan opgesteld en wordt de zorg uitgevoerd. Tenslotte vindt de evaluatie plaats en wordt de zorg zo nodig bijgesteld, afgesloten of overgedragen. (V&VN en Nu'91, 2011). In het dossier van de cliënt moet naar voren komen dat deze stappen ook zijn ondernomen. Daarom horen de gegevensverzameling, de ondersteuningsvragen, zorgproblemen of indien van toepassing de verpleegkundige diagnoses zeker aanwezig zijn in het dossier. Tenslotte behoren ook het zorgplan, voortgangsrapportages, evaluaties en overdracht tot het dossier van de cliënt. De verslaglegging van zorg is daarbij belangrijk om de zorg vast te stellen, te verlenen, voort te zetten, te evalueren, over te dragen of te controleren.

De verslaglegging waarborgt daarbij de continuïteit van zorg en moet ervoor zorgen dat er een goede afstemming en samenwerking is met collega's en andere disciplines, waarbij fouten worden voorkomen en de gang van zaken gereconstrueerd kan worden. Het bewustzijn voor (mogelijke) risico's en consequenties van bepaalde handelingen wordt door de verslaglegging verscherpt en de rechten van de cliënt en zijn vertegenwoordigers worden zodoende gehonoreerd.

De verslaglegging dient als verantwoording van het handelen en zo nodig voor een juridische procedure (V&VN en NU'91, 2011).

Tenslotte wordt er in de verslaglegging door de expertgroep aanbevolen om gebruik te maken van classificatiesystemen om zodoende verpleegkundige diagnoses te ordenen. Een classificatiesysteem zou de communicatie tussen verpleegkundigen en verzorgenden kunnen verbeteren.

2.4 INDICEREN

Op basis van eigen inzichten en de richtlijn volgens de V&VN (2011) mag de wijkverpleegkundige, als zelfstandig professional, per januari 2015 zelfstandig indiceren en samen met de zorgvrager een individueel zorgplan opstellen. De verpleegkundige is daarbij niet alleen verantwoordelijk voor het indiceren van de zorg, maar ook verantwoordelijk voor het verlenen, organiseren en bewaken van het hele zorgproces (Jonkers, 2014).

Deze verandering noemen de Wildt & de Groot (2014) de grootste winst van de transitie. Nu de verpleegkundige moet indiceren wordt er gezocht naar een transparante en gestandaardiseerde taal over hoe de zorg moet worden ingezet, wat de inhoud van zorg is en hoe effectief de zorg is (Mast, 2014). Eenheid van taal in de zorg ontstaat volgens Nictiz door dezelfde concepten en termen te gebruiken. Classificaties moeten dus helpen het vak van de verpleegkundigen en verzorgenden op een eenduidige manier te onderbouwen (Mast, 2014).

Voorbeelden van classificatiesystemen zijn de Nanda/NIC/NOC, het Omaha systeem, ICNP systeem (International Classification of Nursing Practice) en het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (Mast, 2014).

Classificatiesysteem Omaha

Eén van deze classificatiesystemen heeft de afgelopen tijd in Nederland veel aandacht gekregen. Het classificatiesysteem Omaha is tussen 1975 en 1986 in Amerika ontwikkeld en bestaat uit drie delen, namelijk: de probleemclassificatie, interventieclassificatie en uitkomstschalen (Mast, 2014). Het systeem moet structuur bieden om de aandachtsgebieden van een cliënt te verkennen doormiddel van scores van 1 tot en met 5. Deze aandachtsgebieden zijn verdeeld onder vier domeinen (Omaha Systems Support, 2015):

1. Fysiologisch domein
2. Gezondheid gerelateerd gedragsdomein
3. Omgevingsdomein
4. Psychosociaal domein

Naast het verkennen van de aandachtsgebieden is het systeem er voor het documenteren van de aandachtsgebieden, het beschrijven van multidisciplinaire interventies en het meten van uitgangsbepalingen en resultaten per aandachtsgebied. Door het systeem zou de verpleegkundige vanuit haar professie open het gesprek aan kunnen gaan met de cliënt en samen bepalen wat de aandachtsgebieden zijn (Mast, 2014).

De interventies kennen binnen dit systeem drie niveaus zoals de V&VN (2015) beschrijft in het blad 'Nursing'. Ten eerste zijn er vier hoofdgroepen voor de acties die niveau 1 vormen, namelijk:

1. Adviseren, instrueren en begeleiden
2. Behandelen en procedures toepassen
3. Case managen
4. Monitoren en bewaken

Naast deze vier hoofdgroepen zijn er specificaties van deze acties die onder niveau 2 vallen. Een voorbeeld hiervan is infectiepreventie of wondbehandeling (Oelen, 2015). Tenslotte is er specifieke informatie over de cliënt, dit betreft het derde niveau van het Omaha systeem.

Hoewel het systeem is onderbouwd met wetenschappelijke informatie die in de praktijk is getest, wordt er door verschillende studies aangegeven dat er meer onderzoek nodig is naar het Omaha systeem (Mast, 2014). De V&VN (2015) geeft aan dat hoewel het Omaha systeem meerdere voordelen heeft, het geen beslis ondersteunend instrument is wat wil zeggen dat het de verpleegkundige minder houvast geeft bij het diagnosticeren.

Classificeren en het zorgleefplan

In de thuiszorg werd voor 2015 nog niet veel gebruikt gemaakt van classificatiesystemen. De meeste zorgplannen zijn volgens Mast (2014) gebaseerd op het zorgleefplan van Actiz waarbij de zorgverlener kijkt naar de 4 domeinen die Actiz handhaaft. Aan het zorgleefplan zijn volgens Mast (2014) geen classificaties gebonden. Een aantal thuiszorgorganisaties omarmd het Omaha systeem wel als een nieuwe stap voor het (elektronisch) patiënten dossier (Mast, 2014). Volgens Rosendal en van Dorst (2014) kunnen de classificatiesystemen Nanda en Omaha beide gebruikt worden. Het Nanda systeem zou daarbij de verpleegkundige helpen bij de eerste stappen van het verpleegkundig proces en Omaha zou de verpleegkundige bij de vervolg stappen kunnen ondersteunen. Rosendal en van Dorst (2014) geven daarbij aan dat er geen discussie moet ontstaan welk systeem er moet worden gebruikt, maar dat er gekeken moet worden hoe men een eenduidige taal kan ontwikkelen, zodat er diagnoses ontstaan die over de hele wereld dezelfde betekenis hebben (Rosendal & Dorst, 2014).

Normenkader

Naast het gebruik van een classificatiesysteem is er door de V&VN, in opdracht van staatsecretaris van Rijn, een normenkader opgesteld die de verpleegkundige een sterkte positie geeft en voor alle betrokken partijen duidelijk aangeeft wat er nu verwacht mag worden van de verpleegkundige (Jonkers, 2014; V&VN, 2014). Het normenkader is gericht op de wijkverpleegkundige, maar kan ook van toepassing zijn op andere verpleegkundigen met een hoger beroeps opleiding, wanneer zij in de eerstelijns zorg gaan indiceren en organiseren (Jonkers, 2014).

Zelfstandig adviseur Zorg & Samenleving Rosemarie van Troost, projectleider van het normenkader van de V&VN (2014), geeft aan dat de wijkverpleegkundigen zelf het normenkader hebben ontwikkeld (Jonkers, 2014). Gezien veel organisaties al een indicatie- instrument hadden ontwikkeld, is er voor gekozen om een normenkader te ontwikkelen in plaats van een indicatie- instrument, zoals aanvankelijk de intentie was (Jonkers, 2014). Binnen dit normenkader staat echter wel beschreven waaraan een indicatie- instrument moet voldoen (Jonkers, 2014). Het kader bestaat uit 6 normen die de verpleegkundige handvatten moeten geven om, binnen de extramurale zorg, zelfstandig te kunnen indiceren en organiseren. De basis voor het kader werd gevormd door klinisch redeneren, evidence based werken, samenwerking en transparantie (Jonkers, 2014).

Een aantal van deze normen betreft het zorgleefplan. Zo betreft norm drie het indiceren en organiseren van de zorg, die gericht is op het versterken van de eigen regie van de zorgvrager en zijn sociaal netwerk. De versterking van de eigen regie van de zorgvrager en de zelfredzaamheid van de zorgvrager zijn twee voorwaarden voor kwaliteit van leven van de cliënt. Het indiceren en organiseren van zorg, zoals norm vier stelt, moet een dynamisch onderdeel worden van het verpleegkundig proces en verschilt daarin van de eenmalige indicatie die door het CIZ werd afgegeven (V&VN, 2014). Tenslotte stelt norm 5 dat de verslaglegging moet voldoen aan de V&VN richtlijn voor verslaglegging.

Jonkers (2014) benoemt dat het dossier van de cliënt in ieder geval de volgende acht informatie punten moet bevatten:

1. De gegevensverzameling
2. De ondersteuningsvragen
3. De zorgproblemen
4. De verpleegkundige diagnoses
5. Het zorgplan
6. De voortgangsrapportages
7. De evaluaties
8. De overdracht

Digitaal werken

Bij dit alles kan de verpleegkundige de standaard zorgplannen, klinische paden en classificaties zoals NANDA of Gordon gebruiken (Jonkers, 2014). Van Troost benoemt dat veel organisaties nog niet met een gedigitaliseerd systeem werken wat volgens haar een punt is waar nog kritisch naar gekeken mag worden, zodat de verslaglegging in de zorg goed zal verlopen tijdens de transitie (Jonkers, 2014). Om de continuïteit van de zorg te waarborgen is een goede overdracht van groot belang. Uit onderzoek dat door de V&VN, Actiz en Nictiz in 2010 plaatsvond naar de elektronische uitwisseling van gegevens, is een landelijke standaard ontwikkeld. In deze landelijke standaard zijn afspraken gemaakt welke zorggegevens worden vastgelegd en hoe deze worden vastgelegd op terminologieniveau, zodat alle zorgkundigen één taal spreken (V&VN, 2014).

2.5 ZORGLEEFPLAN

Om de indicatie om te zetten naar de daadwerkelijke zorg die de zorgvrager toegewezen krijgt, wordt er binnen de zorg gebruik gemaakt van een zorgplan. Een zorgplan zorgt er voor dat de afspraken worden vastgelegd om zodoende de kwaliteit van zorg te bewaken (Rijksoverheid, 2015). Een model dat hiervoor gebruikt kan worden is het zorgleefplan. Eén van de bekendste modellen, volgens de V&VN (2008), is het zorgleefplan van Actiz. Actiz heeft het model ontwikkeld in samenwerking met organisaties zoals de V&VN, LOC zeggenschap in zorg, de NVVA en Sting (Actiz, 2010).

Betekenis zorgleefplan

Het zorgleefplan komt voort uit het leefplan. LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden) zeggenschap in de zorg & Perspectief (2014) beschrijven in de eindrapportage 'ouderen aan zet' dat het leefplan, een plan is dat een zorgvrager (in)formeel kan opstellen en waarin wordt beschreven wat de zorgvrager wil met zijn of haar leven. Het zorgleefplan is niet opgesteld aan de hand van een verpleegkundige theorie.

"Achter het Zorgleefplan zit een visie op wonen en welzijn waarbij medische en verpleegkundige zorg van toegevoegd waarde is, in plaats van vaste waarde" (V&VN, 2008). Deze visie wordt ook wel 'verantwoorde zorg' genoemd (Actiz, 2006).

De zorgvrager is de houder van het plan en heeft dus zodoende de regie over het (zorg)leefplan. Op een gegeven moment wordt de zorg onmisbaar in het leven van de zorgvrager, wat maakt dat het leefplan veranderd in het zorgleefplan. In eerste instantie zullen de naasten, zoals mantelzorgers en familieleden, betrokken zijn bij de zorg en wordt de zorg nog zelf of onderling geregeld. Er komt echter een moment dat het sociale netwerk van de cliënt de zorg niet meer kan bieden en professionele zorg nodig is. Op dat moment worden afspraken op papier gezet en wordt de zorgverlening wordt gepland. Hoewel de zorg vast wordt gelegd en de zorgvrager meer zorg moet ontvangen van 'derden', kan de zorgvrager zelf nog de regie over het plan houden. V&VN (2008) beschrijft dat het zorgleefplan dient om de zorgvrager te ondersteunen zodat hij of zij het leven, ondanks de beperkingen, zoveel mogelijk kan invullen naar zijn eigen wil. De voorkeuren, vragen, doelen en behoeftes zijn dan ook de uitgangspunten van het zorgleefplan.

Het zorgleefplan is een hulpmiddel dat helpt om vraaggerichte zorg te bieden aan de zorgvrager. Daarnaast betreft het de aspecten die de zorgvrager belangrijk vindt voor de kwaliteit van zijn of haar leven. V&VN (2008) en Actiz (2006) beschrijven dat, om de wensen en zorgbehoeften van de zorgvrager goed te omschrijven, een zorgleefplan is opgedeeld in 4 domeinen:

- Mentaal welbevinden van de zorgvrager
- Lichamelijk welbevinden en gezondheid
- Dag invulling volgens interesse van de zorgvrager en participatie
- Woon- en leefomstandigheden

Normen verantwoorde zorg

Om verantwoorde zorg te leveren beschrijven V&VN (2008) en Actiz (2010) een aantal normen waaraan de zorg en het zorgleefplan moeten voldoen. Allereerst moet de zorgvrager kunnen rekenen op een adequate bescherming en bevordering van de gezondheid, waarbij de zorgvrager met respect wordt ondersteunend en geholpen ten behoeve van zijn of haar eigen identiteit en levensinvulling. Daarnaast mag de cliënt ervan uitgaan dat hij of zij lichamelijk schoon & verzorgd is en dat het eten & drinken smakelijk is. De zorgverlener moet ruimte en ondersteuning bieden zodat een zorgvrager zijn eigen leven, activiteiten en sociale contacten kan onderhouden en voortzetten. Als laatste mag de zorgvrager rekenen op een woonomgeving waarin hij of zij zich veilig en thuis voelt.

Inhoud zorgleefplan

Volgens V&VN (2008) staat in het zorgleefplan vermeld welke indicaties een zorgvrager heeft, wordt er een beeld gegeven van de zorgvraag & zorgbehoeften en staat er beschreven welke afspraken er zijn gemaakt. Naast deze gegevens wordt er ook beschreven wat het doel, inhoud en het tijdstip is van de geboden zorg. De zorgkundige rapporteert of de zorg heeft plaatsgevonden en hoe dit is verlopen. Ook worden nieuwe afspraken of wijzingen vermeld. Het zorgleefplan moet als hulpmiddel dienen om de samenwerking tussen de zorgverleners te ondersteunen. Om helder te krijgen of de afspraken die gemaakt zijn nog aansluiten bij de wensen en behoeften van de zorgvrager, moeten er evaluaties plaatsvinden. Ook staat in het zorgleefplan duidelijk beschreven wie de contactpersoon is van de zorgvrager en wie de wettelijke vertegenwoordiger is (wanneer er sprake is van wilsonbekwaamheid).

Voor het zorgleefplan heeft de V&VN (2014) de volgende richtlijnen opgesteld:

- *Elke cliënt heeft een indicatiebesluit, een zorgovereenkomst en een zorgleefplan.*
- *Elke cliënt wordt betrokken bij het opstellen, evalueren en bijstellen van het plan.*
- *De 'vier domeinen' komen terug in het plan.*
- *Het plan geeft een beeld van de zorgvraag, zorgbehoefte en indicatie.*
- *Het plan ondersteunt samenwerking tussen disciplines.*
- *Rechten en plichten van cliënt en zorgorganisatie zijn in het plan vastgelegd.*
- *De zorgovereenkomst sluit aan bij de indicatie.*
- *Evaluatie van de afspraken is een vast onderdeel van het contract.*
- *Iedere cliënt heeft een vaste contactpersoon.*
- *De cliënt heeft altijd recht op inzage in het plan en mag onjuistheden laten veranderen (Zorgleefplanwijzer, 2014).*

Onderzoek

LOC zeggenschap in zorg & Perspectief (2014) hebben onderzoek gedaan naar het gebruik van het zorgleefplan. Het ging hierbij om de vraag of de zorg en ondersteuning afgestemd waren op de behoeftes en vragen van de zorgvrager. Daarnaast werd onderzocht of dit zou leiden tot een optimaal behoud van een goed leven in de samenleving en of de positie van de zorgvrager zou worden versterkt. Op grond van literatuur en gesprekken met ouderen, verwanten en professionals beschreven LOC & Perspectief(2014) de volgende uitgangspunten waaraan een zorgleefplan moet voldoen bij het opstellen en bewerken:

1. Het zorgleefplan moet samen ontwikkeld worden met de zorgvrager en beslissingen moeten gezamenlijk genomen worden. De betrokken personen zijn door de zorgvrager zelf gekozen. Voor de zorgvrager zijn er 1 of 2 vaste aanspreekpunten binnen de organisatie
2. In het zorgleefplan moeten zo weinig mogelijk gegevens beschreven staan zoals de woonplek van de zorgvrager. Door dit niet te beschrijven heeft de zorgvrager, en zijn naasten, zoveel mogelijk de vrijheid om zijn of haar wensen aan te geven. De professional moet hierbij ruimte en gelegenheid geven om de zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van de zorgvrager.
3. Ook al zijn de wensen en dromen van een zorgvrager (nog) niet haalbaar, ze moeten wel beschreven staan in het zorgleefplan. De levensinvulling van de zorgvrager wordt op deze manier weergegeven. Een praktische invulling is niet nodig, het gaat er vooral om dat de intentie leidend is.
4. Tijdens gesprekken en contactmomenten met de zorgvrager moet er voortdurend worden gepeild, of de wensen en behoeften van de zorgvrager nog overeenstemmen zoals het beschreven staat. Een zorgvrager weet niet altijd meteen wat zijn of haar wens is en kan in de loop van de tijd hier nog anders over gaan denken.
5. Als laatste moet de zorgverlener zich realiseren dat niet iedereen vindt dat een zorgleefplan (formeel) nodig is. Het is een mogelijkheid dat de zorgvrager bepaalde levensdomeinen of terreinen niet wil bespreken.

Naast de uitgangspunten voor het opstellen en bijwerken van een zorgleefplan, beschrijven LOC Zeggenschap in de zorg & Perspectief (2014) ook welke uitgangspunten er zijn voor de inhoud van het zorgleefplan. Kort weergegeven, beschrijven deze uitgangspunten dat het doel is om de zorgvrager zo lang mogelijk het vertrouwde leven te kunnen bieden. Wanneer de laatste levensfase nadert is het van belang om het leven zo lang mogelijk als zinvol en betekenisvol te laten ervaren. De zorg en ondersteuning moeten zo min mogelijk een dominante rol vervullen in het leven van de zorgvrager. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat de wensen en behoeften kunnen veranderen, ook in de laatste levensfase. Het zorgleefplan moet continue worden bijgesteld aan de wensen en behoeften van de zorgvrager.

Onderzoek in 2006 liet zien dat veel zorgaanbieders al met een zorgleefplan werkten, maar dat de invulling van het zorgleefplan nog niet voldoende was (Nauta, 2014). Het onderzoek leidde ertoe dat de staatsecretaris van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) besloot het zorgplan verplicht te stellen en daarbij richtlijnen op te stellen voor de inhoud van het zorgplan. Het besluit 'zorgplanbespreking' is in 2009 van kracht gegaan (Ploegman, Gijzel, & Otte, 2013).

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft er een in 2012 evaluatie plaatsgevonden rondom het besluit 'zorgplanbespreking'. Uit het onderzoek van Ploegman, Gijzel en Otte (2013) kwam naar voren dat de positie van de cliënt sinds het besluit is verbeterd. Cliënten werden bijna altijd betrokken bij het opzetten van een zorgplan, daarnaast werden zij ook meer betrokken bij het bespreken van dit zorgplan en konden zij mee beslissen over de geleverde zorg. Er zijn nog wel mogelijkheden om de regie van de cliënt te vergroten. Het vergroten van deze regie kan voornamelijk door aanpassingen te maken in het zorgplan.

Hoewel er positieve ontwikkelingen hebben plaatsgevonden op het gebied van cliëntgericht werken geeft het onderzoek nog wel verbeterpunten aan. Er moet meer contact zijn of meer gesprekken plaatsvinden met de cliënt en zijn of haar familie. Zo kan er namelijk meer verbeterd worden rondom het borgen van de daadwerkelijke betrokkenheid bij het zorgplan. Het zorgplan moet als middel dienen om een dialoog te kunnen voeren met de zorgvrager en dient niet als administratief doel op zich. Naast deze positieve ontwikkelingen werd wel aangegeven dat er aanvullende administratieve lasten gedaan moeten worden, die voortkomen uit het zorgplan en de bespreking daarvan. De lasten lijken samen te hangen met de relatief grote aantal doelstellingen die worden nagestreefd vanuit het zorgplan. Hierbij gaat het onder andere om de eigen regie van de cliënt, de verantwoording, overdracht en verslaglegging hiervan. Deze doelen zijn namelijk niet opgenomen in de wet- en regelgeving over het zorgplan (Ploegman e.a., 2013).

Risico zorgleefplan

Het doel van het zorgleefplan is het afstemmen van de zorgbehoefte en wensen van de zorgvrager en anderzijds het aanbod dat de zorgaanbieder heeft (Nauta, 2014).

Hoewel in het zorgleefplan de objectieve zorgbehoeftes en beperkingen van de zorgvrager moeten staan, worden in de praktijk vaak de wensen en mogelijkheden van de zorgvrager benoemd. De 'levensdomeinen' die in veel huidige modellen van het zorgleefplan naar voren komen, stimuleren de zorgkundigen om de subjectieve wensen van de zorgvrager te beschrijven. Het risico van het ontbreken van objectieve zorgbehoeftes kan er toe bijdragen dat de inhoudelijke toetsing van de zorgverlening gemist wordt. De geïndiceerde zorg volgens de ZZP wordt namelijk niet verantwoord in het zorgleefplan.

Door een inadequate beschrijving van de zorgbehoeftes en wensen van een zorgvrager kunnen er 2 problemen ontstaan:

1. Er kan een aanvraag zijn voor (te) zware zorg zonder dat de zorg daarmee correspondeert. De zorgaanbieder zou hierdoor teveel geld ontvangen. Dit wordt ook wel 'upcoding' genoemd. Het hoeft echter niet zo te zijn dat er een te zwaar zorgzwaartepakket is aangevraagd. De indicatie kan passend zijn voor de aangevraagde ZZP, maar de objectieve zorgbehoeftes en beperkingen zijn niet adequaat beschreven (Nauta, 2014).
2. Een tweede probleem is dat er wel zorg wordt geleverd die voldoet aan de zorgbehoefte, maar dat hiervoor geen indicatie is. Er wordt dan teveel zorg geleverd voor de indicatie die er op dat moment is. Dit probleem wordt ook wel 'undercoding' genoemd. De inzet van personeel kan, gezien de indicatie dan wel op orde zijn, maar de daadwerkelijke inzet die nodig is om de zorgbehoefte te kunnen beantwoorden kan echter onvoldoende zijn. Op termijn vormt dit zowel een kwalitatief als financieel risico. Naast dat er niet voldoende financiering is voor de geleverde zorg, beïnvloed het ook de draagkracht van het personeel (Nauta, 2014).

Nauta (2014) beschrijft dat zorgkundigen het zorgleefplan adequaat moeten kunnen schrijven, om zo goede objectieve zorgbehoeften en wensen te kunnen beschrijven die mede als verantwoording dienen voor de financiering van de zorg.

Een zorgleefplan zorgt dus voor een goede omschrijving van de zorgbehoeften en wensen van een cliënt en dient als verantwoording voor de financiering van die zorg. De financiering van de zorg is vanaf januari 2015 veranderd. De wijkverpleegkundige gaat hierin een grote rol spelen, zij zal namelijk gaan indiceren. Aan de hand van deze indicatie, die in het zorgleefplan beschreven staat, wordt de zorg gefinancierd. Naast het feit dat zij zal gaan indiceren zullen er nog meer taakgerichte veranderingen plaatsvinden voor de wijkverpleegkundige.

2.6 ROL VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Het doel dat de transitie heeft, namelijk het verbeteren van de kwaliteit en samenhang van de zorg, maakt dat de wijkverpleegkundige een schakelfunctie krijgt tussen de domeinen welzijn, sociaal, medisch en zorg. De verpleegkundige krijgt daarbij meer ruimte voor haar professionaliteit (Straaten & Bont, 2014). Binnen de Zorgverzekeringswet staat de wijkverpleegkundige, met haar onafhankelijke en zelfstandige bevoegde functie, naast de huisarts in de eerstelijns zorg (Groot & Wildt, 2014; Jonkers, 2014). Doordat de wijkverpleegkundige een schakelfunctie krijgt binnen deze domeinen zal zij de spil zijn, waar de zorg omheen draait (van Wensen, 2014; Groot & Wildt, 2014; Putter, Francke, Veer & Rademakers, 2014). De wijkverpleegkundige krijgt een beschikbaarheidsfunctie die betrekking heeft op het signaleren van mogelijke zorgvragen bij kwetsbare zorgvragers of burgers (V&VN, 2014) en kijkt, op basis van haar kennis en professie, welke zorg iemand nodig heeft als het gaat om geneeskundige zorg of andere ondersteuning (Groot & Wildt, 2014). Francis Bolle, woordvoerder van de V&VN, geeft aan dat de recente ontwikkelingen omtrent de inkoop en financiering van de wijkzorg roet in het eten zou kunnen gooien (Jonkers, 2014).

Competenties

Om als verpleegkundige goede zorg te leveren moet zij over verscheidende competenties beschikken (V&VN, 2014). Verpleegkundigen werken methodisch, doelgericht en op basis van overleg en overeenstemming met de zorgvrager en het cliëntsysteem. Daarbij hanteren zij de methode 'klinisch redeneren' (V&VN, 2014). Bij het inventariseren van zorg wordt er gekeken naar verschillende aspecten van het menselijk functioneren, namelijk naar het lichamelijke, psychische, functionele en ten slotte het sociale aspect. De zorg richt zich op de volgende vier punten. Ten eerste richt het zich op de kwaliteit van leven van de zorgvrager. Daarnaast richt de zorg zich op het versterken van het zelfmanagement van de cliënt, de eigen regie en ook op de zelfredzaamheid van de zorgvrager en het cliëntsysteem (V&VN, 2014). Om de zorg af te stemmen en zorg op maat te leveren, werkt de verpleegkundige samen met veel diverse zorgprofessionals zoals de huisarts, medisch specialist, paramedici, psycholoog en professionals uit het sociale domein (V&VN, 2014). De verpleegkundigen monitoren daarbij de situaties en zijn soms casemanagers.

De wijzigingen in de zorg, vragen om een andere kijk op de zorg. Er moet een verandering plaatsvinden zodat de 'verzorgingsstaat' een 'participatiesamenleving' wordt. In plaats dat er gekeken wordt naar ziekte en zorg moet er gekeken worden naar gedrag en gezondheid, waarbij de nadruk moet liggen op de mogelijkheden die burgers met gezondheidsproblemen hebben. Voor het indiceren en het organiseren van zorg moet er meer aandacht komen voor preventie, zelfmanagement van de zorgvrager, maar ook voor het versterken van de eigen regie van de zorgvrager en de zelfredzaamheid die als belangrijke voorwaarde dient voor de kwaliteit van leven (V&VN, 2014).

Veranderingen op nationaal en internationaal gebied

Kijkend naar trends op nationaal en internationaal gebied, blijkt dat er nationaal een sterke toename is van het aantal chronische zieken, waardoor preventieve taken van een verpleegkundige steeds belangrijker worden. Sociaal culturele ontwikkelingen, zoals een toenemende verwachting op het gebied van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers, zullen leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg (Keurhorst, Kusters, & Laurant, 2011). Ook de aard van de zorg zal gaan veranderen, burgers zullen meer eisen stellen aan de zorg, technologie en medicatie. De nieuwe generatie ouderen zal ook andere eisen stellen aan de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg. Om de zorg betaalbaar te houden, is volgens de Nederlandse overheid, een nieuwe wet- en regelgeving van belang. Op dit moment is er nog weinig aandacht voor zelfmanagement omdat vanuit traditioneel oogpunt de zorg sterk gericht is op behandeling. Met de nieuwe wet- en regelgeving is dit een belangrijk ontwikkelpunt geworden voor de wijkverpleging (Keurhorst, Kusters, & Laurant, 2011).

Internationaal gezien zijn er tussen alle diversiteiten, van verschillende landen, toch een aantal gemeenschappelijke tendensen te zien. Verpleegkundige opleidingen worden naar een bachelors niveau getrokken om het beroep aantrekkelijker te maken en om betere zorg te kunnen bieden aan de toenemende complexiteit van de zorg. Er komen ook steeds meer verpleegkundige specialisten, om de taken van een arts deels over te nemen. Er vindt overal, hoewel dit kan verschillen, verplaatsing plaats op het gebied van medische taken richting verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Ook vindt er een verschuiving plaats van verpleegkundige taken naar niet-verpleegkundigen.

Er wordt ingezet op hoger opgeleide verpleegkundigen, maar men beseft dat de zorg ondersteunende professionals ook nodig blijven om de groeiende zorgvraag de baas te blijven (Schuurmans, Lambregts, Projectgroep, & Grotendorst, 2012).

Om als verpleegkundige de groeiende zorgvraag op te vangen, heeft zij de juiste middelen nodig. Het zorgleefplan, dat voldoet aan de eisen die per 2015 gelden, moet de verpleegkundige hulp bieden zodat zij theorie en praktijk samen kan brengen om zodoende de juiste zorg te bieden.

HOOFDSTUK 3 METHODIEK ONDERZOEK

Om antwoord te geven op de centrale vraag van het onderzoek zijn er drie verschillende onderzoeksmethoden toegepast. In dit hoofdstuk wordt ten eerste ingegaan op de methodiek van het onderzoek, waarna de populatie en steekproef worden beschreven. Vervolgens zal het instrument en de analyse nader toegelicht worden, waarna ten slotte de betrouwbaarheid, validiteit, geldigheid en de ethische verantwoording van het onderzoek worden beschreven.

3.1 ONDERZOEKSMETHODE

Om te voldoen aan de eisen die de zorgverzekeraar in 2015 stelt en om de kwaliteit van zorg zo hoog mogelijk te houden, is bij Accolade Zorggroep de vraag ontstaan waar het zorgleefplan vanaf 2015 aan moet voldoen en hoe deze veranderingen het beste geïmplementeerd kunnen worden. Ook is de vraag ontstaan hoe andere organisaties hiermee omgaan. Deze vragen zijn beantwoord door middel van bestaande gegevens en nieuwe gegevens. De bestaande gegevens zijn verzameld door het uitvoeren van een literatuurstudie (hoofdstuk 2). De gebruikte literatuur voor de deze studie is opgenomen in een zoekplan die te vinden is in bijlage 10. Voor het verzamelen van nieuwe gegevens hebben er interviews plaatsgevonden met andere thuiszorgorganisaties & medewerkers van Accolade Zorggroep. Naast de interviews vonden ook observaties plaats naar de werkwijze met het zorgleefplan.

Interview thuiszorgorganisaties

Het in kaart brengen van de ervaringen en omgang met het zorgleefplan door verschillende thuiszorgorganisaties heeft plaatst gevonden aan de hand van gestructureerde interviews. Deze interviews betreffen het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek gezien de ervaringen en visies die uit de interviews naar voren zijn gekomen (Bakker & van Buuren, 2009). De vragen van de interviews zijn vooraf opgedeeld in categorieën, met als hoofdthema 'het zorgleefplan' (Plochg & van Zwieten, 2007). Vanuit dit hoofdthema zijn drie sub thema's ontstaan, de transitie, de organisatie en werkwijzen. De negen open vragen voor de interviews zijn onderverdeeld in deze drie thema's en dienden als leidraad voor het gesprek, maar gaven daarnaast de mogelijkheid om verder op een thema in te kunnen gaan. Deze negen open vragen zijn opgesteld vanuit de literatuur zoals beschreven in hoofdstuk 2. Het instrument met de vragen is te vinden in bijlage 5.

Interview medewerkers

De visie en mening van de medewerker op de veranderingen en het nieuwe zorgleefplan zijn onderzocht aan de hand van een kwalitatief onderzoek, waarbij semigestructureerde interviews hebben plaatsgevonden aan de hand van open vraagstellingen (Bakker & van Buuren, 2009). De interviews zijn opgebouwd uit thema's die elk vooropgezette vragen bevatten (bijlage 6) en welke diende als leidraad voor het gesprek. Het interview bevatte acht open vragen die opgesteld zijn vanuit de literatuur, zoals beschreven in hoofdstuk 2. Deze vragen gaven de onderzoekers daarnaast de mogelijkheid om in te gaan op de ervaringen en wensen van de werknemers (Bakker & van Buuren, 2009)

Observatie

Om inzicht te krijgen hoe er met het zorgleefplan wordt gewerkt, hebben er zowel praktische als dossier observaties plaatsgevonden. De uitkomsten van deze observaties zijn verwerkt in tabellen en grafieken (zie hoofdstuk 4), wat maakt dat dit het kwantitatieve onderdeel van het onderzoek betreft (Bakker & van Buuren, 2009). Door dit kwantitatieve deel van het onderzoek kunnen er aanbevelingen worden gedaan, die helpen om Accolade Zorggroep inzicht te geven welke verbeterpunten er zijn ten aanzien van het zorgleefplan en om zodoende het zorgleefplan te laten voldoen aan de eisen in 2015 en deze te implementeren. Ten eerste is er aan de hand van een vooropgezette observatielijst gekeken hoe de werknemers in praktijk handelen naar het zorgleefplan. Deze observatielijst (zie bijlage 8) bestond uit 16 observatiepunten waarbij geantwoord kon worden met : 'ja', 'nee' en 'niet van toepassing'.

Vervolgens heeft er een dossier observatie plaatsgevonden, welke ook plaats vond aan de hand van een vooropgezette observatielijst. De dossier observatielijst (bijlage 8) bevatte 38 observatiepunten met daarbij ook 3 antwoord mogelijkheden namelijk: 'ja', 'nee' en 'niet bekend'. De observatielijsten voor zowel de praktijk als voor het dossier zijn ontwikkeld door de onderzoekers en gebaseerd op de literatuur zoals in hoofdstuk 2 staat beschreven en de checklist die van Uden (2010) beschrijft. De observatielijsten bevatten duidelijk omschreven observatiecategorieën en vormden zodoende een gestructureerde observatie (Bakker & van Buuren, 2009). De onderzoekers hebben vanaf de zijlijn geobserveerd waardoor het non-participerende observaties betroffen zoals Plochg & van Zwieten (2007) beschrijven.

3.2 POPULATIE EN STEEKPROEF

Interview thuiszorgorganisaties

De populatie, voor het deel van het onderzoek naar de omgang met het zorgleefplan door andere organisaties, betrof alle thuiszorgorganisaties binnen Nederland die werken of hebben gewerkt met het zorgleefplan. Gezien het feit dat het onmogelijk was om alle thuiszorgorganisaties die werken met het zorgleefplan te benaderen, is ervoor gekozen om tien organisaties te interviewen. Er zijn zestien organisaties zowel telefonisch als schriftelijk benaderd wat een doelgerichte steekproef betrof (van der Zee, 2011). Hierbij is specifiek gekeken naar organisaties die werkten met het zorgleefplan en niet met een ander zorgplan. Deze organisaties zijn benaderd naar aanleiding van informatie op internet, waaruit bleek dat zij met het zorgleefplan zouden werken. Van de zestien organisaties die benaderd zijn, gaven vier organisaties toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Hoewel deze vier organisaties werken of gewerkt hebben met het zorgleefplan verschillen zij in omvang, werkwijze en achtergrond. De onderzoekers hebben hier geen onderscheid in gemaakt, omdat de onderzoekers zich hebben gericht op hoe andere organisaties omgaan met de veranderingen rondom het zorgleefplan waarbij omvang, werkwijze en achtergrond niet direct een rol speelden.

Interview medewerkers

Om inzicht te krijgen in de visie en wensen van de medewerker op het zorgleefplan, hebben er interviews met de medewerkers van Accolade Zorggroep plaatsgevonden. De populatie betrof alle medewerkers binnen de thuiszorg van Accolade Zorggroep locatie d' Amandelboom. Gezien er een groot aantal medewerkers zowel intra- als extramuraal werken, heeft er gerichte steekproef plaatsgevonden. Er is gekozen om de vijf werknemers te interviewen die alleen werkzaam zijn binnen de thuiszorg en ook in het nieuwe team werkzaam zullen zijn en daardoor typerend zijn voor de hele populatie (Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Peters, van der Velden & de Goede, 2013).

Deze deelnemers zijn daarnaast ook typerend voor deze populatie, omdat zij verschillende werkniveaus hebben zoals te zien in tabel 1, Van de vijf medewerkers, die die steekproef betrof, namen alle vijf deel aan het onderzoek.

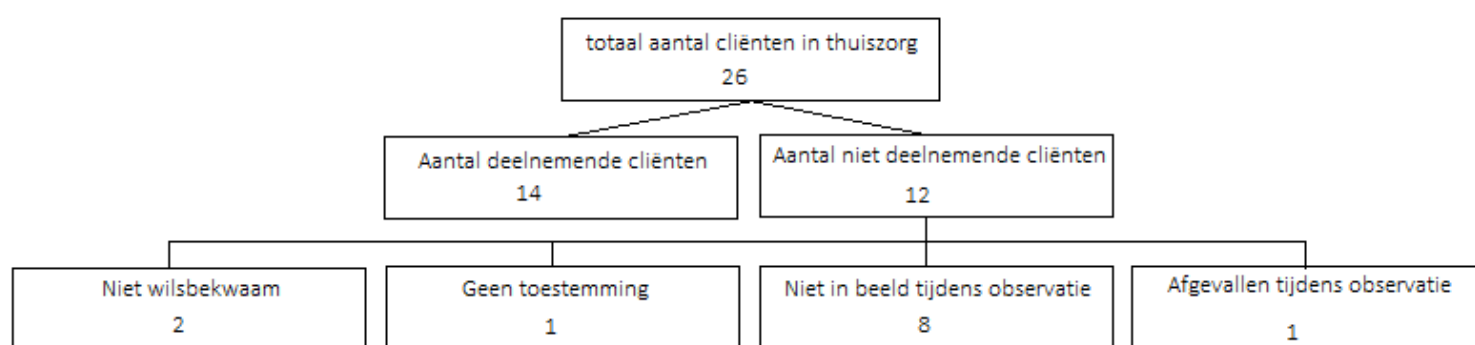
Niveau	Aantal werknemers
2	2
3	1
4	Kwam niet voor binnen populatie
5	2

Tabel 1

Observatie

Het onderzoek naar de werkwijze met het zorgleefplan betrof twee populaties. Allereerst betrof het de medewerkers die werkzaam zijn binnen de thuiszorg van Accolade Zorggroep locatie d' Amandelboom. Deze medewerkers kunnen naast hun werkzaamheden in de thuiszorg ook werkzaam zijn binnen de intramurale setting van locatie d' Amandelboom. De steekproef betrof een selecte steekproef, waarbij gekozen is om medewerkers te benaderen die in de periode van 16 februari 2015 tot 26 februari 2015 het meest werkzaam waren binnen de thuiszorg en zodoende typerend zijn voor de totale populatie (Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Peters, van der Velden & de Goede, 2013). Er zijn zoveel mogelijk medewerkers geselecteerd op basis van de planning, zodat beide onderzoekers afzonderlijk van elkaar de medewerker konden observeren in de periode van 16 februari 2015 tot 26 februari 2015. Van de zes medewerkers die zijn benaderd, gaven alle zes respons aan het onderzoek. Ook zijn deze medewerkers typerend voor de populatie omdat zij de niveaus representeren die werkzaam zijn binnen de thuiszorg. Het gaat hierbij om de niveaus 2 en 3.

De tweede populatie van de observaties betrof de cliënten van de thuiszorg van Accolade Zorggroep locatie d' Amandelboom. Op het moment van observeren telde de thuiszorg 26 cliënten, van deze 26 cliënten namen 14 cliënten deel aan het onderzoek, de overige 12 cliënten vielen om vier verschillende redenen af zoals te zien in figuur 1.



Figuur 1

Aan de hand van de veertien cliënten die deelnamen aan de praktische observaties is door de onderzoekers de steekproef voor de dossier observaties bepaald. Deze veertien cliënten gaven allen toestemming om hun zorgmap beschikbaar te stellen voor de dossier observaties.

3.3 ANALYSEMETHODE

Interview thuiszorgorganisaties en medewerkers Accolade Zorggroep

De gesprekken met de deelnemende thuiszorgorganisaties hebben plaatsgevonden op de locaties van de thuiszorgorganisaties. De interviews met de medewerkers vonden echter plaats op locatie d' Amandelboom, waar een ruimte was gereserveerd voor het gesprek op een door de medewerker gekozen tijdstip. De onderzoekers hadden tijdens ieder gesprek dezelfde rolverdeling, waarbij de ene onderzoeker interviewde en de andere onderzoeker notuleerde. Alle gesprekken zijn opgenomen met een videocamera en vervolgens getranscribeerd in Word door de onderzoekers zelf. Na het transcriberen van de gesprekken hebben de onderzoekers afzonderlijk van elkaar de tekst gefragmenteerd en gecodeerd. Elk fragment is open gecodeerd (Boeije, 2014), waarbij elk fragment een label kreeg die de lading dekte van het fragment. Na deze analyse zijn fragmenten en labels gezamenlijk besproken. Indien onderzoekers verschillende labels aan het fragment hadden toebedeeld, is door de onderzoekers gezamenlijk besloten welk label het beste bij het fragment paste.

Vervolgens hebben de onderzoekers, wederom afzonderlijk van elkaar, axiaal gecodeerd (Boeije, 2014). Waarbij de labels gestructureerd en ondergebracht zijn in hoofdlabels. Deze axiale codes zijn gezamenlijk besproken en vervolgens gezamenlijk onderverdeeld in kernthema's (Boeije, 2014). Dit proces, voor zowel de interviews met de thuiszorgorganisaties als met de medewerkers, is verwerkt in analyse schema's welke te vinden zijn in bijlage 1 en 2.

Observaties

De observaties naar de praktische werkwijze met het zorgleefplan werden door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar afgenomen. Er zijn in totaal zeventig observaties uitgevoerd tijdens de ochtend- en avondzorg. De uitkomsten van deze praktische observaties zijn door de onderzoekers afzonderlijk in Excel ingevoerd, waarbij de aantallen omgerekend zijn in procenten en de uitkomsten daarna samen zijn gevoegd in tabellen (bijlage 3). Vanuit deze tabellen zijn (eveneens in Excel) grafieken opgezet om de resultaten duidelijker weer te kunnen geven.

De dossier observaties zijn door de onderzoekers gezamenlijk afgenomen om zodoende tot een eenduidig antwoord te komen. Er zijn in totaal veertien dossier observaties uitgevoerd. Ook deze uitkomsten zijn berekend in procenten en verwerkt in Excel, waaruit grafieken zijn opgesteld om de uitkomsten te verduidelijken. De uitkomsten van de praktische en dossier observaties zijn aan de hand van deze tabellen en grafieken vergeleken om zodoende één of meerdere conclusie(s) te kunnen trekken.

3.4 BETROUWBAARHEID, GELDIGHEID EN VALIDITEIT

Interview thuiszorgorganisaties en medewerkers Accolade Zorggroep

Om de interviews met de thuiszorgorganisaties goed te laten verlopen en zodoende genoeg informatie te verzamelen om de deelvraag van het onderzoek te kunnen beantwoorden, hebben de thuiszorgorganisaties voorafgaand aan het gesprek een email ontvangen met daarin de voorbereidingsvragen. Op deze wijze kon de juiste persoon binnen de organisatie worden benaderd en waren zij voldoende voorbereid om de vragen te kunnen beantwoorden. De medewerkers van Accolade Zorggroep zijn echter niet voorafgaand aan het interview op de hoogte gesteld van de vragen die het interview bevatte. Op deze wijze is door de onderzoekers getracht om een zo goed en objectief mogelijk beeld te krijgen van de meningen van de medewerkers, zonder dat zij al onderling met elkaar gesproken hadden, wat mogelijk het onderzoek kon beïnvloeden.

Bij aanvang van het gesprek hebben de thuiszorgorganisaties en de medewerkers toestemming gegeven voor de opname van het gesprek doormiddel van het ondertekenen van het informed consent model (bijlage 4). De gesprekken zijn anoniem geanalyseerd waardoor informatie niet te herleiden is tot een organisatie, medewerker of zorgvrager en geheimhouding verzekerd blijft.

Om de interne betrouwbaarheid te waarborgen zijn alle interviews door dezelfde onderzoekers afgenomen. De rolverdeling van de onderzoekers bleef tijdens de gesprekken gelijk. De gesprekken met de thuiszorgorganisatie werden geleid door onderzoeker één en genotuleerd door onderzoeker twee (Bakker & van Buuren, 2009). De gesprekken met de medewerkers van Accolade Zorggroep werden geleid door onderzoeker twee en genotuleerd door onderzoeker één. Daarnaast zijn, om de interne betrouwbaarheid te waarborgen, de kwalitatief verkregen resultaten door beide onderzoekers afzonderlijk van elkaar gefragmenteerd en zowel open, als axiaal gecodeerd. Hieruit zijn vervolgens gezamenlijk conclusies getrokken. Tijdens het analyseren van de interviews is getracht om labels te kiezen die zo dicht mogelijk bij de tekst bleven om zo persoonlijke interpretaties van de onderzoekers tegen te gaan, welke de uitkomsten van het onderzoek mogelijk konden beïnvloeden. Voor het analyseren van de interviews, van zowel de interviews met de thuiszorgorganisaties als de interviews met de medewerkers, hebben de onderzoekers de methode gebruikt volgens Boeije (2014). Het proces van analyseren is daardoor bij beide onderzoekers op dezelfde wijze verlopen (van Zwieten & Willems, 2004).

Alle gegevens van de interviews zijn gedocumenteerd en vastgelegd om zodoende de externe betrouwbaarheid te waarborgen. Deze documentatie vond plaats doormiddel van het vastleggen van informatie in het onderzoeksplan, de onderzoeksinstrumenten, transcripten van de interviews en analyseschema's die te vinden zijn in de bijlagen van het verslag of in het archief van de Hogeschool Viaa te Zwolle.

De interne validiteit is gewaarborgd door de onderzoeksmethodologie te bespreken met de begeleidende docent en met de manager & leidinggevende van Accolade Zorggroep (van Zwieten & Willems, 2004). Aan de hand van deze feedback, die uit deze gesprekken naar voren kwamen, zijn de onderzoeksmethoden aangepast. Gezien er onderzoek is gedaan naar de meningen, visies en handelwijzen konden deze gegevens volgens de onderzoekers het beste verzameld worden doormiddel van een interview. De onderzoekers hebben de vragenlijsten voor de interviews meerdere malen doorgenomen om zodoende verkeerde interpretaties van de vragen te voorkomen. De gekozen interviewmethodes en de opgezette instrumenten sluiten aan op de deelvragen, zodat met de verkregen informatie de deelvragen van het onderzoek beantwoord konden worden.

Voor het onderzoek hebben de onderzoekers alleen thuiszorgorganisaties benaderd die werkten met het zorgleefplan om zodoende zicht te krijgen op de vraag hoe andere thuiszorgorganisaties, in 2015, omgaan met het zorgleefplan en daarbij de externe validiteit te waarborgen. Daarnaast hebben de onderzoekers, nadat een thuiszorgorganisatie te kennen gaf deel te willen nemen aan het onderzoek, een email gestuurd met daarin de voorbereiding op het gesprek en de vraag wanneer en waar het gesprek plaats kon vinden. Doordat organisaties op de hoogte waren van de vragen die gesteld zouden worden tijdens het interview, konden zij de onderzoekers doorverwijzen naar de meest geschikte persoon voor het interview. Daarnaast konden organisaties zelf aangeven wanneer en waar het gesprek plaats zou vinden zodat er voldoende rust en tijd was om het interview af te nemen.

Observaties

De observatie instrumenten die gebruikt zijn om de derde deelvraag van het onderzoek te beantwoorden, zijn voorafgaand aan de uitvoering besproken door de onderzoekers om zo de interne betrouwbaarheid te waarborgen. De onderzoekers hebben de observatie punten gezamenlijk meerdere malen doorgenomen om zo subjectiviteit te vermijden en een eenduidige observatiewijze te hanteren. Op deze wijze is getracht om de verschillen in de uitkomsten zo klein mogelijk te houden.

Tijdens de dossier observaties zijn zorgleefplannen gebruikt die binnen het tijdsbestek van 2012 tot en met het heden zijn opgesteld. De uitkomsten gaven daarbij inzicht hoe er binnen Accolade Zorggroep op dat moment gewerkt werd met het zorgleefplan.

De externe betrouwbaarheid is gewaarborgd door het documenteren van deze gegevens die weergegeven zijn in tabellen, de onderzoeksopzet en de observatie instrumenten. Deze documentaties zijn te vinden in de bijlages van het onderzoeksverslag of het archief van de Hogeschool Viaa te Zwolle.

De observatielijsten voor zowel de praktijk als dossier observaties, zijn ontwikkeld vanuit de literatuur zoals beschreven staat in hoofdstuk 2, waardoor getracht is de interne validiteit van het onderzoek te verhogen. Deze literatuur bevat onder andere bronnen van Actiz, waarop het zorgleefplan van Accolade Zorggroep is gebaseerd. De medewerkers die deelnamen aan het onderzoek zijn voor de observaties niet op de hoogte gesteld van de punten waarop geobserveerd zou worden. Wel zijn de medewerkers geïnformeerd dat er observaties zouden plaatsvinden maar niet expliciet waarop geobserveerd werd, om reactiviteit tegen te gaan (Plochg & van Zwieten, 2007).

Naast de interne validiteit hebben onderzoekers getracht de externe validiteit te verhogen door zowel de zorg in de ochtend als in de avond te observeren. Door deze beide zorgmomenten te pakken werden alle punten in het zorgleefplan meegenomen in de observaties, waardoor onderzoekers hebben getracht een goed totaal beeld te schetsen van de omgang met het zorgleefplan. Voor de dossier observaties is er gebruik gemaakt van veertien zorgmappen van de cliënten die ook deelnamen aan de praktische observaties. Door alleen van deze zorgmappen gebruik te maken werd er gekeken of de praktijk aansloot bij de informatie die het zorgleefplan verstrekt.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is in dit onderzoek verhoogd doordat beide onderzoekers afzonderlijk van elkaar dezelfde praktijk observaties hebben uitgevoerd (Bakker & van Buuren, 2009). De onderzoekers hebben beide dezelfde medewerkers eenmalig geobserveerd.

Alle resultaten van dit onderzoek, zowel de resultaten van de interviews als observaties, zullen gedurende vijf jaar na datum van publicatie bewaard worden in het archief van de Hogeschool Viaa te Zwolle en zijn voor een ieder op aanvraag toegankelijk.

3.5 ETHISCHE VERANTWOORDING

Uitkomsten van het onderzoek zijn in afstemming met de zorgorganisatie, medewerker en zorgvrager alleen gebruikt voor het onderzoek naar het 'zorgleefplan anno 2015' en bevatten geen gegevens die de rechten van de zorgvrager, medewerker of organisatie schaadt. De uitkomsten van de interviews en de observaties zijn anoniem verwerkt en zullen niet te herleiden zijn naar deelnemende thuiszorgorganisaties, medewerkers of zorgvragers. Wel worden deze gegevens tot vijf jaar na de publicatiedatum bewaard in het archief van de Hogeschool Viaa te Zwolle. Om deze reden worden de namen van de deelnemende organisaties, medewerkers en zorgvragers niet vermeld in dit onderzoeksverslag. Elke deelnemer heeft voor het onderzoek schriftelijk toestemming gegeven dat hij of zij akkoord is gegaan met de voorwaarden die gesteld waren aan dit onderzoek¹. Naast de toestemming voor deelname, tekende de deelnemers ervoor dat zij het recht behielden om zich terug te kunnen trekken uit het lopende onderzoek, ongeacht het moment van dit onderzoek. Zowel zorgvrager als zorgverlener zijn vóór de observaties op de hoogte gebracht doormiddel van een mail, brief of gesprek.

¹ Een schriftelijk toestemming voor het onderzoek wordt gegeven door middel van het Informed consent formulier die te vinden is in bijlage 4

HOOFDSTUK 4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven die voort zijn gekomen uit de verschillende onderzoeksmethoden. Ten eerste worden de uitkomsten van de interviews met de thuiszorgorganisaties beschreven, waarna verder wordt ingegaan op de uitkomsten van de interviews met de medewerkers. Ten slotte zullen de uitkomsten van de observaties beschreven worden.

4.1 RESULTATEN INTERVIEWS THUISZORGORGANISATIES

In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten van de gesprekken met de thuiszorgorganisaties beschreven aan de hand van de kernthema's die naar voren zijn gekomen tijdens het analyseren van de interviews. Het analyse schema is te vinden in bijlage 2. De resultaten vanuit de interviews moeten antwoord geven op de vraag hoe andere thuiszorgorganisaties omgaan met het zorgleefplan in 2015. De resultaten worden ondersteund door citaten van de participanten.

Werkwijze organisaties

Uit de interviews met de thuiszorgorganisaties kwam naar voren dat de vier organisaties, naast dat zij verschillen in opbouw en grootte, ook met verschillende modellen en systemen werken zoals te zien in tabel 2.

Organisatie:	Werkwijze:	Software Leverancier:	Tablet of smartphone:	Werkwijze toekomst:	Classificatiesysteem in toekomst:
1	Schriftelijk	Fundum	Tablet	Digitaal	Omaha
2	Digitaal	Unit 4	Tablet	Digitaal	Omaha
3	Schriftelijk	Nedap	Smartphone	Digitaal	Omaha en Nanda
4	Schriftelijk	Kick/cornell	Smartphone	Digitaal	Omaha

Tabel 2 Overzicht werkwijze binnen organisaties

Hoewel drie organisaties nog schriftelijk met het zorgleefplan werken, willen alle organisaties in de toekomst gaan werken met een elektronisch digitaal cliëntendossier (ECD) zoals te zien in tabel 2. De organisaties maken op dit moment gebruik van een softwaresysteem waarin het ECD voor de thuiszorg kan worden ingevoerd, zodat zij in de toekomst digitaal kunnen gaan werken met het zorgleefplan. Hoewel de organisaties op dit moment al gebruik maken van digitale hulpmiddelen, gebruikt alleen organisatie 2 de tablet om te werken met het zorgleefplan. Andere organisaties geven aan dat zij op dit moment bezig zijn om digitaal te gaan werken met het zorgleefplan of nog teveel knelpunten ervaren zoals: *“Ipad's die zijn er niet op tijd of euh het werkt niet goed of d'r is niet goed euh geen goede verbinding”*(fragment 3.18).

Modellen

Van de vier organisaties werken alleen organisatie 2 en 4 met het zorgleefplan, waarbij organisatie 4 het model van Actiz gebruikt. Organisatie 2 maakt op dit moment binnen het zorgleefplan gebruik van een doelenbibliotheek, om zo binnen de organisatie één taal te spreken.

Hoewel zij in het verleden met het zorgleefplan volgens Actiz hebben gewerkt, werkt organisatie 3 nu met een andere werkwijze. Welke werkwijze zij op dit moment gebruiken werd tijdens het gesprek niet duidelijk.

Organisatie 1 geeft aan te werken met het ondersteuningsplan. Dit plan bevat wel de vier domeinen maar zij gebruiken liever het woord 'ondersteuning' dan het woord 'zorg'. Binnen de vier domeinen van het zorgleefplan worden de taken van de cliënt, mantelzorger en professional beschreven zoals volgens organisatie 1 ook de eis van de zorgverzekeraar is:

"Wat kan uw omgeving doen, zijn er kinderen, zij er andere mogelijkheden om dat te ondersteunen. En dat leg je vast in het ondersteuningsplan. Dat is ook een verplichting die de zorgverzekeraar stelt hé.(fragment 1.19)."

Classificatiesystemen

Hoewel alle organisaties in de toekomst met het Omaha classificatiesysteem willen gaan werken, zoals tabel 2 aangeeft, wordt er binnen enkele organisaties nog met een andere systemen gewerkt, zoals het SampC en Nanda. Organisatie 3 geeft aan dat zij in de toekomst *"Omaha voor de wat simpeler hulpvraag gebruiken en de complexere met Nanda."* (fragment 3.21).

Hoewel het SampC model veel raakvlakken zou hebben met het Omaha systeem, kiezen organisaties voor Omaha. Daarnaast is het Omaha systeem sneller en simpeler dan Nanda. Organisatie 4 kiest daarbij voor Omaha om de volgende reden:

"Wij hebben niet de middelen om zelf iets te ontwikkelen dus wij moeten eigenlijk wel aansluiten bij een grote systeem en onze software leverancier (..) die kiezen ook voor Omaha. Dus ja nou eigenlijk kunnen we geen kant op als Omaha" (fragment 4.4).

Ook geeft deze organisatie aan dat het huidige zorgleefplan en Omaha niet bij elkaar passen. Wanneer de doorloop van indicatie naar het zorgleefplan niet loopt, of het oordeel van de zorgverzekeraar m.b.t. het zorgleefplan onvoldoende is, zullen zij toch naar een andere werkwijze overgaan

Organisatie 3 ervaart het combineren van systemen met de software van het ECD als knelpunt. In het gesprek wordt namelijk verteld dat het niet mogelijk is *"zelf"* te *"denken van weetje ik doe wat onderdelen van Nanda en dat stop ik in dat Omaha systeem dat kunnen ze wel bij Nedap, dat hadden ze eerst ook gedaan, maar dat mag niet want dan is het niet meer gecertificeerd, want dan kun je het niet meer vergelijken"*(fragment 3.21).

Tijdens de gesprekken gaven organisaties aan dat zij scholingen geven betreft het indiceren, waarbij Grow work meerdere keren naar voren kwam als organisaties waar scholingen ingekocht werden.

Rapporteren

Zoals de richtlijn 'verslaglegging voor verpleegkundigen en verzorgenden' van de V&VN (2014) aangeeft, is het rapporteren onder ander belangrijk voor het vaststellen en verlenen van de zorg. Deze richtlijn is tevens een eis van de zorgverzekeraar waar het zorgleefplan in 2015 aan moet voldoen (Zorgverzekeraars Nederland, 2014).

Tabel 3 weergeeft welke methodes binnen de organisaties worden gebruikt.

Organisatie:	Rapportage methode:
1	SOAP
2	Alleen bijzonderheden rapporteren. Afspraken rapporteren per cliënt
3	Plan, do, check, act
4	SOAP, maar geen link tussen doelen en rapportages.

Tabel 3 rapportage binnen de organisaties

Daarbij wordt door de organisaties over het rapportage niveau het volgende aangegeven:

Organisatie 1: *“Dat is met name naar de lagere niveaus , die vinden dat heel lastig. Euh maar dat ervaren wij eigenlijk al jaren en dat was in de verpleeghuis zorg al hetzelfde”(fragment 1.33).*

Organisatie 2: *“Heel wisselend Er zijn mensen ja, die kunnen het heel goed en er zijn mensen die er heel veel moeite mee hebben, hè” (fragment 2.14).*

Organisatie 3: *“Ik denk dat , dat voor HBO’ers euh het minst moeilijke is maar ik zie het op alle niveaus, ik zie het zelfs ook buiten de teams binnen de organisatie dat het nog heel lastig is om gewoon plan do check act te denken” (fragment 3.17).*

Organisatie 4: *“De kwaliteit van de rapportage verschilt per persoon net zoals de kwaliteit van verzorging hè kan wisselen per persoon”(fragment 4.12).*

Van zorgen voor naar zorgen dat

Eén van de normen die de V&VN (2014) beschrijft in het normenkader is dat de eigen regie en zelfredzaamheid van de zorgvrager versterkt moeten worden. Dit zijn voorwaarden voor kwaliteit van leven van de cliënt. De veranderingen in deze denk- en werkwijze betreffen vooral ‘het zorgen voor naar zorgen dat’. Over deze gedachte gang wordt door een organisatie het volgende gezegd: *“U mankeert wat meneer/mevrouw en dit doen wij voor u, nee we moeten naar de verandering van de vraag; wat kunnen we voor u doen?” (Fragment 1.3).* Uit de gesprekken kwam naar voren dat het ‘zorgen voor naar zorgen dat’ onder andere bestaat uit:

1. Het centraal stellen van de cliënt.

“Je gaat eerst uit van de eigen kracht, hoe zwak die ook kan zijn en dan kijk je naar wat bieden wij dan”(fragment 1.20)

2. Het uitgaan van de eigen kracht van de cliënt.

“De cliënt staat centraal in het hele verhaal van de indicatiestelling dan gaat het er echt om ja hoe de cliënt zijn leven wil leiden en euh ja wat tie daarin zelf euh kan en wat tie aan eigen mogelijkheden om zich heen heeft”(fragment 3.6).

Pilot

Om het nieuwe zorgleefplan dat voldoet aan de eisen die in 2015 gelden succesvol te kunnen implementeren, draaien twee organisaties op dit moment een pilot. Organisatie 2 heeft, om deze implementatie te laten slagen, één ambassadeur per team aangesteld, zodat wanneer collega’s vragen hebben zij naar die persoon kunnen voor informatie. Ook organisatie 3 is op dit moment bezig met een pilot rondom het ECD. Zij werken binnen deze pilot met Karem. *“Karem is een cliënt en mantelzorgportaal waarbij euhm cliënt en mantelzorger ja met elkaar dingen kunnen afspreken en afspraken kunnen vastleggen”(fragment 3.5).*

Toekomst zorgleefplan

Op de vraag of het zorgleefplan toekomst heeft, werd door de organisaties het volgende geantwoord:

Organisatie 1 werkt nog wel met de 4 domeinen maar noemt dit het ondersteuningsplan, want *“dan blijf je toch die zorg wel bieden maar wel in de ondersteunende vorm dus niet vanuit het feit van nou we hebben dat en dat en dat te bieden en daar kun u uit kiezen of dat gaan we allemaal inzetten dat deden we eerder dat doen we nu niet meer” (fragment 1.32).*

Organisatie 4 vraagt zich af *“in hoeverre dat houdbaar is straks in de nieuwe situatie omdat Actiz ook bezig is met te schuiven eehh daarin. (...) Want omaha en het huidige zorgleefplan. Er zitten wel gelijkenissen in maar het past toch niet echt op mekaar” (fragment 4.1).*

Hoewel zij bezig zijn met een nieuw ECD werkt organisatie 2 nog wel met het zorgleefplan. Naast het zorgleefplan gebruiken zij een cliëntkaart waar de specifieke acties op cliënt niveau staan. Ook organisatie 4 gebruikt op dit moment een cliëntkaart voor de praktische realisatie van zorg. Organisatie 3 heeft wel gewerkt met het zorgleefplan model volgens Actiz, maar maken nu een overstap naar een andere manier van werken.

De transitie maakt dat organisaties in 2015 moeten voldoen aan een aantal voorwaarden en eisen. Organisatie 2 denkt dat zij klaar is voor de veranderingen, omdat het ECD voldoet aan de eisen die in 2015 gesteld worden. Het antwoord van organisatie 1 op deze vraag luidt als volgt: *“Ik vind opzich dat we het niet slecht doen. Alleen we merken dat heel veel instanties er dus nog niet zo klaar voor zijn” (fragment 1.25).* Zoals eerder aangegeven zijn de veranderingen voor organisatie 4 niet behapbaar.

Ten slotte geeft organisatie 3 aan nooit klaar te zijn met de veranderingen.

“Veranderingen komen steeds sneller en steeds vaker over je heen dus als je al klaar bent dan is er morgen weer iets anders, je moet vooral klaar zijn voor veranderingen”(fragment 3.20).

4.2 RESULTATEN GESPREKKEN MEDEWERKERS

In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten beschreven van de gesprekken met de medewerkers binnen de thuiszorg van locatie d' Amandelboom. Het onderzoek betrof medewerkers die, op het moment van het onderzoek, werkzaam waren binnen de thuiszorg en straks ook werkzaam zullen zijn binnen het nieuwe team. Aan het onderzoek namen vijf medewerkers deel met verschillende niveaus en aantal jaar werkervaring. De uitkomsten van de gesprekken worden ondersteund door citaten van de medewerkers die deelnamen aan dit onderzoek.

Zorgleefplan digitaal en schriftelijk

Hoewel één medewerker aangeeft dat het zorgleefplan schriftelijk makkelijker werkt dan digitaal, geven de overige medewerkers aan voorkeur te hebben voor het zorgleefplan in Cura². Het zorgleefplan in Cura zou helderder zijn, meer uitgesplitst zijn op verschillende gebieden en het gebruik met het zorgleefplan stimuleren.

“Dan moet je wel als je gaat rapporteren überhaupt het zorgleefplan openen en nu is dat natuurlijk niet, nu kan je het zorgleefplan gewoon voor in je map laten zitten, zonder te kijken en opschrijven”(fragment 11.17).

Hoewel er voorkeur wordt gegeven aan een digitale werkwijze, wordt door twee medewerkers aangegeven dat een tablet handzamer zou zijn dan een vaste computer die nu gebruikt wordt. Echter zou volgens een medewerker de cliënt bij een schriftelijk zorgleefplan meer het gevoel van eigen regie hebben. Zij geeft aan dat: *“Heel veel mensen dat regie gevoel hebben doordat ze zo’n map kunnen pakken en kunnen kijken wat wordt er eigenlijk over mij geschreven en hoe zit dat met die minuten en, en dat zullen mensen niet op de computer doen”(fragment 13.9).*

Daarnaast wordt aangegeven dat het zorgleefplan de zorg inzichtelijk maakt voor de cliënt en zo de regie toe kent want: *“Om kwaliteit van zorg te leveren moet je, je zorg inzichtelijk maken dus moet je wel plannen hebben, daarmee euhm denk ik ook dat je een belangrijk bijdrage levert (..) Je kan geen regie toekennen aan een zorgvrager als je hem geen inzicht geeft in, in hoe je als zorgverlening werkt, welke consequenties eraan hangen, dus dan heb je wel dit soort plannen nodig”(fragment 13.4).*

Ook zou het zorgleefplan wel toekomst hebben volgens deze medewerker. *“Ik denk dat het in deze tijd eigenlijk niet meer nodig is om, om het zonder te doen (..) dus om kwaliteit van zorg te leveren moet je, je zorg inzichtelijk maken dus moet je wel plannen hebben”(fragment 13.4).*

Extra domein in zorgleefplan

Naast de vier domeinen van het Actiz zorgleefplan, wordt er binnen Accolade Zorggroep gebruik gemaakt van een extra domein. Dit domein, waarin de algemene zorgdoelen worden beschreven, geeft voor twee medewerkers verwarring. Daarnaast geeft een andere medewerker aan dat dit domein niet echt een meerwaarde heeft.

“Ik heb nooit goed begrepen euh wanneer je daar moet doen en wanneer niet”(fragment 10.14).

“Die vind ik een beetje verwarrend als ik eerlijk ben, want ik weet nooit goed soms waar ik iets neer moet zetten”(fragment 14.12).

² Cura is een digitaal systeem van Unit 4 (Unit 4,2014)

Wel wordt aangegeven dat dit extra domein moet blijven bestaan. Een medewerker geeft aan dat zij het extra domein zelfs vaak gebruikt voor de rapportage. Een andere opmerking over dit domein is:

“Die ruimte daarvoor is op zich misschien wel goed, omdat stel dat er iets euh anders is dan maakt het als je het leest misschien alerter dat het euh iets afwijkends is en misschien niet direct verband houdt met waar je altijd al op let bij die persoon”(fragment 10.14).

Medewerker 2 geeft aan het extra domein wel te willen behouden maar: *“dan moet je wel mensen echt goed instrueren ook dat ze het alleen gebruiken in noodgevallen” (fragment 11.16).*

Takenlijst en achtergrondinformatie

Binnen de thuiszorg van Accolade Zorggroep wordt gebruik gemaakt van een takenlijst. *“Dat zijn die briefjes waar de zorgroute opstaat zeg maar, dus het huisnummer euh wanneer iets moet, hoelang je er mag zijn euhm de soms als er bijzonderheden zijn”(fragment 10.13).* Deze takenlijst zou volgens medewerkers niet aansluiten op de doelen van het zorgleefplan. *“Bedoel ik lees dan, ik krijg een takenlijst zeg maar en die hebben heel vaak al niet direct te maken met bijvoorbeeld bepaalde doelen die opgesteld zijn in een zorgleefplan”(fragment 10.4)*

Deze takenlijst zou, volgens de medewerkers, specifieke acties moeten bevatten die voortkomen uit de doelen van het zorgleefplan. *“Wat ooit mooi opgesteld is ofzo. dan vind ik dan moet het ook echt een onderdeel zijn van je zorgtaken en euh ja misschien inderdaad zouden concrete handelingen helpen daarbij euh die dan opgesteld staan”(fragment 10.16).*

“Want dat staat niet precies in die lijsten, er staat wel bed opmaken maar niet precies hoe en dat is ook lastig (..)Want soms is het zo dat de één nog wat meer kan dan de ander.Aals iemand zichzelf nog van boven wast, dat is best nog wel van belang dat je dat weet ”(fragment 14.14).

Naast deze takenlijst wordt aangegeven dat *“er in het zorgleefplan eh veel uitgebreider moet eh staan eh wat mensen nog zelf kunnen”(fragment 11.7).* Daarbij moet ook vermeld worden wat het netwerk van de cliënt kan betekenen.

Naast de informatie die de takenlijst moet geven over de specifieke taken, wordt door een medewerker aangegeven dat de achtergrond informatie van de cliënt mist. Zo zou de levensgeschiedenis, informatie rondom medicatiegebruik en de anamnese niet vindbaar zijn in de zorgmap.

Rapporteren

Zoals vanuit de literatuur naar voren komt is de richtlijn ‘verslaglegging voor verpleegkundigen en verzorgenden’ (V&VN, 2014) een eis die gesteld wordt vanuit de zorgverzekeraar (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Door de medewerkers van Accolade Zorggroep wordt het volgende aangegeven over het rapporteren:

Volgens medewerker 2 rapporteren mensen in het team nu met de woorden *“zorg geleverd en daar houdt het eigenlijk mee op.” (fragment 11.12).* Deze manier van rapporteren wordt bevestigd door meerdere medewerkers.

“Ik schrijf alleen wat ik eh gedaan heb of belangrijk is (fragment 12.14).

“Inhoudelijk wordt er niet, nou dat is niet waar niet, wordt er nauwelijks gerapporteerd” (fragment 13.10)

“ ’s Avonds bijvoorbeeld (..) zet ik er alleen maar in avondzorg want dan is dat dan bijvoorbeeld een praatje, nou dat vind ik ook dom opschrijven: praatje maken”(fragment 14.3).

“Ik heb daar verder niet euh geen instructies over gekregen euh toen ik hier kwam werken. Euhm ja wel dat je opsc, dat ze verteld hebben welke handeling je gedaan hebt en bijzonderheden. Dus het is meer dat ik mijn eigen manier daar voor gevonden heb dan dat er iets standards ofzo aangereikt is” (fragment 10.3).

Daarnaast wordt door medewerkers aangegeven dat zij twijfelen of er juist en waar gerapporteerd moet worden.

“Ik weet nooit goed soms waar ik iets neer moet zetten”(fragment 14.12)

“Nou soms wel op welk punt je moet rapporteren”(fragment 12.17) .

“En dat kan natuurlijk net zo goed van mij uit euh dat het vaag is, maarja als je het daar nooit over hebt met elkaar dan weet ik het ook niet of ik het juist op de goede manier doe of , of niet goed” (fragment 10.18).

Ook zou volgens een medewerker niet altijd gerapporteerd worden op de doelen van het zorgleefplan.

“Ik zie soms niet altijd het nut van iets rapporteren onder een ander doel, omdat euh wat, wat gerapporteerd wordt is vaak best wel beperkt en het maakt niet zo heel veel uit of je dat nou onder lichamelijke verzorging soms rapporteert dan onder euh ja onder een ander kopje of zo, omdat mijn inziens veel rapportage niet specifiek gericht is op het behalen van zo’n vooropgesteld doelen” (fragment 10.18).

Inlezen zorgmap

Door de medewerkers wordt met betrekking tot het inlezen van de zorgmap onder andere het volgende aangegeven:

“Ik ben het liefst zo min mogelijk met die map bezig (..) hij leid soms misschien wel de aandacht een beetje af van euh van waar je echt voor komt”(fragment 10.9).

“Ik denk toch op het moment dat je bij, bij de bewoner thuis komt heb je geen tijd om in die map te gaan zitten kijken”(fragment 10.10)

“Dus wordt er niet gelezen. En ook dat is natuurlijk een stukje werkdruk” (fragment 11.18).

“Ik kijk eigenlijk nauwelijks naar het zorgleefplan” (fragment 12.1)

“Meestal lees ik het niet van te voren omdat ik dat teveel werk vind”(fragment 12.3)

“Nee dat gaat dat ontkomt mij weleens. Dat gaat, nouja dat komt dat ik ook wel de rapportages lees voordat ik begin op de computer. dus echt de belangrijke dingen staan op de computer en dus die weet ik al snap je dus dan heb vind ik het ook niet zo nodig om eerst de map te lezen”(fragment 14.13)

Intervisie

Door drie van de vijf medewerkers werd intervisie als aandachtspunt beschouwd binnen de werkwijze van het team. De intervisie gesprekken zouden namelijk, volgens een aantal medewerkers, ook invloed kunnen hebben op het zorgleefplan.

“Ik denk dat je dan het zorgleefplan daar ook weer kan op aanpassen, op dingen die eruit komen” (fragment 11.14).

Zij gaven aan intervisie in kleine groepjes te willen houden waarbij het belangrijk is dat: *“Je naar elkaar luistert en dat je elkaar serieus neemt. En of je dan 18 bent of eh 65, dat moet niet uitmaken” (fragment 12.9).* Ook werd aangegeven dat : *“Als je goede communicatie hebt met elkaar en je begrijpt elkaar, dan eehm, eehm, durf je ook tegen de cliënt te zeggen van nou m’n collega neemt het zo meteen over en wéét dat het ook goed gaat. (..) dat heeft ook met vertrouwen te maken”(fragment 12.9).*

Hoewel er aangegeven wordt dat er wel intervisiegesprekken moeten plaatsvinden, wordt door een medewerker aangegeven dat de motivatie om ernaar toe te gaan erg laag is. Dit zou te maken kunnen hebben dat er onvoldoende openheid is onder het personeel. Wel zouden intervisie gesprekken aan de werkbijeenkomsten gekoppeld kunnen worden.

4.3 RESULTATEN PRAKTIJK EN DOSSIER OBSERVATIES

Om antwoord te kunnen geven op de deelvraag: 'Waar moet Accolade Zorggroep rekening mee houden bij het implementeren van het nieuwe zorgleefplan?' hebben er observaties plaatsgevonden naar de werkwijze met het zorgleefplan. Mede door deze uitkomsten worden aanbevelingen gegeven, zodat Accolade Zorggroep het zorgleefplan goed kan implementeren. Aan deze observaties namen zes medewerkers deel. De uitkomsten van deze zes medewerkers zijn samengevoegd en bevatten in totaal zeventig observaties. De uitkomsten zijn in de grafieken weergegeven door middel van de vier domeinen uit het zorgleefplan. Deze domeinen zijn opgesteld aan de hand van het Actiz model en betekenen het volgende:

Domein 1: Woon en leefomstandigheden

Domein 2 : Participatie

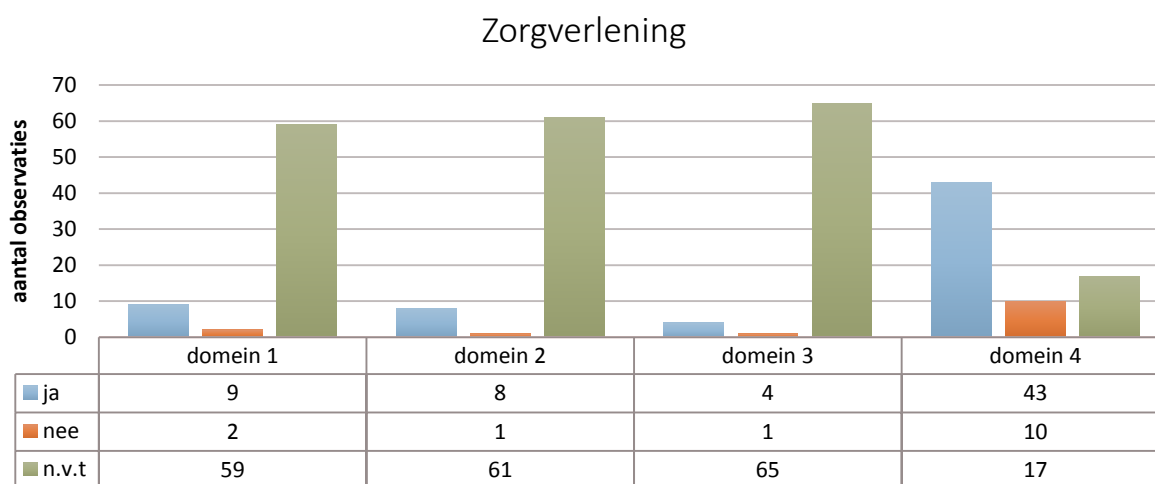
Domein 3: Geestelijk welbevinden

Domein 4: Lichamelijk welbevinden.

In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten besproken, waarbij wordt uitgegaan van de gezamenlijke uitkomsten. Verdere resultaten die voort zijn gekomen uit de observaties zijn te vinden in bijlage 3.

4.3.1 Zorgverlening

In figuur 2 is te zien in hoeveel procent van de observaties gewerkt werd volgens de afspraken vanuit de leefdomeinen van het zorgleefplan.

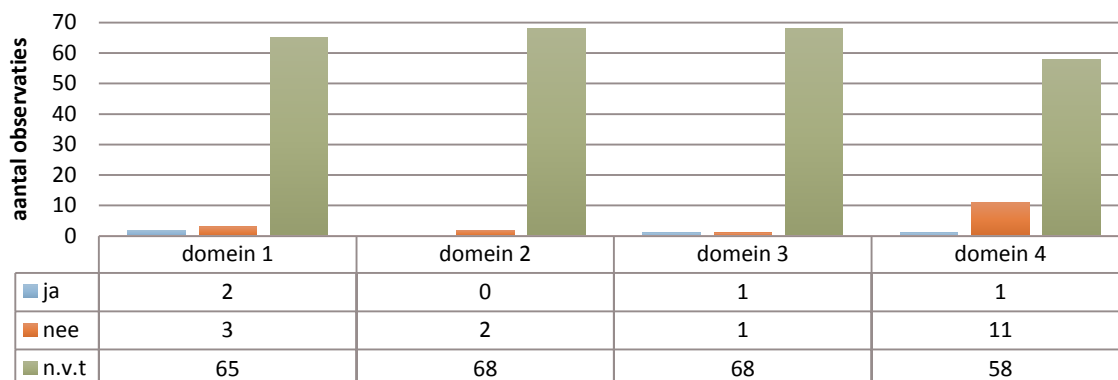


Figuur 2

Figuur 2 laat zien dat tijdens de observaties bij domein 1,2 en 3 vaak 'niet van toepassing' werd gescoord, wat wil zeggen dat er op het moment van observeren geen zorgafspraken waren beschreven of van toepassing waren binnen deze domeinen. Binnen domein 4 waren in 76% van de observaties wel zorgafspraken gemaakt. Van het aantal keer dat er zorgafspraken waren beschreven binnen dit domein werd in meer dan de helft van de gevallen volgens deze afspraken gewerkt. Uit de figuur blijkt dat binnen domein 3 de minste zorgafspraken zijn gemaakt.

4.3.2 Rapporteren

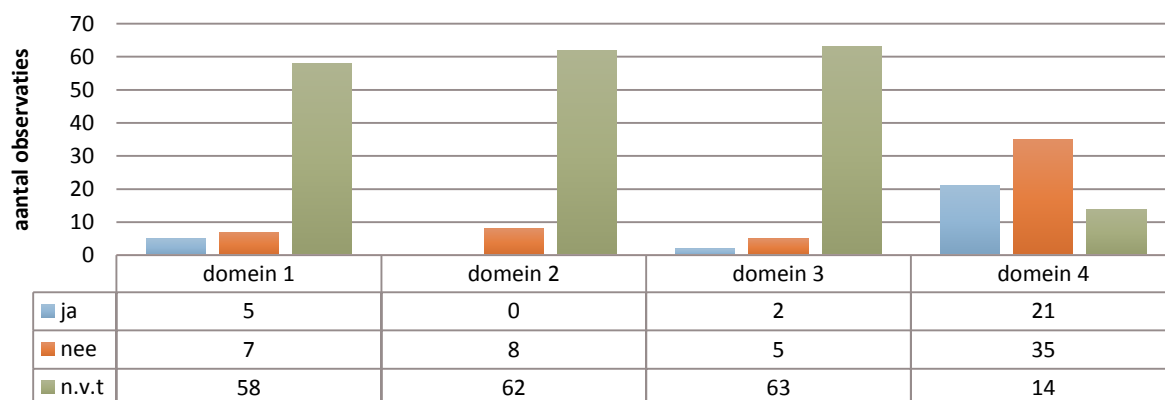
Wijzingen en afspraken rapporteren



Figuur 3

Figuur 3 laat zien hoe vaak de zorgverlener wijzingen of gemaakte afspraken rapporteert indien dit van toepassing was. Bij domein 4 waren in 17% van de gevallen wel afspraken of wijzingen om te rapporteren maar werd dat echter eenmaal van de 12 keer genoteerd.

Rapporteren op zorgdoelen

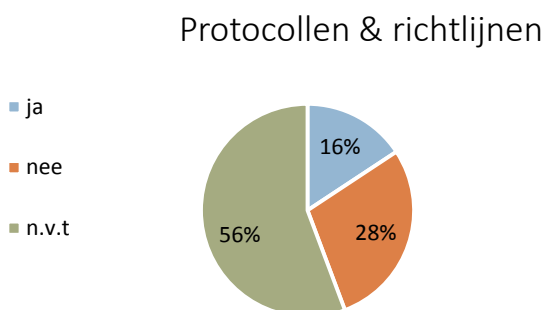


Figuur 4

In figuur 4 is te zien hoe vaak zorgverleners rapporteren op de doelen die beschreven staan in de domeinen van het zorgleefplan. In de meerderheid van de gevallen waren er tijdens de observaties geen doelen beschreven in domein 1,2 en 3 waarop gerapporteerd kon worden. Domein 4 geeft echter aan dat er in 80% van de gevallen wel doelen waren beschreven binnen dit domein waarop gerapporteerd kon worden, maar in 50% van de situaties hier niet op gerapporteerd werd. Ook laat figuur 4 zien dat er op domein 2 niet gerapporteerd wordt, hoewel er tijdens de observaties acht keer wel doelen aanwezig waren binnen dit domein waarop gerapporteerd kon worden.

4.3.3 Werkwijze

Tijdens de observaties is er gekeken hoe vaak er volgens protocol werd gewerkt. In figuur 5 is te zien dat in de meerderheid van de situaties geen zorg werd geleverd, waarbij gebruik gemaakt moest worden van een protocol of richtlijn. Van de 39 situaties waarin, gewerkt moest worden volgens protocol, werd dat in 20 situaties niet gedaan.

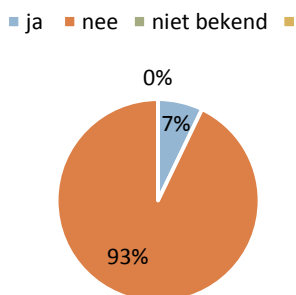


figuur 5

4.3.4 Algemene zaken rondom zorgleefplan

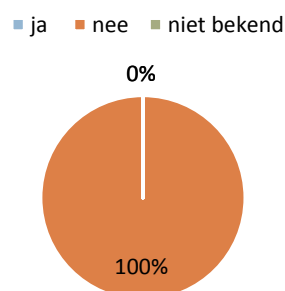
Tijdens de dossier observaties naar de checklist van het eerste gesprek, werd uitgegaan van de checklist die Actiz heeft opgesteld. Er wordt binnen Accolade niet met deze checklist gewerkt, hoewel figuur 6 wel aangeeft dat de checklist eenmaal aanwezig was. Het ging in deze situatie om een anamnese formulier die tijdens de intake met de cliënt was ingevuld. In geen enkele zorgmap was de typering van de cliënt aanwezig. Ook deze typering is een document die Actiz gebruikt bij het zorgleefplan. De typering van de cliënt bevat persoonlijke informatie van de zorgvrager (V&VN, 2014).

Checklist eerste gesprek



Figuur 6

Typering cliënt

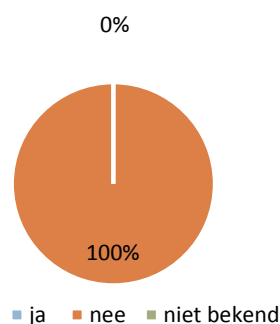


Figuur 7

4.3.5 Rapportages

Hoewel er in de zorgmappen wel rapportages aanwezig waren, geeft figuur 8 aan dat er niet gerapporteerd wordt volgens de richtlijn die de V&VN (2011) heeft opgesteld voor verpleegkundigen en verzorgenden. Uit de dossier observaties kwam naar voren dat de rapportages niet voldeden aan meerdere punten die volgens de richtlijn in de rapportages horen. De rapportages in de zorgmappen bestonden onder andere uit enkele woorden zoals ‘ogen gedruppeld’.

Rapportages volgens richtlijn

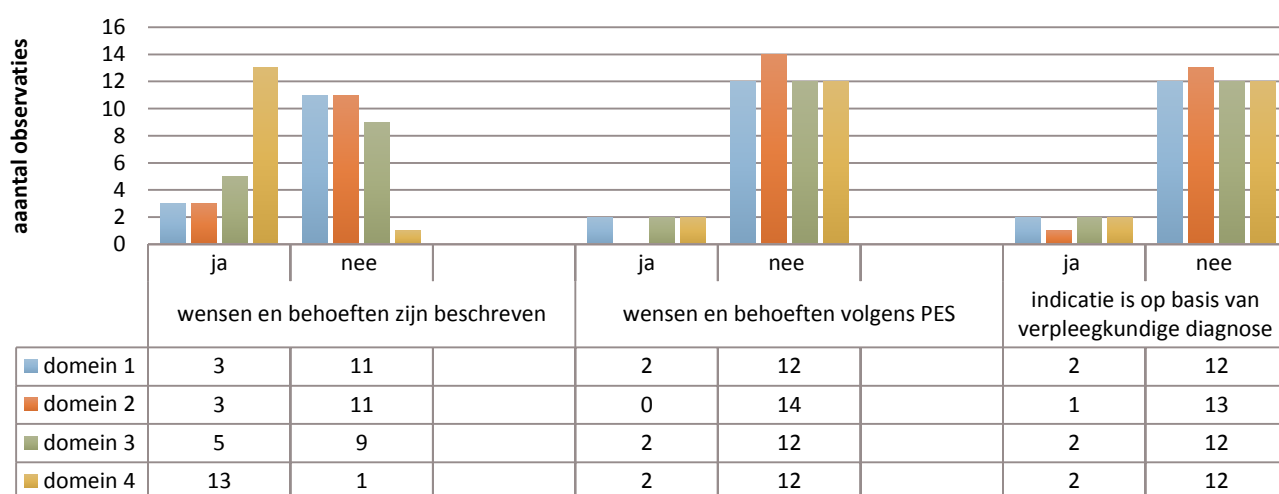


Figuur 8

4.3.6 Opzet zorgleefplan

Het zorgleefplan dat Accolade Zorggroep binnen de thuiszorg gebruikt, is opgesteld aan de hand van wensen en behoeften van de zorgvrager. Vanuit deze wensen en behoeften zijn doelen opgesteld. Naast dat er tijdens de observatie is gekeken hoe de wensen, behoeften en doelen zijn opgesteld in het zorgleefplan, is er ook gekeken of de indicatie op basis van een verpleegkundige diagnose is opgesteld. Zoals figuur 9 aangeeft zijn er vooral binnen domein 4 wensen en behoeften van de cliënt beschreven. Ook laat figuur 9 zien dat 85% van deze doelen uit domein 4 niet opgesteld zijn volgens de PES structuur (Probleem, Ethologie en Symptomen) of op basis van een verpleegkundige diagnose. Van de drie zorgvragen, die in domein 2 zijn opgesteld, bevatte één zorgvraag een verpleegkundige diagnose en geen enkele zorgvraag de PES structuur.

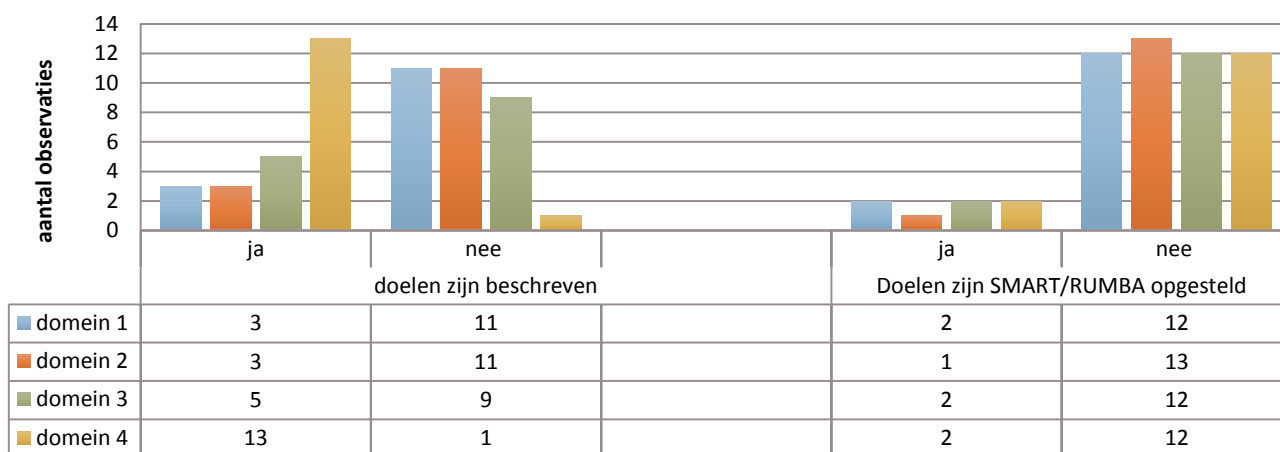
Wensen en behoeften



Figuur 9

Naast dat domein 4 de meeste zorgvragen bevat, blijkt uit de observaties, dat domein 4 ook de meeste zorgdoelen heeft. Van de zorgdoelen blijkt 85% niet te zijn opgesteld volgens de SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden) of RUMBA (Relevant, Begrijpelijk, Meetbaar, Gedrag en Haalbaar) methode, zoals figuur 10 weergeeft. Figuur 10 laat echter ook zien dat, hoewel er binnen de andere domeinen minder doelen zijn beschreven, ook hier grotendeels de doelen niet opgesteld zijn volgens de SMART of RUMBA methode.

Doelen zorgleefplan



Figuur 10

HOOFDSTUK 5 CONCLUSIE, DISCUSSIE & AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt ten eerste antwoord gegeven op de centrale vraag van het onderzoek namelijk:

Waar moet het zorgleefplan in de thuiszorg, ten aanzien van de nieuwe wet- en regelgeving omtrent de wijkverpleging, vanaf 1 januari 2015 aan voldoen en waar moet Accolade Zorggroep, locatie d' Amandelboom te Bilthoven rekening mee houden bij het implementeren van het nieuwe zorgleefplan?

Ten tweede zal de discussie worden beschreven, waarna ten slotte de aanbevelingen die voort zijn gekomen uit de conclusie worden weergegeven.

5.1 CONCLUSIE

De centrale vraag van het onderzoek wordt beantwoord door middel van de drie deelvragen, waaruit de centrale vraag is opgebouwd. De conclusies op de deelvragen komen voort uit de resultaten die beschreven staan in hoofdstuk 4.

Deelvraag 1: Wat houdt de nieuwe wet- en regelgeving vanaf 1 januari 2015 in binnen de Wijkzorg?

In de literatuurstudie van dit onderzoek worden de belangrijkste wijzigingen in de wijkzorg omschreven. Uit deze studie kwam naar voren dat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten opgesplitst is in diverse wetten zoals de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet waardoor de financiering van de zorg veranderd (Rijksoverheid, 2014). Op dit moment wordt de zorg vergoed vanuit twee segmenten, waarbij wordt uitgegaan van de toewijsbare zorg en de niet-toewijsbare zorg (Jonkers, 2014; de Groot & de Wildt, 2014). De inkoop van de wijkzorg wordt gedaan door een zorgkantoor die is aangesteld per regio. Dit zorgkantoor maakt afspraken voor alle zorgkantoren in de desbetreffende regio. Aan het contracteren van de zorg zitten bepaalde eisen, waar de zorgaanbieder aan moet voldoen. Naast de eisen die voor alle zorgkantoren gelden, heeft elk zorgkantoor nog specifieke eisen voor de zorgaanbieders (Zorgverzekeraar Nederland, 2014).

Niet alleen de financiering verandert binnen de wijkzorg, maar ook de rol van de wijkverpleegkundige heeft een ander invulling gekregen (Straaten & Bont, 2014). Vanaf januari 2015 stelt de wijkverpleegkundige aan de hand van een classificatiesysteem de indicaties op voor haar cliënten. Op basis van deze indicatie wordt de zorg gefinancierd. De Wijkverpleegkundige is naast het indiceren verantwoordelijk voor het verlenen van zorg en het organiseren & bewaken van het zorgproces (V&VN, 2014).

Deelvraag 2: Waar moet het nieuwe zorgleefplan in de thuiszorg aan voldoen en hoe pakken andere thuiszorgorganisaties dit aan?

Uit de literatuur blijkt dat het zorgleefplan moet voldoen aan verschillende eisen. Ten eerste gelden de eisen die door alle Zorgverzekeraars worden gesteld. Deze eisen bestaan uit de toegangseisen en de minimum eisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Daarnaast gelden de eisen van het zorgkantoor dat de zorg inkoop van de desbetreffende regio.

Eén van de eisen, die landelijk geldt, is dat het zorgleefplan moet voldoen aan de eisen van de richtlijn 'verslaglegging voor verpleegkundigen en verzorgenden' (V&VN, 2011). Naast deze eisen benoemt Actiz een aantal normen betreft het zorgleefplan, waar de cliënt recht op heeft als het gaat om het welzijn van de cliënt (Actiz, 2010). Tenslotte beschrijven LOC & Perspectief (2014) in hun onderzoek een aantal uitgangspunten, waar het zorgleefplan volgens ouderen, verwanten en professionals aan moet voldoen.

Uit de gesprekken met de thuiszorgorganisaties blijkt dat, hoewel een aantal organisaties nog schriftelijk werkt, zij in de toekomst allemaal digitaal gaan werken in de zorg door middel van het ECD. Voor het indiceren van de zorg gaan alle organisaties in de toekomst Omaha als classificatiesysteem gebruiken, dat ingebouwd wordt in het ECD.

Van Troost geeft aan dat veel organisaties nog niet werken met een gedigitaliseerd systeem. Dit is een punt waar nog kritisch naar gekeken moet worden zodat de verslaglegging in de zorg goed verloopt tijdens de transitie (Jonkers,2014). De kwaliteit van de verslaglegging van zorg blijkt binnen de organisaties ook niet altijd voldoende te zijn, hoewel volgens Zorgverzekeraars Nederland (2014) in 2015 de eis geldt dat de rapportage moet voldoen aan de richtlijn 'verslaglegging voor verpleegkundigen en verzorgenden' (V&VN,2014).

Op dit moment voeren twee organisaties een pilot uit betreft het ECD. Deze pilot moet de organisaties helpen om het nieuwe ECD, welke het zorgleefplan kan bevatten, goed te kunnen implementeren. Daarnaast maken meerdere organisaties gebruik van een cliëntkaart, die voortkomt uit het zorgleefplan. Deze cliëntkaart bevat specifieke acties van de cliënt zelf, sociaal netwerk en de professional.

Van de vier organisaties die deel hebben genomen aan het onderzoek, geeft één organisatie aan klaar te zijn voor de veranderingen die de transitie met zich mee brengt. Het is niet bekend hoeveel organisaties blijven werken met het daadwerkelijke zorgleefplan of dat zij voor een andere werkwijze kiezen, waardoor geen uitspraak kan worden gedaan over de toekomst van het huidige zorgleefplan.

Deelvraag 3: Waar moet Accolade Zorggroep rekening mee houden bij het implementeren van het nieuwe zorgleefplan?

Vanuit de observaties en gesprekken met de thuiszorgmedewerkers van Accolade Zorggroep locatie d' Amandelboom, blijkt dat Accolade bij het implementeren van het nieuwe zorgleefplan rekening moet houden met de volgende punten:

- Hoewel Accolade Zorggroep op dit moment werkt met zowel een digitaal als schriftelijk zorgleefplan hebben medewerkers voorkeur voor het digitaal zorgleefplan.
- Het extra domein dat dit zorgleefplan bevat, geeft verwarring maar moet wel blijven volgens de medewerkers.
- Er wordt niet gerapporteerd volgens de richtlijn 'verslaglegging voor verpleegkundige en verzorgenden' (V&VN, 2011), hoewel dit wel een eis is waar het zorgleefplan in 2015 aan moet voldoen (Zorgverzekeraars Nederland,2014).Ook blijkt er geen methode gehanteerd te worden en is er twijfel onder de medewerkers waar gerapporteerd moet. Wanneer er afspraken of wijzigingen zijn omtrent de zorgafspraken die beschreven staan in het zorgleefplan, worden die niet genoteerd door de medewerkers.
- De zorgmap wordt voorafgaand aan de zorgverlening nauwelijks gelezen.
- Er is behoefte aan intervisie gesprekken. Deze zouden in kleine groepjes moeten plaatsvinden en aansluiten bij de werkbijeenkomsten.
- De wensen en doelen worden vooral in domein vier beschreven, maar zijn niet volgens de PES methode of op basis van een verpleegkundige diagnose beschreven. Ook de doelen staan vooral in domein vier beschreven, maar zijn niet volgens de SMART of RUMBA methode opgebouwd.
- De takenlijst die op dit moment gebruikt wordt is niet specifiek genoeg. Acties moeten duidelijker en uitgebreider omschreven worden.
- De achtergrondinformatie over de cliënt wordt gemist. Dit komt ook naar voren uit de observaties, waarin de typering van de cliënt en checklist eerste gesprek, oftewel de anamnese, niet in de zorgmappen aanwezig zijn. De achtergrondinformatie betreft onder andere de levensgeschiedenis of het medicatiegebruik van de cliënt.

5.2 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt de discussie beschreven aan de hand van de keuzes die gemaakt zijn door de onderzoekers en knelpunten die naar voren kwamen tijdens de uitvoering van het onderzoek. Ten eerste wordt ingegaan op de methode van het onderzoek, waarna de inhoud wordt bediscussieerd. De discussie omtrent de methode van het onderzoek is opgebouwd aan de hand van de onderzoeksmethoden die zijn gebruikt tijdens het onderzoek.

5.2.1 Methodologische discussie

Het eerste discussiepunt in deze paragraaf betreft de observaties die plaats hebben gevonden binnen het onderzoek. Hoewel het doel in eerste instantie was om alle medewerkers te observeren, zijn er uiteindelijk zes medewerkers geobserveerd. Deze medewerkers waren, in de periode waarin de observaties plaatsvonden, het meest werkzaam binnen de thuiszorg. Ook konden zij daarnaast werkzaam zijn binnen de intramurale setting van d' Amandelboom. Deze zes medewerkers zouden door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar geobserveerd worden, maar gezien ziekte bij het personeel en de cliënten is niet elke medewerker tweemaal geobserveerd. Gezien deze situatie hebben er in plaats van twaalf observatiemomenten, negen plaatsgevonden. Tijdens de uitvoering van het onderzoek bleken bepaalde punten van de observatielijst subjectief te kunnen worden ingevuld door de onderzoekers. Deze punten zijn niet meegenomen in de resultaten van het onderzoek, om zo subjectiviteit in de uitkomsten tegen te gaan.

Het tweede discussiepunt betreft de gesprekken met de thuiszorgorganisaties. Hoewel in eerste instantie werd uitgegaan van tien deelnemende organisaties hebben, vanwege een lage respons, maar vier organisaties deelgenomen aan het onderzoek. Ook zouden de organisaties geselecteerd worden op basis van grootte, werkwijze zorgleefplan en visie, maar gezien de lage respons is dit achterwege gelaten en zijn organisaties niet geselecteerd aan de hand van deze punten. De onderzoekers hebben er voor gekozen om, nadat alle interviews hadden plaatsgevonden, de teksten te fragmenteren en te coderen om zo de gesprekken niet te beïnvloeden. Echter had het fragmenteren en coderen beter plaats kunnen vinden tijdens de periode waarin de gesprekken plaatsvonden. Op deze wijze zouden de onderzoekers specifiekere vragen kunnen stellen op bepaalde thema's.

Wel zijn de vragen voor de interviews van de medewerkers tijdens het onderzoek aangepast aan de uitkomsten van voorgaande interviews. Zo zijn er bepaalde vragen bijgekomen en bepaalde vragen achterwege gelaten, om zo meer inzicht te krijgen wat de wensen en behoeften zijn binnen het team.

Tot slot was Accolade op het moment van het onderzoek bezig met een nieuwe samenstelling van het thuiszorgteam, waardoor er geen volledig implementatieplan kon worden opgesteld. In overleg met Accolade Zorggroep is er afgesproken dat de implementatie zich beperkt tot het geven van aanbevelingen, waardoor de deelvraag van het onderzoek gedeeltelijk is aangepast. Omdat de samenstelling van het nieuwe team nog niet bekend was, hebben er alleen gesprekken plaatsgevonden met medewerkers die op dit moment alleen werkzaam zijn binnen de thuiszorg.

5.2.2 Inhoudelijk

Voordat de observaties plaatsvonden is aan de medewerkers aangegeven dat er geobserveerd werd, maar niet expliciet waarop geobserveerd werd. Door het niet vermelden van de observatiepunten werd getracht de zorgverlening niet te beïnvloeden, wat invloed zou kunnen hebben op de uitkomsten van de observatie. Tijdens een ochtend observatie, waarbij beide onderzoekers aan het observeren waren, bleken er technische problemen te zijn waardoor de zorgverlening anders verliep, wat invloed zou kunnen hebben op de uitkomsten van de observaties.

Uit onderzoek van Ploegman, Gijzel en Otte (2013) kwam naar voren dat de positie van de cliënt, sinds het invoeren van de zorgleefplan bespreking, is verbeterd. De cliënt zou bijna altijd betrokken worden bij het opstellen van het zorgleefplan, meer betrokken zijn bij het bespreken van dit plan en kunnen mee beslissen over de geleverde zorg. De regie van de cliënt zou nog wel vergroot kunnen worden, door dingen te wijzigen in het zorgleefplan. Deze veranderingen zijn ook zichtbaar binnen Accolade Zorggroep, waarbij zij nu bezig zijn met de regie van de cliënt in het zorgleefplan. Doordat Accolade Zorggroep op dit moment bezig met alle veranderingen, die transitie met zich mee brengt, was het voor de onderzoekers lastig om een duidelijk beeld te krijgen van de situatie binnen Accolade Zorggroep wat invloed zou kunnen hebben op de uitkomsten. Een voorbeeld hiervan is dat het voor de onderzoekers lastig was om te bepalen wat Accolade Zorggroep zelf al had opgezet en wat het onderzoek hier nog aan bij moest dragen.

Gezien de omvang van het onderzoek en de veranderingen die binnen Accolade op het moment van het onderzoek gaande waren, is er door de onderzoekers besloten om de steekproef van de onderzoeksmethoden aan te passen en de focusgroep met de cliëntenraad uit het onderzoek te halen. Mocht er meer inzicht verkregen willen worden in de werkwijze van het personeel in de thuiszorg of de visie van de cliënten op het zorgleefplan, dan zou er een vervolgonderzoek moeten plaatsvinden. Dit geldt ook wanneer men meer inzicht wil krijgen in de werkwijze van thuiszorgorganisaties met het zorgleefplan. Om hier goed inzicht in te krijgen zouden er meer organisaties deel moeten nemen, om zo een betrouwbaardere vergelijking te kunnen maken. Tijdens de gesprekken met de organisaties is ingegaan op de omgang met de hele transitie en niet alleen met de omgang van het zorgleefplan, omdat deze twee punten niet los van elkaar gekoppeld konden worden.

5.2.3 Verpleegkundige visie op de wijkzorg

Zoals blijkt uit dit onderzoek, zijn er veel veranderingen binnen de wijkzorg. De rol van de wijkverpleegkundige heeft hierdoor een andere invulling gekregen. Deze veranderingen hoeven volgens de HBO-V onderzoekers niet negatief te zijn. De wijkverpleegkundige krijgt een schakelfunctie en zal weer de spil in de wijk zijn (Putter, Francke, Veer & Rademakers, 2014; de Groot & de Wildt, 2014; van Wensen, 2014). Volgens de HBO-V onderzoekers maakt deze verandering, dat de wijkverpleegkundige sterker in haar vak komt te staan en meer van zichzelf als professional kan laten zien. Wel moet er voorkomen worden dat er 'upcoding' of 'undercoding' van de indicatie in het zorgleefplan ontstaat, waardoor de financiering van de zorg onjuist verloopt (Nauta, 2014).

"Een passend zorgleefplan verantwoordt op de werkvloer de noodzakelijke zorg aan een cliënt" (Nauta, 2014).

Nauta geeft hierbij aan dat het schrijven van een goed zorgleefplan niet vanzelfsprekend is en door veel zorgkundigen als lastig wordt ervaren. Daarbij is hij bang dat het zorgleefplan een financieel risico geeft. De HBO-V onderzoekers sluiten hierbij aan met de vraag, waar het zorgleefplan op is gebaseerd en of het zorgleefplan een goed hulpmiddel is voor de verpleegkundige om de zorg te kunnen blijven verantwoorden. Volgens de V&VN (2008) is het zorgleefplan namelijk gebaseerd op een visie en niet op basis van een verpleegkundige theorie.

Daarnaast maakt de transitie volgens de HBO-V onderzoekers dat de samenwerking tussen cliënt, mantelzorger en professional verbeterd kan worden omdat er nationaal en internationaal een toename is van het aantal chronisch zieken. Daarnaast is een andere verwachte ontwikkeling dat de beschikbaarheid van mantelzorgers afneemt. Dit leidt er mede toe dat er een grotere vraag ontstaat naar professionele zorg (Keurhorst, Kusters, & Laurant, 2011), waardoor een goede samenwerking van groot belang is. Het zorgleefplan zou hierin volgens de HBO-V onderzoekers een grote rol in kunnen spelen, omdat in dit plan de afspraken duidelijk weergegeven kunnen worden en daardoor de samenwerking tussen cliënt, mantelzorgers en professionals verbeterd kan worden.

Hoewel de zorg altijd verantwoord zou moeten worden door middel van een zorgplan, vragen de HBO-V onderzoekers zich af of het huidige zorgleefplan toekomst heeft gezien de veranderingen die nu spelen en in de toekomst nog zullen gaan komen.

5.3 AANBEVELINGEN

De resultaten en de conclusies die voort zijn gekomen uit dit onderzoek hebben geleid tot de aanbevelingen die in dit hoofdstuk worden beschreven. De aanbevelingen zijn onderverdeeld in drie niveaus, waarbij de aanbevelingen op microniveau gelden voor het thuiszorgteam op locatie d' Amandelboom te Bilthoven, de aanbevelingen op macroniveau voor Accolade Zorggroep als organisatie gelden en de aanbevelingen op mesoniveau gelden voor de thuiszorgorganisaties in Nederland.

Microniveau

Om het zorgleefplan, dat voldoet aan de eisen van 2015, goed te kunnen implementeren worden voor Accolade Zorggroep de volgende aanbevelingen gegeven:

- Periodiek intervisie bijeenkomsten organiseren voor collega's die alleen werkzaam zijn in de thuiszorg, omdat de uitkomsten van deze bijeenkomsten invloed kunnen hebben op het zorgleefplan en zodoende de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden.
- Scholing rapporteren & verslagleggen van zorg, zodat verslaglegging voldoet aan de richtlijn die de V&VN handhaaft. Het rapporteren en verslagleggen moet binnen de intervisie een vast thema worden zodat de kwaliteit van rapporteren en verslagleggen op het gewenste niveau blijft.
- De ontwikkelde cliëntkaart (zie bijlage 12) gebruiken voor specifieke acties in zorgverlening, die voortkomen uit het zorgleefplan.

Macroniveau

- Beleid opstellen of bijstellen voor het rapporteren van de zorg, waarin de methode en de visie op de verslaglegging vanuit Accolade Zorggroep beschreven staat. Dit beleid zorgt voor een eenduidige werkwijze binnen de organisatie.
- Het extra domein in het zorgleefplan behouden mits goede aansturing over het gebruik van dit domein. Het extra domein moet binnen de intervisie een vast thema worden zodat er op een juiste manier met het domein wordt gewerkt.

Mesoniveau

- Betere samenwerking tussen thuiszorgorganisaties om knelpunten rondom transitie samen efficiënter aan te pakken, bijvoorbeeld doormiddel van het delen van resultaten die voortkomen uit pilots, om zo tijd en geld te besparen.
- Vervolgonderzoek naar het belang van het zorgleefplan in combinatie met de classificatiesystemen.

BIBLIOGRAFIE

- Achmea. (2014). *Inkoopdocumt Wijkverpleging 2015*. Utrecht. Binnengehaald op 26 april 2015 van <https://www.achmea.nl/zorgaanbieders/downloads/Achmea%20Inkoopdocument%20Wijkverpleging%202015%2011092014.pdf>
- Actiz. (2006). *Verantwoorde Zorg: visie en verwezenlijking*. Utrecht: Actiz.
- Amsterdam, VU. (2014). *Toestemmingsformulier (Informed consent)*. Binnengehaald op 20 november 2014 van Retrieved from faculteit der Bewegingswetenschappen www.fbw.vu.nl/en/Images/toestemming_tcm85-82044.doc
- Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten: Wolters Noordhoff Uitgevers B.V
- Baarda, D.B, Peters, V., Fischer, T. & Velden, T. van der. (2005). *Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bakker, E. & Buuren, H. van. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma
- Galen, J van., Poulus, C.& van Staalduinen, W. (2014). *Woongedrag en zorggebruik ouderen*. Delft: ABF Research.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fragerström, C. & Deville, W. (2011). *Home care in Europe: a systemic literature review*. Genève: Biomed Central.
- Groot, M. D. & Wildt, J. D. (2014). *Wijkverpleegkundige zelfstandig bevoegd in nieuw systeem*. Nijmegen: De eerstelijns & eerste lijn ZZG.
- Jonkers, A. (2014). *Zorgverlener die zelf de touwtjes in handen heeft*. Utrecht: LVW.
- Keurhorst, M., Kusters, S. & Laurant, M. (2011). *de wijkverpleging van de toekomst*. Opgehaald op 24 november 2014 van www.iqhealthcare.nl
- LOC zeggenschap in de zorg & Perspectief. (2014). *Ouderen aan zet*. Utrecht: LOC.
- Mast, J. (2014). *Zoeken naar de gouden standaard*. Utrecht: Vilans.
- Nauta, F. (2014). Het zorgleefplan: een financieel risico in de AWBZ-zorg. *Headline*, 10-12.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Wet- en regelegeving AWBZ*. Opgehaald op 20 november 2014 van <http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/AWBZ/>
- NU'91, & V&VN. (2007). *Beroepshouding in de zorg*. Opgehaald op 24 november 2014 van http://www.beroepshoudingindezorg.nl/page1/page2/download2_files/beroepscode2007poster.pdf
- Oelen, M. (2015). Verpleegkundige classificaties: Is er een gouden standaard? *Nursing* (21), 42-47.
- Plochg, T. & Zwieten, M. van. (2007). *Handboek gezondheidszorg onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Ploegman, M., Gijzel, H. & Otte, W. (2013). *Eindrapportage evaluatie Besluit zorgplanbespreking*. Den Haag: Deloitte.
- Putter, I. d., Francke, A., Veer, A. d. & Rademakers, J. (2014). *De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen*. Utrecht: Nivel.
- Rijksoverheid. (2014). *Kwalitatief onderzoek*. Den-Haag. Opgehaald op 20 november 2014 van www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/overheidscommunicatie/informatie-voor-professionals/communicatieonderzoek/kwalitatief-onderzoek
- Rijksoverheid. (2014). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015*. Opgehaald op 11 februari 2015 van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015?utm_campaign=sea-t-gezondheid_en_zorg-a-zorg_en_ondersteuning_thuis_wmo_2015&utm_term=wmo&gclid=CJubr4Du2cMCFaLtAodNGYAWA
- Rijksoverheid. (2014). *Wet langdurige zorg*. Binnengehaald op 11 februari 2015 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/wet-langdurige-zorg-wlz>
- Rijksoverheid. (2014). *Rijksoverheid*. Binnengehaald op 20 november 2014 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/vraag-en-antwoord/wlz-indicatie-aanvragen.html>
- Rijksoverheid. (2014). *Vraag en antwoord hervormingen landdurige zorg veranderingen in de zorgverzekeringswet*. Binnengehaald op 20 november 2014 van [vragen-en-antwoorden-hervorming-langdurige-zorg-veranderingen-in-de-zorgverzekeringswet \(1\).pdf](#)
- Rijksoverheid. (2014). *Wet langdurige zorg vanaf 2015*. Binnengehaald op 11 februari 2015 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/vraag-en-antwoord/welke-zorg-kan-ik-krijgen-vanaf-2015-via-de-wet-langdurige-zorg-wlz.html>
- Rijksoverheid. (2015). *Veranderingen zorg en ondersteuning 2015*. Binnengehaald op 1 maart 2015 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>
- Rosendal, H. & Dorst, J.V. (2014). Indiceren met Nanda of Omaha. *Nursing*. 25-28
- Schuurmans, M., Lambregts, J., Projectgroep, V. 2. & Grotendorst, A. (2012). *Deel 3: Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht: V&V.
- Straaten, L.V. & Bont, M.D. (2014). *Wijkverpleegkundig indiceren kan niet zonder klinisch redeneren*. Utrecht: LVW.
- Omaha System Support. (2015). *Hoe het werkt*. Binnengehaald op 26 april 2015 van <http://www.omahasystem.nl/omaha/omaha-system-classificatie.html>
- Tarricone, R. & Tsouros, A. (2008). *Home care in Europe*. Milaan: World Health Organisation.
- Uden, M. van. (2010). *Checklist leven*. Zorg voor beter. Binnengehaald op 3 maart 2015 van [http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zorgleefplan/2010-001_checklist_leven\[1\].pdf](http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/Zorgleefplan/2010-001_checklist_leven[1].pdf)
- Unit 4.(2014). *Unit 4 Cura: software voor de zorg*. Unit 4. Binnengehaald op 5 mei 2015 van <http://www.unit4.nl/producten/branchespecifieke-applicaties/unit4-cura/producten>

- V&VN. (2006). *Zorgleefplanwijzer*. Binnengehaald op 24 februari 2015 van http://www.zorgleefplanwijzer.nl/downloads/cat_view/54-actiz/50-zorgleefplan-actiz.html
- V&VN. (2008). *Welke verpleegkundige theorie zit er achter het zorgleefplan*. Binnengehaald op 24 februari 2015 van <http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/veel-gestelde-vragen/item/welke-verpleegkundige-theorie-zit-er-achter-het-zorgleefplan.html>
- V&VN. (2009). *Eed van verpleegkundigen en verzorgenden*. Binnengehaald op 2 maart 2015 van <http://www.venvn.nl/Themas/Beroepscode/Eed-van-Verpleegkundigen-en-Verzorgenden>
- V&VN. (2011). *Samenvattingskaart verpleegkundige en verzorgende*. Zorgleefplanwijzer. Binnengehaald op 2 maart 2015 van http://www.zorgleefplanwijzer.nl/images/stories/documenten/samenvattingskaart-verpleegkundige-en-verzorgende_verslaglegging.pdf
- V&VN. (2014). *Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving*. Utrecht: V&VN.
- V&VN. (2014). *Richtlijn zorgleefplan*. Zorgleefplanwijzer. Binnengehaald op 24 februari 2015 van <http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/richtlijnen.html>
- V&VN, & NU'91. (2011). *Normenkader*. NU'91. Binnengehaald op 24 februari 2015 van <http://www.nu91-leden.nl/upload/file/PDF/samenvatting%20normenkader.pdf>
- Verberg, K. (2014). *overgangsregeling van AWBZ naar WMO & WLZ in 2015*. Zorgwijzer. Binnengehaald op 20 november 2014 van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/overgangsregeling-awbz>
- Viaa Hogeschool. (2015). *Viaa Hogeschool*. Binnengehaald op 24 november 2014 van www.viaa.nl/studiegids
- Vilans, Trimbos, ZonMw, V&VN, & Calibris. (2014). *Transformatrix*. Binnengehaald op 20 november 2014 van http://www.transformatrix.nl/wp-content/uploads/Methodisch_werken_met_zorgleefplan.pdf
- Wensen, R. van (2014). *AWBZ in 2015*. Zorgwijzer. Binnengehaald op 20 november 2014 van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>
- Zorgverzekeraar Nederland. (2014). *Inkoopgids wijkverpleging*. Zorgverzekeraars Nederland. Binnengehaald op 2 maart 2015 van <https://www.zn.nl/inkoopgidsen/?folderid=43089934&title=Inkoopgids+wijkverpleging>
- Zwieten, M. van & Willems, D. (2004). Methodologie van onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 38-43.

BIJLAGE 1 ANALYSESCHEMA INTERVIEW MEDEWERKERS

Kernwoord	Axiale code	Open code	Fragmentnr.
Zorgleefplan	Positieve kanten zorgleefplan	Zorgleefplan duidelijk vindbaar in map	10.1
		D.m.v. zorgleefplan communiceren met andere disciplines is positief	12.11
		Zorgleefplan maakt zorg inzichtelijk voor cliënt en kent regie toe	13.4
		Zorgleefplan om afspraken te maken rondom zorgverlening	13.1
		Zorgleefplan is communicatie middel voor betrokken partijen bij vaststellen zorgvraag	13.16
	Domein 5	Twijfels juist gebruik domein 5	10.14
		Onduidelijkheid algemeen domein	10.14
		vijfde domein actief laten	11.16
		Vijfde domein allen voor nood	11.16
		Medewerkers instrueren over gebruik 5 ^e domein	11.16
		5 ^e domein wordt veel gebruikt voor rapportage	12.16
		Extra domein geeft verwarring	14.12
	Vergelijking digitaal en schriftelijke werkwijze	Zorgplan cura helderder dan schriftelijk	10.1
		Curaweb meer uitgesplitst	10.2
		Digitaal rapporteren makkelijker i.v.m. vooropgezette thema's	10.11
		Zorgleefplan curaweb onoverzichtelijk door kopjes	11.1
		Zorgleefplan geprint onoverzichtelijk,	11.1
		digitaal zorgleefplan mooier dan schriftelijk	11.1
		Digitaal zorgleefplan stimuleert op zorgleefplan te gebruiken	11.17
		Schriftelijk makkelijker dan digitaal	12.11
		Digitaal ECD steeds makkelijker te gebruiken	12.11
		Tablet handzamer	10.11
	Takenlijst	takenlijst te summier	14.14
		meer duidelijkheid in specifieke taken zorgverlening	14.14
		Alleen takenlijst voldoende om zorg te kunnen leveren	12.13
		Rol mantelzorger niet in takenlijst	14.15
	Knelpunten en nadelen zorgleefplan	Sneller gevoel eigen regie bij map dan digitaal	13.9
		Zorgleefplan met 4 domeinen duidelijk	11.1
		Alleen in cura rapporteren werkt beter	11.17
		Zorgmap leidt soms aandacht af van daadwerkelijke zorg	10.9

		Doelen niet werkbaar opgesteld	10.16
		Kopjes zorgleefplan maken het opzetten van het zorgleefplan moeilijker	11.15
		Veel verschillende kopjes in ECD	12.2
		Te veel administratieve plichten rondom opstellen zorgleefplan	13.1
		Opstellen zorgleefplan is taalspel	13.1
		Taalniveau zorgleefplan niet overeen met niveau zorgverlener	13.1
		Anamnese, medicatie gebruik cliënt en ziektegeschiedenis missen in zorgmap	14.1
	Verbeter- en aandachtspunten zorgleefplan	Zorgleefplan wordt gezien als formaliteit waar gerapporteerd wordt	10.22
		Onvoldoende aandacht geestelijk domein	10.15
		Zorgtaken meer specificeren	10.12
		Achtergrond informatie cliënt toevoegen	10.12
		Takenlijst specificeren	10.13
		Concrete handelingen vermelden	10.16
		duidelijkheid scheppen in wensen & doelen	11.2
		Zorgleefplan moet uitgebreider opgezet worden	11.7
		Eigen regie/netwerk vermelden in zorgleefplan	11.7
		Vooropgezette kopjes verwijderen uit zorgleefplan	11.15
		Zorgleefplan om afspraken te maken rondom zorgverlening	13.1
		Prettig om probleem te categoriseren	13.6
		Zorgleefplan niet te persoonlijk maken	13.6
		Als manier van zorgverlening veranderd moet zorgleefplan veranderen	10.8
	Rapportage	Rapportage beperkt	10.1
		Geen methode rapporteren	10.3
		Missen van rapportage op doelen	10.4
		Vooropgezette thema's maakt het makkelijker om volledige rapportage te schrijven	10.11
		Onduidelijkheid wat waar te rapporteren	10.14
		Rapporteren andere domeinen dan 4 lijkt niet zinvol	10.18
		Twijfel over eigen manier van rapporteren	10.18
		Alleen rapporteren wat belangrijk is en wat er is gedaan	12.14
		Algemene rapportage maakt regie wijkverpleegkundige lastiger	11.17
Zorgverlening			

		Rapportage als verantwoordingssysteem	13.10
		Veel mondelinge overdracht	13.10
		Mondelinge overdracht riskant om informatie te missen	13.10
		Rapportage kort	14.3
		Bijzonderheden en wat gedaan is rapporteren	14.3
		Missen van reactie op rapportage	14.4
		Terugkoppeling vervolgstappen onduidelijk	14.4
		Onduidelijk waar te rapporteren	14.12
		Makkelijker rapporteren via curaweb op thema's	10.2
		Curaweb voor rapporteren bijzonderheden	14.5
		Cura bevat belangrijkste rapportagepunten	14.13
		Zorgleefplan onduidelijk op rapportage gebied	12.17
	Evaluaties	Onduidelijkheid over evaluatie doelen	10.17
		evaluatie zorgleefplan 2 x per jaar	11.4
		invullen risicosignalering afhankelijk van evaluatie	11.4
		Evaluaties worden moeilijk door onvolledige rapportages	11.12
	Knelpunten zorgverlening	Geen tijd om in zorgmap te kijken	10.10
		Tijdsdruk	10.10
		Zorgleefplan wordt niet gebruikt	11.18
		Werkdruk invloed op gebruik zorgleefplan	11.18
		Gebruikt ZLP niet veel	12.1
		ECD wordt bijna niet gelezen	12.15
		Zorgleefplan wordt niet gelezen	12.14
		Zorgleefplan wordt alleen gebruikt bij nieuwe mensen	14.2
		Zorgleefplan niet altijd vindbaar	14.2
		Zorg vaak op automatische piloot	14.2
		Lezen rapportage van tevoren te veel werk	12.3
		Geen rapportage lezen in map voor zorgverlening	14.13
		Cura rapportage lezen voor zorgverlening	14.13
		zorgleefplan en rapportages worden niet gelezen voor zorgverlening	11.3
		Geen tijd om zorgleefplan in ECD te raadplegen voor zorgverlening	12.13
		Gebruik computer lastig	14.5
	Verbeter- en aandachtspunten zorgverlening	Gesprek collega's maakt zorg completer	10.4
		Meer gesprek cliënt tussen zorgverlener	10.8
		Mantelzorger bij intake geeft rust en meer inzicht zorgvraag	12.5

		Goede zorg door zo min mogelijk woorden & systemen	13.3
		Gezamenlijke start en afronding	10.19
		Meer rust en ruimte voor overdracht	10.21
		Graag mantelzorger aanwezig bij intake	12.5
		Zorgleefplan in bijzijn cliënt invullen	13.7
		Zorgvrager actiever betrekken bij bepalen zorgvraag	13.15
		Mantelzorger betrekken bij intake	13.17
		Mantelzorgtaak meer in gesprek naar voren brengen	13.17
	Takenverdeling	EVV'ers moeten taken wijkverpleegkundige over gaan nemen	11.10
		Wijkverpleegkundige stimuleert zelfstandigheid	11.10
		Taken wijkverpleegkundige lager in team neerleggen	11.11
		Visie actief houden is verantwoordelijkheid management	13.11
		Management verantwoordelijk voor gesprekken medewerkers over visie	13.12
	Verbeter- en aandachtspunten werk- en denkwijze	Betrokkenheid medewerkers	11.19
		Behulpzaam en prettig team	14.11
		Team moet zelfsturender worden	11.9
		Team moet omslag maken naar denkwijze cliënt in regie	11.8
		Andere benaderingswijze zorgverlener	11.7
		Meer kijken naar eigen kracht cliënt i.p.v. kijken naar zorgprobleem	11.7
		Intramurale denk+werkwijze past niet bij veranderingen	11.8
		Team te afhankelijk van wijkverpleegkundige	11.10
		Richting zelfstuderende teams toewerken	11.10
		Niveau 3 en 4 moeten zorgleefplan kunnen opzetten	11.15
		Betrokkenheid team valkuil en kwaliteit	11.19
		Betrokkenheid kan ook doorslaan in te veel willen doen	11.19
		Collegialiteit verhogen	12.8
		Omgekeerde anamnese afnemen	13.18
		Omwenteling denkwijze bij personeel	13.18
		Door groot team worden dingen sneller vergeten	14.11
	visie	Intervisie als positief ervaren maar wel beperkt	10.20
		Vaker interventie in kleinere groepjes	10.20
		Intervisie koppelen aan werkbijeenkomst	11.14
		Intervisie 1x in 8 weken	11.14

		Intervisie groep klein houden	11.14
		Motivatie en openheid nodig	11.14
		Intervisie mogelijk invloed op zorgleefplan	11.14
		Intervisie om team beter te leren kennen	12.9
		Intervisie kan zorg verbeteren door goede communicatie & vertrouwen	12.9
		Gelijkheid & openheid	12.9
		Intervisie kan zorgleefplan beïnvloeden door goede communicatie	12.10
		Werkbespreking in thuiszorgteam inlassen	14.9
		Ervaringen uitwisselen in werkbespreking	14.9
		Intervisie eventueel in werkbespreking	14.10
Transitie	Kennis personeel	Niet op hoogte van doelen	10.4
		Onwetendheid ontwikkelingen transitie	10.5
		Niet op de hoogte beleid organisatie	12.7
		Geen weet van mantelzorger cliënt	14.7
		Geen contact met mantelzorgers	14.7
	Omgang transitie	Moeite uitgangspunt dat cliënt het zelf kan	10.6
		Ontwikkelingen mee in denkwijze niet in werkwijze	10.7
		Cliënten denken mee	11.5
		Manier van zorg verlenen niet veranderd	11.6
		Aanbod zorg veranderd	11.6
		Meer personeel niveau 3 en 4	11.11
		Vast team	11.11
		Meer doen voor cliënt door ontwikkelingen zorg	12.6
		Manier van zorg verlenen niet veranderd door transitie	14.6
	Scholing	Personeel scholen & begeleiden andere werkwijze en rapporteren	11.12
		Scholing zelfstandig werken	11.13
		Omslag werkwijze intra naar extramuraal	11.13
		Cursus ECD op maat	12.12
	Visie	Motieven om cliënt eigen regie te geven moet zuiver zijn	10.7
		Samenwerken met andere thuiszorg medewerkers prettig	10.19
		Zorgleefplan moet kwaliteit & communicatie verbeteren en begeleiding ondersteunen	10.22
		Zorgleefplan moet meer gezien worden als voortgangsrapport	10.22
		Cliënt in regie is uitdaging	11.5
		Onderhandelen met cliënt leuke uitdaging	11.5
		Goed verloop zorgverlening door schriftelijke afspraken is illusie	13.2

		Zorgleefplan heeft toekomst	13.4
		In toekomst gestandaardiseerd zorgleefplan	13.5
		Mogelijk meer binding zorgvrager met zorgleefplan door samen opstellen	13.8
		Christelijke identiteit groot thema binnen Accolade	13.13
		Digitaal werken onontkoombaar	13.9
		Samenwerking mantelzorger & professional vraagt tijd en inzet	12.4
		Personeel oordeelt zelf wat cliënt kan	10.6
		Weinig gesprek over achterhalen reden waarom cliënt zelf iets kan	10.6
		Spanningsveld familiale organisatie en professionaliteit	13.11
		‘wij’ sfeer kan professionaliteit belemmeren	13.13
		Kritisch wezen op visie	13.11
		Balans vinden tussen cultuur & professionaliteit visie	13.11

BIJLAGE 2 ANALYSESCHEMA INTERVIEW THUISZORGORGANISATIE

Kernthema	Axiaal	Labels	Fragmentnr.
Achtergrond organisaties	Opbouw organisatie	Hiërarchie	1.28
		Externe planners	1.29
		Planner binnen team	2.9 3.15
		8-12 medewerkers per team	2.10
		Team samenstelling is populatie afhankelijk	2.11
		Geen hiërarchie binnen team	2.16
		Zelfsturende teams	2.16 2.27
		Zelforganiserende teams	1.8
		Taken verdeeld in team	2.17
		Niveau team ligt aan zorgvraag wijk	3.11
		Eén wijkverpleegkundige per team	3.11
		Eén regio manager op 20 zelfsturende teams	3.12
		Teams van 10 – 15 personen	4.7
		Wijkverpleegkundige werkt over meerdere teams	4.7
		Wijkverpleegkundige geen onderdeel van team	4.7
		Coördinatoren organiseren en plannen zorg over twee teams	4.8
zorgleefplan	Opbouw ECD & Zorgleefplan	Doelenbied a.d.h.v. smart & PES	2.34
		Eigen dossier vanuit Actiz opgebouwd	4.1
		Zorgleefplan voor hoofdlijnen zorg	4.25
		Werkplan voor praktische realisatie zorgdoelen	4.27
		Fundum inclusief omaha	1.5
		Ondersteuningsplan op basis van omaha	1.6
		Ondersteuningsplan opgebouwd a.d.h.v. domeinen	1.32
		Doelen en acties voorgeprogrammeerd	2.8
		Nedap met omaha ingebouwd	3.2
		Samenvoegen van digitale systemen	2.18
		doelenbibliotheek	2.19
		Voorgeprogrammeerde smart doelen en acties	2.19
		Acties specialiseren op cliënt niveau	2.34
		Acties cliënt, mantel en vrijwilliger beschreven in zorgleefplan	4.25
		Meer nadruk op eigen regie	3.6
		Taken van cliënt, mantelzorger en professional in ondersteuningsplan	1.22
		Zorgleefplan toekomst andere vorm	4.13
		In toekomst digitaal ECD	4.22
		Softwareleverancier Cornell kiest voor omaha	4.4
	Modellen & Methodes	SampC	1.1

		Fundum	1.1
		Ondersteuningsplan	1.3
		Actiz zorgleefplan	2.1 4.1
		Methode indiceren onbekend	2.33
		Overstap Actiz naar andere werkwijze	3.1
		Omaha	4.4
		Risicosignaleringslijsten volgens Actiz	4.28
		Overstap naar nieuw systeem met omaha	3.1
		Komst nieuw ECD	2.7
		Één taal, 4 domeinen	2.19
		Rol mantelzorger en eigen regie ondersteuningsplan	1.19
		Zoeken in manier van werken Nanda en Omaha	3.21
	Werkwijze zorgleefplan	Omaha simpelere zorgvraag, Nanda complexere zorgvraag	3.21
		Omaha en Nanda combineren	3.1
		Digitaal	2.6
		Zorgleefplan schriftelijk	3.3 4.2 4.22 1.1
		Toekomst digitaal	3.4 4.22 1.1
		Thuiszorg heeft geen ECD	4.1
		Registeren in omaha	3.1
		Indicatiestelling digitaal	3.2
		Werken met standaard modellen	4.29
	Knelpunten zorgleefplan	Omaha en huidige zorgleefplan passen niet bij elkaar	4.1
		Zorgleefplan Actiz voorziet weinig in risicosignalering	4.3
		Ondersteuningsplan later dan indicatie	1.15
		Andere werkwijze als zorgverzekeraars oordeel m.b.t. zorgleefplan onvoldoende is of doorloop indicatie naar zorgleefplan niet loopt	4.21
		Combineren modellen niet mogelijk in verband met certificatie	3.21
	Intake & Evaluaties	Zorgleefplan bespreking 2x per jaar	4.26
		1 ^e evaluatie ondersteuningsplan tussen zes weken en drie maand	1.16
		Risicosignalering afnemen voor zorgleefplan bespreking	4.28
		Zorgleefplan gelijk opgezet bij cliënt tijdens intake	2.8
		Bij intake vragen naar rol mantelzorger	4.24
		Intake in 2 delen	3.27
		Intake bij ipad bij cliënt klantvriendelijk	3.27
		Intake a.d.h.v. vragen Actiz	4.23
	Digitale werkwijzen en knelpunten	Gebruik tablet verwarrend voor cliënt	1.25
		Praktische bezwaren ECD in thuiszorg	4.2
		Onvoldoende capaciteit implementatie fundum	1.2

		Gebruik ipad zitten nog teveel haken en ogen aan	4.22
		Technische problemen digitaal apparatuur	3.18
		Ondersteuningsplan voor kwaliteit leven	1.13
		Tablet	1.2 1.5
		Sinds 1 jaar ipads voor medewerkers	2.6
		Zorgleefplan is basis voor goede zorg	3.20
		Verpleegkundige heeft ipad	4.22
		Evv'er werkt met doelenbieb	2.20
		Vier domeinen zorgleefplan overkoepelen alles	2.2
Organisatie	Ontwikkeling binnen organisatie	Wijkverpleegkundige sinds 2008	1.7
		Kleinere teams	1.8 2.25
		Verdwijnen niveau 2	1.10 2.10 3.11
		Laagdrempelige zorg niveau 2 mits goede aansturing	1.10
		Organisatie slinkt	4.18
		Gedwongen ontslagen	4.18
		Samenvoegen systemen tot nieuw zorgleefplan	2.18
		Mantelzorgers toegang dossier d.m.v. cliëntenportaal	2.15
		Voor zomer 2015 start nieuw ECD	2.32
		Professional, mantelzorger en cliënt communiceren via Nedap	3.5
		Rapportages digitaal in laten zien	3.5
		Toekomst werken met niveau 3,4,5	2.10
		Zelforganiserende teams sinds 2 jaar	2.15
		Extra taken thuiszorg: - Casemanagement dementie - Scheiden woon en zorg - Indicatiestelling omlaag	4.17
		Clïent en personeel begrip voor situatie	2.22
		Zorgplan naar zorgleefplan	2.3
		Niveau 2 opscholen	4.10
		Zorgleefplan 1 jaar in thuiszorg	4.2
	Taken team	Klant helpen anders denken	1.19
		Verpleegkundige eindverantwoordelijk zorgverlening	4.11
		Evv'er verantwoordelijk zorgleefplan ongeacht niveau	2.12 4.11
		Niveau 5 verantwoordelijk zorgleefplan	1.12
		Management is eindverantwoordelijk zorg	1.22
		Zorgkaart/cliëntkaart ingevuld door Evv'er	2.12
		Elkaar aanspreken op rapporteren	2.15
		Gezamenlijke verantwoording zorg	2.16 2.27
		Team spreekt elkaar aan op gedrag	2.25
		Team vrijheid keuzes binnen kaders organisatie	3.14
		Resultaat behalen door plan van aanpak opgesteld door team	3.14

		Team verantwoordelijk methodisch werken	3.19
		Evv'er doet evaluaties	4.15
		Wijkverpleegkundige verantwoordelijk zorgmanagement & zorgplannen	3.15
		Teamleden eigen taken	3.15
	Taken wijkverpleegkundige	Aansturing team	1.17
		Stimulering team	1.17
		Verpleegkundige als coördinator en regisseur	1.21
		Wijkverpleegkundige als coördinator	1.29
		Wijkverpleegkundige als coach	3.10 3.19
		Wijkverpleegkundige heeft geen aansturende functie	3.15 4.8
		Wijkverpleegkundige voor kwaliteit zorg	4.8
		Wijkverpleegkundige voor indiceren, sociaal wijkteam en preventieve taken	4.9
		Geen hiërarchie binnen team	2.16
	Rapporteren	Iedereen die zorg levert behoort te rapporteren	2.13
		Rapportages lastig voor lagere niveaus	1.33
		Plan, do, check, act	3.17
		SOAP	4.12 /1.13
		Geen rapportage methode	2.13
		Alleen bijzonderheden rapporteren	2.13
		Niveau rapportage wisselend	2.14
		Afspraak rapportage verschilt per cliënt	2.15
		Rapporteren lastig voor alle niveaus	3.17
		Zorgproces door plan, do, check, act	3.17
		Geen link doelen en rapportages	4.12
		Kwaliteit rapportage verschilt per persoon	4.12
	Knelpunten organisatie	Indicatie zelf invoeren is grote slag	1.17
		Tekortkoming niveau 4	1.7
		Niveau 3&4 missen overzicht	1.12
		Meekrijgen lagere functieniveaus van zorgen voor naar zorgen dat	3.10
		Productiviteit omlaag door overschot niveau 2	3.11
		Lagere niveaus meekrijgen methodisch werken	3.18
		Verandering werkwijze probleem voor organisatie	4.1
		Hoeveelheid veranderingen niet behapbaar	4.5
	Visie	Van zorgen voor naar zorgen dat	1.3 1.32 2.21 3.10 3.25
		Uitgaan van eigen kracht	1.20
		Van zorgen naar welzijn	2.3 2.5

		Verandering denkwijze	1.6 2.21
		Eigen kracht cliënt	2.24
		Cliënt centraal	3.6
		Zorgleefplan heeft toekomst	3.20
		Eigen regie en kwaliteit zorg door planmatig methodiek	3.22
		Visie ontwikkeld in meerjarenplan	3.22
		Visie verandering naar zelf regie	3.22
		Transitie sluit aan bij visie	3.22
		Blijven vasthouden aan visie voor eigen geloofwaardigheid	3.23
		Actiz zorgleefplan goede methodiek	4.21
		Zorgleefplan afstemmen op visie	2.4
		Cliënt steeds kritischer op ondersteuningsplan	1.26
Transitie	Omgang transitie	Voorbereiden personeel op andere denkwijze	2.24
		Ondersteuning VIG op EVV functie	1.9
		Samenwerking sociaal wijkteam	1.11
		Geen verandering werkwijze	3.23
		Werkgroep ontwikkelingen 2015	1.27
		Verschillende functies in werkgroep	1.27 2.28
		Cliënt voorbereid op ontwikkelingen d.m.v. brief	1.31
		Cliënt op hoogte ontwikkelingen door media	2.22
		Team inzicht geven in financiën	2.26
		Door tools makkelijker gesprek	2.26
		Mensen van werkvloer in projectgroep	2.28
		Samenwerking unit 4 ontwerpen doelenbieb	2.35
		Cliënt meenemen in ontwikkelingen	3.9
		Regelmatig zorgverlening niv. 5	3.9
		Coach voor samenwerkingsproblemen team	3.13
		Teams op de hoogte gesteld	3.23
		Beleid goed op de markt zetten	3.23
		Aanlooproute wijkverpleegkundige inzetten juiste zorg	3.27
		Systeem declareren en risicosignalering opgepakt	4.5
		Geïnvesteerd in niveau 4	4.10
		Scholing om niveau omhoog te krijgen	4.10
		Voorheen geen niv. 5	4.10
		Personeel niet op de hoogte van verandering	4.18
		Vanaf december aan het kijken hoe wijkverpleegkundige moet werken	4.19
		Gesprek ontwikkelingen met medewerkers	4.19
		Competentietesten voor rolverdeling team	2.17
		Gebruik zelfredzaamheidmatrix	3.24
		Intranet bied tips voor vergroten zelfredzaamheid	3.26

	Scholing	Scholing weerstand en bewustwording cliënt	1.19
		Scholing eigen kracht en samenwerking mantelzorgers	2.21
		Scholing rapporteren	2.23
		Teamtrainingen communicatie en feedback	2.25
		Cursus indiceren growwork	2.33
		Scholing in nanda	3.1
		Wijkverpleegkundige scholing motiverende gespreksvoering	3.24
		Cursus growwork omaha indiceren	4.20
	Implementatie	Eén ambassadeur per team ECD	2.30
		Inbreng vanaf werkvloer in werkgroep voor goede implementatie	2.29
		Creëren van draagvlak	2.29 2.31
		Mensen meenemen in ontwikkelingen	2.31
		Karem betrokken in pilot	3.5
		Pilot ECD	2.32
		Pilot werken Nedap met ECD	3.4
		ECD voldoet aan eisen 2015	2.32
		Klaar voor veranderingen	1.24
		Zelf klaar zijn voor veranderingen	3.20
	Knelpunt transitie	Zaken niet op orde zorgverzekeraar	1.23
		Zaken niet op orde gemeente	1.24
		Geen eenduidige lijn gemeentes	1.24
		Instanties niet klaar voor veranderingen	1.25
		Geen eenduidige lijn zorgverzekeraars	3.8
		Begeleiden mantelzorger wordt niet vergoed	3.25
		Meer zorg voor minder vergoeding	4.17
		Relatie tot zorgkantoren zakelijker	3.7
		Wegdrijven van normenkader goede zorg	4.16
		Zorg meer gericht op financiën	4.16
		Wachten op omaha in systeem voor vervolgstappen	4.6
		Te kleine thuiszorg om zelf systeem te ontwikkelen	4.4
		Onduidelijkheid over gebruik implementatie omaha	4.20
Toekomst	transitie	Elke keer ondertekenen zorgleefplan door cliënt ook bij geen verandering	4.14
		Wijkverpleegkundige moet voldoen aan rollen organisatie	1.28
		Kwaliteit ondersteuningsplan boven kosten	1.30
		Mezis eis: 1 FTE medewerkers niv. 5	2.11
		Extra eis afbouwen van zorg	4.5

BIJLAGE 3 OBSERVATIEGEGEVENS

Onderstaande tabel weergeeft de uitkomsten van de praktische observaties. Het betreft alle 16 observatiepunten waarbij de eerste kolommen de exacte aantallen weergeven en de laatste kolommen de percentages van deze aantallen weergeven. Op de volgende bladzijde wordt aan de hand van twee tabellen de resultaten weergegeven van de theoretische observaties. Het betreft 38 observatie punten, waarbij C1 tot C26 de cliënten weergeven.

Observatiepunt	Aantal keer 'ja'	Aantal keer 'nee'	Aantal keer 'n.v.t.'		Percentage 'ja'	Percentage 'nee'	Percentage 'n.v.t.'
1	9	2	59		12,9	2,9	84,3
2	8	1	61		11,4	1,4	87,1
3	4	1	65		5,7	1,4	92,9
4	43	10	17		61,4	14,3	24,3
5	2	3	65		2,9	4,3	92,9
6	0	2	68		0	2,9	97,1
7	1	1	68		1,4	1,4	97,1
8	1	11	58		1,4	15,7	82,9
9	5	7	58		7,1	10	82,9
10	0	8	62		0	11,4	88,6
11	2	5	63		2,9	7,1	90
12	21	35	14		30	50	20
13	47	12	11		67,1	17,1	15,7
14	41	29	0		58,6	41,4	0
15	11	20	39		15,7	28,6	55,7
16	70	0	0		100	0	0

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
C1	ja	ja	nee	nee	nee	ja	nb	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nb	ja	ja	nee
C3	nee	ja	ja	nee	nee	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nb	ja	nee	ja
C4	nee	ja	nee	nee	nee	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
C6	ja	ja	nee	nee	nee	ja	ja	ja	nee	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	ja	ja	nee
C8	ja	ja	nee	nee	nee	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nb	nb	ja	ja	ja
C11	nee	ja	nee	nee	nee	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nb	ja	ja	nee
C12	nee	ja	nee	nee	nee	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	ja	nee
C17	ja	ja	nee	nee	nee	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	ja	nee
C18	nee	ja	nee	nee	nee	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	ja	nee
C19	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
C20	nee	ja	ja	nee	nee	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
C21	nee	ja	ja	nee	nee	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee
C23	ja	ja	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
C26	nee	nee	ja	ja	nee	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	ja	ja

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	ja	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	ja	nee	nee	ja	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	ja	nee	nee
ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja

BIJLAGE 4 INFORMED CONSENT MODEL

Nb. Dit formulier is gebaseerd op een formulier van Vrije Universiteit Amsterdam (Amsterdam, 2014)

Titel onderzoek: 'Zorgleefplan anno 2015'

Verantwoordelijke onderzoeker:.....

'In te vullen door de deelnemer'

Hierbij verklaart de deelnemer op een voor de deelnemer duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. De deelnemer weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Eventuele vragen van de deelnemer naar tevredenheid beantwoord door het onderzoeksteam.

Hierbij verklaart de deelnemer dat hij/zij begrijpt dat eventueel film-, foto, en/of geluidsmateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Hierbij stemt de deelnemer geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. De deelnemer behoud daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Plaats:.....

Datum: Handtekening deelnemer:

'In te vullen door de uitvoerende onderzoeker'

De onderzoeker heeft een mondelinge toelichting gegeven op het onderzoek. De onderzoeker 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:

Plaats:.....

Datum: Handtekening onderzoeker:

BIJLAGE 5 VRAGENLIJST THUISZORGORGANISATIE

Algemene gegevens over zorgleefplan

1. Met welk zorgleefplan model wordt er gewerkt binnen de organisatie?
2. Welke redenen zijn er om met het zorgleefplan te werken en welke redenen voor juist dit model?
3. Welke niveaus werken er met het zorgleefplan?
 - Welke taken hebben zij rondom het zorgleefplan?
4. Hoe wordt er met het zorgleefplan gewerkt? Digitaal of schriftelijk?
 - Indien digitaal, met welk programma?
5. Wordt er gerapporteerd volgens een methode?
 - Zo ja, welke?

Zorgleefplan na 2015

6. Hoe wordt er vanaf 2015 omgegaan met de nieuwe wet- en regelgeving binnen het zorgleefplan?
7. Hoe heeft men gewerkt aan het ontwikkelen van een zorgleefplan die voldoet aan de eisen die in 2015 gesteld worden?
8. Welke veranderingen zijn er ten opzichte van het oude zorgleefplan?
9. Op welke manier heeft de 'eigen regie' van de zorgvrager en de rol van de mantelzorger een plek gekregen in het zorgleefplan?
10. Welke aandachtspunten en knelpunten zijn er naar voren gekomen tijdens het implementeren van het nieuwe zorgleefplan?
11. Hoe worden indicaties opgesteld?

Opmerking:

De hierboven opgestelde vragen, zullen de hoofdvragen vormen voor het interview. Tijdens het gesprek kan het voorkomen dat er verder op de vragen in wordt gegaan.

BIJLAGE 6 VRAGENLIJST MEDEWERKERS

Enquête afstudeeronderzoek 'zorgleefplan anno 2015'

Functie binnen organisatie:

Aantal jaar werkzaam:

Aantal jaar ervaring in de thuiszorg:

Wat kunt u ons vertellen over de nieuwe wet en regelgeving rondom het zorgleefplan die per januari 2015 geldt?

Wat vindt u van deze veranderingen?

Wat zou er volgens u moeten veranderen binnen accolade zorggroep om aan deze veranderingen te kunnen voldoen?

Welke bijdrage zou u zelf willen leveren binnen deze veranderingen?

Wat heeft u hierbij nodig vanuit de organisatie?

Wat vindt u van het huidige zorgleefplan?

Zijn de doelen en wensen goed beschreven?

Hoe wordt er gerapporteerd?

Wordt er gewerkt aan de hand van de doelen en acties?

Wordt het zorgleefplan voldoende geëvalueerd?

Wie is er verantwoordelijk voor dat het zorgleefplan up to date blijft?

Wordt het zorgleefplan volledig opgezet en/of bijgewerkt?

Weergeven de indicaties de zorgproblemen?

Wat verwacht u van het nieuwe zorg-leefplan met betrekking tot de nieuwe wet en regelgeving in 2015?

Wat moet er volgens u verbeterd worden aan het zorgleefplan?

wat is er voor nodig om goed met het nieuwe zorgleefplan te kunnen werken?

Wat wilt u nog kwijt met betrekking tot het onderzoek?

	Observatie punten:	Ja	Nee	Niet bekend	Opmerking(en)
1.	Inhoudsopgave adequaat				
2.	Personalia van cliënt ingevuld				
3.	Intakeformulier ingevuld				
4.	Checklist eerste gesprek is ingevuld				
5.	Typering cliënt is beschreven				
6.	Cliënt is akkoord gegaan met zorg-leefplan				
7.	Wettelijke tegenwoordige is beschreven				
8.	Aanspreekpersonen zijn beschreven				
9.	Huisarts en apotheek staan beschreven				
10.	Medisch specialisten				
11.	Andere hulpverleners/particuliere (huishoudelijke hulp)				
12.	EVV/contactpersoon zorgorganisatie				
13.	Informatie zorgorganisatie				
14.	Er word gerapporteerd op beschreven wensen en behoeften				
15.	Rapportages zijn volgen richtlijn verslaglegging Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden,2011				
16.	Evaluatie zorgleefplan heeft tenminste 2 x per jaar plaatsgevonden Voorwaarde: zorgvrager is langer dan één jaar in zorg				
17.	In het zorgleefplan is terug te vinden dat de cliënt instemt met het plan - Al dan niet door ondertekening				
18.	In het zorgleefplan is terug te vinden dat de organisatie instemt met het plan - Al dan niet door ondertekening				
	Domein 1:				
19.	Wensen en behoeften zijn beschreven				
20.	Wensen en behoeften zijn beschreven volgens PES				
21.	Indicatie is op basis van verpleegkundige diagnose gesteld				
22.	Doelen zijn beschreven				
23.	Doelen zijn SMART/RUMBA geformuleerd				
	Domein 2:				
24.	Wensen en behoeften zijn beschreven				
25.	Wensen en behoeften zijn beschreven volgens PES				
26.	Indicatie is op basis van verpleegkundige diagnose gesteld				
27.	Doelen zijn beschreven				
28.	Doelen zijn SMART/RUMBA geformuleerd				
	Domein 3:				
29.	Wensen en behoeften zijn beschreven				
30.	Wensen en behoeften zijn beschreven volgens PES				

31.	Indicatie is op basis van verpleegkundige diagnose gesteld				
32.	Doelen zijn beschreven				
33.	Doelen zijn SMART/RUMBA geformuleerd				
	Domein 4:				
34.	Wensen en behoeften zijn beschreven				
35.	Wensen en behoeften zijn beschreven volgens PES				
36.	Indicatie is op basis van verpleegkundige diagnose gesteld				
37.	Doelen zijn beschreven				
38.	Doelen zijn SMART/RUMBA geformuleerd				

BIJLAGE 7 OBSERVATIESCHEMA

	Ja	Nee	n.v.t.	Opmerking(en)
Zorgverlening:				
Zorgverlener verleent zorg volgens alle afspraken van domein 1				
Zorgverlener verleent zorg volgens alle afspraken van domein 2				
Zorgverlener verleent zorg volgens alle afspraken van domein 3				
Zorgverlener verleent zorg volgens alle afspraken van domein 4				
Wijzigingen:				
Zorgverlener rapporteert wijzigingen of gemaakte afspraken met betrekking tot domein 1				
Zorgverlener rapporteert wijzigingen of gemaakte afspraken met betrekking tot domein 2				
Zorgverlener rapporteert wijzigingen of gemaakte afspraken met betrekking tot domein 3				
Zorgverlener rapporteert wijzigingen of gemaakte afspraken met betrekking tot domein 4				
Rapporteren:				
Zorgverlener rapporteert op doelen van domein 1				
Zorgverlener rapporteert op doelen van domein 2				
Zorgverlener rapporteert op doelen van domein 3				
Zorgverlener rapporteert op doelen van domein 4				
Overig:				
Zorgverlener houdt zich aan afspraken van het zorgleefplan				
Zorgverlener peilt of wensen en behoeftes nog kloppen				
Zorgverlener werkt volgens protocollen en richtlijnen				
Zorgverlening verloopt volgens normen zorgleefplan				

BIJLAGE 8 TAKENLIJST

Onderdeel: Week:	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
<u>voorbereidingen</u>																		
onderzoeksplan																		
Meelopen en inwerken in systeem accolade zorggroep																		
Informatie verzamelen accolade zorggroep																		
Welke organisaties en benaderen organisaties																		
Benaderen personeel interview																		
Voorbereiding rondom observaties																		
<u>uitvoering</u>																		
literatuurstudie																		
observeren																		
Gesprekken thuiszorgorganisaties																		
Interviews + test																		
<u>uitwerkingen</u>																		
Uitwerking observaties																		
Uitwerking TZ																		
Uitwerking interviews																		
<u>implementeren</u>																		
<u>onderzoeksverslag</u>																		
<u>Presenteren</u>																		
Presentatie voorbereiden																		
Zaken rondom presentatie																		
<u>nieuwsbrief</u>																		

BIJLAGE 9 LOGBOEK

Datum	Tijd	Activiteit	Wie	Afspraken
23/9/2014	1 uur	Motivatatie tot keuze afstudeeronderzoeken	Erica/Jantine	Afwachten welk onderzoek het wordt
9/10/2014	15 min	Mail naar Leida	Erica/ Jantine	
23/10/2014	30 Min	Mail naar Accolade	Erica /Jantine	
27/10/2014	30 min	Afspraak maken met Accolade en Leida	Erica/Jantine	30/10 gesprek Leida 17/11 gesprek Accolade
29/10/2014	1 uur	Voorbereiden gesprek Leida	Erica/Jantine	
30/10/2014	45 min	Gesprek Leida	Erica/Jantine	Vragen voor Accolade opgesteld, punten waar we informatie voor nodig hebben.
17/11/2014	1 uur	Gesprek met Emmy en Marion (Accolade)	Erica/Jantine	Vervolggesprekken plannen Opstellen onderzoeksplan
20/11/2014	4 uur	Gesprek Leida + Theorie uitzoeken	Erica/Jantine	Inleverdata's voor onderzoeksplan+ theorie zoeken voor theoretisch kader.
21/11/2014	45 min	Probleemstelling beschrijven	Erica	
25/11/2014	1.5 uur	Opzet/ontwerp onderzoeksplan	Jantine	3/12 samen verder met onderzoeksplan
28/11/2014	30 min	Vervolg afspraken + eindpresentatie data voorgelegd aan Marion	Jantine	
28/11/2014	1 uur	Informatie opgezocht voor theoretisch kader	Erica	
3/12/2014	30 min	Opzetten logboek	Jantine	
3/12/2014	4 uur	Begin onderzoekopzet	Erica/Jantine	Vrijdag verder bij Erica
5/12/2014	2 uur	Verder met onderzoekopzet	Erica/Jantine	Erica: • 2 instrumenten • Theorie ZLP • Ethische verantwoording • Randvoorwaarden Jantine • 2 instrumenten • Theorie WLZ/transitie/ implementatie • Validiteit • tijdschema
6/12/2014	2 uur	theoretisch kader	Erica	• Zorgleefplan beschreven

8/12/2014	5 uur	Instrumenten + tijdschema	Jantine	Nog maken: • instrument focusgroep • Theoretisch kader afmaken: Implementatie + vpk. 2020 • validiteit
9/12/2014	7 uur	Theoretisch kader & werkinstrument & operationalisering	Erica	• beschrijving gemaakt zorgleefplan • 2 observatielijsten gemaakt
9/12/2014	3 uur	Theoretisch kader	Jantine	Nog maken: • instrument focusgroep • validiteit
10/12/2014	3 uur	Ethische verantwoording & risicofactoren	Erica	
10/12/2014	3 uur	Validiteit & Betrouwbaarheid Focusgroep meetinstrument	Jantine	11/12/2014 onderzoeksplan bespreken en openstaande punten invullen
11/12/2014	3 uur	Doornemen onderzoek	Jantine/Erica	• nog afmaken lay out
11/12/2014	3 uur	Maken lay out en afronden werkinstrument	Erica	
18/12/2014	1 uur	Gesprek met Leida Feedback onderzoeksplan	Erica/Jantine	• feedback verwerken in onderzoeksverslag
3/1/2015	2 uur	Feedback verwerken	Erica/Jantine	• Jantine: instrument bijwerken • Erica: verpleegkundige relevantie • Derden verslag laten doorlezen op typfouten • Jantine verslag printen + maandag inleveren.
3/1/2015	1,5 uur	Instrumenten bijwerken + document doorlezen op spelfouten	Jantine	• 4/1 verslag laten doorlezen aan derden. • 5/1 verslag printen + inleveren.
		Afstuderen deel 2		
voorbereidingsfase				
26/01/2015	1 uur	Gesprek marion omtrent start afstuderen	Erica/Jantine	• Papieren ondertekend + rondleiding • Vervolg afspraken gemaakt • Donderdag 29/01 meelopen in de zorg
27/01/2015	3 uur	Theorie / onderzoeken gezocht omtrent onderzoeksplan	Erica/ Jantine	• 28/01 ordenen en uitschrijven concrete lijnen

28/01/2015	4 uur	Theorie zoeken/ tijdschema opgesteld voor afstudeerperiode - blokplanning opgesteld	Erica/Jantine	
29/01/2015	5 uur	Meegelopen in de praktijk, zorgmappen bekeken	Erica/Jantine	• 2/02 afspraak wijkverpleegkundige 11.00 • 2/02 organisaties zoeken die benaderd kunnen worden • Account gegevens opvragen , wanneer deze nog niet beschikbaar zijn • Nieuwe zorgmap opvragen
30/01/2015	45 min	Voorbereiding gesprek wijkverpleegkundige	Erica/Jantine	
2/02/2015	5 uur	-Gesprek wijkverpleegkundige -Met account informatie zoeken omtrent accolade -thuiszorgorganisaties opzoeken via internet -Aanpassen meetinstrumenten	Erica/Jantine	• 05/02/2015 gesprek Leida 09.30 bespreken feedback onderzoeksplan • 3/02/2015 Opzetten tekst voor telefoongesprek • Thuiszorgorganisaties benaderen en gesprek plannen • Meetinstrumenten verder aanpassen 3/02/2015 • Onderzoeksplan na gesprek aanpassen
3/02/2015	6 uur	- meetinstrumenten aangepast op inhoud - telefoon gesprek opgesteld -document met begin vragen opgesteld voor organisatie	Erica/Jantine	• observeren van 16-27 februari 2015 • marion mailen voor informatie omtrent team 05/02 • 5/02 uitwerken structuur methoden op school • thuiszorgorganisaties benaderen+ plannen 10/02/2015
04/02/2015	3 uur	- documenten voor literatuurstudie zoeken	Erica/Jantine	• literair zoekplan bijhouden
05/02/2015	5 uur	- gesprek Leida - aanpassen onderzoeksopzet	Erica/Jantine	• onderzoeksopzet 9/2 inleveren • 10/02 voortgangsgesprek Marion
9/02/2015	4 uur	-workshops op school gevolgd - onderzoeksopzet ingeleverd. - gesprek Leida over mogelijk te grote aanpak	Erica/Jantine	• mogelijk aanpassen populaties, om werkdruk aan te kunnen • literatuurstudie opzetten • thuiszorgorganisaties benaderen.

10/02/2015	5 uur	-thuiszorgorganisaties benaderd telefonisch -gesprek Lydia en Marion - mails verzonden naar organisaties	Erica/ Jantine	• telefonisch geen gehoor gekregen dus mails verzenden • Lydia zal ook nog enkele thuiszorgorganisaties terugkoppelen • Lydia en Linda worden ook deels de begeleiders. Volgende gesprek is om 9/03 met Lydia • 12/02 plannen van observaties
11/02/2015	5 uur	-literatuurstudie vormgeven	Jantine	• Opzet doornemen met Erica • Literair zoekplan bijhouden
12/02/2015	6 uur	-bellen met organisaties -cliëntenraad kennismakingsmail gestuurd -observaties gepland voor komende twee weken - mails versturen naar hen waar we meelopen - groepstesten zoeken voor implementeren	Erica/Jantine	• 2/03 11.00 gesprek met Opella thuiszorg • 16/02 beginnen met observeren • Test van caluwé zelf maken , kijken wat het meest geschikt is om af te nemen. • 16/02 langs alle extramurale zorgvragers om te vragen naar goedkeuring
13/02/2015	2 uur	-mails beantwoord -voorbereidingen voor de observaties getroffen.	Erica/ Jantine	• Mail contact met Marga Klompé omtrent plannen gesprek • Erica print observatielijsten + briefjes bewoners • Jantine print informed formulieren
Uitvoeringsfase/ uitwerking				
16/02/2015	7 uur	-mails beantwoord -observatie door besproken -Erica heeft avonddienst geobserveerd	Erica/Jantine	• Dinsdag 3 maart om 10.00 gesprek Carrint Reggeland • Donderdag 5 maart 11.00 gesprek Marga Klompé • Komende twee weken observeren. • 12 observaties zullen er plaats vinden een ieder 6 observaties
17/02/2015	6 uur	-observaties voorbereid -Jantine heeft avonddienst geobserveerd	Erica/Jantine	• Donderdag en Vrijdag ochtenddiensten observeren. • 18/02 bezig voor de literatuurstudie.
18/02/2015	5 uur	-apart van elkaar werken aan literatuurstudie	Erica/Jantine	• Elkaar stukken van literatuurstudie doornemen

		-voorbereiden observaties Donderdag en Vrijdag		• Samen nogmaals literatuurstudie doornemen wanneer ieder zijn deel af heeft.
19/02/2015	8 uur	-observeren Erica - Literatuurstudie verder aan gewerkt	Erica/Jantine	•
20/02/2015	5 uur	Observeren ochtenddienst Jantine/Erica	Erica/Jantine	
23/02/2015	1 uur	Weekplanning maken	Erica/Jantine	-observeren op dinsdag/woensdag en donderdag -literatuuronderzoek -voorbereidingen gesprekken organisaties volgende week
24/02/2015	7 uur	-observeren Jantine -literatuurstudie - camera via school gereserveerd	Erica/Jantine	-akkoord reservering volgt - literatuurstudie afmaken - observaties uitvoeren -afspraak Carrint Reggeland is verplaatst naar maandag 2 maart om 15.00
25/02/2015	10uur	-Erica heeft ochtenddienst geobserveerd - Jantine heeft avonddienst geobserveerd - de ander is ondertussen bezig geweest voor literatuurstudie	Erica/ Jantine	-Erica maakt haar deel volgende week af
26/02/2015	5 uur	-observeren ochtenddienst Jantine - Erica heeft verder gewerkt aan literatuurstudie	Erica/Jantine	-beide nemen voor maandag een camera mee, Jantine rijdt gaat om 8.45 bij huis weg. Erica print formulieren om te laten ondertekenen en vragenlijsten tweemaal Erica interviewt en Jantine Observeert
2/03/2015	6 uur	-gesprek gehad in Ede bij Opella thuiszorg s'ochtends -s' middags gesprek gehad in Hengelo bij carrint reggeland	Erica/ Jantine	
3/03/2015	7 uur	-Erica heeft gewerkt aan literatuurstudie -Jantine is begonnen met transcriberen -voorbereidingen voor Woensdag getroffen	Erica/Jantine	-woensdag om 10.00 gesprek met Careyn - om 13.00 een thuiszorgbijeenkomst in Zwolle, waarbij wij mee mogen met het management vanuit Accolade zorggroep - gesprekken met medewerkers gaan plannen in week 12/13

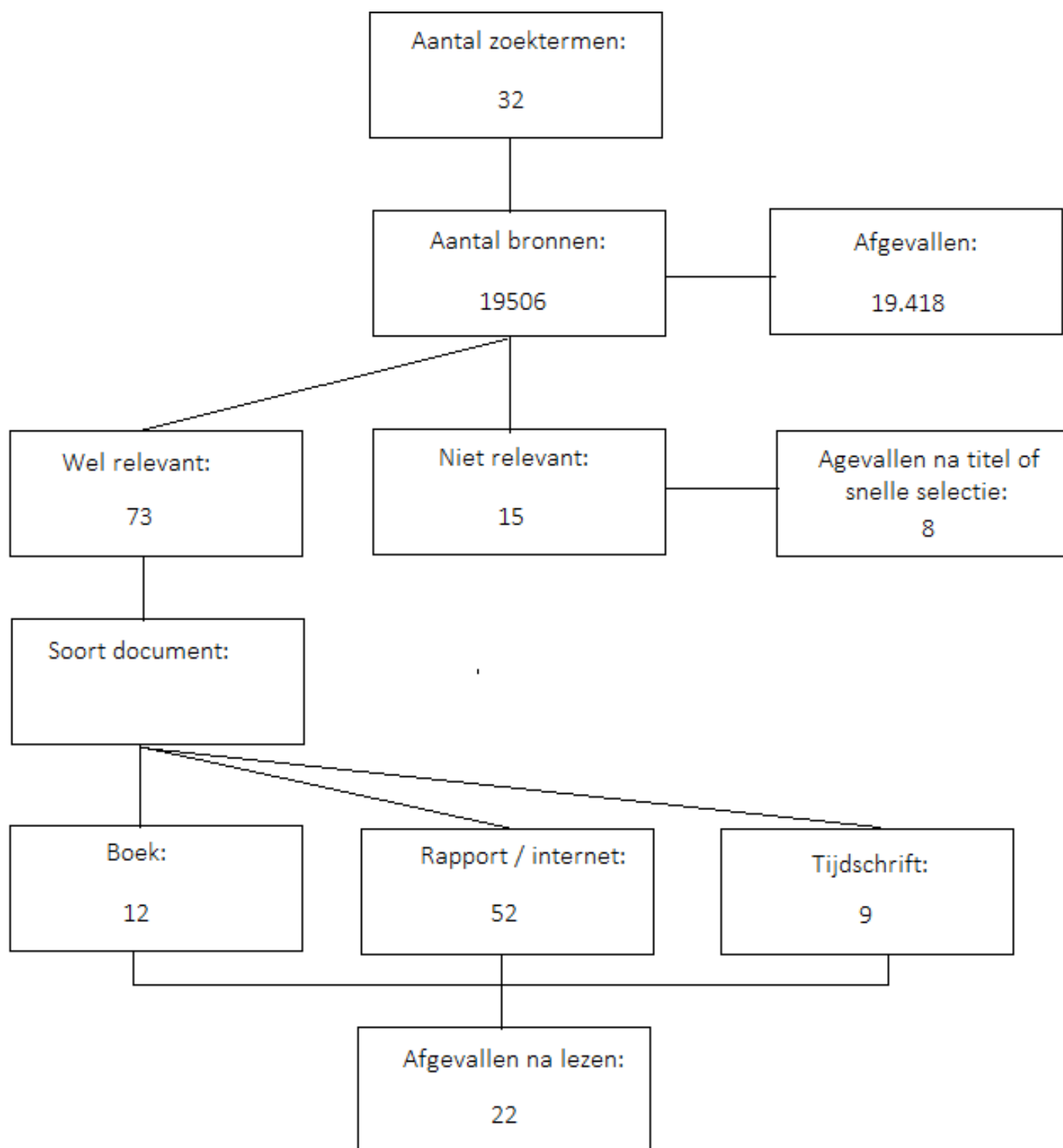
04/03/2015	8 uur	-gesprek careyn -bijeenkomst Accolade zorggroep in Zwolle	Erica/Jantine	
05/03/2015	3 uur	-gesprek Marga Klompé -1uur transcriberen	Erica/ Jantine	-ivm. Norovirus geen observaties uitgevoerd vanavond , morgenochtend vervalt ook iom. Marion
06/03/2015	5 uur (exclusief reistijd)	-Jantine transcriberen -Erica literatuurstudie, doornemen literatuur van Lydia	Erica/Jantine	Maandag workshops op school -gesprek Leida 09/03 -gesprek Marion 10/03 → navragen wie binnen het thuiszorgteam komen te werken, om hierna de interviews met werknemers te kunnen plannen
09/03/2015	6 uur	Jantine is naar workshops SPSS en Kwalitatieve analyse geweest, Erica was deze dag ziek -voortgangsgesprek Leida - Erica heeft thuis geprobeerd nog wat te transcriberen	Jantine	-Jantine Transcribeert organisatie 1 &3 -Erica transcribeert organisatie 2 & 4
10/03/2015	8 uur	-Transcriberen thuiszorginterviews -gesprek Marion & Emmy over voortgang	Erica/Jantine	-Eindpresentatie vindt plaats op 18 mei om 11.00 -5 interviews afnemen met betrekking tot werknemers mails hiervoor verzenden. -theoretische observatie nog plannen, ontbrekende gegeven invullen.
11/03/2015	8 uur	-transcriberen -mails verzonden naar werknemers m.b.t. interview	Erica/Jantine	-Interview Vrijdag nogmaals bespreken en voorbereiden voor volgende week.
12/03/2015	8 uur	-transcriberen -observaties uitgewerkt en in excel omgezet -literatuurstudie opmaak afgemaakt	Erica/Jantine	
13/03/2015	2 uur	-interview voor medewerkers voorbereid en afspraken gemaakt	Erica/Jantine	-Jantine gaat interviewen , Erica observeert
16/03/2015	5 uur	-interview met werknemer 1 afgenomen -begonnen met transcriberen door Jantine	Erica/Jantine	-kijken wanneer er theoretisch geobserveerd gaat worden.

17/03/2015	8uur	Interview met werknemer 2 afgenomen + transcriberen	Erica/Jantine	-donderdag 19/3 theoretisch observeren
18/03/2015	4 uur	Transcriberen	Erica/Jantine	
19/03/2015	9 uur	-interview thuiszorgorganisatie 5 Interview medewerker 3 -transcriberen -observeren theorie zorgleefplan	Erica/Jantine	
20/03/2015	2uur	Observatie lijsten invullen in Exel -interview medewerker 4	Erica/Jantine	
23/03/2015	4uur	Workshop verslag schrijven -transcriberen	Erica/Jantine	
24/03/2015	4 uur	Transcriberen	Erica/Jantine	
25/03/2015	4 uur	Transcriberen	Erica/Jantine	
26/03/2015	6 uur	-Transcriberen -fragmenteren uitwerking organisatie 1 afzonderlijk van elkaar + bespreken met elkaar	Erica/Jantine	
27/03/2015	2 uur	Samengevoegde fragmenten in tabel omzetten in word	Erica/Jantine	Maandag organisatie 2+ 3 fragmenteren
30/03/2015	5 uur	Fragmenteren organisatie 2+3 onafhankelijk van elkaar -besproken organisatie 2	Erica/Jantine	9.15 Leida bellen omtrent vragen kwalitatieve analyse
31/03/2015	8 uur	Fragmenteren organisatie 4 -besproken organisatie 3,4 -interview medewerker 5 -transcriberen -bel afspraak Leida 9.15	Erica/Jantine	
01/04/2015	8 uur	Fragmenteren organisatie 5	Erica/Jantine	

02/04/2015	8 uur	-fragmenteren medewerker 1 & 2+ bespreken Axiaal coderen organisatie 1+2	Erica/Jantine	In het weekend kijken waar je tijd voor hebt!
06/04/2015	2 uur	-Axiaal coderen organisatie 3 (1/2) -fragmenteren medewerker 3	Erica/Jantine	
07/04/2015	5 uur	-voortgangsgesprek Marion -Axiaal coderen organisatie 3,4	Erica/Jantine	
08/04/2015	9 uur	-Bespreken axiale coderingen organisaties -fragmenteren medewerker 4,5 + bespreken	Erica/Jantine	
Verslaglegging				
09/04/2015	8 uur	-axiaal coderen medewerkers 1-5 -kernwoorden opstellen in tabel medewerkers -begin opzet verslag	Erica/Jantine	
10/04/2015	4 uur	-Inleiding verslag geschreven	Erica/Jantine	
13/04/2015	5 uur	-Inleiding verslag af geschreven -gesprek Leida voorbereid	Erica/Jantine	
14/04/2015	5 uur	-gesprek Leida -Opzet methodiek	Erica/Jantine	
15/04/2015	4 uur	Methodiek beschreven	Erica/Jantine	
16/04/2015	2 uur	Methodiek afgeschreven	Erica/Jantine	*opmerking: Jantine was vandaag ziek
20/04/2015	4 uur	Resultaten organisatie in klad beschreven	Erica/Jantine	
21/04/2015	9 uur	Klad organisatie omgezet in verslag	Erica/Jantine	
22/04/2014	9 uur	Resultaten interview medewerkers beschreven	Erica/Jantine	
23/04/2015	8 uur	Resultaten observaties beschreven	Erica/Jantine	

24/04/2015	2 uur	Resultaten nakijken op fouten	Erica/Jantine	
28/04/2015	3 uur	Verslag nakijken op taalfouten	Erica	
29/04/2015	8 uur	Conclusie+ aanbeveling geschreven	Erica/Jantine	
30/04/2015	8 uur	Discussie + samenvatting geschreven/ bijlages toevoegen aan verslag	Erica/Jantine	
01/05/2015	3 uur	Fouten uit verslag halen	Erica/Jantine	In het weekend totale verslag individueel doornemen
03/05/2015	4 uur	Fouten uit verslag halen	Erica/Jantine	
04/05/2015	7,5 uur	Gehele verslag aanpassen	Erica/Jantine	
05/05/2015	5 uur	Verslag aanpassen/layout	Erica/Jantine	6/05/2015 verslag inleveren
06/05/2015	1 uur	Inleveren concept verslag	Erica	
11/05/2015	5 uur	Presentatie	Erica/ Jantine	Opzetten presentatie en taken verdelen
12/05/2015	7 uur	Gesprek leida en aanpassen verslag	Erica/ Jantine	Feedback gekregen en verwerkt in verslag
13/05/2015	6 uur	Aanpassen verslag	Erica/ Jantine	
14/05/2015	5 uur	Presentatie voorbereiden	Erica/ Jantine	Afzonderlijk van elkaar
15/05/2015	8 uur	Presentatie voorbereiden en aanpassen verslag	Erica / Jantine	
16/05/2015	7 uur	Presentatie voorbereiden en aanpassen verslag	Erica / Jantine	Afzonderlijk van elkaar
17/05/2015	4 uur	Presentatie voorbereiden	Erica/ Jantine	
18/05/2015	3 uur	Presentatie gehouden	Erica/ Jantine	
19/05/2015	6 uur	Fouten uit verslag halen. Lay out opmaak	Erica/ Jantine	
20/05/2015	4 uur	Fouten uit verslag halen	Erica/ Jantine	
22/05/2015	1 uur	Verslag inleveren	Erica/ Jantine	

BIJLAGE 10 ZOEKPLAN



BIJLAGE 11 CLIËNTKAART

Naam cliënt: Cliëntnummer: Ew'er:		Datum opstelling:	
Zorgdoel:			
	<i>Acties:</i>	<i>Verantwoordelijke:</i>	
<i>Ochtend:</i>			
<i>Middag:</i>			
<i>Avond:</i>			

BIJLAGE 12 POWERPOINT