

ONDERZOEKSVERSLAG

VAN EEN ONDERZOEK NAAR DE BEROEPSROL



STUDENTEN:

JANINE VAN DEN BRANDHOF, DEELTIJDSTUDENT HBO-V
HENRIKE VAN DEN BERG, VOLTIJDSTUDENT HBO-V

MEESTERPROEFBEGELEIDER:

C. T. BERGHUIS, DOCENT HBO-V

INSTELLINGSBEGELEIDERS:

G. BALLAST, MANAGER V&V

M. ROMMENS, MANAGER V&V

E. DANKERT, BELEIDSADVISEUR

ORGANISATIE:

ZORGGROEP OUDE EN NIEUWE LAND

OPLEIDING:

HBO VERPLEEGKUNDE - GEREFORMEERDE HOGESCHOOL ZWOLLE

SAMENVATTING

Op verzoek van Zorggroep Oude en Nieuwe Land (ZONL) is een onderzoek gedaan naar de vormgeving van de beroepsrol regisseur door de wijkverpleegkundigen in deze organisatie. Dit onderzoek is een inventariserend kwantitatief onderzoek met kwalitatieve aspecten, dat praktijkgericht is.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

"Op welke wijze dient de beroepsrol regisseur vormgegeven te worden in de functie van wijkverpleegkundige binnen Zorggroep Oude en Nieuwe Land?"

Onder wijkverpleegkundigen vallen in het onderzoek zowel verpleegkundigen met opleidingsniveau 4 als verpleegkundigen met opleidingsniveau 5.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gestart met een uitgebreide literatuurverkenning en een oriëntatie op de organisatie. Als onderzoeksmethodiek is gebruik gemaakt van enquêteren en interviewen. 107 wijkverpleegkundigen vormden de onderzoekspopulatie van het enquêteren. Door middel van een selecte steekproef is onder 4 van de 7 managers V&V een semi-structureerd interview gehouden. Voor de interviews is gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde vragenlijst. Zowel de enquête als de vragenlijst voor het interview is tot stand gekomen op basis van de literatuurverkenning. Op deze wijze is de verpleegkundige professionele standaard nadrukkelijk in het onderzoek betrokken.

De resultaten vanuit de enquête zijn voornamelijk kwantitatief verwerkt met behulp van het statistiekprogramma SPSS. De interviews zijn verwerkt door middel van transcriptie van de geluidsopnames. Vervolgens zijn deze geanalyseerd door het vaststellen van centrale thema's en labels waarna deze beschrijvend zijn verwerkt.

Het onderzoek heeft uitgewezen dat de vormgeving van de beroepsrol regisseur in de praktijk van ZONL redelijk overeenkomt met de wenselijke situatie zoals weergegeven in de verpleegkundige professionele standaard. Wel verschilt de mate waarin aan de verschillende taken en verantwoordelijkheid vorm wordt gegeven en vindt dit nog niet altijd effectief en efficiënt plaats. Dit laatste werd vooral zichtbaar in knelpunten die door zowel cliënten, wijkverpleegkundigen als managers V&V ervaren worden.

Een aantal belangrijke aanbevelingen die door de onderzoekers zijn gedaan, zijn:

1. Het is wenselijk dat een duidelijk beleid voor de vormgeving van het EAV-systeem ontwikkeld wordt.
2. Het is wenselijk dat er een helder onderscheid wordt aangebracht in de taken en verantwoordelijkheden op het gebied van coördinatie van zorg tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5.
3. Het is wenselijk dat de samenwerking en afstemming tussen de verpleegkundige praktijken en de zorgteams bevorderd wordt.
4. Benadruk en controleer een beter gebruik van het cliëntdossier als middel voor een adequate coördinatie van zorg.
5. Het is wenselijk dat in de planning meer zorg wordt gedragen voor continuïteit van zorg.
6. Het is wenselijk dat gewerkt wordt aan een betere algemene samenwerking en afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.
7. Het is wenselijk dat gewerkt wordt aan een betere samenwerking en afstemming tussen andere disciplines en wijkverpleegkundigen.

Daarnaast hebben de onderzoekers de organisatie ter overweging suggesties gedaan voor verder onderzoek, beleid en organisatie van zorg.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting

Voorwoord	6
------------------	---

Inleiding	7
------------------	---

1 Literatuurverkenning	8
------------------------------------	---

1.1	Regie van zorg in het opleidingsstelsel	8
1.2	Doelen	9
1.3	Inhoud regie van zorg	11
1.3.1	Taken en verantwoordelijkheden	11
1.3.2	Primair en secundair proces	18
1.3.3	Niveau 4 en niveau 5	18
1.4	Vormen	19
1.5	Eisen	19
1.6	Randvoorwaarden	19
1.7	EVV-systeem	20
1.8	Samenvatting	21

2 Achtergronden organisatie	22
---	----

2.1	Organisatiestructuur	22
2.2	Missie en visie	23
2.3	Verpleegkundige functies	24
2.4	Samenvatting	25

3 Onderzoeksvraag	26
-------------------------------	----

3.1	Onderzoeksvraag	26
3.2	Doelstelling	27
3.3	Werkdefinities	27
3.4	Verpleegkundige relevantie	28

4 Opzet en uitvoer van onderzoek	30
--	----

4.1	Type onderzoek	30
4.2	Onderzoeksopzet	31
4.3	Onderzoeksmethoden	31
4.3.1	Enquêteren	31
4.3.2	Interviewen	33
4.4	Gegevensverwerking	34
4.4.1	Enquêteren	34
4.4.2	Interviewen	34
4.5	Betrouwbaarheid	34
4.6	Validiteit	35

5 Resultaten	36
--------------------------	----

5.1	Resultaten enquête	36
5.1.1	Achtergrondgegevens	36
5.1.2	Continuïteit	36
5.1.3	Informatie en overdracht	37

5.1.4	Procedures	39
5.1.5	EAV-systeem en cliënttoewijzing	39
5.1.6	Samenwerking huisarts – wijkverpleegkundige	43
5.1.7	Samenwerking met andere disciplines	44
5.1.8	Samenwerking met zorgteams	46
5.1.9	Geven van aanwijzingen	50
5.1.10	Reageren op een gewijzigde zorgvraag	51
5.1.11	Niveau 4 en niveau 5	52
5.1.12	Eigen uitvoering	54
5.1.13	Algemene verbeterpunten	58
5.2	Resultaten interview	58
5.2.1	Achtergronden	58
5.2.2	EAV-schappen en cliënttoewijzing	59
5.2.3	Tijd voor coördinatie	60
5.2.4	Samenwerking huisarts – wijkverpleegkundige	61
5.2.5	LESA's en ketenzorg	63
5.2.6	Samenwerking met ziekenhuizen	63
5.2.7	Samenwerking met andere disciplines	64
5.2.8	Samenwerking verpleegkundige praktijken – zorgteams	65
5.2.9	Adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag	67
5.2.10	Verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5	67
5.2.11	Planning	68
5.2.12	Procedures en formulieren	69
5.2.13	Deskundigheid en scholing	70
5.2.14	Randvoorwaarden	70
5.2.15	Eigen mening/ visie	71
5.2.16	Verbeterpunten algemeen	71
5.3	Documenten en afspraken	72
5.3.1	Documenten	72
5.3.2	Afspraken ziekenhuizen	72
5.4	Tot slot	72
6	Conclusie en discussie	73
6.1	Conclusie	73
6.1.1	De organisatie van zorg binnen de verpleegkundige praktijken	73
6.1.2	Visie van ZONL op regisseren van zorg	73
6.1.3	Huidige functieomschrijving van wijkverpleegkundigen bij ZONL	73
6.1.4	De beroepsrol regisseur in de professionele standaard	73
6.1.5	De vormgeving van de beroepsrol regisseur in de huidige situatie binnen de verpleegkundige praktijken	73
6.1.6	Ervaren knelpunten door het management	79
6.1.7	Ervaren knelpunten door de wijkverpleegkundigen	80
6.1.8	Verschil in professionele standaard en het regisseren in de praktijk	82
6.2	Discussie	84
6.2.1	Methodiek	84
6.2.2	Inhoud	85

7	Aanbevelingen en suggesties voor verder onderzoek	88
7.1	Aanbevelingen	88
7.2	Suggesties voor verder onderzoek, beleid en organisatie van zorg	96
	Nawoord	100
	Literatuurlijst	101
	Eindnoten	103

Bijlagen

1. Overzicht criteria 'verantwoordelijkheid', 'complexiteit' en 'transfer'
2. Deelkwalificaties 204, 403, 503, 401 en 501
3. Competentie 3 en 4 'coördinatie van zorg'
4. Onderzoeksinstrumenten
 - a. Enquête
 - b. Interviewvragen
5. Codeboek enquête
6. Frequentietabellen resultaten enquête
7. Overzicht beantwoording open vragen enquête
8. Overzicht centrale thema's en labels interviews
9. Functie- en taakomschrijving 'Praktijkcoördinator'
10. Document 'Primair proces verzorging & verpleging'
11. Document 'Uitgangspunten planning zorg'
12. 'Start zorgverlening thuiszorg - Checklist'
13. 'Overdracht en/of afronding zorg en dienstverlening - Checklist'
14. Functieomschrijving 'Wijkverpleegkundige'
15. Functieomschrijving 'Verpleegkundige in de wijk'
16. Aanvraagformulier Verpleegkundige Consult
17. Overdracht naar ziekenhuis/ polikliniek en derden
18. Afspraken ziekenhuizen CIZ

VOORWOORD

Voor u ligt het verslag van het onderzoek dat is uitgevoerd in het kader van het afstuderen aan de opleiding HBO-V aan de Gereformeerde Hogeschool te Zwolle. Het onderzoek is uitgevoerd binnen de verpleegkundige praktijken van de organisatie Zorggroep Oude & Nieuwe Land, in de periode van september 2008 tot en met juni 2009.

Wij, de studenten, hebben het onderzoek binnen deze instelling als leuk, maar vooral leerzaam ervaren. De samenwerking met de organisatie hebben we als zeer prettig, opbouwend en betrokken ervaren. Daarvoor gaat een woord van dank uit naar Mariët Rommens, Grietje Ballast en Eeke Dankert die ons ondersteund en begeleid hebben tijdens dit onderzoek. Daarnaast gaat onze dank uit naar alle verdere betrokkenen bij dit onderzoek. De geïnterviewde managers, de verpleegkundigen uit de verpleegkundige praktijken die een enquête hebben ingevuld en als laatste gaat onze dank uit naar de begeleidend docent vanuit de opleiding Corrie Berghuis.

Wij hopen dat dit onderzoek inzicht zal bieden in hoe de regierol nu wordt uitgevoerd binnen de verpleegkundige praktijken en welke aspecten voor verbetering vatbaar zijn.

Tot slot wensen wij u veel leesplezier toe bij het lezen van dit verslag.

Henrike van den Berg

Janine van den Brandhof

Zwolle, Mei 2009

INLEIDING

Als afstudeeronderzoek hebben wij een onderzoek gedaan bij Zorggroep Oude en Nieuwe Land naar de rol van regisseur in de verpleegkundige praktijken. We liepen allebei al stage bij de organisatie en hadden bij de managers gevraagd of er een onderwerp aanwezig was voor een afstudeeropdracht. Uiteindelijk kwam er vanuit de organisatie een vraag om een onderzoek te doen naar de rol van regisseur binnen de verpleegkundige praktijken van Zorggroep Oude en Nieuwe Land. Dit naar aanleiding van twijfel of deze rol door verpleegkundigen wel voldoende werd uitgevoerd en deze rol dus voldoende 'uit de verf' kwam.

Onze onderzoeksvraag luidt dan ook:

“Op welke wijze dient de beroepsrol regisseur vormgegeven te worden in de functie van wijkverpleegkundige binnen Zorggroep Oude en Nieuwe Land?”

Onder wijkverpleegkundige verstaan de onderzoekers zowel verpleegkundigen van opleidingsniveau 5 als verpleegkundigen van opleidingsniveau 4, werkzaam in de wijk.

In dit verslag wordt het begrip wijkverpleegkundige dan ook gebruikt voor verpleegkundigen niveau 5 en 4, tenzij dit anders is aangegeven. Hiervoor is gekozen om de setting waarin deze verpleegkundigen werken te benadrukken, namelijk de wijkverpleging, en de leesbaarheid te vergemakkelijken.

In dit verslag kunt u lezen wat in de literatuur beschreven is over de rol van regisseur. Daarnaast wordt in dit verslag ingegaan op hoe de verpleegkundigen deze beroepsrol vormgeven en hoe zij dit ervaren en hoe managers over deze vormgeving denken en hoe zij dit ervaren. Vervolgens worden aanbevelingen gegeven als antwoord op de onderzoeksvraag.

In het gehele onderzoek wordt veel gesproken over de EAV-schappen waarmee gewerkt wordt binnen de organisatie waar het onderzoek plaatsvindt. Dit kan bij de lezer de indruk wekken dat de beroepsrol regisseur enkel binnen het EAV-schap uitgevoerd wordt. Om te benadrukken dat dit niet zo is, wordt dit hier expliciet benoemd. De beroepsrol regisseur krijgt ondermeer vorm in het EAV-schap maar is daartoe niet beperkt.

1. LITERATUURVERKENNING

Het onderzoeksonderwerp betreft de beroepsrol regisseur, één van de vijf beroepsrollen van de hbo-verpleegkundige.

In dit hoofdstuk wordt een verkenning en verdieping in de literatuur over deze beroepsrol weergegeven, ondermeer vanuit de verpleegkundige professionele standaard.

In de eerste paragraaf wordt kort ingegaan op de plaats van regie van zorg in het opleidingsstelsel. De opleidingskaders die een rol spelen als het gaat om de beroepsrol regisseur worden hierin weergegeven. In de tweede paragraaf worden de doelen van regie van zorg weergegeven. De derde paragraaf gaat in op de inhoud van regie van zorg. Achtereenvolgens komen de taken en verantwoordelijkheden, het primaire en secundaire proces en het verschil tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5 aan de orde. In de vierde paragraaf wordt kort ingegaan op mogelijke vormen waarin coördinatie van zorg uitgevoerd kan worden. In paragraaf vijf kort ingegaan op de eisen die aan een verpleegkundige in de rol van regisseur worden gesteld. Tot slot wordt in paragraaf 6 ingegaan op randvoorwaarden voor een adequate coördinatie van zorg.

1.1 Regie van zorg in het opleidingsstelsel

In 1996 is door de toen ingestelde Commissie Kwalificatiestructuur een rapport geschreven waarin onderscheid is gemaakt in vijf niveaus van professioneel verplegen en verzorgen, het rapport 'Gekwalificeerd voor de toekomst'. In dit rapport is het opleidingsstelsel voor de verpleging en verzorging beschreven, waaronder zogenaamde eindtermen¹. De indeling in kwalificatieniveaus is gemaakt op basis van de criteria complexiteit, verantwoordelijkheid en transfer².

Voor verpleging worden in dit rapport twee kwalificatieniveaus onderscheiden, het eerste en het tweede niveau. Onder het eerste niveau vallen verpleegkundigen niveau 5, hbo-opgeleid. Onder het tweede niveau vallen verpleegkundigen niveau 4, mbo-opgeleid. Het rapport geeft aan dat zowel verpleegkundigen niveau 4 als verpleegkundigen niveau 5 verantwoordelijk zijn voor de zelfstandige uitvoering van het zogenaamde verpleegkundig proces, dat zij de zorg rondom de cliënt organiseren en coördineren en dat zij randvoorwaardelijke taken hebben zoals kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering. Het verschil tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5 is dat verpleegkundigen niveau 5 daarnaast ook in staat zijn consult te verlenen en een voorbeeldfunctie te vervullen, een zorginhoudelijke regiefunctie vervullen en in staat zijn voorwaarden te scheppen ter verbetering van het primaire proces³. Verderop in dit hoofdstuk wordt hierop verder ingegaan.

Relevante eindtermen of deelkwalificaties uit dit rapport op het gebied van regie van zorg zijn de kwalificaties over coördinatie en continuïteit van zorg (403 en 503), plannen van verpleegkundige zorg (401 en 501) en interactie in beroepssituaties (204)⁴.

Als vervolg op het door de Commissie Kwalificatiestructuur geschreven rapport en in reactie op de ontstane behoefte aan duidelijkheid over het onderscheid tussen mbo- en hbo-niveau, is het project 'Beroepscompetenties hbo-verpleegkunde' gestart. Resultaat was het uitkomen van het boek 'Met het oog op de toekomst' in 2001⁵. In dit boek zijn de beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen beschreven, zowel algemene (kerncompetenties) als voor verschillende zorgcategorieën (beroepscompetenties). Er wordt een onderverdeling gemaakt in zogenaamde domeinen van de beroepsuitoefening. Dit zijn de domeinen zorg, organisatie van zorg en beroep. Daarnaast zijn de vijf beroepsrollen van de hbo-verpleegkundige beschreven: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

Het zal duidelijk zijn dat in het kader van dit onderzoek de beroepsrol regisseur in dit hoofdstuk wordt uitgelicht.

De beroepsrol regisseur wordt uitgevoerd binnen het domein zorg. Het gaat in dit domein zowel om zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden, individuele en collectieve preventie als om gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO)⁶. Deze drie onderdelen vormen de zogenaamde domeinspecificaties.

Voor de beroepsrol regisseur zijn een tweetal competenties beschreven. Deze zijn weergegeven in de bijlagen⁷. Het verschil tussen de twee beschreven competenties is gebaseerd op het verschil in de structuur en de werking van de curatieve en preventieve gezondheidszorg⁸. De ene competentiebeschrijving is dus meer gericht op de curatieve, de andere competentiebeschrijving meer op de preventieve gezondheidszorg. Deze competenties kunnen gezien worden als soortgelijk aan de eindtermen in het rapport van de Commissie Kwalificatiestructuur.

1.2 Doelen

Regie van zorg is geen doel op zich. Het regisseren van zorg is gericht op een aantal doelen. Vanuit de literatuur wordt het volgende beeld weergegeven.

Regie van zorg is gericht op het bereiken van een geïntegreerd, multidisciplinair, samenhangend en ononderbroken zorgaanbod⁹. Dit zorgaanbod is afgestemd op de cliënt en diens situatie, maakt optimaal gebruik van dat wat de cliënt (nog) kan en dat wat de omgeving van de cliënt kan betekenen, maakt optimaal gebruik van beschikbare hulpvormen¹⁰, wordt door de juiste persoon, op de juiste tijd, op de juiste plaats op de juiste wijze verricht¹¹, bevordert de kwaliteit van zorg en het welbevinden van de cliënt¹² waardoor de cliënt zo min mogelijk wordt belast, overlap en hiaten in de zorgverlening worden voorkomen en de zorgverlening effectief en efficiënt verleend wordt¹³.

Een hele volzin die onderstaand kort wordt toegelicht.

Continuïteit van zorg is één van de hoofddoelen van het coördineren van zorg. Continuïteit wordt in de literatuur verschillend gedefinieerd maar daaruit komt steeds weer terug dat het gaat om een ononderbroken lijn van zorg aan de cliënt¹⁴. Een continue toevoer van zorg dus. Hierbij gaat het zowel om de aspecten tijd, persoon als plaats¹⁵. De zorg dient op de juiste tijd verleend te worden, door de juiste persoon die kennis van zaken heeft en competent is tot de zorgverlening, en op de juiste plaats, die voor de cliënt zo min mogelijk belasting met zich mee brengt.

Regie van zorg is eveneens gericht op een samenhangend zorgaanbod. Sommige auteurs benoemen deze samenhang ook in hun definitie of beschrijving van continuïteit van zorg¹⁶.

Afstemming met alle betrokken partijen in het zorgproces staat centraal. Dit gebeurt door het maken van afspraken¹⁷ zodat de juiste persoon, op de juiste tijd, op de juiste plaats de zorg aan de cliënt verleent en hiaten en overlap in de zorgverlening worden voorkomen. Naast afstemming op organisatorisch niveau, staat echter ook afstemming op inhoudelijk niveau plaats. Dit wil zeggen dat de verschillende zorgverleners weten welke zorg zij aan de cliënt leveren met welk doel en dat zij deze doelstellingen ook op elkaar afstemmen¹⁸.

Regie van zorg is gericht op een geïntegreerd, multidisciplinair zorgaanbod¹⁹. Dit wil zeggen dat elke betrokken discipline niet alleen gericht is op de eigen zorgverlening, maar ook oog heeft voor en afstemt met andere disciplines die ook aan de cliënt zorg verlenen²⁰. Dit voorkomt het zogenaamde werken 'op een eiland', helpt hiaten en overlap in de zorgverlening te voorkomen, bevordert de effectiviteit en efficiëntie van zorgverlening en maakt het mogelijk gebruik te maken van elkaars deskundigheid. Iets wat de cliënt ten goede komt.

Binnen regie van zorg staat de cliënt centraal. In de literatuur wordt genoemd dat onderzoeken, behandelingen, verzorgende en verpleegkundige activiteiten en andere diensten naast hulp ook vaak een belasting voor de cliënt betekenen²¹. Een adequate coördinatie van zorg verkleint deze belasting voor de cliënt tot een minimum. Uitgangspunt van coördinatie van zorg is dan ook dat het herstel of het welbevinden van de cliënt hierbij gebaat is²².

Daarbij staat ook de uniciteit van de cliënt en diens (gezondheid)situatie centraal. Zorg op maat dus, die rekening houdt met wat ziekte of stoornis en het contact met verschillende personen in de gezondheidszorg voor de individuele cliënt betekent in diens dagelijks leven²³.

Tot slot staat effectief en efficiënt werken centraal. Hierin staat niet alleen het cliëntgerichte aspect, dat hierboven is belicht, centraal maar speelt ook kostenbeheersing een sterke rol. Concreet gaat het dan bijvoorbeeld om de inzet van een medewerker met een zo laag mogelijk functieniveau, maar wel de benodigde deskundigheid en competenties om de zorg aan de cliënt uit te voeren²⁴.

1.3 Inhoud regie van zorg

1.3.1 Taken en verantwoordelijkheden

Wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundige als regisseur?

Elke verpleegkundige is verantwoordelijk voor de door haar uitgevoerde coördinatie en het bewaken van de coördinatie van het totale zorgproces waarbij meerdere disciplines betrokken zijn. Daarbij is zij ook verantwoordelijk voor de continuïteit van de verpleegkundige zorg²⁵.

Hoe wordt vormgegeven aan bovengenoemde verantwoordelijkheid? Oftewel: waaruit bestaat coördinatie of regie van zorg nu in de praktijk? In de literatuur komt een heel scala van activiteiten naar voren die vallen onder het coördineren van zorg als regisseur.

Na bestudering van de literatuur zijn de volgende hoofdgroepen te onderscheiden:

- Vaststellen van de zorgvraag en op basis hiervan zorg toewijzen en delegeren aan andere functieniveaus binnen de verplegende en verzorgende discipline;
- Opstellen van het verpleegplan, deze zo nodig bijstellen;
- Rapporteren, informeren en overdragen;
- Observeren, monitoren, signaleren en hierop tijdig actie ondernemen;
- Proces en product van de zorgverlening en de coördinatie van die zorgverlening met de cliënt en andere betrokkenen evalueren;
- Samenwerken en afstemmen met de eigen discipline en andere functieniveaus daarbinnen;
- Samenwerken en afstemmen met andere disciplines;
- Samenwerken en afstemmen met andere instellingen, organisaties en dergelijke;
- Initiatief nemen tot en deelnemen aan overlegvormen intra- en interdisciplinair;
- Zorg dragen voor opname, ontslag of overplaatsing;
- Maken van een eigen werkplanning en hierin prioriteiten kunnen aangeven;
- Geven van aanwijzingen aan de cliënt, familie en andere zorgverleners over de wijze waarop de te verlenen zorg uitgevoerd dient te worden en de inhoud van deze zorgverlening, het geven van consult aan andere functieniveaus binnen de verplegende en verzorgende disciplines;
- Zorg dragen voor een toereikende indicatie;
- Regie voeren over en coördineren van het werken met preventie- en zorgprogramma's.

Deze hoofdgroepen worden hieronder verder uitgewerkt en toegelicht.

Vaststellen van de zorgvraag en op basis hiervan zorg toewijzen en delegeren

De eerste stap is het vaststellen van de zorgvraag van de cliënt. Hierbij wordt nagegaan welke zorg de cliënt nodig heeft, welke factoren van invloed zijn op deze zorgvraag en hoe complex de zorgvraag is. Dit resulteert in een aantal verpleegkundige diagnoses²⁶. Hierin bestaat overlap met het verpleegkundig proces waarin eveneens de zorgvraag wordt vastgesteld aan de hand van de anamnese waarna verpleegkundige diagnoses worden vastgesteld. Dit laat zien dat een goede uitvoering van het verpleegkundig proces door het afnemen van de anamnese en het opstellen en bijhouden van het verpleegplan noodzakelijk is om de zorgvraag vast te stellen, zorg toe te wijzen en deze zorg adequaat te kunnen coördineren²⁷.

Hoewel er overlap is, is coördinatie van zorg niet hetzelfde als het plannen van de verpleegkundige zorg zoals dit binnen het verpleegkundig proces plaatsvindt. Bij het plannen van verpleegkundige zorg gaat het om de diagnoses en interventies bij reacties op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen. Bij coördinatie van zorg gaat het om de afstemming van de zorgverlening op de zorgvraag van de cliënt, waarbij de zorg meer omvat dan puur verpleegkundige zorg²⁸.

Nadat in samenspraak met de cliënt diens zorgvraag is vastgesteld, vindt zorgtoewijzing plaats. Dit wordt in de literatuur ook wel benoemd als patiëntentoewijzing. In de literatuur worden diverse criteria en aandachtspunten genoemd, die gehanteerd zouden moeten worden bij de toewijzing van zorg aan andere functieniveaus. De drie criteria verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer worden het meeste genoemd²⁹. Met name complexiteit wordt vaak als criterium genoemd. Kanttekening die een aantal auteurs benoemen, is dat complexiteit een subjectief en relatief begrip is en dat dit in de literatuur niet eenduidig wordt gedefinieerd³⁰. Naast de criteria verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer worden ondermeer bevoegdheid en bekwaamheid met betrekking tot de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)³¹, de ernst van de stoornis, beperking of handicap, snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand en de voorspelbaarheid van deze wisselingen, beschikbaarheid van mantelzorg en diens draagkracht, het aantal disciplines dat aan de cliënt zorg verleend³², de functieomschrijving van de verschillende functieniveaus³³, en het type kennis en vaardigheden dat vereist is, genoemd. Wat dit laatste betreft worden contextgebonden, beroepsspecifieke en beroepsonafhankelijke kennis en vaardigheden onderscheiden. Contextgebonden kennis en vaardigheden zijn gericht op een specifieke cliëntsituatie. De kennis en vaardigheden kunnen niet toegepast worden in een andere cliëntsituatie. Beroepsspecifieke kennis en vaardigheden zijn in meerdere cliëntsituaties te gebruiken. Deze kennis en vaardigheden zijn niet aan de cliënt maar aan het beroep gebonden. Beroepsonafhankelijke kennis tot slot, is niet aan de cliëntsituatie en ook niet aan het beroep gebonden. Het zijn vaardigheden die ook in andere beroepen bruikbaar zijn. Naarmate het functieniveau toeneemt, nemen de context- en beroepsspecifieke vaardigheden af, en de beroepsonafhankelijke vaardigheden toe³⁴.

Opstellen van het verpleegplan

Zoals hierboven ook al genoemd, is het opstellen van een verpleegplan en dit zo nodig bijstellen een taak die alles met coördinatie van zorg te maken heeft. Het verpleegplan wordt in de literatuur één van de belangrijkste coördinatiegereedschappen³⁵ en het draaiboek van de regisseur genoemd³⁶.

In het verpleegplan staan diagnoses, interventies en beoogde resultaten weergegeven. Dit maakt monitoring en evaluatie mogelijk. In het verpleegplan staan de gemaakte afspraken met de cliënt en wordt vermeld wie, wat, wanneer doet.

Rapporteren, informeren en overdragen

Rapporteren en overdragen worden in de literatuur als belangrijke taken en als randvoorwaarden genoemd voor een adequate coördinatie van zorg. Rapporteren en zorg dragen voor een overdracht dragen bij aan afstemming met andere functieniveaus, andere disciplines en andere organisaties. Rapportage en overdracht zijn middelen om anderen te informeren. Daarnaast draagt dit bij aan continuïteit van zorg³⁷. Door zorgvuldig en helder rapporteren wordt inzichtelijk wie, wanneer, welke zorg aan de cliënt gegeven heeft. Het vastleggen van gemaakte afspraken geeft de verschillende zorgverleners inzicht en houvast in de dagelijkse zorgverlening. Onnodig overleg, onduidelijkheden of hiaten in de zorgverlening kunnen worden voorkomen door een goed zorgdossier en overdrachtsformulier³⁸. Een goede overdracht bevordert een ononderbroken lijn van zorgverlening aan de cliënt. Door gesignaleerde wijzigingen of andere observaties te rapporteren, maakt dit het mogelijk (door anderen) hierop adequaat te reageren. In de literatuur wordt genoemd dat de verpleegkundige maatregelen dient te treffen die voorkomen dat de cliënt elke keer opnieuw zijn verhaal moet vertellen en van 'het kastje naar de muur' wordt gestuurd³⁹. Anderen informeren, ondermeer door middel van rapportage en overdracht, behoren tot deze maatregelen.

Al met al is voldoende informatie over de cliënt en diens situatie en zorgvraag noodzakelijk voor een adequate zorgverlening en coördinatie van die zorgverlening.

Observeren, monitoren en signaleren en hierop tijdig actie ondernemen

Observeren, monitoren en signaleren zijn noodzakelijk om de zorgverlening en de effectiviteit van deze zorgverlening te bewaken. Het biedt de noodzakelijke informatie om tijdig actie te kunnen ondernemen door het aanpassen van het zorgaanbod op een gewijzigde zorgvraag.

Monitoring is het kritisch volgen en bewaken van het zorgproces. Door monitoren kan vastgesteld worden of de zorg verloopt zoals beschreven in het verpleegplan, of de beoogde resultaten uit het verpleegplan behaald zijn of er in elk geval sprake is van vooruitgang en of het zorgaanbod nog steeds voldoet aan de zorgvraag van de cliënt⁴⁰.

In de literatuur wordt benoemd dat het zaak is steeds opnieuw de situatie van de cliënt te interpreteren en op basis van ontvangen signalen zo nodig de zorginzet aan te passen aan de gewijzigde zorgvraag. Hiervoor is het noodzakelijk dat er goed geobserveerd wordt, dat er inhoudelijke kennis en deskundigheid is van ziekteprocessen, dat gesignaleerd wordt en dat deze signalen en observaties worden doorgegeven, zodat hierop ook doeltreffend gereageerd kan worden⁴¹.

Het tijdig actie ondernemen kan verschillend van vorm zijn, afhankelijk van de situatie. Centraal staat het tijdig inschakelen van de juiste instellingen en juiste personen op het juiste moment⁴². Kennis van de sociale kaart is hierbij onmisbaar. Hierbij gaat het om concrete informatie over wie, wat, wanneer kan betekenen en op welke manier wie bereikbaar is⁴³.

Het inschakelen van de juiste instellingen en personen kan zowel door de cliënt te verwijzen als door een andere discipline of instelling te consulteren⁴⁴.

Evalueren van de zorgverlening

Evaluatie van de zorgverlening is één van de stappen in zowel het verpleegkundig proces als in het coördineren⁴⁵. De verpleegkundige die een cliëntsituatie regisseert is verantwoordelijk voor de zorgverlening en coördinatie van die zorgverlening, ook als zij in die situatie niet zelf de zorg aan de cliënt verleent⁴⁶. In die situaties waarin de verpleegkundige zelf geen zorg verleent maar wel de regie heeft over de cliëntsituatie, kan zij of zelf bij de cliënt langsgaan om te evalueren of 'op afstand' evalueren door navraag te doen⁴⁷.

In de evaluatie dient zowel de zorgverlening als de coördinatie van die zorgverlening geëvalueerd te worden: product en proces⁴⁸. Hierbij wordt dus ook teruggegrepen op de doelen die met coördinatie van zorg beoogd worden, zoals continuïteit van zorg⁴⁹.

Evaluatie dient zowel tijdens als aan het einde van de zorgverlening plaats te vinden⁵⁰.

Samenwerken en afstemmen met de eigen discipline

In de beroepsrol regisseur staat samenwerking en afstemming centraal. In de eerste plaats gaat het daarbij om de samenwerking en afstemming met andere functieniveaus bestaande uit verpleegkundigen niveau 4, verzorgenden en helpenden.

In deze samenwerking staat het zorg toewijzen en delegeren van taken naar lagere functieniveaus centraal. Echter, ook het geven van aanwijzingen en adviezen hoort hierbij, waarin verderop in dit hoofdstuk wordt ingegaan. Daarnaast kan het gaan om situaties waarin verschillende functieniveaus zorg verlenen. Het gaat dan om het maken van afspraken wie, wat, wanneer doet.

In deze interdisciplinaire samenwerking zijn randvoorwaarden heldere werkafspraken en verantwoordelijkheden, ondermeer vastgelegd in een functieomschrijving⁵¹.

In de samenwerking met en toewijzing aan lagere functieniveaus kan het zo zijn dat de verpleegkundige niet zelf de regie van zorg op zich neemt. Als de verpleegkundige niet zelf de regie van zorg op zich neemt is het wel haar taak dat zij deze bewaakt⁵².

Om integrale en multidisciplinaire zorg te bereiken, dient de verpleegkundige samen te werken met andere disciplines⁵³. Daarnaast leidt multidisciplinair werken tot een verbetering van de kwaliteit van zorg⁵⁴. Binnen de eerste lijn is de huisarts de centrale discipline⁵⁵.

Aan de samenwerking met verschillende disciplines worden drie aspecten onderscheiden: het inhoudelijke, het procedurele en het relationele aspect. Het inhoudelijke aspect heeft betrekking op ieders eigen vakgebied en het kennis hebben van de vakgebieden van andere disciplines. Iedere discipline heeft hierdoor een eigen invalshoek in de zorgverlening met eigen verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid⁵⁶. Het procedurele aspect is gericht op de verschillende overlegvormen die plaats kunnen vinden. Centraal staat het maken van afspraken over de onderlinge samenwerking voor één cliënt⁵⁷. Het relationele aspect, tot slot, heeft te maken met de onderlinge omgang. Het gaat hierbij om elkaar kennen en het bereiken van persoonlijk contact⁵⁸.

Samenwerken en afstemmen met andere disciplines

In het samenwerken met andere disciplines gaat het niet alleen om afstemming wie, wat, wanneer doet, maar ook inhoudelijke afstemming. Dit wil zeggen dat de doelen van de verschillende disciplines en die van de cliënt op elkaar worden afgestemd⁵⁹. In de literatuur wordt het belang genoemd van het maken van afspraken over de frequentie, duur en vorm van overlegvormen en het vastleggen van deze afspraken⁶⁰.

Binnen de multidisciplinaire samenwerking is uitwisseling van gegevens over activiteiten en bevindingen of resultaten van groot belang. In de literatuur wordt aanbevolen gebruik te maken van classificaties en besluitvormingsmethodieken om misverstanden te voorkomen⁶¹.

Samenwerken en afstemmen met andere instellingen en organisaties

Tot slot wordt er samengewerkt met instellingen en instanties. Voorbeeld hiervan is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Overigens en niet onbelangrijk wordt er, zeker binnen de wijkverpleging, ook nauw samengewerkt en afgestemd met aanwezige mantelzorg.

In de literatuur wordt over samenwerken in het algemeen aangegeven dat het zaak is elkaars gezicht te kennen. Dit vraagt om verpleegkundigen die zich richting anderen profileren in wie zij zijn, wat zij doen en wat zij kunnen⁶².

Verder geldt dat het zaak is duidelijke afspraken te maken over ieders taken en verantwoordelijkheden en dat er voldoende overlegvormen dienen te zijn⁶³. Overleg is namelijk onmisbaar voor een goede afstemming⁶⁴.

Een mogelijk gevaar van samenwerken is dat samenwerken versnippering in de hand kan werken. Er is dan teveel afbakening tussen vakgebieden wat leidt tot isolatie in plaats van integratie en afstemming⁶⁵.

Initiatief nemen tot en deelnemen aan overlegvormen

Zoals gezegd is voor het bereiken van afstemming en samenhang overleg noodzakelijk. Het initiatief nemen tot en deelnemen aan overleg is dan ook één van de coördinerende taken. Dit overleg kan zowel met de eigen discipline als met andere disciplines plaatsvinden⁶⁶.

In de literatuur wordt niet aangegeven op welke wijze deze overlegvormen vormgegeven dienen te worden. Wel worden verschillende vormen van overleg genoemd, zoals het patiëntgerichte overleg waarin afstemming van tijdstippen van hulpverlening en niet zozeer de inhoud van zorgverlening centraal staat, werkgericht overleg waarin het functioneren van de samenwerking centraal staat en thematisch overleg gericht op het vergroten van kennis over een bepaald thema⁶⁷.

Zorg dragen voor opname, ontslag en overplaatsing

Een belangrijke taak in het bereiken van continuïteit van zorg is het zorgdragen voor opname, ontslag en overplaatsing. In vrijwel alle literatuur wordt dit benoemd⁶⁸. Er wordt niet beschreven op welke wijze deze taken uitgevoerd dienen te worden. Gerelateerd aan de doelen van continuïteit van zorg zoals eerder genoemd, kan echter wel gezegd worden dat deze taken in het teken staan van een ononderbroken lijn van zorg. Juist in de overgang van zorgsituaties is bewuste aandacht voor continuïteit van zorg van belang omdat het juist dan vaak niet vanzelfsprekend is dat de verschillende zorgvormen naadloos op elkaar aansluiten.

Maken van een eigen werkplanning en hierin prioriteiten aangeven

Tot het kunnen coördineren van zorg wordt in de literatuur ook het kunnen maken van een eigen werkplanning en het aangeven van prioriteiten hierin benoemd⁶⁹. Plannen van werk heeft alles te maken met effectief en efficiënt werken. Op welke wijze kan de zorg zo vormgegeven worden, dat de cliënt die zorg krijgt die hij nodig heeft en de juiste mensen en middelen hiervoor aangewend worden? Het maken van een werkplanning en het bepalen van prioriteiten in de eigen taken en verantwoordelijkheden zijn noodzakelijk om dit te bereiken.

Geven van aanwijzingen aan de cliënt en andere zorgverleners over de wijze en inhoud van zorgverlening

Specifieke taak binnen de beroepsrol regisseur is het geven van aanwijzingen aan cliënten, familieleden en zorgverleners over mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren en de inhoud van deze zorg⁷⁰. Dit kan onder andere bestaan uit het geven van consult aan andere functieniveaus.

Deze taak kan zowel gericht zijn op een individuele cliënt als op een groep cliënten, en wordt in de literatuur benoemd als een taak die vaak wordt uitgevoerd vanuit een specifieke coördinerende functie⁷¹.

Zorg dragen voor een toereikende indicatie

Zonder indicatiestelling is het voor zorgorganisaties niet mogelijk zorg te leveren. De verpleegkundige als regisseur heeft binnen het vaststellen van de zorgvraag ook als taak het stellen van de indicatie. Wel lijkt de literatuur dit niet alleen te beschouwen als de aanvraag van een indicatie. In de literatuur wordt deze taak in nauw verband genoemd met het vaststellen van de zorgvraag en het bepalen welke zorg door welke zorgverlener geleverd dient te worden: sterk inhoudelijk gericht dus⁷².

Regie voeren over en coördineren van het werken met preventie- en zorgprogramma's

Bovengenoemde taken en verantwoordelijkheden liggen voornamelijk op het gebied van zorg. De verpleegkundige heeft in de rol van regisseur echter ook op het gebied van preventie en gezondheidsvoorlichting en –opvoeding (GVO) een regisserende taak. Deze bestaat ondermeer uit het leidinggeven aan de uitvoering van vastgestelde programma's op dit gebied, hierin samenwerken en afstemmen met andere disciplines, en activiteiten evalueren zodat de doelen zoals beschreven in het (preventie)programma behaald worden⁷³.

Tot slot

Alle genoemde taken worden uitgevoerd binnen een proces dat soortgelijk is aan het verpleegkundig proces. Net zoals het geval is bij de uitvoering van het verpleegkundig proces worden achtereenvolgens een aantal stappen uitgevoerd, maar is het tegelijkertijd ook een cyclisch proces. Binnen coördinatie van zorg kunnen dan ook onderscheiden worden:

- Inventarisatie van de behoefte aan coördinatie van zorg;
- Vaststellen van de behoefte aan coördinatie van zorg;
- Plannen van coördinerende activiteiten;
- Uitvoeren van coördinerende activiteiten;
- Evalueren van coördinerende activiteiten⁷⁴.

1.3.2 Primair en secundair proces

De genoemde coördinerende taken vinden zowel plaats binnen het primaire als het secundaire proces van zorgverlening. Coördinatie van zorg kan namelijk op verschillende niveaus plaatsvinden zoals op cliëntniveau en het niveau van meerdere instellingen⁷⁵. Daarnaast wordt verschil gemaakt tussen het niveau van de verpleegkundige zorg en die van multidisciplinaire en transmurale zorg⁷⁶. Hoewel dus ook in het primaire proces directe coördinerende taken worden uitgevoerd zoals het zorgdragen voor een overdracht⁷⁷, wordt regisseren van zorg in de literatuur vooral benaderd als behorend tot overstijgende taken. Argumentatie hierachter is dat het overstijgend denken, zogenaamde helicopterview, en kunnen schakelen tussen de concrete situatie naar abstracter niveau en weer terug van de verpleegkundige in de rol van regisseur gevraagd wordt⁷⁸.

Verder wordt in de literatuur benoemd dat de rol van regisseur vaak het individuele zorgplan zal overstijgen⁷⁹.

1.3.3 Niveau 4 en niveau 5

In de eerste paragraaf is al naar voren gekomen dat zowel verpleegkundigen niveau 4 als verpleegkundigen niveau 5 taken en verantwoordelijkheden hebben op het gebied van coördinatie van zorg. Toch is er ook onderscheid.

Het onderscheid is volgens de opleidingskaders en de literatuur op het gebied van coördinatie van zorg hierin gelegen dat verpleegkundigen niveau 5 ten aanzien van verpleegkundigen niveau 4 een aantal specifieke, extra taken hebben.

Deze specifieke taken zijn:

- Het uitvoeren van een zogenaamde zorginhoudelijke regiefunctie, waaronder de indicatiestelling en zorgtoewijzing;
- Het geven van aanwijzingen aan de cliënt, familie en andere zorgverleners over de wijze waarop de zorgverlening uitgevoerd dient te worden en de inhoud van deze zorgverlening, of ook wel een consultfunctie genoemd;
- Het nemen van initiatief tot de evaluatie van de zorgverlening van aan andere collega's toegewezen cliënten.

De zorginhoudelijke regiefunctie bestaat uit het vaststellen van de zorgvraag, de factoren die van invloed zijn op deze zorgvraag, het bepalen welke interventies uitgevoerd moeten worden in welke volgorde door welke zorgverleners, het vervolgens toewijzen van de zorg aan deze zorgverleners om vervolgens het totale, integrale, multidisciplinaire zorgproces te coördineren. De stap bestaande uit het vaststellen van de zorgvraag tot aan de zorgtoewijzing wordt hierbij in de literatuur benoemd als de indicatiestelling⁸⁰. Hierbij gaat het ook om het vaststellen van de complexiteit van de zorgvraag⁸¹. Opvallend in vergelijking met niveau 4 is dat van verpleegkundigen niveau 5 meer gevraagd wordt in het coördineren van het totale, integrale,

multidisciplinaire zorgproces. Ligt deze taak bij niveau 4 meer op het niveau van de individuele cliënt en aantallen cliënten, bij niveau 5 is deze taak meer overstijgend en vindt deze op hoger niveau tussen instellingen, multidisciplinaire netwerken en dergelijke plaats⁸².

Het nemen van initiatief tot de evaluatie van de zorgverlening van aan andere collega's toegewezen cliënten is volgens de opleidingskaders eveneens een specifieke taak voor verpleegkundigen niveau 5⁸³.

1.4 Vormen

Regie van zorg kan in verschillende functies worden uitgevoerd. In de literatuur worden een viertal modellen onderscheiden. Dit zijn zorgcoördinatie als bijkomende taak of als aparte functie en zorgcoördinator in opdracht van de cliënt of in opdracht van een zorgaanbieder⁸⁴.

Een voorbeeld van zorgcoördinatie als bijkomende taak is het werken met het systeem van eerst verantwoordelijk verpleegkundig (EVV-systeem)⁸⁵. Zorgcoördinatie als aparte functie kan op verschillende manieren vorm krijgen. Voorbeelden zijn de functie van zorgcoördinator, transferverpleegkundige en casemanager⁸⁶.

1.5 Eisen

Aan de verpleegkundige als regisseur worden een heel aantal eisen gesteld en in de literatuur benoemd. Een niet uitputtende lijst van deze eisen zijn: het hebben van een helicopterview⁸⁷, inzicht in de sociale kaart, een grote dosis wil en durf, grensoverschrijdend kunnen werken, sociaalcommunicatieve vaardigheden⁸⁸, inzicht in ziekteprocessen, inzicht in wet- en regelgeving en methodisch kunnen werken⁸⁹.

1.6 Randvoorwaarden

In de literatuur worden door verschillende auteurs randvoorwaarden benoemd voor een adequate coördinatie van zorg.

Genoemd worden:

- Een procedure die waarborgt dat cliënten toegewezen worden aan een medewerker die de coördinatie van zorg op zich neemt⁹⁰;
- Een heldere functieomschrijving waarin werkzaamheden, bevoegdheden en verantwoordelijkheden beschreven staan⁹¹;
- Overdracht van gegevens⁹²;
- Een goed zorgdossier en overdrachtsformulier⁹³;
- Kennis van de sociale kaart⁹⁴;
- Goede planning⁹⁵;
- Duidelijke en samenhangende functie- en taakverdeling⁹⁶;
- Duidelijke procedures en werkafspraken⁹⁷;

- Goede regeling van samenwerking, ondermeer op het gebied doorverwijzing, rapportage en consultatie⁹⁸;
- Duidelijke communicatie-, overleg- en besluitvormingsstructuren op beleidsniveau ter borging van randvoorwaarden⁹⁹;

Voor de thuiszorg wordt specifiek beschikbaar van informele zorg, mantelzorg, benoemd als randvoorwaarde¹⁰⁰.

1.7 EVV-systeem

Het EVV-systeem is één van de organisatievormen binnen de verpleging¹⁰¹. EVV staat voor eerst verantwoordelijke verpleegkundige of verzorgende. De EVV heeft een coördinerende rol in de totale zorg, ook als zij deze zorg niet zelf verleent¹⁰².

Het EVV-systeem houdt in dat elke verpleegkundige een aantal cliënten toegewezen krijgt waarvan zij eerst verantwoordelijk verpleegkundige is. Deze verantwoordelijkheid houdt in dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor de planning en coördinatie van de totale zorg die aan de door haar toegewezen cliënten wordt gegeven. In principe geldt deze toewijzing voor de gehele duur dat de cliënt in zorg is. Tijdens haar diensten voert de verpleegkundige de zorg aan de aan haar toegewezen cliënten uit.

De dagen dat de eerst verantwoordelijk verpleegkundige afwezig is, wordt de zorg zoveel mogelijk door een vaste vervanger uitgevoerd. Er wordt hierbij gewerkt volgens een 'koppelsysteem'. De eerst verantwoordelijk verpleegkundige wordt bij haar afwezigheid vervangen door een vaste vervanger en vice versa¹⁰³.

De eerst verantwoordelijk verpleegkundige is ook verantwoordelijk tijdens haar afwezigheid. Consequentie is dat de verpleegkundige een vaste vervangster aanwijst tijdens haar afwezigheid. Deze vervangster handelt conform de afspraken in het verpleegplan en wijzigt deze alleen wanneer de situatie van de cliënt daar aanleiding toe geeft¹⁰⁴.

Voordelen van het EVV-systeem zijn ondermeer duidelijkheid voor cliënt en verpleegkundige, verpleegkundigen worden sterker gemotiveerd door het dragen van verantwoordelijkheid en het autonoom mogen handelen en het intensieve contact tussen de EVV en de cliënt bevordert een vertrouwensrelatie tussen beiden. Daarnaast en bovenal biedt het systeem optimale garanties voor continuïteit van zorg¹⁰⁵.

Het systeem kent ook nadelen. Zo is er nauwelijks ruimte om gezamenlijk de schouders eronder te zetten, kan het voorkomen dat een cliënt een verpleegkundige toegewezen krijgt die hem of haar niet ligt en kunnen bij langdurige zorgverlening negatieve consequenties ontstaan zoals gevoelens van machteloosheid en demotivat¹⁰⁶.

1.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is ingegaan op regie van zorg in het opleidingsstelsel, de doelen en de inhoud van regie van zorg en taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen in het uitvoeren van rol van regisseur. Het primaire en secundaire proces is aan bod geweest. Daarnaast is een vergelijking gemaakt tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. Mogelijke vormen van coördinatie van zorg en eisen zijn genoemd. Randvoorwaarden die nodig zijn voor een adequate coördinatie van zorg zoals die in de literatuur beschreven staan, zijn genoemd. Tot slot is kort informatie gegeven over het EVV-systeem.

2. ACHTERGRONDEN ORGANISATIE

Dit hoofdstuk geeft beknopte informatie over de organisatie waarbinnen het onderzoek gehouden is: Zorggroep Oude en Nieuwe Land (ZONL). Achtereenvolgens wordt ingegaan op de organisatiestructuur, missie en visie van de organisatie en de functie wijkverpleegkundige en verpleegkundige in de wijk.

2.1 Organisatiestructuur

ZONL is een thuiszorgorganisatie waarbinnen verschillende divisies onderscheiden worden. Naast de divisie Verpleging & Verzorging (V&V) worden onder andere de divisie Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar en Algemeen Maatschappelijk Werk onderscheiden.

De divisie Verpleging & Verzorging bestaat uit verschillende zorgsettings: het verpleeghuis, verzorgingshuizen en verzorging & verpleging extramuraal.

ZONL levert verpleging en verzorging in de gebieden Urk/Noordoostpolder en Steenwijkerland.

Het onderdeel verzorging & verpleging extramuraal, de thuiszorg, is als volgt georganiseerd. Verzorging en verpleging zijn op uitvoerend niveau gescheiden in zogenaamde verpleegkundige praktijken en zorgteams.

Binnen ZONL zijn een zevental verpleegkundige praktijken aanwezig, verspreid over het werkgebied. In de verpleegkundige praktijken zijn verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5 werkzaam. Zij bieden verpleging, voornamelijk bij de cliënt thuis. De verpleegkundige praktijken zijn zogenaamde zelfsturende teams. Dit wil zeggen dat de dagelijkse gang van zaken en de uitvoer van zorg aan de cliënten door de teamleden zelf wordt georganiseerd en aangestuurd. De verpleegkundigen kunnen zelfstandig beslissingen nemen met betrekking tot de zorg die zij verlenen, het plannen van de eigen werkzaamheden en het samenwerken met andere disciplines. Deze praktijken hebben de volgende kenmerken. Het zijn kleine, overzichtelijke teams van wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in de wijk, lokaal werkend in een afgebakend gebied, in nauwe relatie met de huisartsen in datzelfde werkgebied, laagdrempelig, het geheel is niet statisch, maar flexibel, inspelend op de lokale vraag¹⁰⁷.

Zowel de verpleegkundige praktijken als de zorgteams ontvangen leiding van een manager V&V. In de zorgteams zijn voornamelijk verzorgenden en verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG'ers) werkzaam. Dit is het opleidingsniveau 2 en 3. Zij bieden verzorging bij de cliënt thuis. Verzorgenden werken voornamelijk vanuit huis. Veelal krijgen zij de cliëntenroutes via de e-mail en kunnen op die manier aan hun cliënten zorg verlenen. Wanneer er mededelingen zijn wordt dat veelal ook via de mail verspreid. In principe komt een verzorgende heel weinig op kantoor.

Elk zorgteam heeft eenmaal in de veertien dagen teamoverleg. Een manager stuurt de zorgteams meer aan dan de verpleegkundige praktijken en heeft daar ook meer zicht op. Bij vragen of knelpunten kan een verpleegkundige geconsulteerd worden door een verzorgende.

In de literatuurverkenning is ingegaan op het EVV-systeem. In de organisatie wordt gewerkt met het EAV-systeem. Hierin zitten weinig verschillen. Het EAV-systeem wordt op een soortgelijke wijze gehanteerd als het EVV-systeem.

Bij zowel verzorging als verpleging wordt gewerkt met eerst aanspreekbare verpleegkundigen/verzorgenden (EAV-schappen). Elke cliënt krijgt bij de start van de zorgverlening een EAV toegewezen die voor de cliënt het aanspreekpunt is bij bijzonderheden, vragen of onduidelijkheden. De EAV heeft als taak om de zorg zo continue mogelijk te laten verlopen. Zij dient bijvoorbeeld het cliëntdossier op orde te maken en te houden, zodat voor iedereen duidelijk is wat de zorgvraag van de cliënt is, welke zorg uitgevoerd dient te worden en welke doelen nagestreefd worden. Ondermeer met de EAV-schappen wordt gestreefd naar continuïteit van zorg. Ook in de planning wordt daar naar gestreefd. De planning wordt gedaan door inzetplanners die daarmee sturing kunnen geven aan continuïteit van zorg.

In de organisatie is Bureau Zorgondersteuning (BZO) aanwezig. Dit bureau draagt ondermeer zorg voor externe contacten met ziekenhuizen en dergelijke en verwerkt de aanmelding van nieuwe cliënten.

2.2 Missie en visie

De missie van ZONL is als volgt omschreven.

“Op ons kun je rekenen”

“Zorggroep Oude en Nieuwe Land is een maatschappelijke organisatie, die vanuit een sterke verbondenheid met lokale gemeenschappen in Steenwijkerland, Noordoostpolder en Urk er op gericht is om maatschappelijk actief te zijn en initiatieven te nemen op het terrein van gezondheid, welzijn, wonen en dienstverlening, in het bijzonder voor mensen die op grond van ziekte, handicap, leeftijd en/of sociale achterstand in de knel (dreigen te) komen.

Deze activiteiten en initiatieven beogen gezondheid en welzijn zoveel mogelijk te bevorderen en tekorten zoveel mogelijk weg te nemen of op te vullen, om zo bij te dragen aan de kwaliteit van leven en samenleven in deze regio. Belangrijk uitgangspunt hierbij is het handhaven van de zelfstandigheid en zelfbeschikking.

Mensen een helpende hand bieden betekent treden in de levenssfeer van die ander. Zorggroep Oude en Nieuwe Land wil dit integer en met respect doen. Daarbij wordt gewerkt op een

kundige, duidelijke en eerlijke manier, transparant en dus toetsbaar. Aandacht voor een optimale kwaliteit van behandeling, zorg-, hulp- en dienstverlening is hierbij vanzelfsprekend.

Zorggroep Oude en Nieuwe Land zal, waar mogelijk, door samen te werken de samenhang van voorzieningen in de drie gemeenten bevorderen en onderhouden door met andere aanbieders van zorg en diensten als keten te functioneren. Zorggroep Oude en Nieuwe Land wil zo overal in haar werkgebied bijdragen aan een grotere variëteit aan mogelijkheden om mensen in staat te stellen zoveel mogelijk naar eigen voorkeur en behoefte gebruik te maken van de verschillende vormen van vrijwillige en professionele hulp, zorg en dienstverlening”¹⁰⁸.

De visie op de rol van regisseur vanuit ZONL luidt als volgt:

“Het meest kenmerkende van een regisseur is dat zij aanwijzingen geeft aan anderen over de wijze waarop de ‘spelers’ hun rol moeten vervullen. De verpleegkundige geeft in de rol van regisseur aanwijzingen aan andere verpleegkundigen en verzorgenden over de wijze waarop zij de zorgactiviteiten moeten uitvoeren. Meestal zal zij dit doen vanuit een functie waarin zij verantwoordelijk is voor de samenhang van het gehele zorgproces voor een bepaalde zorgvrager. Hierin is overleg, afstemming en doelbepaling met andere disciplines van essentieel belang. Het bereiken en bewaken van continuïteit in de zorg is een belangrijk doel. De continuïteit van zorg zal afgestemd moeten zijn op de kwaliteit van leven van de cliënt. De rol van regisseur zal vaak het individuele zorgplan overstijgen. Om de rol van regisseur te vervullen, dient de verpleegkundige te beschikken over een breed scala van sociale vaardigheden, onderhandelings- en conflicthanteringsvaardigheden, overtuigingskracht, inzicht in de sociale kaart, en een grote dosis wil en durf om doelen te bereiken. Hiervoor is ook het hanteren van goede professionele argumentatie van belang, losgekoppeld van emoties, die soms een rol spelen. Bewustzijn hiervan en hiermee om kunnen gaan is essentieel”¹⁰⁹.

2.3 Verpleegkundige functies

Binnen de verpleegkundige praktijken van ZONL zijn zowel verpleegkundigen niveau 4 als verpleegkundigen niveau 5 werkzaam. Beide functies hebben binnen de organisatie een andere naam en functieomschrijving.

Verpleegkundigen niveau 4 zijn verpleegkundige in de wijk, verpleegkundigen niveau 5 zijn wijkverpleegkundige.

Verschillen die in de functiebeschrijving naar voren komen zijn als volgt.

Wijkverpleegkundigen leveren zorg in meestal hoogcomplexere situaties die sterk aan verandering onderhevig zijn. Zij geven functioneel aanwijzingen aan collega's, waaronder verpleegkundigen in de wijk. Verpleegkundigen in de wijk leveren zorg in cliëntsituaties die gemiddeld tot hoogcomplex en sterk aan verandering onderhevig zijn.

Wijkverpleegkundigen hebben regelmatig contact met collega's van andere eenheden of afdelingen, voor verpleegkundigen in de wijk is dit contact incidenteel.

Wijkverpleegkundigen onderhouden het contact met huisartsen en hebben regelmatig contact met andere hulpverleners uit de eerste en tweede lijn, verpleegkundigen in de wijk hebben contact met huisartsen en incidenteel contact met andere hulpverleners uit de eerste en tweede lijn.

Wijkverpleegkundigen hebben naast het vaststellen en plannen van verpleegkundige zorg, ook nadrukkelijk een taak en verantwoordelijkheid in het coördineren van de verpleegkundige zorg. Meer dan verpleegkundigen in de wijk. Het verschil komt in de functieomschrijving hierin naar voren dat wijkverpleegkundigen in tegenstelling tot verpleegkundigen in de wijk op basis van het verpleegplan taken toewijst aan collega's, zij het zorgproces binnen het eigen team en met andere disciplines binnen en buiten de organisatie coördineert, terwijl dit voor verpleegkundigen in de wijk enkel rond de individuele cliënt ligt.

Verder verschil ligt hierin dat wijkverpleegkundigen ook het mee ontwikkelen van verpleegbeleid en kwaliteitszorg op organisatieniveau in hun takenpakket hebben, in tegenstelling tot verpleegkundigen in de wijk die daarin een veel kleinere taak en verantwoordelijkheid hebben en van wijkverpleegkundigen meer dan verpleegkundigen in de wijk overzicht over de totale zorgverlening en signalerend en interveniërend vermogen wordt gevraagd¹¹⁰.

In dit onderzoek wordt gesproken van wijkverpleegkundigen. Hieronder verstaan de onderzoekers, in tegenstelling tot de functienaam die binnen de organisatie waar het onderzoek plaatsvindt gebruikelijk is, zowel verpleegkundigen met opleidingsniveau 5 als verpleegkundigen met opleidingsniveau 4.

2.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is ingegaan op de organisatiestructuur van Zorggroep Oude en Nieuwe Land. De verpleegkundige praktijken bestaan uit zelfsturende teams die van afstand worden aangestuurd door managers die ook zorgteams aansturen. Binnen de verpleegkundige praktijken en zorgteams wordt gewerkt met het EAV-systeem.

De missie van ZONL is 'Op ons kun je rekenen'. De visie op rol van regisseur is het geven van aanwijzingen, uitvoeren van coördinatie van zorg in een specifieke functie, waarin overleg en afstemming centraal staat en die gericht is op coördinatie van zorg. Als laatste werd ingegaan op verpleegkundige functies en het verschil in taken van wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in de wijk. Zo hebben wijkverpleegkundigen meer taken en verantwoordelijkheden dan verpleegkundigen in de wijk.

3. Onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk staat de onderzoeksvraag van het onderzoek centraal. Achtereenvolgens komen aan de orde de onderzoeksvraag, de doelstelling van het onderzoek, gehanteerde werkdefinities, en de verpleegkundige relevantie van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag van het onderzoek is onderverdeeld in een hoofdvraag en deelvragen.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

“Op welke wijze dient de beroepsrol regisseur vormgegeven te worden in de functie van wijkverpleegkundige binnen Zorggroep Oude en Nieuwe Land?”.

Onder wijkverpleegkundige verstaan de onderzoekers zowel verpleegkundigen van opleidingsniveau 5 als verpleegkundigen van opleidingsniveau 4, werkzaam in de wijk. De onderzoekers hebben hiervoor gekozen omdat op deze manier de setting waarin deze verpleegkundigen werkzaam zijn, benadrukt wordt. Het maakt duidelijk dat het specifiek gaat om de invulling van de beroepsrol regisseur in de wijkverpleging.

De deelvragen van het onderzoek zijn:

1. Hoe is de zorg binnen de verpleegkundige praktijken georganiseerd?
2. Wat is de visie van ZONL op het regisseren van zorg?
3. Hoe is de huidige functie van wijkverpleegkundige bij ZONL omschreven?
4. Wat houdt de beroepsrol regisseur in volgens de verpleegkundige professionele standaard?
5. Hoe wordt de beroepsrol regisseur in de huidige situatie vormgegeven binnen de verpleegkundige praktijken?
6. Welke knelpunten worden door het management ervaren in het vormgeven van de beroepsrol regisseur?
7. Welke knelpunten worden door de wijkverpleegkundigen ervaren in het vormgeven van de beroepsrol regisseur?
8. Wat is het verschil tussen wat de professionele standaard beschrijft over de beroepsrol regisseur en hoe deze in de verpleegkundige praktijken wordt vormgegeven?
9. Op welke wijze kan de beroepsrol regisseur zoals beschreven in de professionele standaard gestalte krijgen in de praktijk?

3.2 Doelstelling

Het onderzoek kent een aantal subdoelen, gerelateerd aan bovenstaande deelvragen. Deze subdoelen zijn:

- helder krijgen wat de professionele standaard (en verdere literatuur) beschrijft over de beroepsrol regisseur;
- helder krijgen op welke wijze de beroepsrol regisseur in de huidige situatie wordt vormgegeven door de verpleegkundigen binnen de verpleegkundige praktijken;
- helder krijgen welke knelpunten door het management worden ervaren in het vormgeven van de beroepsrol regisseur door de verpleegkundigen binnen de verpleegkundige praktijken;
- helder krijgen welke knelpunten door de wijkverpleegkundigen uit de verpleegkundige praktijken worden ervaren, in het vormgeven van de beroepsrol regisseur.

Het bereiken van deze subdoelen, door het uitvoeren van het onderzoek, geeft de informatie die noodzakelijk is om onderstaand hoofddoel te bereiken:

“Aanbevelingen doen aan het management V&V over de wijze waarop de beroepsrol regisseur in de functie van wijkverpleegkundige vormgegeven dient te worden, zodanig dat continuïteit en kwaliteit van zorg, ook in onstabiele situaties, behouden blijft en bevorderd wordt.”

Onder onstabiele situaties verstaan de onderzoekers die situaties waarin veranderingen in de zorgvraag optreden die om direct en adequaat handelen vragen.

3.3 Werkdefinities

In de literatuur worden verschillende begrippen gebruikt op het gebied van regie van zorg. Er wordt zowel gesproken over regisseren van zorg als over coördineren van zorg, over regie van zorg en coördinatie van zorg. In de literatuur komt echter geen verschil in betekenis naar voren. In dit hoofdstuk en in het gehele onderzoeksverslag worden deze begrippen dan ook door elkaar gebruikt.

Coördinatie van zorg wordt wel omschreven als:

“Het op uitvoerend niveau samenstellen en in stand houden van een op de individuele hulpvrager toegesneden pakket van verschillende soorten zorg, hulp en diensten.”¹¹¹

Deze definitie is de werkdefinitie die door de onderzoekers in dit onderzoek is gebruikt. De onderzoekers verstaan hierbij onder ‘uitvoerend niveau’ zowel het primaire als het secundaire proces. Het op deze manier uitleggen van het begrip ‘uitvoerend niveau’ wordt ondersteund door de literatuur, zoals weergegeven in paragraaf 1.3.2.

In de literatuur over regie van zorg komen een aantal begrippen veelvuldig voor. Voor een goed begrip van de volgende paragrafen worden deze begrippen kort toegelicht en wordt de werkdefinitie die door de onderzoekers is gebruikt, weergegeven.

Continuïteit van zorg wordt in de literatuur als één van de doelen van regie van zorg benoemd.

Continuïteit van zorg wordt wel gedefinieerd als:

“Een ononderbroken en samenhangend geheel van zorgactiviteiten, gericht op de leefwereld en zorgbehoefte van de zorgvrager gedurende het zorgverleningsproces¹¹²”.

Deze definitie is de werkdefinitie van het begrip continuïteit van zorg die door de onderzoekers in dit onderzoek is gebruikt.

In de literatuur komt naar voren dat regie van zorg zowel binnen het primaire als het secundaire proces van zorgverlening wordt uitgevoerd. Het primaire proces van zorgverlening wordt gekarakteriseerd als de directe zorg aan de cliënt, ook wel de ‘zorg aan het bed’ genoemd. De werkdefinitie van het primaire proces van zorgverlening die door de onderzoekers is gehanteerd, luidt:

“De directe zorgverlening aan de cliënt, oftewel de ‘zorg aan het bed’¹¹³.

Het secundaire proces van de zorgverlening wordt gekarakteriseerd als de indirecte zorg aan de cliënt, de zorg die wel ten behoeve van de cliënt maar niet ‘aan het bed’ wordt verleend. De werkdefinitie van het secundaire proces van zorgverlening die door de onderzoekers is gehanteerd, luidt:

“De indirecte zorgverlening aan de cliënt ten behoeve van de cliënt, de coördinatie van de (multidisciplinaire) zorgverlening die binnen het primaire proces verleend wordt¹¹⁴”.

3.4 Verpleegkundige relevantie

Het onderwerp, de beroepsrol regisseur, is een verpleegkundig relevant onderwerp. De beroepsrol regisseur is één van de vijf beroepsrollen van de HBO-verpleegkundige. Dit komt terug in de competentie ‘coördinatie van zorg’ uit het beroepscompetentieprofiel. Ook in het beroepsprofiel wordt coördinatie van zorg beschreven als één van de verpleegkundige taken.

De beroepsrol regisseur is onmisbaar voor het bereiken van continuïteit en kwaliteit van zorg in een multidisciplinaire setting. Geen of onvoldoende uitoefening van deze beroepsrol kan grote gevolgen hebben voor de dagelijkse zorg ‘aan het bed’. Mogelijke gevolgen zijn:

- Geen goede afstemming van zorgvraag op zorgaanbod;
- Overlap of hiaten in de zorgverlening;

- Monodisciplinaire zorgverlening oftewel het door de verschillende disciplines werken 'op een eiland';
- Cliënten worden van het 'kastje naar de muur' gestuurd;
- Inzet van 'verkeerde' personen op het 'verkeerde' moment;
- Onvoldoende samenwerking van onvoldoende kwaliteit tussen disciplines;
- Toewijzing van cliënten aan het 'verkeerde' functieniveau.

Oftewel: de doelen zoals omschreven in het zorgleefplan van de cliënt worden niet behaald en de cliënt krijgt niet die zorg die hij/zij nodig heeft.

Met dit afstudeeronderzoek willen wij een bijdrage leveren aan het inventariseren van knelpunten in de uitvoering van de beroepsrol regisseur en het doen van aanbevelingen zodat een adequate invulling van de beroepsrol regisseur in de praktijk mogelijk is.

4. OPZET EN UITVOER VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk beschrijven de onderzoekers de aard, opzet en methoden van onderzoek. Achtereenvolgens wordt aandacht besteedt aan de aard van het onderzoek, de opzet, gehanteerde methoden, verwerking van de gegevens en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

4.1 Type onderzoek

Het onderzoek kan getypeerd worden als een inventariserend kwantitatief onderzoek met kwalitatieve aspecten, dat praktijkgericht is.

Het onderzoek is inventariserend omdat het onderzoek bestaat uit een inventarisatie van bevindingen, die door zowel het management als door de wijkverpleegkundigen op de werkvloer ervaren worden in het regisseren van zorg. Daarnaast worden oplossingsrichtingen geïnventariseerd waarbij nadrukkelijk ook de verpleegkundige professionele standaard als bron wordt gebruikt. Deze laatste inventarisatie wordt vormgegeven in aanbevelingen aan het management.

Het onderzoek kan getypeerd worden als een kwantitatief onderzoek met kwalitatieve aspecten. Het onderzoek is een kwantitatief onderzoek doordat hoofdzakelijk op een kwantitatieve manier gegevens verzameld worden door middel van een enquête. De enquêtegegevens worden daarnaast voornamelijk kwantitatief verwerkt door gebruik te maken van het statistiekprogramma SPSS. Naast SPSS wordt door de onderzoekers ook gebruik gemaakt van het programma Excel. Het onderzoek bevat echter ook kwalitatieve aspecten doordat in de enquête ook open vragen gesteld worden die kwalitatief verwerkt worden. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van een aantal semi-gestructureerde interviews die beschrijvend verwerkt worden. Tot slot wordt als bron van gegevensverzameling ook gebruik gemaakt van bestaande documenten vanuit de verpleegkundige professionele standaard, weergegeven in ondermeer de literatuurverkenning.

Tot slot is het onderzoek praktijkgericht. In het onderzoek staat namelijk het oplossen van een praktijkprobleem centraal: knelpunten in het vormgeven van de beroepsrol regisseur in de praktijk van de wijkverpleging binnen de organisatie waar het onderzoek is uitgevoerd.

4.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoeksproces kan worden onderverdeeld in een aantal fasen. Globaal kunnen onderscheiden worden:

- oriëntatie;
- gegevensverzameling;
- analyse;
- conclusie en aanbevelingen.

In de oriëntatiefase hebben de onderzoekers zich georiënteerd op de organisatie waar het onderzoek uitgevoerd wordt. Daarnaast werd in deze fase een literatuurverkenning gedaan naar de beroepsrol regisseur.

In de fase van gegevensverzameling verzamelden de onderzoekers gegevens onder management V&V en wijkverpleegkundigen. Hierbij werd gebruik gemaakt van enquêteren en interviewen. De verkregen gegevens vanuit de enquête en interviews werden verwerkt.

Vervolgens is de analyse van de verkregen gegevens gestart. Hierbij werden de gegevens vanuit de interviews en enquêtes onder andere vergeleken met de gegevens verkregen vanuit de literatuurverkenning.

Aan de hand van de uitkomsten vanuit de analyse bestond de laatste fase uit het trekken van een conclusie en het doen van aanbevelingen. Deze fase sluiten de onderzoekers af met een presentatie van de uitkomsten van het onderzoek.

4.3 Onderzoeksmethoden

In het onderzoek hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van een tweetal onderzoeksmethoden. Er werd zowel gebruik gemaakt van enquêteren als interviewen.

4.3.1 Enquêteren

Onder alle wijkverpleegkundigen vanuit de verpleegkundige praktijken werd een enquête afgenomen. In deze enquête werd ingegaan op welke wijze aan de beroepsrol regisseur vorm wordt gegeven door de verpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken, en welke eventuele knelpunten zij hierin ervaren.

De enquête bevraagt de volgende items:

- Opleidingsniveau;
- Continuïteit van zorg;
- Informatie en overdracht;
- Procedures;
- EAV-systeem¹¹⁵ en cliëntentoewijzing;
- Samenwerking huisarts;

- Samenwerking andere disciplines;
- Samenwerking zorgteams;
- Geven van aanwijzingen;
- Reageren op een veranderende zorgvraag;
- Verschil niveau 4 en niveau 5;
- Beoordeling eigen uitvoering¹¹⁶.

De enquête bestaat uit 31 vragen. 24 vragen zijn voorzien van antwoordcategorieën waaruit gekozen kan worden. Bij 11 van deze 24 vragen is ruimte voor een eigen antwoord of toelichting. 7 vragen zijn open vragen, zonder antwoordcategorieën.

Bij de enquête hoort een introductie met daarin achtergrondinformatie over het onderzoek en de enquête, waaronder invulinstructies.

De items die in de enquête bevraagd worden, zijn vastgesteld en geoperationaliseerd op basis van de literatuurverkenning.

De onderzoekspopulatie bedraagt 107 wijkverpleegkundigen.

Exclusie criterium bij de onderzoekspopulatie bestaat uit verpleegkundigen die enkel werkzaam zijn bij de eenheid Ambulante Nachtzorg. Deze verpleegkundigen leveren enkel 's nachts zorg. De onderzoekers hebben ervoor gekozen deze, overigens zeer kleine, groep verpleegkundigen niet in het onderzoek te betrekken. Deze keuze is gemaakt op basis van twee redenen: deze groep verpleegkundigen is moeilijk te bereiken doordat zij geen kantoor tot hun beschikking hebben en deze groep verpleegkundigen voert weinig tot geen coördinerende taken uit. Vanuit deze redenen hebben de onderzoekers geconcludeerd dat de mate van representativiteit van de onderzoekspopulatie niet afneemt wanneer deze verpleegkundigen niet in de onderzoekspopulatie betrokken worden.

In de enquête wordt als achtergrondvariabele gevraagd naar het opleidingsniveau. De onderzoekers hebben hiervoor gekozen om de volgende reden. In de literatuurverkenning kwam naar voren dat verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5 verschillende taken en verantwoordelijkheden hebben in het regisseren van zorg. Door opleidingsniveau als achtergrondvariabele op te nemen, is het mogelijk in de resultaten na te gaan of er in de praktijk ook een verschil is in het regisseren van zorg door verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. De uitkomsten per opleidingsniveau bieden de onderzoekers waardevolle informatie in het trekken van conclusies en bieden informatie voor het doen van aanbevelingen.

De onderzoekers hebben gekozen voor enquêteren onder deze populatie om de volgende redenen:

- Met een enquête kan een grote groep respondenten bereikt worden;
- De verkregen informatie uit de enquêtes kan gemakkelijk worden verwerkt.

De enquête is afgenomen in de periode eind week 15 t/m begin week 18 2009.

4.3.2 Interviewen

Door middel van een selecte steekproef werd onder 4 van de 7 managers V&V een semi-gestructureerd interview afgenomen. 2 van deze 4 managers zijn manager in het gebied Noordwestoverijssel, 2 van deze 4 managers zijn manager in het gebied Urk/Noordoostpolder. In dit interview werd ingegaan op welke wijze door de verpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken de beroepsrol regisseur wordt vormgegeven, en welke eventuele knelpunten hierin door de managers V&V worden ervaren.

Het interview bestaat uit 37 open vragen. Deze vragen zijn vooraf opgesteld waarbij ook doorvraagmogelijkheden voor de interviewer zijn weergegeven. In het interview worden de volgende items bevraagd:

- Persoon en werkzaamheden;
- EAV-schappen en cliëntentoe wijzing;
- Samenwerking met
 - o huisarts;
 - o ziekenhuis;
 - o andere disciplines;
 - o zorgteams;
- Het adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag;
- Verschil niveau 4 en niveau 5;
- Planning;
- Procedures en formulieren;
- Deskundigheid en scholing;
- Visie/mening op/over regisseren van zorg¹¹⁷.

Bij het interview hoort een beschreven introductie met daarin achtergrondinformatie over het onderzoek en het interview.

Het interview heeft een gemiddelde duur van 60 minuten.

De items die in het interview bevraagd worden, zijn vastgesteld en geoperationaliseerd op basis van de literatuurverkenning.

De onderzoekers hebben gekozen voor interviewen onder deze populatie om de volgende redenen:

- Het biedt de mogelijkheid gericht veel informatie te verzamelen in korte tijd doordat open vragen gesteld kunnen worden, hierop doorgevraagd kan worden en de informatie in één moment wordt verzameld;
- Het aantal respondenten is gering.

De interviews zijn afgenomen in week 17 2009.

4.4 Gegevensverwerking

4.4.1 Enquêteren

De gegevens vanuit de enquête zijn hoofdzakelijk kwantitatief verwerkt met behulp van het statistiekprogramma SPSS. Om de gegevens in een SPSS-bestand in te voeren, is een codeboek opgesteld¹¹⁸. De open vragen vanuit de enquête zijn kwalitatief verwerkt door deze informatie te clusteren en/of te beschrijven. Van een aantal vragen zijn vanuit de gegeven antwoorden door de onderzoekers antwoordcategorieën gevormd welke kwantitatief verwerkt zijn met SPSS en met behulp van het programma Excel¹¹⁹. De antwoorden op de open vragen zijn geselecteerd op relevantie.

4.4.2 Interviewen

De gegevens vanuit de interviews zijn kwalitatief verwerkt door middel van transcriptie: het letterlijk uittypen van de geluidsopname van het interview. Vervolgens is deze informatie geselecteerd op relevantie. De geselecteerde informatie is geanalyseerd aan de hand van de interviewthema's. De informatie is gesplitst in fragmenten, gelabeld aan de hand van de interviewthema's waarna de hieruit voortkomende informatie beschrijvend is verwerkt in dit onderzoeksverslag^{120 121}.

4.5 Betrouwbaarheid

De volgende aspecten waarborgen de betrouwbaarheid van het onderzoek:

- Het onderzoeksproces is door de onderzoekers in dit hoofdstuk stap voor stap beschreven. Informatie over onderzoeksmethoden en populatie is opgenomen;
- Wat de enquêteresultaten betreft is de betrouwbaarheid gegarandeerd door het opnemen van een codeboek in de bijlage evenals de frequentietabellen vanuit SPSS voor elke variabele;
- Wat de interviewresultaten betreft, is gebruikgemaakt van geluidsopname waarna de interviews letterlijk uitgetypt zijn. Aan de hand van de interviewthema's zijn de interviewresultaten gelabeld en geordend, waarna deze beschrijvend zijn verwerkt. Door

- het opnemen van de gelabelde resultaten van de interviews in de bijlage is inzichtelijk gemaakt op welke wijze tot de resultaten gekomen is;
- Om de anonimiteit van de geïnterviewden te kunnen waarborgen hebben de onderzoekers ervoor gekozen om de transcripties niet op te nemen in de bijlagen.

4.6 Validiteit

De volgende aspecten waarborgen de validiteit van het onderzoek:

- De variabelen in de enquête en het interview zijn nadrukkelijk geoperationaliseerd aan de hand van de literatuurverkenning. Kernbegrippen zijn gedefinieerd als werkdefinities. De begrippen vanuit de literatuur zijn in samenspraak met de opdrachtgevers uit het werkveld geoperationaliseerd tot meetbare begrippen;
- Er is geen proefenquête gehouden door de onderzoekers. Wel is de enquête in nauwe samenspraak met de opdrachtgevers en hun praktijkervaring tot stand gekomen. Daarom en het niet willen verkleinen van de onderzoekspopulatie, is besloten geen proefenquête te houden. De onderzoekers gaan ervan uit dat het houden van een proefenquête geen meerwaarde heeft door de nauwe betrokkenheid van de opdrachtgevers, die voorheen zelf verpleegkundigen zijn geweest en nu manager V&V;
- Er is een proefinterview gehouden door de onderzoekers. Op basis van de uitkomsten is het interview bijgesteld zodat de validiteit van het onderzoek werd verhoogd;
- De onderzoekers hebben in het kader van representativiteit ervoor gekozen de gehele onderzoekspopulatie te enquêteren, met uitzondering van een klein aantal verpleegkundigen vallend onder het exclusie criterium. Op deze wijze hebben alle wijkverpleegkundigen de mogelijkheid gekregen inspraak te hebben in de onderzoeksresultaten en de hierop volgende aanbevelingen;
- De geïnterviewden vormden een steekproef van 4 van de 7 managers V&V. 2 van deze managers sturen verpleegkundige praktijken en zorgteams in het gebied Noordwestoverijssel aan en 2 managers sturen verpleegkundige praktijken en zorgteams in het gebied Urk/Noordoostpolder aan. Op deze wijze denken de onderzoekers een representatieve steekproef genomen te hebben voor het gehele onderzoeksgebied;
- De verkregen resultaten zijn anoniem verwerkt;
- De antwoordmogelijkheden binnen de enquête zijn zo ruim mogelijk gehouden door het opnemen van de mogelijkheid 'anders' en het stellen van een aantal open vragen;
- De interviewvragen waren alle open vragen waarop vrij geantwoord kon worden.

5. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten vanuit het onderzoek weergegeven. In paragraaf 4.1 worden de resultaten vanuit de enquête weergegeven. In paragraaf 4.2 worden de resultaten vanuit de interviews weergegeven.

5.1 Resultaten enquêtes

Er zijn in totaal 107 enquêtes verspreid, daarvan hebben de onderzoekers 38 enquêtes als respons terug gekregen en verwerkt in SPSS. Dit is een respons van 35,5%. De resultaten vanuit de enquête zijn weergegeven doormiddel van een tabel, kruistabel, staafdiagram en/of beschrijvend. Achtereenvolgens worden de volgende punten beschreven: achtergrondgegevens van de respondenten, continuïteit (in de planning), informatie en overdracht, procedures, EAV-systeem en cliënttoewijzing, samenwerking huisarts – wijkverpleegkundige, samenwerking met andere disciplines, samenwerking met de zorgteams, het geven van aanwijzingen, reageren op een gewijzigde zorgvraag, opleidingsniveau 4 en 5 en de (beoordeling van de) eigen uitvoering en algemene verbeterpunten.

De onderzoekers hebben besloten om enquêtevraag 26 te verwerken als een vraag waarop meerdere antwoorden mogelijk zijn, in plaats van deze te verwerken als een vraag waarop maar één antwoord mogelijk is. Reden hiervoor is dat een grote groep respondenten meerdere antwoorden gegeven had op deze vraag en dit in de praktijk ook goed mogelijk zou kunnen zijn. De onderzoekers hebben besloten om enquêtevraag 16 te verwerken als een vraag waarop meer antwoorden dan de twee mogelijkheden mogelijk zijn. Reden hiervoor is dat een aantal respondenten meerdere antwoorden heeft gegeven, wat op zichzelf niet problematisch is. Ook die gevallen waarin één antwoord gegeven is, zijn meegeteld om toch een zo volledig mogelijk beeld te doen ontstaan.

5.1.1 Achtergrondgegevens

Van de 30 respondenten die deze vraag heeft beantwoordt, heeft 33,3% opleidingsniveau 4 en 66,6% opleidingsniveau 5.

8 respondenten hebben geen opleidingsniveau ingevuld.

5.1.2 Continuïteit

In de planning wordt doorgaans gewaarborgd dat bij de cliënt zoveel mogelijk dezelfde personen zorg verlenen. Meer dan 85% van de respondenten is van mening dat in de planning vaak rekening wordt gehouden met EAV-schappen. Iets meer dan 70% geeft dit aan voor het rekening

houden met afgesproken tijden van zorgverlening. Wijzigingen met betrekking tot de planning worden in de meeste gevallen voldoende doorgegeven en verwerkt.

<i>Continuïteit van zorg in de planning</i>	N=38*	<i>Altijd</i>	<i>Vaak</i>	<i>Vaak niet</i>	<i>Nooit</i>
In de planning wordt gewaarborgd dat bij de cliënt zoveel mogelijk dezelfde personen zorg verlenen		0%	71,1%	28,9%	0%
In de planning wordt rekening gehouden met EAV-schappen		2,6%	86,4%	28,9%	0%
In de planning wordt rekening gehouden met afgesproken tijden van zorgverlening		2,6%	73,7%	23,7%	0%
Wijzigingen m.b.t. de planning worden voldoende doorgegeven		10,5%	73,7%	15,8%	0%
Wijzigingen m.b.t. de planning worden voldoende verwerkt		2,7%	91,9%	5,4%	0%

* N=37 voor 'Wijzigingen m.b.t. de planning worden voldoende verwerk

De meerderheid van de respondenten (89,5%) krijgt signalen dat de coördinatie van zorg of continuïteit niet optimaal is. In de tabel hieronder wordt weergegeven welke signalen deze respondenten in welke mate krijgen. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. Onder 'verkeerde tijdstip' vallen ook die situaties waarin de cliënt niet op de afgesproken tijd geholpen wordt.

<i>Signalen van cliënten</i>	N=34	<i>Aantal</i>	<i>Procenten</i>
Veel verschillende medewerkers die zorg verlenen		31	91,2%
Fouten gemaakt in de planning		5	14,7%
Verkeerd tijdstip zorgverlening		11	32,4%
Overig*		3	8,8%

* Overig: Niet nakomen van afspraken, communicatie tussen collega's, ontevreden cliënt.

5.1.3 Informatie en overdracht

Informatie

De meerderheid (76,3%) geeft aan voldoende informatie over de situatie van de cliënt te hebben om op de juiste wijze de zorg uit te voeren. 15,8% van de respondenten zegt meer dan voldoende informatie te hebben. 7,9% heeft onvoldoende informatie om de juiste zorg aan de cliënt te verlenen.

Een groot deel (86,5%) van de respondenten mist soms informatie om de zorg op de juiste wijze uit te voeren. 8,1% geeft aan vaak informatie te missen, 5,1% mist nooit informatie (1 respondent heeft deze vraag niet ingevuld).

40,5% van de respondenten geeft aan dat de anamnese doorgaans volledig ingevuld is. 59,5% is van mening dat de anamnese onvolledig is (1 respondent heeft deze vraag niet beantwoord).

De overgrote meerderheid (94,7%) geeft aan dat het zorgleefplan doorgaans volledig is ingevuld.

Het zorgleefplan is doorgaans up-to-date, 77,1% van de respondenten geeft dit aan. De overige 22,9% van de respondenten is van mening dat het zorgleefplan doorgaans verouderd is (3 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord).

De meerderheid van de respondenten (89,5%) geeft aan dat bijzonderheden voldoende worden gerapporteerd.

Overdracht

In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe de overdracht vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie of andersom in de praktijk uitgevoerd wordt.

<i>Overdracht</i>	N=38*	<i>Altijd</i>	<i>Vaak</i>	<i>Soms</i>	<i>Nooit</i>	<i>Weet niet</i>
Er is een overdracht vanuit het ziekenhuis wanneer de cliënt vanuit het ziekenhuis thuis komt		7,9%	50,0%	42,1%	0%	0%
Er is door het ziekenhuis zorg gedragen voor een geldige indicatie wanneer de cliënt uit het ziekenhuis naar huis komt*		5,6%	55,6%	36,1%	0%	2,8%
Ik schrijf een overdracht wanneer een cliënt vanuit de thuissituatie wordt opgenomen in het ziekenhuis		28,9%	50,0%	18,4%	2,6%	n.v.t.

* N=36 voor 'Er is door het ziekenhuis zorg gedragen voor een geldige indicatie'

In onderstaande tabel wordt weergegeven welke acties door wijkverpleegkundigen ondernomen worden wanneer er geen of een onvolledige overdracht en geen of een onjuiste indicatie aanwezig is, bij ontslag van de cliënt naar de thuissituatie. Er waren hierbij meerdere antwoorden mogelijk.

<i>Acties ondernomen bij geen of onvolledige overdracht</i>	N=38	<i>Aantal</i>	<i>Procenten</i>
Ziekenhuis bellen, afdeling, poli, specialist, transfervpk		30	78,9%
Familie bellen		2	5,3%
Huisarts bellen		4	10,5%
Informatie aan cliënt vragen		4	10,5%
Geen actie ondernemen		8	21,1%
Overige*		2	5,3%

*Overige: bellen, zelf inventariseren, apotheek bellen, afhankelijk van zorgvraag geen actie of bellen

<i>Acties ondernomen bij geen of onjuiste indicatie</i>	N=38	<i>Aantal</i>	<i>Procenten</i>
Bureau zorg ondersteuning bellen		7	18,4%
Zelf indicatie aanvragen		20	52,6%
Overleg met CIZ		4	10,5%
Ziekenhuis bellen		11	28,9%
Doorgeven aan manager voor indicatie		3	7,9%
Geen actie		2	5,3%
Overige*		8	21,1%

*Overige: bellen, reden navragen, zorgbehoefte inschatten, alsnog regelen, checken of indicatie aanwezig is

5.1.4 Procedures

Bij driekwart van de respondenten (75,7%) is de procedure rondom start en afsluiten van zorgverlening wel bekend. Ongeveer een kwart (24,3%) kent deze procedure niet (1 respondent heeft deze vraag niet ingevuld).

Een kleine meerderheid (55,2%) van de respondenten werkt volgens de checklist start zorgverlening thuiszorg. Een minderheid (45,9%) van de respondenten sluit de zorg af volgens de checklist.

<i>Werken volgens checklisten start/afsluiten zorg</i>	N=38*	<i>Altijd</i>	<i>Vaak</i>	<i>Vaak niet</i>	<i>Nooit</i>
Bij start van de zorgverlening werk ik volgens de checklist start zorgverlening thuiszorg		28,9%	26,3%	42,1%	2,6%
Bij afsluiten van de zorgverlening werk ik volgens de checklist overdracht/ afronding zorgverlening*		16,2%	29,7%	45,9%	8,1%

*N=37 voor 'Bij afsluiten van de zorgverlening werk ik volgens de checklist overdracht/ afronding zorgverlening'

De procedures rondom start en afsluiten van zorg hangen samen met het gebruik van de checklisten start- en afsluiten zorgverlening.

35,1% van de respondenten geeft aan de procedures rond start en afsluiten zorg wel te kennen, maar de checklist start zorgverlening niet te gebruiken, 36,1% geeft dit aan voor de checklist afsluiten/overdracht zorgverlening.

5.1.5 EAV-systeem en cliëntentoe wijzing

Bijna alle respondenten (94,7%) geven aan EAV-schappen te hebben. Dit zijn 36 van de 38 respondenten. Hierin is vrijwel geen verschil tussen respondenten met opleidingsniveau 4 en verpleegkundigen met opleidingsniveau 5.

Toewijzing

De respondenten geven het volgende aan over de termijn van toewijzing van een EAV. Meer de helft van het aantal respondenten (65,8%) geeft aan dat een EAV doorgaans binnen een week wordt toegewezen. Bijna 30% van het aantal respondenten geeft aan dat dit vaak niet het geval is.

<i>Termijn van toewijzing</i>	N=38	<i>Altijd</i>	<i>Vaak</i>	<i>Vaak niet</i>	<i>N.v.t.</i>
In mijn team wordt binnen een week een EAV aan de cliënt toegewezen		18,4%	47,4%	28,9%	5,3%

Meest voorkomende criteria die respondenten benoemen als criteria voor cliënttoewijzing zijn deskundigheid, gebied of cluster, complexiteit en de huisarts van de cliënt. Zie onderstaande tabel. Op deze vraag waren meerder antwoorden mogelijk.

<i>Criteria toewijzing EAV</i>	N=38	<i>Procenten</i>
Deskundigheid		31,6%
Complexiteit		28,9%
Huisarts		23,7%
Uitvoering eerste bezoek/ opstart		7,9%
Gebied/ cluster		34,2%
Werkdagen		13,2%
Contract		10,5%
Ruimte in de route		5,3%
Continuïteit		2,6%
Overige *		13,2%

*Overige: aantal zorgmomenten, dagen van zorg, bureau zorg ondersteuning, wie graag wil, respondent is geen EAV

Uitdagingen in het EAV-schap

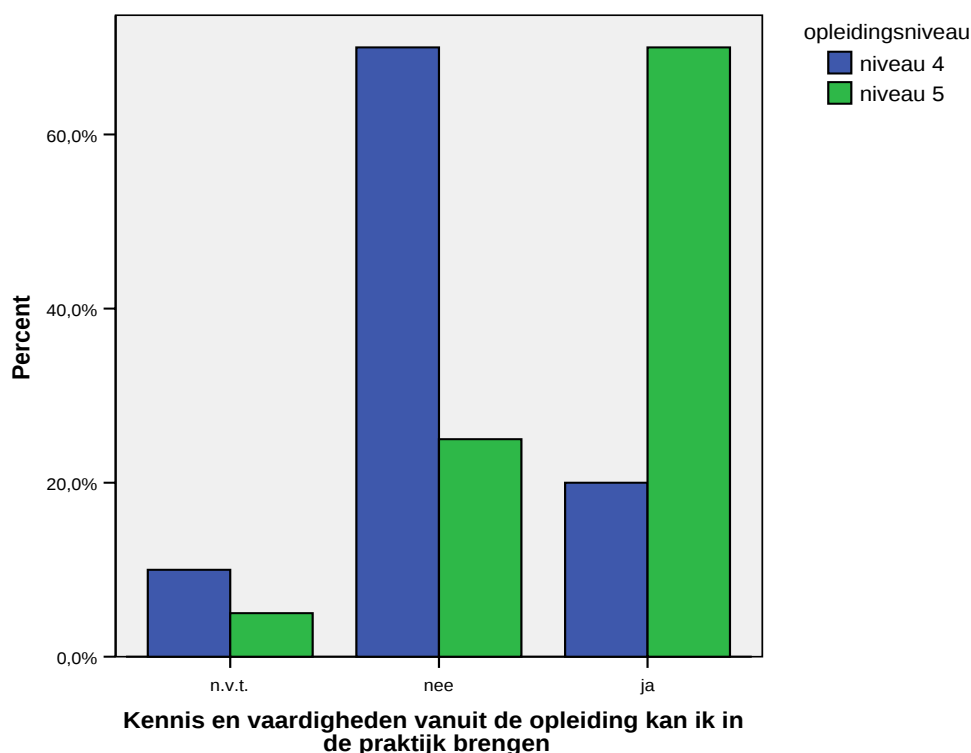
In de tabel hieronder wordt weergegeven welke uitdaging(en) deze respondenten ervaren in de EAV-schappen die zij hebben en in welke mate. De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden.

<i>Uitdagingen in het EAV-schap</i>	N=35	<i>Aantallen</i>	<i>Procenten</i>
Kennis en vaardigheden vanuit de opleiding kan ik in de praktijk brengen	18		51,4%
Ik voel met meer betrokken bij de cliënt	30		85,7%
Ik kan meer daadwerkelijk zaken regelen voor de cliënt	30		85,7%
Ik kan in mijn EAV-schap zorgen voor continuïteit van zorg	26		74,3%
Anders**	3		8,6%

**Anders:

- Cliënt weet met wie ze dingen kan regelen, je hebt diepere gesprekken met cliënten;
- Opbouwen van een vertrouwensband, cliënten durven dan eerder iets aan je te vragen. Ook zaken die bijvoorbeeld buiten de zorg vallen. Je kunt niet altijd een oplossing aandragen, luisteren is soms al voldoende;
- De punten 2 t/m 4 hierboven gelden ook voor cliënten waar ik geen EAV-schap heb.

Het in de praktijk brengen van kennis en vaardigheden vanuit de opleiding als uitdaging in het EAV-schap wordt verschillend gewaardeerd door respondenten met opleidingsniveau 4 en respondenten met opleidingsniveau 5. 20% van de respondenten met opleidingsniveau 4 en 70% van de respondenten met opleidingsniveau 5 ervaart deze uitdaging. Dit is weergegeven in onderstaand staafdiagram.



Duidelijkheid taken en verantwoordelijkheden

Voor de overgrote meerderheid van de respondenten (94,6%) is het duidelijk wat de taken en verantwoordelijkheden als EAV zijn.

Tijd en deskundigheid

De respondenten is gevraagd een beoordeling te geven over de punten 'tijd' en 'deskundigheid' binnen het EAV-schap.

In onderstaande tabel is de beoordeling van deze punten weergegeven.

<i>Beoordeling tijd en deskundigheid</i>	N=35	<i>Te weinig</i>	<i>Voldoende</i>	<i>Ruim voldoende</i>	<i>N.v.t.</i>
Ik heb ... tijd om al mijn cliënten minimaal eenmaal per week te bezoeken*		8,1%	81,1%	5,4%	5,4%
Ik heb... tijd om coördinerende taken uit te voeren*		29,7%	56,8%	8,1%	5,4%
Ik heb ... deskundigheid op het gebied van ziekteprocessen*		8,1%	86,5%	n.v.t. in deze vraag	5,4%
Ik heb ...deskundigheid van de sociale kaart		13,2%	81,6%	n.v.t. in deze vraag	5,3%

* N=34

Hieruit blijkt dat een meerderheid van de respondenten (81,1%) ervaart voldoende tijd te hebben om cliënten minimaal eenmaal per week te bezoeken een kleine meerderheid (56,8%) ervaart voldoende tijd te hebben om coördinerende taken uit te voeren. De eigen deskundigheid op het gebied van ziekteprocessen en de sociale kaart wordt door de meerderheid van de respondenten (respectievelijk 86,5% en 81,6%) als voldoende beoordeeld.

Van de respondenten met opleidingsniveau 4 geeft hierbij 30% aan te weinig deskundigheid te hebben op het gebied van ziekteprocessen. Ditzelfde geldt voor deskundigheid van de sociale kaart. Geen van de respondenten met opleidingsniveau 5 geeft aan te weinig deskundigheid te hebben op het gebied van ziekteprocessen. 10% van deze respondenten geeft aan wel te weinig deskundigheid te hebben van de sociale kaart.

Overdracht bij afwezigheid

De respondenten is ook gevraagd weer te geven in hoeverre zij zorg dragen voor overdracht van cliënten aan collega's bij afwezigheid en in hoeverre zij de zorg overgedragen krijgen bij afwezigheid van collega's.

In onderstaande tabel is de beoordeling van deze punten weergegeven.

<i>Overdracht bij afwezigheid</i>	N=38	<i>Altijd</i>	<i>Vaak</i>	<i>Vaak niet</i>	<i>N.v.t.</i>
Bij mijn afwezigheid draag ik de zorg voor mijn cliënten over aan anderen		50,0%	34,2%	10,5%	5,3%
Bij afwezigheid van collega's krijg ik de zorg voor hun cliënten goed overgedragen		13,2%	73,7%	7,9%	5,3%

Hieruit blijkt dat de EAV bij afwezigheid de zorg voor haar cliënten doorgaans overdraagt en vice versa.

Knelpunten

34,2% van de respondenten geeft aan nog andere knelpunten te ervaren in de EAV-schappen en cliëntentoe wijzing (dan in bovenstaande resultaten aangegeven).

Knelpunten die weergegeven worden zijn:

- Aangewezen zijn als EAV maar hiervan niet op de hoogte gebracht zijn (dit bijvoorbeeld te weten komen via het cliëntdossier);
- Andere verpleegkundigen regelen soms dingen die niet afgestemd worden met de EAV;
- Toewijzen van EAV duurt nog te lang;
- EAV-schappen worden onevenredig verdeeld (hoeveelheid en zwaarte);
- In planning wordt vaak geen rekening gehouden met EAV-schappen;

- EAV-schap wordt niet duidelijk in de planning van cliëntenroutes vermeld;
- De combinatie EAV-schap en continuïteit is onvoldoende. Als voorbeeld wordt genoemd een EAV die overdag maar één dagdeel werkt is erg summier, met name de ochtend;
- Het overdragen van nieuwe cliënten aan een collega;
- Parttime werken: hoe minder er gewerkt wordt hoe lastiger het is om 'alles' te doen in de beschikbare uren;
- Overleg met EAV-groepje;
- Overleg met planner;
- Het rekening houden met het voorkeurstijdstip van de cliënt van zorgverlening en het inzetten van de EAV.

5.1.6 Samenwerking huisarts – wijkverpleegkundige

Vormgeving

63,9% van de respondenten geeft aan dat het contact met de huisarts voornamelijk ad hoc wordt vormgegeven. 36,1% geeft aan vooral structureel contact met de huisarts te hebben.

Alle respondenten geven aan dat het initiatief tot contact voornamelijk bij hen als verpleegkundige ligt (7 respondenten hebben op deze vraag een dubbel antwoord gegeven of de vraag niet ingevuld en zijn daarom niet meegerekend).

Ervaring

De respondenten is gevraagd verschillende onderdelen in de samenwerking met de huisarts te beoordelen. Dit levert het onderstaande beeld op.

<i>Aspecten van samenwerking met de huisarts</i> N=38*	<i>Uitstekend</i>	<i>Voldoende</i>	<i>Onvoldoende</i>	<i>Slecht</i>	<i>N.v.t.</i>
De bereikbaarheid van de huisarts	25,7%	57,1%	17,1%	0%	0%
De beschikbaarheid van de huisarts	22,9%	57,1%	20,0%	0%	0%
De frequentie van structureel overleg	13,9%	55,6%	8,3%	13,9%	8,3%
De effectiviteit van structureel overleg	14,3%	57,1%	8,6%	11,4%	8,6%
De kennis van de huisarts over de situatie van de cliënt	44,4%	44,4%	11,1%	0%	0%
De rapportage van medisch beleid in het cliëntdossier	18,9%	29,7%	37,8%	13,5%	0%
De afstemming van doelen/ beleid met huisarts	18,9%	54,1%	21,6%	5,4%	0%
De bereidheid van de huisarts	22,9%	60,0%	17,1%	0%	0%
De houding van de huisarts	25,0%	53,1%	21,9%	0%	0%
De samenwerkingsvaardigheden van de huisarts	37,5%	37,5%	25%	0%	0%
De communicatieve vaardigheden van de huisarts	27,3%	63,3%	9,1%	0%	0%

*N=35 voor 'De bereikbaarheid van de huisarts', 'De beschikbaarheid van de huisarts', 'De effectiviteit van structureel overleg' en 'Bereidheid van de huisarts'
 N=36 voor 'De frequentie structureel overleg', 'De kennis van de huisarts over de situatie van de cliënt',
 N=37 voor 'De rapportage van medisch beleid in het cliëntdossier' en 'De afstemming van doelen/ beleid met huisarts'
 N=33 voor 'De communicatieve vaardigheden van de huisarts'
 N=32 voor 'De houding van de huisarts' en 'De samenwerkingsvaardigheden van de huisarts'

Verbeterpunten

23,7% van de respondenten geeft aan geen verbeterpunten te zien in de samenwerking met de huisarts. De overige 76,3% van de respondenten geeft de volgende verbeterpunten aan. Meest genoemd wordt meer face-to-face-contact en meer structureel overleg.

<i>Verbeterpunten samenwerking huisarts</i>	<i>N=27</i>	<i>Aantallen</i>
Meer elkaars gezicht zien		4
Betere telefonische bereikbaarheid van de huisarts		2
Meer initiatief van de huisarts		2
Meer structureel overleg		3
Beter beheersing Nederlandse taal van de huisarts		1
Betere communicatie onderling		2
Starten van hometeams voor cliëntenbespreking		1
Meer wederzijds respect		2
Eenzelfde verpleegkundige die structureel overleg voert		1
Meer contact (telefoon, e-mail)		1
Beter bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk tussen de middag		1
Meer en andere overlegvormen (bijvoorbeeld thematisch overleg)		1
Kortere lijnen		1
Huisarts meer betrekken bij onze organisatie		1
Overig		4

*Overig: met (naam huisarts) is de samenwerking prima, met huisarts in (plaats) soms moeizaam, werkgroep is bezig plan op te maken, tijd en motivatie tot goede zorg, meer oog voor het sociale aspect, is een werkgroep mee bezig.

5.1.7 Samenwerking met andere disciplines

Disciplines

De respondenten hebben contact met veel verschillende disciplines. De disciplines waar ze het meest contact mee hebben zijn de fysiotherapeut (16 maal genoemd) en de ergotherapeut (6 maal genoemd). Daarna zijn dat de diëtiste en diabetesverpleegkundige (resp. 6 en 5 maal genoemd).

Andere disciplines met wie samengewerkt wordt zijn: dermatoloog, oncologieverpleegkundige, specialist, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker, stomaverpleegkundige, dementieverpleegkundige en reumaconsulent.

Instellingen of andere personen die genoemd worden zijn: apotheek, terminale thuiszorg, verpleeghuisarts en hulpmiddelencentrum.

Afstemming

Bijna 90% (89,5%) van het aantal respondenten stemt af met andere disciplines. In onderstaande tabel is inzichtelijk gemaakt op welke wijze deze afstemming plaatsvindt en in welke mate. Door de respondenten konden meerdere antwoorden gekozen worden.

<i>Vormen van afstemming</i>	<i>N=38</i>	<i>Aantal</i>	<i>Procenten</i>
Er vindt geen afstemming plaats		4	10,5%
Er vindt afstemming plaats d.m.v. rapportage in het cliëntdossier		17	44,7%
Er vindt afstemming plaats d.m.v. overleg (mondeling/schriftelijk)		30	78,9%
Er vindt afstemming plaats door verwerking van multidisciplinaire zorgverlening in het zorgleefplan		8	21,1%
Anders, nl.*		4	10,5%

*Anders, nl.: Met ergotherapeut via e-mail, met specialisten via overdracht, telefonisch ad hoc, schriftelijke overdracht en ligt heel erg aan de betreffende discipline, er wordt afgestemd door middel van rapportage, overleg en verwerking van multidisciplinaire zorgverlening in het zorgleefplan, met sommigen vindt er geen afstemming plaats.

Verbeterpunten

1/3^e van de respondenten geeft aan verbeterpunten te zien in de samenwerking met andere disciplines (2 respondenten hebben geen antwoord gegeven op deze vraag).

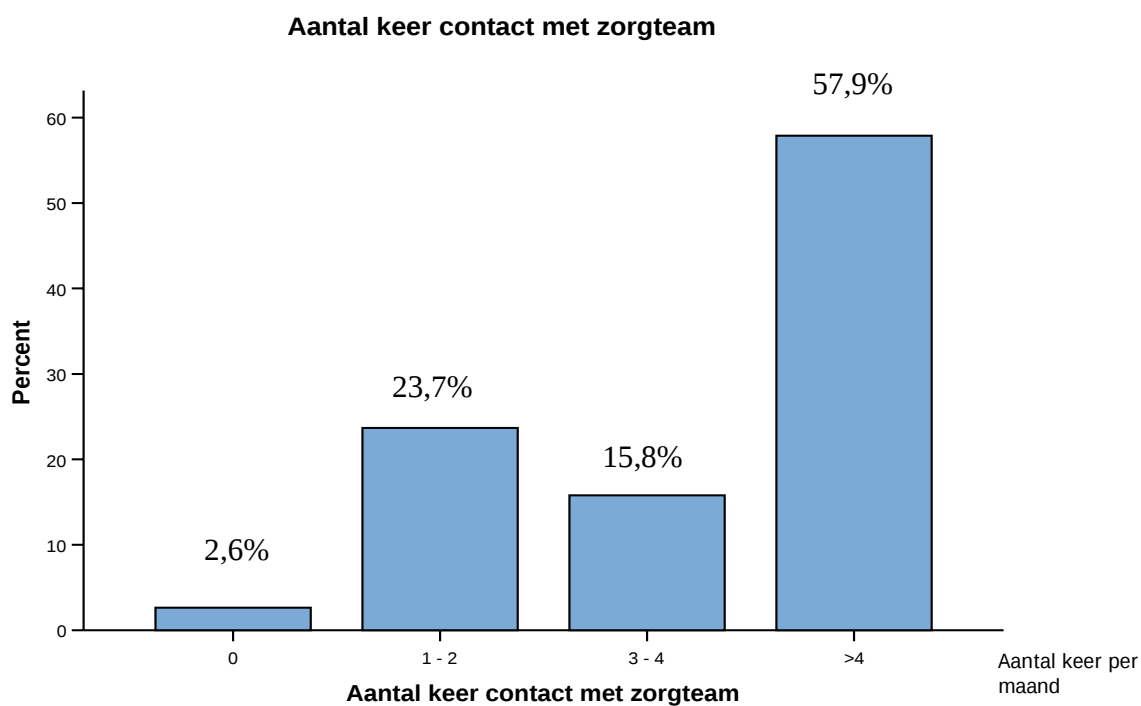
De verbeterpunten die respondenten aangegeven hebben zijn:

- Er zou meer ruimte moeten zijn om contacten te onderhouden, dit is niet in eerste instantie productief, maar in het geheel wel;
- Zelf meer initiatief nemen naar andere disciplines toe;
- Meer gebruik maken van elkaars capaciteiten;
- Altijd rapporteren in zorgmap, zowel verpleegkundige als alle andere disciplines zodat men weet wat er is afgesproken;
- Duidelijke overdrachten meegeven aan de cliënt van beide kanten;
- Meer gestructureerd overleg, multidisciplinair overleg, bijvoorbeeld bij chronische cliënten;
- Elkaar beter kunnen vinden;
- Vaker gebruik maken van e-mail;
- Samenwerking met fysiotherapie verbeteren: we kunnen elkaar zeker aanvullen met betrekking tot oefeningen, houding bij cliënten;
- Communicatie en bereikbaarheid, ook intern;
- Meer mondeling overleg.

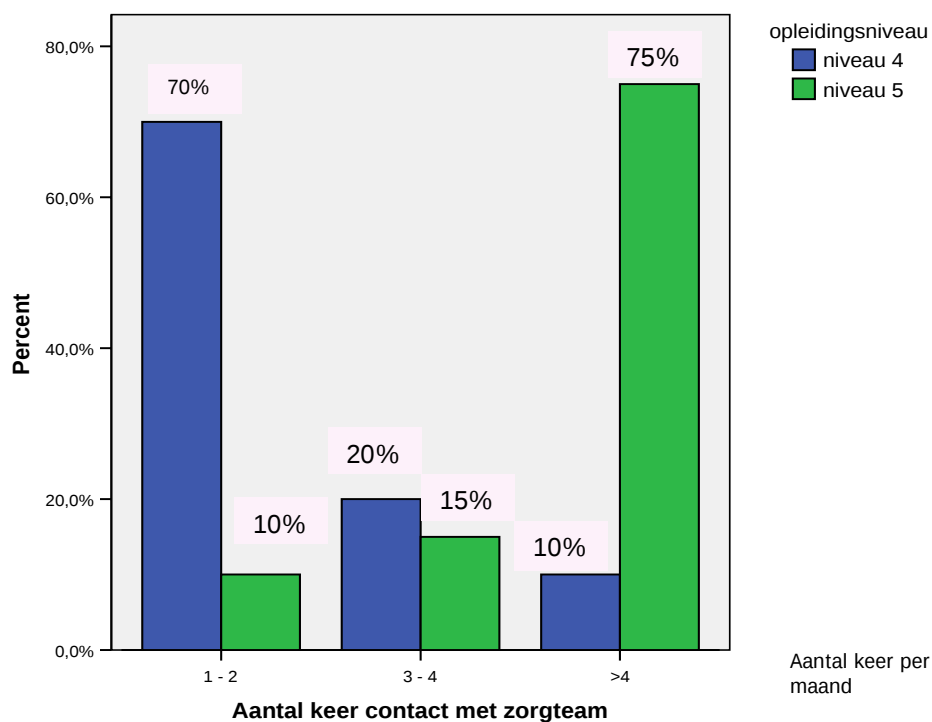
5.1.8 Samenwerking met zorgteams

Frequentie

In onderstaand staafdiagram is weergegeven in welke mate de respondenten contact hebben met de zorgteams. Hieruit blijkt dat er regelmatig contact is met het zorgteam.



De onderzoekers zijn nagegaan in hoeverre deze contacten vormgegeven werden door verpleegkundigen niveau 5 en verpleegkundigen niveau 4. Dit is weergegeven in onderstaand staafdiagram. Hieruit blijkt dat niveau 5 vaker contact heeft met het zorgteam dan niveau 4.



Inhoud contact

In onderstaande tabel wordt weergegeven waaruit de contacten met de zorgteams bestaan in welke mate. De respondenten hadden bij deze vraag meerdere antwoordmogelijkheden.

<i>Inhoud contact met zorgteams</i> N=37	<i>Aantal</i>	<i>Procenten</i>
Zorginhoudelijk advies/ consult	34	91,9%
Verzoek om aanpassing van het indicatiebesluit	18	48,6%
Verzorgende informeert mij over de situatie van de cliënt	32	86,5%
Ik draag een cliënt over naar een zorgteam	31	83,8%
Anders nl.**	4	10,8%

**Anders: verpleegkundige bij teamoverleg, informeren van een verzorgende over een cliënt en samen zoeken naar de doelstelling, samenwerking bij een cliënt en cliëntbespreking bij gedeeld EAV-schap.

Zorginhoudelijk advies/consult

Zorginhoudelijk advies/ consult wordt door 94,7% van de respondenten gegeven.

Over wondzorg wordt het meeste advies/ consult gegeven. Daarna volgen advies over hulpmiddelen, diabetes, omgangsadvies m.b.t. gedrag en incontinentie.

Concrete onderwerpen die door de respondenten genoemd worden, zijn:

- Uitbreiding van zorg;
- Ondersteunen palliatieve/ terminale zorg;
- Wondzorg: decubitus, smetten, schimmel, huidandoeningen;
- Katheter verzorging / advies;
- Aanvraag/ advies hulpmiddelen;
- Complexe zorg;
- Incontinentie en incontinentiemateriaal;
- Hartfalen;
- Diabetes, bloedsuiker prikken, bloedsuikermeters;
- Omgangsadvies/ gedrag;
- Hoe de zorg te verdelen over beide teams;
- Zwachtelen, oedeem;
- Houding: tiltechnieken;
- COPD: omgaan met vernevelen, O2 apparatuur, inhalatiemedicatie;
- Sociale problemen;
- Dementie;
- Reumatische aandoeningen;
- Medicatie;
- Overstijgende problematiek;
- Diagnose.

Een aantal respondenten geeft meer algemeen antwoord op deze vraag. Genoemd worden het geven van advies/ consult over/bij therapie, twijfel, inhoudelijk met betrekking tot zorgaspecten, advies en begeleiding, vakgroep gericht, overstijgende problematiek en bestelling.

In het geven van consult/ advies is vrijwel geen verschil tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. Alle respondenten van niveau 4 geven aan zorginhoudelijk consult/ advies te geven. Voor niveau 5 geeft 90% respondenten met dit opleidingsniveau dit aan.

Ervaring

De respondenten is gevraagd een aantal onderdelen in de samenwerking met een verzorgende te beoordelen. Dit is weergegeven in onderstaande tabel.

Hieruit blijkt dat de respondenten over de bereikbaarheid van de verzorgende over het algemeen tevreden zijn. Dit geldt ook voor de effectiviteit van gegeven advies/ consult. Minder tevreden zijn ze over de volledigheid van invullen van het consultformulier en het tijdig aanvragen van consult.

<i>Aspecten van samenwerking met verzorgenden</i> N=38*	<i>Uitstekend</i>	<i>Voldoende</i>	<i>Onvoldoende</i>	<i>Slecht</i>	<i>N.v.t.</i>
De bereikbaarheid van de verzorgende	5,3%	76,3%	15,8%	0%	2,6%
Effectiviteit van gegeven advies/ consult	15,8%	65,8%	7,9%	0%	10,5%
De volledigheid van het door de verzorgende ingevulde consultformulier	3,8%	30,8%	26,9%	23,1%	15,4%
Het tijdig aanvragen van consult	0%	61,8%	17,6%	8,8%	11,8%
Mate waarin verpleging door de verzorgende op de hoogte wordt gehouden van cliëntsituaties	10,6%	35,1%	48,6%	2,7%	2,7%
Mate waarin verpleging zich op de hoogte stelt van cliëntsituaties uit zorgteams	8,3%	47,2%	41,7%	0%	2,8%

*N=26 voor 'De volledigheid van het door de verzorgende ingevulde consultformulier'

N=34 voor 'Het tijdig aanvragen van consult'

N=37 voor 'De mate waarin verpleging door de verzorgende op de hoogte wordt gehouden van cliëntsituaties'

N=36 voor 'De mate waarin verpleging zich op de hoogte stelt van cliëntsituaties uit zorgteams'

Knelpunten

60,5% van de respondenten ervaart geen knelpunten in de samenwerking met de zorgteams, tegenover 39,5% die wel knelpunten ervaart in de samenwerking.

Knelpunten die ervaren worden zijn:

- Verzorgende levert te laat vraag om herindicatie aan en denkt dan dat verpleging hier direct tijd voor heeft;
- Te laat inschakelen van verpleging, bijvoorbeeld 's avonds of in het weekend opgeroepen worden voor een wond, omdat men het niet vertrouwd waarbij dan blijkt dat het al veel langer speelt;
- De verschillende niveaus binnen een zorgteam;
- Verschil in mate van motivatie binnen een zorgteam;
- Langs elkaar heen werken;
- Aanbevelingen richting het verzorgingshuis worden niet altijd opgevolgd, bijvoorbeeld ten aanzien van smetten;
- Veel verschillende verzorgenden waardoor moeilijk contact te leggen met de EAV;
- Het consultformulier is nog te weinig bekend en/ of wordt niet gebruikt.
- Verzorgenden denken soms dat verpleging expres wondzorg wil overnemen. Hierdoor heeft verpleging soms het gevoel dat de verzorgenden verpleging soms overslaat;
- Communicatie;
- Grote teams, niet persoonlijk kennen van iedereen;

- Organisatiestructuur om elkaar te vinden is niet geweldig duidelijk voor verzorging en verpleging;
- Verpleegkundigen zijn niet gekoppeld aan zorgteams. Elkaar kennen is minimaal. Veel zaken kunnen hierdoor onderbelicht blijven;
- Onvoldoende overleg onderling;
- Onvoldoende gebruik maken van elkaars deskundigheid;
- Verpleging vindt het wel eens vervelend dat ze verzorgenden in hun vrije tijd nodig hebben;
- Er is een onzichtbare drempel waar verzorgenden moeilijk over gaan;
- In routes, soms duurt het lang voordat een cliënt over kan van verpleging naar een zorgteam.

5.1.9 Geven van aanwijzingen

In onderstaande tabel een weergave over welke aspecten en in welke mate verpleegkundigen aanwijzingen geven aan de cliënt, familie en andere zorgverleners over personen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te verlenen.

<i>Aspecten waarover verpleegkundigen aanwijzingen geven</i> N=38*	<i>Vaak</i>	<i>Regelmatig</i>	<i>Soms</i>	<i>Nooit</i>
Hulpmiddelen	18,4%	47,4%	34,2%	0%
Disciplines die ingeschakeld zouden kunnen worden	21,6%	37,8%	40,5%	0%
Aanvragen huishoudelijke hulp (WMO)	31,6%	57,9%	10,5%	0%
Eigen bijdrage zorgverlening	31,6%	36,8%	21,1%	10,5%
Subsidiemogelijkheden	0%	5,6%	52,8%	41,7%
Indicatiestelling CIZ	36,8%	34,2%	26,3%	2,6%
Inzet vrijwilligers	5,3%	52,6%	39,5%	2,6%
Dagopvang	0%	34,2%	57,9%	7,9%
Dagbehandeling	0%	42,1%	47,4%	10,5%
Maaltijdvoorziening	5,3%	42,1%	47,4%	5,3%
Personenalarmering	2,6%	44,7%	52,6%	0%

*N=37 voor 'Disciplines die ingeschakeld zouden kunnen worden'
N=36 voor 'Subsidiemogelijkheden'

Door de onderzoekers is nagegaan of er verschil is in het geven van aanwijzingen over personen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te verlenen tussen verpleegkundige niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. Hieruit blijken enkele verschillen.

Zo geven respondenten met opleidingsniveau 5 vaker dan respondenten met opleidingsniveau 4 aan aanwijzingen te geven over hulpmiddelen (van de respondenten niv. 5 koos 70% 'vaak' en 'regelmatig' terwijl dit bij respondenten niv. 4 40% was), subsidiemogelijkheden (respondenten niv. 5 koos 60% 'regelmatig' en 'soms' terwijl dit bij respondenten niv. 4 12,5% was), disciplines die ingeschakeld zouden kunnen worden (van de respondenten niv. 5 koos 65% 'vaak' en

'regelmatig' terwijl dit bij respondenten niv. 4 33,3% was) en de eigen bijdrage (van de respondenten niv. 5 koos 80% 'vaak' en 'regelmatig' terwijl dit bij respondenten niv. 4 40% was).

Respondenten met opleidingsniveau 4 geven vaker dan respondenten met opleidingsniveau 5 aanwijzingen over de inzet van vrijwilligers (van de respondenten niv. 4 koos 60% 'vaak' en 'regelmatig' terwijl dit bij respondenten niv. 5 45% was).

5.1.10 Reageren op een gewijzigde zorgvraag

Vormgeving

In onderstaande tabel is weergegeven op welke wijze de respondenten reageren op een gewijzigde zorgvraag van de cliënt. Hieruit blijkt dat afstemming voornamelijk plaatsvindt met de cliënt en inwonende mantelzorg en/of familie. Gezamenlijk overleg vindt weinig plaats. En men houdt doorgaans goed bij of de indicatie van de cliënt gewijzigd dient te worden.

<i>Ik stem het beleid van zorg af met...</i>	N=38*	<i>Altijd</i>	<i>Vaak</i>	<i>Regelmatig</i>	<i>Soms</i>	<i>Nooit</i>
...de cliënt		67,6%	24,3%	8,1%	0%	0%
... collega's binnen de eigen organisatie		27,0%	35,1%	27,0%	10,8%	0%
...inwonende mantelzorg en/of familie		41,7%	33,3%	11,1%	13,9%	0%
...uitwonende mantelzorg en/of familie		0%	16,7%	16,7%	50,0%	16,7%
...de huisarts		8,1%	16,2%	40,5%	29,7%	5,4%
...andere disciplines		8,3%	13,9%	19,4%	50,0%	8,3%
<i>Deelname aan overleg</i>						
Ik neem deel aan een gezamenlijk overleg rond de cliënt met (alle) betrokken disciplines en mantelzorg/familie.		0%	16,2%	13,5%	37,8%	32,4%
Ik neem het initiatief tot de organisatie van een gezamenlijk overleg rond de cliënt met (alle) betrokken disciplines en mantelzorg/familie.		0%	19,4%	5,6%	41,7%	33,3%
<i>Bijhouden van indicatiebesluit</i>						
Ik houd bij of de indicatie van de cliënt gewijzigd dient te worden		14,3%	34,3%	34,3%	14,3%	2,9%

*N=37 voor '... de cliënt, '... collega's binnen de eigen organisatie', '... de huisarts' en 'Ik neem deel aan een gezamenlijk overleg rond de cliënt met (alle) betrokken disciplines en mantelzorg/familie'

N=36 voor '... inwonende mantelzorg en/of familie', '... uitwonende mantelzorg en/of familie', '... andere disciplines' en 'Ik neem het initiatief tot de organisatie van een gezamenlijk overleg rond de cliënt met (alle) betrokken disciplines en mantelzorg/familie'

N=35 voor 'Ik houd bij of de indicatie van de cliënt gewijzigd dient te worden'

Verschil tussen respondenten met opleidingsniveau 4 en respondenten met opleidingsniveau 5 is dat respondenten met opleidingsniveau 4 beleid vaker afstemmen met uitwonende mantelzorg en/of familie dan respondenten met opleidingsniveau 5 (88,9% van de respondenten met opleidingsniveau 4 koos 'vaak' en 'regelmatig', dit was bij 75% van de respondenten met opleidingsniveau 5 het geval).

Ook in het initiatief nemen tot een gezamenlijk overleg geven respondenten met opleidingsniveau 4 dit vaker aan dan respondenten met opleidingsniveau 5 (33,3% van de respondenten met opleidingsniveau 4 koos 'vaak' en 'regelmatig', dit was bij 10,5% van de respondenten met opleidingsniveau 5 het geval).

Oorzaken van niet adequaat reageren

In onderstaande tabel een weergave van de oorzaken in die gevallen waarin niet adequaat wordt gereageerd op een gewijzigde zorgvraag. Hieruit blijkt dat de respondenten de oorzaak met name zien in het niet of niet tijdig mondeling doorgeven van veranderingen en in de verantwoordelijkheid bij de ander leggen. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk.

<i>Oorzaken van niet adequaat reageren</i>	N=37	<i>Aantal</i>	<i>Procenten</i>
Veranderingen worden niet of niet tijdig gesignaleerd		11	29,7%
Veranderingen worden niet of niet tijdig schriftelijk gerapporteerd		16	43,2%
Veranderingen worden niet of niet tijdig mondeling doorgegeven		22	59,5%
De verantwoordelijkheid voor het ondernemen van actie wordt bij de ander gelegd		18	48,6%
Er is niet duidelijk wie actie moet ondernemen		13	35,1%
Anders nl, *		4	10,8%

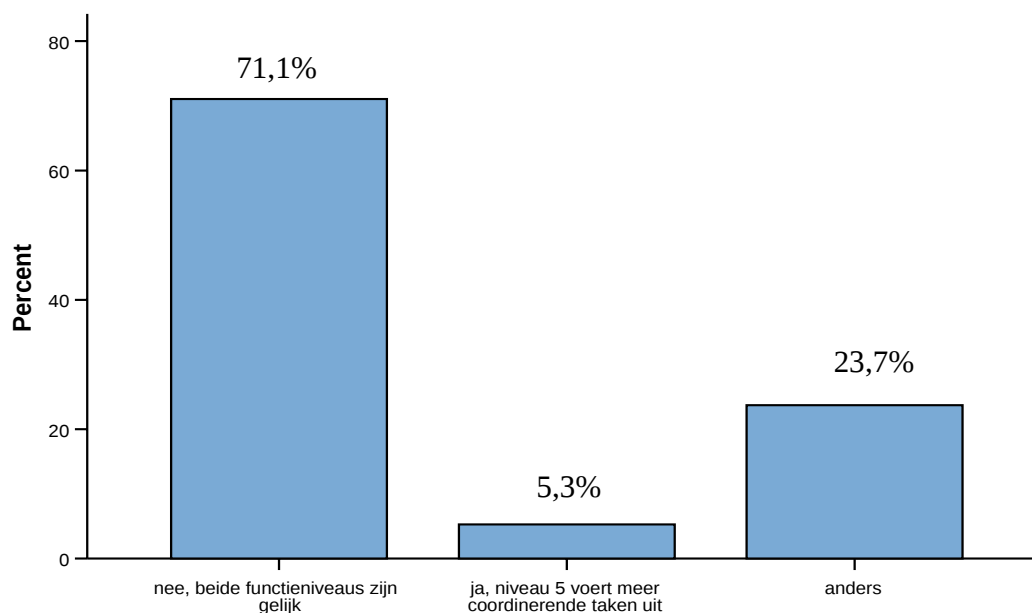
*Anders:

- Als EAV'er er even niet komt en men denkt dat die binnenkort wel komt;
- Communicatie tussen andere disciplines verloopt niet altijd even soepel;
- Er wordt gewacht op de EAV, als die niet aanwezig is duurt het soms lang voordat er actie ondernomen wordt;
- Er wordt adequaat gereageerd.

5.1.11 Niveau 4 en niveau 5

De respondenten is gevraagd of zij zelf verschil ervaren in de uitvoering van coördinerende taken door verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. De resultaten zijn hieronder weergegeven in een staafdiagram. Hieruit blijkt het overgrote deel van de respondenten geen verschil ervaart maar van mening is dat beide functieniveaus dezelfde taken uitvoeren, dezelfde verantwoordelijkheid hebben en hiertoe ook in staat zijn (71,7%).

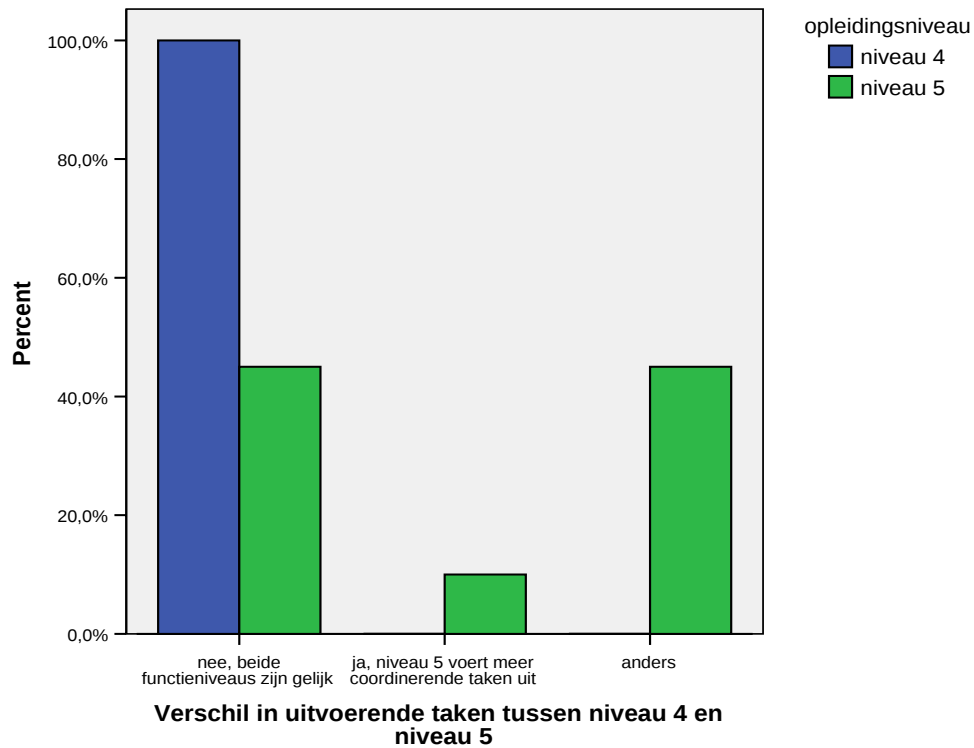
Vershil in uitvoerende taken tussen niveau 4 en niveau 5



Een aantal maal is de antwoordmogelijkheid 'anders' gekozen. De respondenten gaven hierbij het volgende aan:

- Je hebt hele goede niveau 4 verpleegkundigen en hele slechte niveau 5 verpleegkundigen en andersom. Ik stoer mij aan deze klasse invullingen en bijna arrogantie! Dit ligt weer anders bij de pas afgestudeerde;
- In ons team merk ik het verschil niet zo. Een enkeling van het team met niveau 4 is niet coördinerend en overstijgend. Niveau 4 en 5 hebben uitvoerend dezelfde taken, op kantoor kan niet iedere niveau 4 het aan;
- In onze praktijk heb ik niet te maken met verschillende niveaus;
- Er is verschil tussen de ene niveau 4 en de andere. Sommige niveau 4 kunnen alles doen, andere niveau 5 kunnen niets doen;
- Ja, ik ervaar verschil, niveau 4 is ook eindverantwoordelijk, niveau 5 zou misschien meer overstijgende, coördinerende taken moeten doen;
- Beide functieniveaus voeren dezelfde taken uit, hebben dezelfde verantwoordelijkheid en kunnen dit ook, maar niveau 5 voert meer overstijgende, coördinerende taken uit;
- Ik heb niet met mensen van niveau 4 te maken, maar vindt dat ze het zouden moeten kunnen.

Uit onderstaand staafdiagram blijkt dat er wel verschil is tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5 in hoe zij hierover denken. Alle respondenten met opleidingsniveau 4 geven aan van mening te zijn dat beide functieniveaus gelijk zijn, in tegenstelling tot respondenten met opleidingsniveau 5.



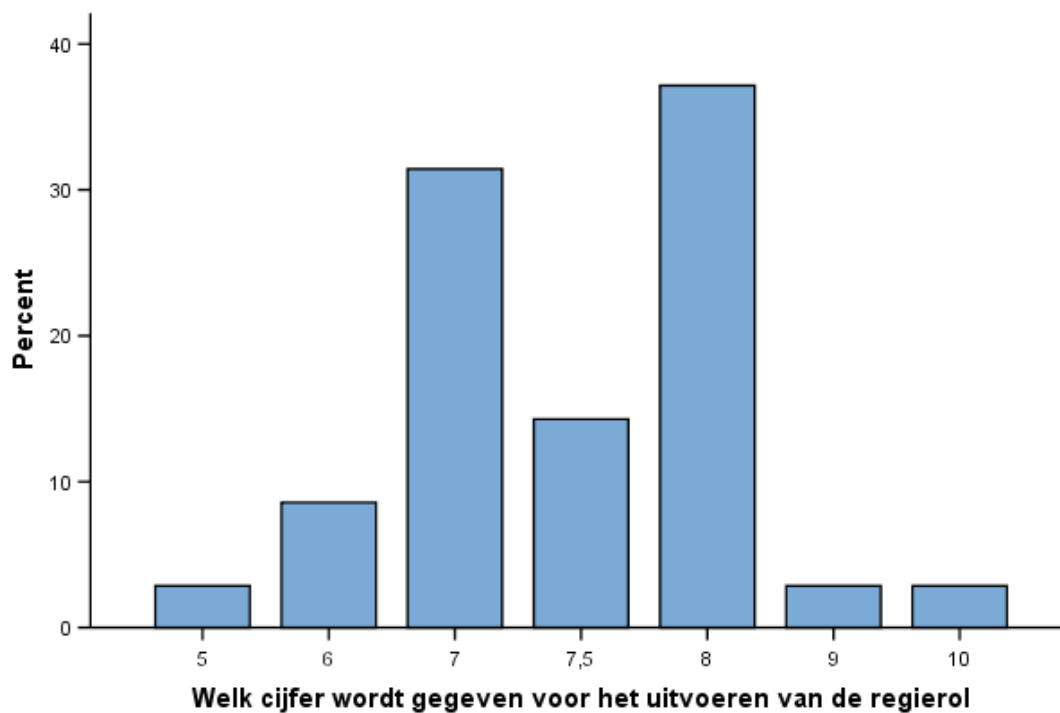
5.1.12 Eigen uitvoering

Cijfer

In onderstaand staafdiagram is te zien welk cijfer de respondenten geven aan hun eigen uitvoering van de regierol op een schaal van 1-10 waarbij 10 de hoogste score is.

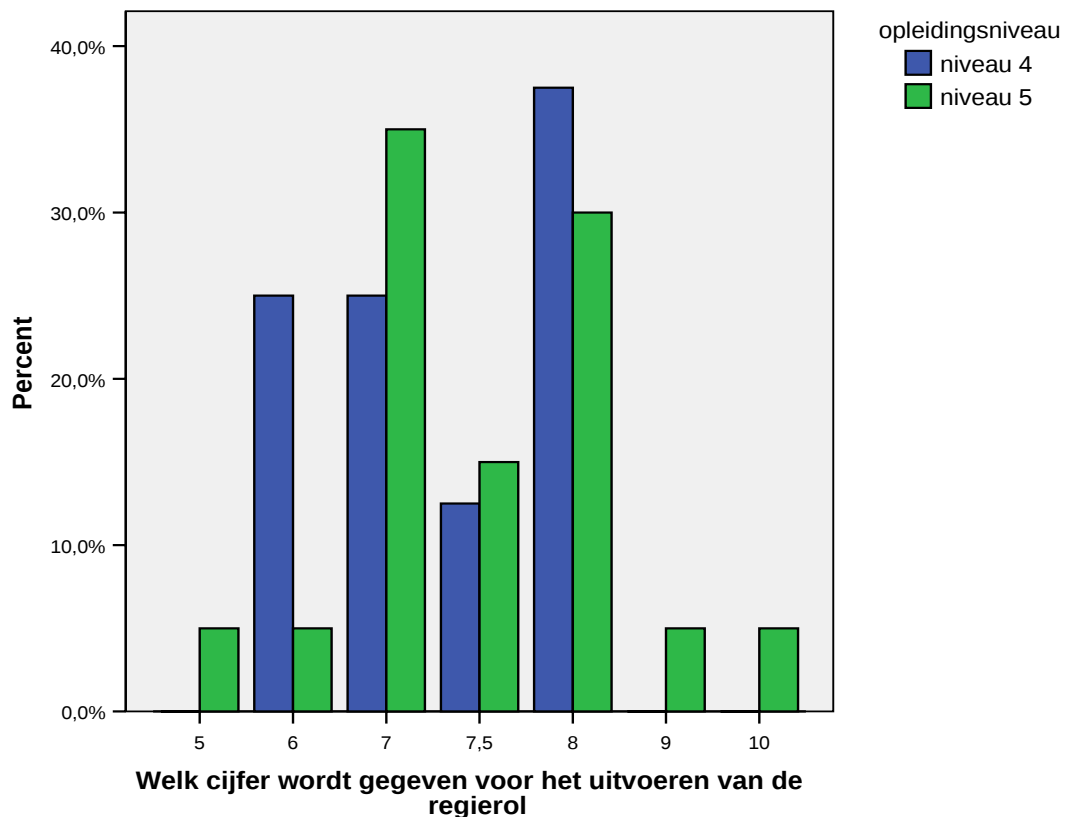
Het gemiddelde cijfer dat de respondenten aan hun eigen uitvoering geven is een 7,4.

Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol



In onderstaande tabel en het staafdiagram is deze weergave nogmaals te zien, maar nu gescheiden naar opleidingsniveau. Hierin is te zien dat respondenten met opleidingsniveau 5 zichzelf doorgaans een hogere score geven dan respondenten met opleidingsniveau 4.

<i>Opleidingsniveau</i>		N=28	<i>Niveau 4</i>	<i>Niveau 5</i>
Cijfer gegeven aan het uitvoeren van de regierol*	5		0%	5%
	6		25%	5%
	7		25%	35%
	7,5		12,5%	15%
	8		37,5%	30%
	9		0%	5%
	10		0%	5%



Competenties

De respondenten geven een heel scala aan competenties aan, als hun competenties op het gebied van coördinatie van zorg. Deze zijn:

- Orde creëren;
- Kunnen omgaan met complexiteit;
- Snel totaaloverzicht hebben;
- Plannen en organiseren (regelen);
- Anticiperen (vooruitdenken);
- Punctueel zijn;
- Afspraken nakomen;
- Professioneel zijn;
- Observeren/signaleren;
- Zorgbehoefte goed kunnen inschatten;
- Goede sociaalcommunicatieve vaardigheden;
- Motiveren van collega's;
- Eenduidig zijn;
- Helder informeren;
- Zorgmappen in orde maken en houden;
- Zorgleefplan opstellen;
- Overdragen van informatie;
- Cliëntgerichte houding;
- Deskundig zijn en erkennen van grenzen aan eigen deskundigheid.

Verbeter- of ontwikkelpunten

Verbeter- of ontwikkelpunten die de respondenten zien voor zichzelf in de eigen uitvoering van coördinatie van zorg zijn de volgende:

- Meer inzicht in en kennen van de sociale kaart;
- Meer overleg met huisarts;
- Beter rapporteren;
- Leren iets makkelijker te delegeren;
- Grenzen beter leren bewaken;
- Regelmatiger cursus krijgen;
- Eerder actie ondernemen bij het signaleren van knelpunten;
- Ontwikkelen in tijdproces;
- Eerder EAV-schap vaststellen;
- Zou nog graag de regiefunctie meer willen ontwikkelen;
- Bij blijven, verdieping aanbrengen;
- Meer ervaring opdoen;
- Als EAV goed in de gaten houden dat ik regelmatig bij de cliënt kom;
- Als EAV goed overdragen;
- M.b.t. verpleging (plaatsnaam) zou ik graag willen samenwerken met een collega die overzicht heeft over de gehele gang van zaken m.b.t. coördinatie;
- Anamneselijst beter invullen;
- Beter houden van/invullen van evaluaties;
- Meer kennis (ondermeer van de verschillende processen van kanker);
- Coach;
- Doortastender zijn;
- Vaker terugkoppelen naar collega's zorgteam;
- Tijdsplanning;
- Intensiever contact met verzorging;
- Meer mantelzorgers buitenshuis wonend betrekken;
- Nog beter plannen t.a.v. EAV'er.

5.1.13 Algemene verbeterpunten

Een kwart van de respondenten geeft aan nog algemene verbeterpunten te hebben ten aanzien van coördinatie van zorg.

Deze verbeterpunten zijn:

- Een regieverpleegkundige in ieder team, daar kun je als thuiszorg niet zonder! De oude teamleidster, toen werkte het als een speer;
- EAV'er eerder toewijzen, dit werkt in de praktijk nog niet zo goed. Moet nog wennen;
- Afstemming van zorg in zorgmap kan beter. Met behulp van het formulier waarop je de zorg per zorgmoment uit schrijft, zodat het voor iedereen duidelijk is wat wanneer gebeurt. Deze was er in het verleden, maar wordt nu gemist. Informatie in zorgleefplan is te summier;
- Continuïteit van verpleegkundigen overdag. T.a.v. cliënten, indicaties, disciplines, mantelzorgers, huisartsen. Creëert ook meer duidelijkheid.

5.2 Resultaten interviews

In deze paragraaf worden de resultaten vanuit de gehouden interviews beschrijvend weergegeven. De onderzoekers hebben 4 interviews gehouden. De resultaten worden beschreven aan de hand van de thema's die in het interview aan de orde zijn gekomen. Vanuit de resultaten kwamen hierin subthema's naar voren, ook wel topics of labels genoemd. Achtereenvolgens worden de volgende thema's besproken: achtergrondgegevens van de respondenten, EAV-schappen en cliëntentoewijzing, tijd voor coördinatie, samenwerking huisarts – wijkverpleegkundige, LESA's en ketenzorg, samenwerking met ziekenhuizen, samenwerking met andere disciplines, samenwerking verpleegkundige praktijken – zorgteams, adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag, verpleegkundigen niveau 4 en 5, planning, procedures en formulieren, deskundigheid en scholing, randvoorwaarden en algemene verbeterpunten. Omdat de interviews kwalitatief verwerkt zijn, wordt in onderstaande beschrijving (veelal) niet weergegeven in welke mate dat wat beschreven is wordt ervaren. Hiervoor verwijzen de onderzoekers naar bijlage 8.

5.2.1 Achtergronden

De interviews zijn gehouden onder een viertal managers V&V. 2 managers zijn werkzaam in het gebied Noordwestoverijssel, 2 managers zijn werkzaam in het gebied Urk/Noordoostpolder. Alle managers sturen zowel een verpleegkundige praktijk als één of meerdere zorgteams aan. Deze aansturing heeft veelal een coachend karakter. De manager is niet dagelijks in de praktijken en zorgteams te vinden. De verpleegkundigen uit de praktijken kunnen zo nodig op de manager terugvallen.

5.2.2 EAV-schappen en cliëntentoewijzing

Alle respondenten geven aan en blijken van goed zicht te hebben op de wijze waarop cliënten in de verpleegkundige praktijken worden toegewezen.

De wijze van toewijzing verschilt. Er wordt gewerkt met toewijzing per gebied, ook wel clusters genoemd. Dit wil zeggen dat een aantal verpleegkundigen aan een bepaald gebied gekoppeld zijn. Een nieuwe cliënt wordt afhankelijk van diens woonplaats toegewezen aan een groepje verpleegkundigen. Verschil is dat in de ene praktijk het groepje verpleegkundigen gezamenlijk eerst aanspreekbare verpleegkundige (EAV) is, oftewel gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de cliënt draagt, terwijl in de andere praktijk uit het groepje verpleegkundigen dat aan het gebied gekoppeld is, één verpleegkundige EAV wordt.

Daarnaast wordt genoemd het werken met groepjes verpleegkundigen gekoppeld aan een bepaalde wijk. Deze werkwijze is soortgelijk aan toewijzing per gebied of cluster. In deze praktijk wordt daarnaast gewerkt met een zogenaamd maatjessysteem. Dit wil zeggen dat een tweetal verpleegkundigen EAV van de cliënt zijn, en om en om op vaste dagen door de week de zorg verlenen. Het aantal medewerkers dat de cliënt hierdoor ziet is beperkt.

Naast deze specifieke werkwijzen worden een heel aantal criteria of aandachtspunten genoemd, die gehanteerd worden bij de toewijzing van cliënten aan een EAV. Criteria die door de verschillende respondenten vaker worden benoemd zijn de zorgvraag van de cliënt, de competenties of deskundigheid van medewerkers, continuïteit in medewerkers, evenredige verdeling van EAV-schappen en werkdagen van de medewerker. Daarnaast worden drukte van de cliëntenroute en grootte van het contract genoemd als aandachtspunten.

Alle respondenten geven aan doorgaans tevreden te zijn over de cliëntentoewijzing zoals die nu verloopt. Er wordt aangegeven dat verpleegkundigen hun verantwoordelijkheid nemen in hun EAV-schap en zelf gespitst zijn op het bieden van continuïteit aan de cliënt.

In de cliëntentoewijzing worden ook knelpunten ervaren. Genoemd wordt het spanningsveld tussen wenselijkheid van continuïteit van zorg en beperkte mogelijkheden om een EAV vaak in te zetten. Daarnaast het spanningsveld tussen het bieden van continuïteit en het werken met medewerkers met veelal kleine contracten.

Verbeterpunten die de respondenten noemen zijn het meer weloverwogen toewijzen van cliënten. Zo wordt genoemd dat de cliëntentoewijzing veelal praktisch en niet altijd even doordacht wordt uitgevoerd. Het bewuster samenstellen ook van groepjes verpleegkundigen die aan een bepaald gebied gekoppeld zijn. Hierbij wordt ook het meer doen met competenties van

medewerkers, waaronder het verschil tussen verpleegkundigen van niveau 5 en verpleegkundigen van niveau 4, genoemd.

Aangegeven wordt dat de toewijzing van een EAV aan de cliënt, na binnenkomst van de cliënt bij de thuiszorg, meestal gewaarborgd is. Middel dat hiervoor genoemd wordt is een werkinstructie over het gebruik van het cliëntdossier waarin dit ondermeer vastgelegd is. Daarnaast wordt genoemd het hebben van een vast werkoverleg, eens per week, waarin een EAV wordt toegewezen.

Er wordt echter ook aangegeven dat de toewijzing niet gewaarborgd wordt. Reden is dat dit soms wordt vergeten en er soms ook de voorkeur is dat er een eerste kennismaking met de cliënt plaatsvindt alvorens een EAV wordt toegewezen. Mogelijk verbeterpunt dat hiervoor aangedragen wordt is een maatregel die voorkomt dat het vergeten kan worden, zoals een inpassing in het computersysteem.

Tot slot wordt benoemd dat het soms de voorkeur heeft dat degene die de zorg bij de cliënt heeft gestart, EAV van de cliënt wordt.

5.2.3 Tijd voor coördinatie

Alle respondenten herkennen dat in de praktijk de 'zorg aan het bed' een hogere prioriteit heeft dan bijkomende taken, waaronder coördinerende taken. Aangegeven wordt dat het weliswaar herkenbaar is, maar het niet te scheiden is. In een aantal verpleegkundige praktijken krijgen de coördinerende taken niet minder aandacht dan de 'zorg aan het bed'. In andere verpleegkundige praktijken krijgt de 'zorg aan het bed' wel voorrang. Benoemd wordt dat de 'zorg aan het bed' productief is en verpleegkundigen moeite hebben met het tijd nemen voor coördinerende taken door een sterke praktijkgerichtheid. In beperkte mate komt het voor dat coördinerende taken hierdoor, en door drukte, vaak te lang uitgesteld worden.

Voor de verpleegkundigen is tijd beschikbaar voor coördinatiewerkzaamheden. Het gaat hierbij voornamelijk om het uitvoeren van coördinerende werkzaamheden na afloop van de cliëntenroute op kantoor. Zo nodig dient dit overgedragen te worden aan een collega. Echter, ook wordt benoemd dat uitvoer van coördinerende taken bij de cliënt thuis voorkeur heeft, omdat dit productief is. Uitvoer van coördinerende taken bij de medewerker thuis komt volgens de respondenten zelden voor. Coördinerende taken worden in een praktijk ook binnen het dagelijkse telefonische spreekuur uitgevoerd, tijdens de middagdienst op kantoor en door de planner. Benadrukt wordt dat er tijd beschikbaar is maar verpleegkundigen zelf verantwoordelijk zijn voor het invullen en plannen van deze tijd.

Genoemde verbeterpunten in tijd voor coördinerende werkzaamheden betreffen het productiever declareren van coördinerende werkzaamheden, het door verpleegkundigen niet onnodig overnemen van taken van de EAV van de cliënt, het door verpleegkundigen kunnen loskoppelen van directe zorgtaken en coördinerende taken oftewel coördinerende taken ook als werk leren zien en het laten oppakken van coördinerende taken door de planner omdat dit productiever is.

5.2.4 Samenwerking huisarts – wijkverpleegkundige

De samenwerking met de huisarts wordt door alle respondenten over het algemeen als goed ervaren. Doorgaans zijn ook de huisartsen tevreden over de samenwerking.

De samenwerking met huisartsen wordt vormgegeven door middel van structureel en ad hoc overleg, telefonisch contact, het aanvragen van visites door verpleegkundigen en het afstemmen van zorginhoudelijk beleid. Daarnaast levert de huisarts cliënten aan de thuiszorg.

Het structureel overleg wordt door alle respondenten genoemd in de vorm van huisartsenoverleg of hometeam. In het overleg worden cliënten doorgesproken. In een praktijk vindt het structureel overleg alleen plaats met huisartsen die niet in het gezondheidscentrum zijn gehuisvest. Met de overige huisartsen vindt daar ad hoc afstemming plaats.

De frequenties van structureel overleg variëren van maandelijks tot tweemaandelijks.

Naast deze vormen van contact wordt eens per maand door de organisatie een nieuwsbrief uitgegeven voor de huisartsen met informatie over met name beleidszaken. Dit wordt als ondersteunend benoemd.

Knelpunten vanuit de verpleegkundige praktijken zijn het moeilijk afstemmen van beleid met de huisarts, het afzeggen van gepland huisartsenoverleg door de huisarts, het niet na komen van afspraken door de huisarts en in één geval wrijving in de samenwerking doordat een Nurse Practitioner werkzaam in de huisartsenpraktijk taken van de wijkverpleegkundigen overneemt. Het gaat hierbij echter doorgaans om incidenten of situationele omstandigheden.

Een aantal huisartsen beoordeelt de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige als onvoldoende. Voor hen is het onduidelijk waarheen te bellen. Ook dit lijkt situationeel te zijn en wordt in beperkte mate genoemd. In een praktijk wordt gebruikgemaakt van een zogenaamde praktijktelefoon waarop een wijkverpleegkundige juist bereikbaar is voor de huisarts. Huisartsen geven verder aan niet voor 'wisewasjes' gebeld te willen worden. Onder andere in het kader van deze klacht loopt momenteel in een gebied een project die de samenwerking met de huisarts en bereikbaarheid van de thuiszorg moet verbeteren. Met name de communicatie en bereikbaarheid staat hierin centraal. Als proef wordt gewerkt met formulieren die door de huisarts gemaild of

gefaxt kunnen worden wanneer de thuiszorg op andere manieren onvoldoende bereikbaar is. Los van deze proef wordt in het kader van deze klacht ook het gaan werken met verpleegkundigen als tussenpersoon tussen de huisarts en verzorgenden genoemd, wat tot tevredenheid werkt.

Als verbeterpunten worden een betere, directe bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige genoemd. Bijvoorbeeld in de vorm van een vast bereikbaarheidspunt in de vorm van een regieverpleegkundige werkzaam op vaste dagen door de week die telefonisch bereikbaar is voor de huisarts. Andere punten zijn: elkaar beter leren kennen, bijvoorbeeld door het organiseren van een nieuwjaarsborrel met samenwerkende huisartsen, het meer bewust worden van de mogelijkheden van de thuiszorg door huisartsen en hier meer gebruik van maken en het als verpleegkundige goed weten wat te willen bespreken of te vragen aan de huisarts, hierin professioneel zijn.

De samenwerking met huisartsen verloopt veelal op basis van mondelinge afspraken en al bestaande samenwerking. Er staan geen afspraken op papier, iets wat in het verleden overigens wel is gebeurd. Onderwerpen waarover afspraken zijn gemaakt betreffen bereikbaarheid, aanvraag van indicaties en het inzetten van een verpleegkundige als tussenpersoon tussen de huisarts en verzorgenden.

Er lijkt bij de respondenten geen voorkeur te zijn voor het wel gaan vastleggen van samenwerkingafspraken. Zo benoemt een respondent:

“Nee. Want iets wat goed is ... Een huisarts wordt doorgaans niet heel erg blij van nog meer afspraken op papier. En ik vind als je een goeie, vanzelfsprekende samenwerking hebt, moet je daar niet te veel meer aan willen doen denk ik.”

Evaluatie van de samenwerkingsrelatie met de huisarts vindt niet structureel plaats. Wel gebeurt dit ad hoc, met name op het moment wanneer knelpunten worden ervaren. Aangegeven wordt dat er bij de huisarts ook weinig ruimte is voor structurele evaluatie. Ter illustratie:

“Nou, weet je, je moet ook niet een te grote druk op die huisartsen ... ik ben al lang blij dat het zo gaat als het nu gaat. Hé? En als je nog meer gestructureerde dingen misschien gaat bedenken dan ervaren zij het, denk ik, al heel snel als van teveel. Zie, zoals het loopt zoals het nu loopt is mooi. Als je dingen ontdekt van ‘Hè, volgens mij willen ze niet meer’, nou, dan gaan we om tafel.”

5.2.5 LESA's en ketenzorg

Binnen de organisatie wordt gewerkt met de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) dementie. De organisatie en dan met name de Vakgroep Dementie heeft hierin landelijk een voortrekkersrol. LESA's die in ontwikkeling zijn, zijn LESA's over palliatieve zorg en astma/COPD. De LESA dementie is vrij goed bekend.

Naast het gebruik van bovengenoemde LESA komt ook ketenzorg aan de orde. De organisatie neemt deel aan ketenzorg rondom niet aangeboren hersenletsel (NAH).

De LESA wordt hoofdzakelijk binnen de vakgroep gebruikt en niet zozeer in de verpleegkundige praktijken zelf.

De ervaring met het werken met de LESA en ketenzorg is positief. Het schept duidelijkheid wie waarvoor verantwoordelijk is en hoe de lijnen lopen, het biedt de mogelijkheid aan te spreken op gemaakte afspraken, het draagt bij aan aanlevering van cliënten en in het werken ermee is er de noodzakelijke medewerking van het zorgkantoor.

Men noemt ook knelpunten. Zo geeft men aan dat huisartsen niet altijd meewerken (volgens de gemaakte afspraken). Daarnaast wordt benoemd dat een zogenaamde bottum-up benadering, dus vanaf de werkvloer, belangrijk is om vanaf de werkvloer ook medewerking te verkrijgen.

5.2.6 Samenwerking met ziekenhuizen

Er zijn afspraken gemaakt met ziekenhuizen over de samenwerking. Afspraken die genoemd worden zijn afspraken rondom indicaties, de aanmelding van nieuwe cliënten aan de thuiszorg en de overdracht vanuit het ziekenhuis naar de thuiszorg. Met één ziekenhuis zijn afspraken gemaakt rondom het doorgeven van wijzigingen door de trombosedienst aan de thuiszorg. Sinds kort is gestart met het aanhalen van de banden met de samenwerkende ziekenhuizen. Aan elk ziekenhuis is een manager V&V gekoppeld die voor dat ziekenhuis contactpersoon is. Deze bezoekt het ziekenhuis regelmatig en onderhoudt contacten. Centraal hierin staat PR.

De respondenten zijn niet eenduidig of de afspraken met ziekenhuizen op papier zijn vastgelegd. Zo wordt aangegeven dat de afspraken op papier staan, maar wordt ook aangegeven dat de afspraken alleen mondeling gemaakt zijn.

Afspraken met betrekking tot ketenzorg zijn op papier vastgelegd.

De samenwerking met het ziekenhuis wordt als vrij goed tot goed

beoordeeld. Wat goed loopt is de bereikbaarheid en de open houding van het ziekenhuis tegenover de thuiszorg. Het ziekenhuis weet de thuiszorg te vinden en weet dat de thuiszorg zorg kan verlenen bij ontslag van cliënten.

Knelpunten in de samenwerking die benoemd worden zijn dat in een aantal ziekenhuizen door de wijkverpleegkundigen een transferverpleegkundige gemist wordt. Het belang van deze verpleegkundigen wordt benadrukt: zij bevorderen de kwaliteit van de overdracht.

Daarnaast is er soms verschil tussen de informatie die het ziekenhuis vooraf aan ontslag van een cliënt over de cliënt levert, en de werkelijke situatie van de cliënt bij thuiskomst. Dit is echter niet structureel. Ook genoemd wordt het bij ontslag vaak ontbreken van een schriftelijke overdracht, een onjuiste, ontoereikende indicatie, het ontbreken van medicatielijsten, verpleegmaterialen en medicatie als knelpunt in de samenwerking met één ziekenhuis.

Als verbeterpunt wordt benoemd dat het wellicht goed zou zijn wanneer informatie wordt verzameld, monitoring plaatsvindt, zoals informatie over ligduur en dergelijke zoals gebeurt binnen de ketenzorg, zodat gemaakte afspraken geëvalueerd kunnen worden en dit inzichtelijk wordt. Hierbij wordt benoemd dat dit niet haalbaar zal zijn in verband met extra menskracht.

Ander verbeterpunt dat genoemd wordt, is dat het wellicht goed zou zijn wanneer een verpleegkundige van de organisatie (en andere thuiszorgorganisaties) een aantal dagen in de week in het ziekenhuis is voor PR en de overname van taken rondom overdracht van een cliënt, zodat deze goed verloopt. Kanttekening die zij hierbij noemt is dat dit wellicht niet mag in het kader van concurrentie.

Evaluatie van de samenwerkingsrelatie met het ziekenhuis gebeurt niet structureel. Enerzijds wordt benoemd dat dit wel plaatsvindt in het vervullen van de contactpersoonrol met het ziekenhuis, middels vervolgafspraken. Anderzijds wordt aangegeven dat die fase voorbij is, dat de samenwerking vanzelfsprekend is geworden.

5.2.7 Samenwerking met andere disciplines

De samenwerking met andere disciplines wordt door de respondenten over het algemeen als goed beoordeeld. De lijnen zijn kort. Aangegeven wordt dat de samenwerking met disciplines binnen de organisatie, van het expertisecentrum dat het verpleeghuis vormt, niet goed verloopt. Daarin is het lastig afspraken maken waardoor teruggevallen wordt op disciplines buiten de organisatie waar de samenwerking wel goed mee verloopt. Specifiek wordt dit benoemd voor de samenwerking met ergotherapie. In een verpleegkundige praktijk zijn ook contacten met een verpleeghuis in de buurt, waar onder andere situationeel multidisciplinair overleg (MDO) mee

wordt gehouden.

Het multidisciplinair werken bestaat uit telefonisch overleg, en incidenteel MDO en inbreng in het teamoverleg door een discipline.

De mate van multidisciplinair werken door de wijkverpleegkundigen wordt doorgaans als voldoende beoordeeld. Zo wordt aangegeven dat multidisciplinair werken vanzelfsprekend is en disciplines wanneer nodig ingeschakeld worden. Teveel overleg wordt als onproductief gekenmerkt. Wel wordt hierbij aangegeven dat er ruimte is voor wijkverpleegkundigen om overlegvormen bij te wonen.

Anderzijds is er ook de opvatting dat er onvoldoende multidisciplinair gewerkt wordt. Zo wordt het houden van MDO gemist. Oorzaken die benoemd worden voor het onvoldoende multidisciplinair werken zijn dat dit niet vanzelfsprekend is voor zowel andere disciplines als wijkverpleegkundigen, er op de één of andere manier weinig behoefte aan lijkt te zijn.

5.2.8 Samenwerking verpleegkundige praktijken – zorgteams

Vrijwel alle respondenten geven aan goed zicht te hebben op de samenwerking tussen de verpleegkundige praktijken en de zorgteams. Benoemd wordt dat met de aansturing van een verpleegkundige praktijk en zorgteams, beoogd werd de samenwerking en laagdrempeligheid tussen beiden te vergroten.

Iets wat werkt. Alle respondenten beoordelen de samenwerking met de zorgteams veelal als goed. Benoemd wordt dat de samenwerking ten opzichte van een aantal jaren geleden sterk is verbeterd. Toentertijd ervoeren verzorgenden overname van cliënten door verpleging als 'afpakken'. Nu is dit sterk afgenomen. De zorg wordt doorgaans ook niet meer volledig overgenomen door verpleging maar eerder gedeeld. Er wordt benoemd dat verzorging ook toenemend oog krijgt voor het feit dat het bij overname van zorg gaat om deskundigheid. Hoewel de samenwerking goed is, wordt aangegeven dat deze in een verpleegkundige praktijk minder is met het zorgteam dat qua letterlijke afstand verder van de verpleegkundige praktijk gelegen is.

De samenwerking tussen de verpleegkundige praktijken en de zorgteams kent verschillende vormen. Veel genoemd worden het consulteren, en dan met name verzorging die verpleging consulteert, het samen zorg verlenen bij een cliënt en de afstemming van deze zorgverlening. Daarnaast wordt genoemd kennisoverdracht, ondermeer doordat verpleging een klinische les

geeft aan het zorgteam. In veel praktijken komt een verpleegkundige regelmatig in het teamoverleg van verzorging. Tot slot wordt benoemd dat verzorgenden samen met verpleging een indicatie aanvragen.

In de samenwerking worden ook knelpunten ervaren. Zo is er soms rivaliteit bij verzorging of angst dat verpleging de zorg voor een cliënt overneemt. Hierdoor schakelt verzorging soms te laat een verpleegkundige in. De communicatie wordt genoemd als verbeterpunt. Hierbij gaat het om het uitspreken van irritaties en dergelijke, maar ook om het door verpleging terugkoppelen van activiteiten en beleid voor vervolg nadat zij door verzorging ingeschakeld zijn. Dit is namelijk iets wat verzorging wel eens mist. Verpleegkundigen dienen meer terug te koppelen naar het zorgteam. Daarnaast wordt genoemd dat verzorging verpleging meer vanzelfsprekend zou moeten inschakelen of consulteren. Nu gebeurt dit soms niet of te laat of gaan verzorgenden eerst naar de manager. Opgemerkt wordt dat in een verpleegkundige praktijk voorheen te weinig inzicht was in de inhoud en werkwijze van het zorgteam en vice versa. Tot slot wordt genoemd het niet onnodig overnemen van taken van verzorgenden door verpleging. Hierbij gaat het om het leren delegeren.

Er worden verbeterpunten genoemd op organisatorisch niveau. Zo wordt aangegeven dat een goede regiefunctie van verpleegkundigen in de organisatie wordt gemist. Opgemerkt wordt dat het goed zou zijn wanneer alle nieuwe cliënten door een verpleegkundige worden gezien, zodat de situatie goed ingeschat wordt en de regiefunctie beter uitgediept wordt.

Ander punt is het gaan werken met geïntegreerde teams. Teams waarbinnen alle functieniveaus aanwezig zijn, gekoppeld aan een gebied en daar zorg leveren rondom de cliënt. Hierbij wordt gerefereerd aan Buurtzorg. Voordelen die hierin worden gezien, zijn een grotere laagdrempeligheid, meer arbeidssatisfactie door werknemers, meer competentiegericht werken, van elkaar leren wat uiteindelijk leidt tot een betere kwaliteit van zorg.

Alle respondenten zijn van mening dat wijkverpleegkundigen niet van alle cliëntsituaties uit de zorgteams op de hoogte hoeven te zijn. Zij vinden dit noodzakelijk in complexere cliëntsituaties waarin ook door verpleging zorg wordt geleverd, of dat bij inschakeling van een wijkverpleegkundige achtergrondinformatie wordt gegeven. Aangegeven wordt dat de manager in diens functie vaak de spil is in het informeren van het zorgteam en verpleging over wederzijdse cliëntsituaties.

5.2.9 Adequaaf reageren op een gewijzigde zorgvraag

Over het algemeen zijn alle respondenten van mening dat er door wijkverpleegkundigen voldoende adequaat gereageerd wordt op een gewijzigde zorgvraag. Zo wordt benoemd dat verpleegkundigen een goed 'niet pluis' gevoel hebben, er afstemming plaatsvindt binnen het EAV-groepje en in de cliëntenbespreking in het teamoverleg, en er zo nodig zorg ingezet en een herindicatie aangevraagd wordt.

Aangegeven wordt dat soms niet adequaat gereageerd wordt door verpleging, voornamelijk door drukte en een tekort aan deskundigheid. Verbeterpunten die gezien worden zijn scherper signaleren en duidelijk rapporteren.

Een spanningsveld dat verder genoemd wordt, is het op de hoogte zijn van zaken in de dagelijkse zorgverlening en de aanwezigheid van veel medewerkers met kleine contracten. Hierover wordt gezegd dat enkele grote contracten noodzakelijk zijn in een team.

Ook wordt aangegeven dat verzorgenden niet altijd adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag. Zij schakelen soms te laat verpleging in, ook door angst dat verpleging de zorg voor de cliënt overneemt. Daarnaast ligt dit in het vergeten aan te vragen van een (her)indicatie.

5.2.10 Verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5

Alle respondenten zijn van mening dat er verschil dient te zijn in verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5 als het gaat om de uitvoer van coördinerende taken. Redenen die hiervoor genoemd worden zijn het verschil in salaris en het feit dat er verschil is in opleidingsniveau.

Het verschil dient hierin vorm te krijgen dat verpleegkundigen niveau 5 meer overstijgende, coördinerende taken uit dienen te voeren en deel dienen te nemen aan vakgroepen. Deze overstijgende taken zijn dan het zitting nemen in werkgroepen, meedenken in beleid, uitvoer van coördinerende taken en het aanvragen van indicaties. Verpleegkundigen niveau 4 zouden meer zorginhoudelijk moeten coördineren.

Alle respondenten geven aan in de praktijk weinig tot geen verschil te zien in verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. Wel wordt benoemd dat van verpleegkundigen niveau 5 meer verwacht wordt in het hebben van een totaaloverzicht en het communicatief sterk zijn in de samenwerking met zorgteams en andere disciplines. Niveau 5 wordt gewaardeerd in het hebben van een helicopterview, het vaardig zijn in coördineren en kunnen anticiperen. Verpleegkundigen niveau 4 zijn, zo wordt aangegeven, meer taakgericht. Het komt ook voor dat verpleegkundigen

niveau 5 doorgaans ingezet worden in de middagdienst, waarin ondermeer administratieve en coördinerende taken worden uitgevoerd, in tegenstelling tot verpleegkundigen niveau 4 die hiervoor weinig tot niet worden ingezet.

Alle respondenten geven echter ook aan dat er in de praktijk overloop is in de vorm van goed functionerende verpleegkundigen niveau 4 die overstijgende taken oppakken en goed uitvoeren, en minimaal functionerende verpleegkundigen niveau 5. Daarnaast wordt meerdere malen genoemd dat het positioneren van inservice-opgeleiden lastig is, omdat deze zich in de praktijk tussen niveau 4 en niveau 5 in bevinden. Ook het aangeven van het verschil tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5 in het algemeen, beoordeelt men als lastig. Zo geeft men aan dat het niet zozeer gaat om het diploma als wel om de persoon. Ter illustratie:

“Ik vind de functieomschrijving van beide vind ik te weinig verschillend eigenlijk. Ik merk daar in de praktijk heel weinig van. Ik weet dat de organisatie ooit wel gezegd heeft van ‘Niveau 5 zou meer ook externe contacten moeten kunnen onderhouden’ en dat wordt van niveau 4 niet verwacht. Maar goed, in de praktijk wordt er eigenlijk heel weinig mee gedaan. Ik vind ook, het papiertje wat je hebt, niveau 4 of 5, zegt ook niet altijd alles hé? Ik heb een paar niveau 5'ers waarvan ik denk ‘Nou, dat is niveau 4’ en paar niveau 4'ers waarvan ik denk ‘Woh, die zijn wel goed’. Dus ik denk dat je meer naar de persoon moet kijken dan naar het papiertje. Maar, d'r wordt eigenlijk in de praktijk geen onderscheid in gemaakt.”

5.2.11 Planning

Over het algemeen vindt men dat continuïteit van zorg in de planning voldoende wordt gewaarborgd. Niet iedereen deelt deze mening.

De planning wordt verzorgd door een planner die doorgaans geen verpleegkundige achtergrond heeft. Deze planning wordt sinds kort digitaal gedaan. Nieuwe stap in dit proces is het gaan werken met een nieuw systeem: Plan-It. Dit wil zeggen dat de medewerker bij aankomst en vertrek bij de cliënt een code scant, waardoor de totaal tijd van zorgverlening digitaal wordt geregistreerd.

In de planning is de planner verantwoordelijk voor de lange termijn planning. De verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor de ad hoc planning en voor het aanleveren van de benodigde informatie aan de planner. De planner plant dus op aanwijzen van de verpleegkundigen.

De volgende factoren worden genoemd waarmee in de planning rekening wordt gehouden: EAV-schappen, tijdstip van zorgverlening, logische routes, deskundigheid van de medewerker, fysieke omstandigheden van de medewerker, het rooster en continuïteit.

Knelpunten die in de planning ervaren worden zijn dat verpleegkundigen de planning nog wel eens als een randzaak zien en de EAV te weinig wordt ingepland bij de cliënt. Signaal afkomstig van de cliënt is dat deze teveel verschillende gezichten ziet.

Het spanningsveld tussen wenselijkheid en de realiteit die lastig te plannen is, wordt hierbij genoemd. Ondermeer door weinig grote contracten en aanvangstijden van zorgverlening, is continuïteit in de planning soms moeilijk te realiseren.

5.2.12 Procedures en formulieren

Het blijkt dat managers beperkt signalen krijgen vanuit de verpleegkundige praktijken over de procedures en formulieren die beschreven zijn in het kader van de coördinatie van zorg. Voorbeelden van dergelijke procedures en formulieren zijn de takenomschrijving EAV, checklists voor de start en afsluiten/overdracht van de zorgverlening, een beschrijving van het primaire proces en het overdrachtsformulier.

Signalen die zij krijgen zijn dat het als veel papierwerk wordt ervaren, onduidelijk is voor medewerkers wat met de formulieren wordt gedaan na invullen en men te weinig tijd heeft om deze in te vullen. Positief signaal is dat de documenten duidelijk zijn.

De functieomschrijving van wijkverpleegkundige en verpleegkundige in de wijk, respectievelijk verpleegkundigen niveau 5 en verpleegkundigen niveau 4, wordt verschillend beoordeeld. Zo wordt aangegeven dat de functieomschrijving duidelijk is maar wel algemeen. Specificatie zou zo nodig mogelijk zijn door gebruik te maken van een notitie of iets soortgelijks. Uitbreiding van de functieomschrijving wordt niet wenselijk gevonden. Daarnaast wordt aangegeven dat de omschrijving duidelijk is maar de formulering 'draagt zorg voor' beter gewijzigd kan worden in 'is verantwoordelijk voor'. Kanttekening die hierbij genoemd wordt is dat wijziging hiervan consequenties hebben op het gebied van salariëring.

Anderzijds zijn managers van mening dat in de functieomschrijving te weinig onderscheid is tussen verpleegkundigen niveau 5 en verpleegkundigen niveau 4. Hier zou een duidelijker onderscheid in moeten zijn.

5.2.13 Deskundigheid en scholing

Deskundigheid en scholing op het gebied van coördinatie van zorg is binnen de organisatie aanwezig in de vorm van een module 'Regie en coaching'. De aanwezigheid van deze module is vrij goed bekend.

De respondenten geven aan dat de mogelijkheid tot deelname beperkt is. Per startpunt van de module kan een beperkt aantal verpleegkundigen deelnemen. Deelname wordt enigszins gestuurd door de manager. Medewerkers met grotere contracten worden veelal tot deelname aan de module gestimuleerd.

De deelname aan de module wisselt. Zo wordt opgemerkt dat deze goed is maar ook dat deze laag is. Het is onduidelijk of deelname verplicht of vrijwillig is.

Aangegeven wordt dat deelnemers de module als prettig ervaren. Wel wordt aangegeven dat de implementatie van de module onvoldoende was en verpleegkundigen dit misten. Daarnaast wordt opgemerkt dat de module gestopt is in verband met de financiering.

Alle respondenten beoordelen het scholingsaanbod als toereikend. Hierbij wordt aangegeven aan dat de stof ook tot de basiskennis van, in elk geval, verpleegkundigen niveau 5 behoort. Tot slot wordt opgemerkt dat scholing ook in de praktijk dient te gebeuren door het coachen van elkaar. Hierin ligt een verbeterpunt.

5.2.14 Randvoorwaarden

Naast de randvoorwaarden planning, beschikbare tijd, procedures en formulieren en deskundigheid en scholing die bevraagd zijn in het interview worden door de respondenten de volgende randvoorwaarden en aandachtspunten genoemd.

Bekostiging van zorg wordt als knelpunt en randvoorwaarde benoemd. Gezegd wordt dat het steeds lastiger is een balans te vinden tussen bekostiging van zorg en de kwaliteit van deze zorgverlening. In tegenstelling tot de bekostiging per functie, verpleegkundige of verzorgende, die voorheen gebruikelijk was, wordt nu bekostigd per product, verzorging of verpleging.

Ander punt dat genoemd wordt is het geven van duidelijkheid vanuit de organisatie richting medewerkers over het hoe en wat en de visie van de organisatie, als randvoorwaarde voor het goed kunnen uitvoeren van coördinatie van zorg.

Tot slot wordt bekwaam en ervaren personeel als randvoorwaarde benoemd voor een adequate

coördinatie van zorg. Hierbij wordt ook de aanwezigheid van een teamleiderfiguur genoemd die overzicht en inzicht heeft over de gang van zaken in de praktijk.

5.2.15 Eigen mening/visie

Vanuit de mening of visie van de respondenten over of op coördinatie van zorg komt het volgende naar voren.

Coördinatie van zorg is het bewaken van het proces bij de cliënt, het onderhouden van contacten met andere disciplines en het zorgteam, het bewaken van indicaties, communiceren, kortsluiten, voldoen aan de behoefte van de cliënt. Je bent de spin in het web.

Van belang voor een goede coördinatie van zorg is een goede teamsfeer, oog hebben voor elkaar, weten wat er bij de cliënt speelt, wat je tegen kunt komen, je gezicht laten zien, bereikbaar zijn, duidelijkheid geven aan de cliënt over het zorgaanbod en wijzen op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, afstemming van doelen, methodisch handelen, open, transparant en vaardig personeel.

Centraal staat zorg op maat en kwaliteit van zorg.

Daarnaast wordt het belang van commercieel gaan werken genoemd.

Tot slot wordt de mening gegeven dat verpleegkundigen niveau 5 regie mogen voeren over verpleegkundigen niveau 4, en verpleegkundigen niveau 4 en 5 regie dienen te voeren over niveau 2 en 3.

5.2.16 Verbeterpunten algemeen

Al eerder genoemde verbeterpunten worden nogmaals benadrukt.

Geïntegreerde teams worden gemist. Gedacht wordt dat het integreren van verpleging en verzorging leidt tot een betere regiefunctie door verpleegkundigen. In de huidige situatie worden de afstanden letterlijk als te groot ervaren. Wat nog ontbreekt is onderzoek naar mogelijke nadelen in het werken met geïntegreerde teams.

Signalen vanuit een verpleegkundige praktijk komen nogmaals naar voren. Het gaat hierbij om behoefte aan duidelijkheid, leiderschap, iemand die het overzicht houdt. Aangegeven wordt dat de manager steeds verder van het team afstaat en informatie en contact over en met de medewerkers mist.

5.3 Documenten en afspraken

5.3.1 Documenten

De organisatie heeft een heel aantal uitgangspunten, afspraken en dergelijke vastgelegd in een beschrijving van het primaire proces en het document 'Uitgangspunten planning zorg'. Deze afspraken worden op deze plaats, in verband met de omvang, niet opnieuw vermeldt. De afspraken kunnen geraadpleegd worden in de bijlage¹²². In de beschrijving van het primaire proces is ook een evaluatieprocedure opgenomen. Na vergelijking van de beschrijving van het primaire proces met de wijze waarop dit in de praktijk plaatsvindt, is gebleken dat dit document niet meer up-to-date is.

Als onderdeel van het cliëntdossier dat binnen de organisatie gebruikt wordt, zijn de volgende formulieren beschikbaar:

- Checklist start zorgverlening – thuiszorg;
- Checklist afsluiten/overdracht zorgverlening – thuiszorg;
- Overdrachtsformulier.

5.3.2 Afspraken ziekenhuizen

Vanuit het Bureau Zorgondersteuning (BZO) hebben de onderzoekers te horen gekregen dat de organisatie geen schriftelijke afspraken heeft gemaakt met ziekenhuizen over de samenwerking¹²³.

Afspraken die er zijn, zijn mondeling met betrekking tot de aanmelding van cliënten en de aanvraag van indicaties.

Er gelden wel schriftelijke afspraken vanuit het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor alle ziekenhuizen en zorgaanbieders¹²⁴.

5.4 Tot slot

In dit hoofdstuk zijn nu alle resultaten uit de enquêtes en uit de interviews weergegeven. In het volgende hoofdstuk worden conclusie getrokken naar aanleiding van de vergelijking tussen de resultaten uit de enquêtes en resultaten uit de interviews.

6. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

6.1 Conclusie

In deze eerste paragraaf wordt de conclusie van het onderzoek weergegeven. Allereerst wordt voor elke deelvraag vanuit de oriëntatie- en onderzoeksgegevens een conclusie getrokken. Vervolgens wordt aan het einde een slotconclusie gegeven. Hoofdstuk 7, de aanbevelingen, vormt de beantwoording van deelvraag 9 en de hoofdvraag van het onderzoek.

6.1.1 De organisatie van zorg binnen de verpleegkundige praktijken

Binnen ZONL zijn een zevental verpleegkundige praktijken aanwezig. Binnen deze praktijken zijn verpleegkundigen met het opleidingsniveau 4 en 5 werkzaam. De praktijken zijn zelfsturend. In de praktijken wordt gewerkt met het EAV-systeem.

De praktijken worden aangestuurd door een manager V&V die op afstand het proces in de praktijk volgt en bewaakt. Deze manager stuurt tevens ook één of meerdere zorgteams aan. In deze zorgteams zijn voornamelijk verzorgenden werkzaam.

6.1.2 Visie van ZONL op het regisseren van zorg

Kernpunten in de visie van ZONL op het regisseren van zorg, zoals weergegeven in paragraaf 2.2, zijn: het geven van aanwijzingen, het uitvoeren van coördinatie van zorg in een specifieke functie, overleg en afstemming staat centraal, gericht op continuïteit van zorg.

6.1.3 Huidige functieomschrijving van wijkverpleegkundige bij ZONL

In bijlage 14 is de functieomschrijving opgenomen.

6.1.4 De beroepsrol regisseur in de professionele standaard

In hoofdstuk 1 wordt uitgebreid ingegaan op de beroepsrol regisseur zoals deze in de literatuur omschreven wordt.

6.1.5 De vormgeving van de beroepsrol regisseur in de huidige situatie binnen de verpleegkundige praktijken

Vanuit de onderzoeksresultaten kan het volgende geconcludeerd worden over de vormgeving van de beroepsrol regisseur door de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken:

Uitvoer EAV-schap

- Er wordt ondermeer geregisseerd binnen het EAV-schap;
- De wijze waarop het EAV-schap wordt vormgegeven verschilt per verpleegkundige praktijk. Enerzijds is er sprake van één EAV per cliënt, anderzijds wordt er gewerkt met twee of meer verpleegkundigen die het EAV-schap voor een cliënt en bijbehorende verantwoordelijkheid delen;
- Het EAV-schap wordt doorgaans als een uitdaging ervaren;
- De taken en verantwoordelijkheden als EAV zijn de verpleegkundigen duidelijk;
- De meeste verpleegkundigen hebben voldoende deskundigheid van ziekteprocessen en de sociale kaart om het EAV-schap uit te kunnen voeren en de cliënt zo nodig te verwijzen.

Toewijzen van cliënten

- Aan een cliënt wordt doorgaans maar nog niet altijd binnen een week een EAV toegewezen;
- De cliëntentoewijzing wordt voornamelijk vormgegeven a.d.h.v. deskundigheid van de medewerker, gebied of cluster waar de cliënt woont, complexiteit van de cliëntsituatie of op basis van de huisarts van de cliënt;
De onderzoekers vinden het opvallend dat continuïteit als criterium maar weinig letterlijk wordt benoemd;
- Managers zijn verdeeld over de mate waarin toewijzen van een EAV gewaarborgd wordt. Er is geen concrete maatregel geldend binnen de hele organisatie die toewijzing van een EAV waarborgt.

Informereren, rapporteren, overdragen

- De verpleegkundigen geven tegenstrijdige antwoorden over het hebben van informatie over de cliënt. Enerzijds geeft men aan voldoende informatie te hebben, anderzijds mist men informatie. Het is onduidelijk wat hiervan de oorzaak is. De onderzoekers concluderen hieruit dat blijkbaar niet altijd voldoende wordt gecommuniceerd;
- De anamnese is regelmatig onvoldoende ingevuld.
De onderzoekers vinden dat dit verbeterd dient te worden. Juist omdat in de anamnese beknopt een totaalbeeld van de cliëntsituatie te vinden is met noodzakelijke achtergrondinformatie voor de te verlenen zorg;
- Het zorgleefplan is meestal volledig beschreven en up-to-date. Echter, bijna een kwart van de verpleegkundigen is van mening dat het zorgleefplan vaak verouderd is.
De onderzoekers vinden dat dit een relatief groot aantal is;

- Bijzonderheden worden doorgaans voldoende gerapporteerd;
- Door de EAV wordt bij afwezigheid doorgaans cliënteninformatie overgedragen;
- Bij opname van een cliënt vanuit de thuissituatie in het ziekenhuis wordt doorgaans een overdracht geschreven;
- Er is bij ontslag vanuit het ziekenhuis niet altijd zorg gedragen voor een overdracht. Bij geen of een onvolledige overdracht vanuit het ziekenhuis wordt er niet altijd, maar over het algemeen wel, adequaat actie ondernomen door navraag te doen;
- Het informeren van anderen wordt nog niet altijd voldoende uitgevoerd.

Zorg dragen voor een indicatie

- In de meeste gevallen is er bij ontslag vanuit het ziekenhuis zorg gedragen voor een indicatie, maar nog niet altijd. Bij geen of een ontoereikende indicatie wordt hierop doorgaans actief gereageerd. De onderzoekers vinden het merkwaardig dat niet in alle gevallen blijkbaar een indicatie is aangevraagd door het ziekenhuis, terwijl dit wel in de afspraken met het ziekenhuis staat en dit noodzakelijk is voor het kunnen verlenen van zorg door de wijkverpleegkundigen;
- Nog lang niet altijd wordt nagegaan of de indicatie van de cliënt nog toereikend is bij wijziging van de zorgvraag.

De onderzoekers zijn van mening dat men hier onvoldoende alert op is, aangezien dit altijd nagegaan dient te worden in verband met de financiering van zorgverlening.

Starten en afsluiten van zorg

- De procedure voor start en afsluiten/overdragen van zorg is bij driekwart van het aantal verpleegkundigen bekend.
Dat een kwart niet bekend is met deze procedure vinden de onderzoekers opvallend, omdat hierin belangrijke informatie is opgenomen die continuïteit van zorg waarborgt en dit taken zijn die wel uitgevoerd dienen te worden;
- De beschikbare checklisten ter ondersteuning van de start en afsluiten/overdragen van zorg wordt door ongeveer de helft van het aantal verpleegkundigen gebruikt.
De onderzoekers vinden dit opvallend, omdat deze standaard in het cliëntdossier aanwezig zijn;
- De beschrijving van het primair proces met daarin ondermeer de procedure voor start en afsluiten/overdragen van zorg is niet meer up-to-date.

Samenwerken

- Er wordt door de verpleegkundigen samengewerkt met huisartsen, vnl. ad hoc.
De onderzoekers valt op dat ongeveer 1/5^e van de verpleegkundigen een heel aantal aspecten in de samenwerking met de huisarts als onvoldoende waardeert. Hoewel dit niet hinderlijk hoeft te zijn, valt het de onderzoekers verder op dat alle verpleegkundigen aangeven dat het initiatief tot contact voornamelijk bij hen ligt in plaats van bij de huisarts;
- Door de verpleegkundigen wordt ook samengewerkt met andere disciplines. Meestal vindt afstemming plaats door middel van overleg of rapportage in het cliëntdossier. Afstemming door middel van verwerking in het zorgleefplan vindt naar de mening van de onderzoekers onvoldoende plaats;
- De verpleegkundigen werken samen met verzorgenden uit de zorgteams. Met de verzorgenden is regelmatig contact. Dit contact bestaat voornamelijk uit het geven van zorginhoudelijk advies of consult;
- In verschillende praktijken zijn verpleegkundigen tussenpersoon tussen de huisarts en verzorgenden. Zo nodig nemen zij contact op met de huisarts;
- Er wordt, met name binnen de Vakgroep Dementie, gewerkt met de LESA Dementie. Daarnaast wordt gewerkt met ketenafspraken op het gebied van NAH. Dit wordt als positief ervaren;
- Er zijn mondelinge samenwerkingsafspraken met de huisarts en ziekenhuizen. Voor elk ziekenhuis is een contactpersoon in de persoon van een manager V&V;
- De samenwerking met de huisarts wordt ad hoc bij aanwezigheid van knelpunten geëvalueerd;
- De samenwerking met ziekenhuizen wordt doorgaans niet structureel geëvalueerd. De onderzoekers zijn van mening dat structureel evalueren van samenwerking noodzakelijk is voor (het behouden van) een optimale samenwerking.

Geven van zorginhoudelijk advies/consult en aanwijzingen over het aanwenden van personen en middelen in de zorgverlening aan de cliënt en andere zorgverleners

- Zorginhoudelijk advies of consult aan verzorgenden wordt door de verpleegkundigen veel gegeven. Met name over wondverzorging;
- Over het algemeen wordt door de verpleegkundigen aanwijzingen gegeven over het aanwenden van personen en middelen. Niet altijd wordt dit gedaan over de eigen bijdrage en ook over subsidiemogelijkheden wordt weinig informatie gegeven. Daarnaast wordt nog niet regelmatig aanwijzingen gegeven over de inzet van andere disciplines.

Daarnaast vragen de onderzoekers zich af wat de reden is dat weinig aanwijzingen worden gegeven over subsidiemogelijkheden. De onderzoekers denken dat een mogelijke oorzaak hiervan een tekort aan bij verpleegkundigen kan zijn.

Tijdig actie ondernemen bij het signaleren van wijzigingen in de zorgvraag

- Verpleegkundigen reageren doorgaans adequaat op een gewijzigde zorgvraag;
 - Er wordt op verschillende manieren gereageerd wanneer de zorgvraag van de cliënt veranderd. Overleg met uitwonende mantelzorg of familie, deelname aan of organisatie van gezamenlijk overleg vindt weinig plaats. Afstemming met de huisarts vindt door een relatief grote groep verpleegkundigen nog niet regelmatig plaats.
- De onderzoekers valt op dat de externe gerichtheid door de verpleegkundigen laag is. Daarnaast zijn de onderzoekers van mening dat de afstemming met de huisarts, in de functie van eindverantwoordelijke van medisch beleid, beter kan.

Zorg dragen voor continuïteit van zorg

- De mate van continuïteit in de planning van cliëntenroutes wordt meestal als positief beoordeeld, zowel door de verpleegkundigen als door de managers. Er wordt meestal rekening gehouden met deskundigheid en continuïteit van medewerkers, EAV-schappen en afgesproken tijden van zorgverlening, maar 1/3^e van de verpleegkundigen vindt dit onvoldoende;
- Wijzigingen in de planning worden doorgaans voldoende doorgegeven en verwerkt;
- Binnen de organisatie is een evaluatieprocedure aanwezig, weergegeven in de beschrijving van het primaire proces. Het is onbekend in hoeverre deze procedure in de praktijk gehanteerd wordt.

Niveau 4 en niveau 5

- Bijna driekwart van het aantal verpleegkundigen ervaart geen verschil in de uitvoering van coördinerende taken tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5.
- Het is opvallend dat alle verpleegkundigen niveau 4 aangeven geen verschil te ervaren in de uitvoer van coördinerende werkzaamheden terwijl onder verpleegkundigen niveau 5 hierover de meningen verdeeld zijn;
- Verpleegkundigen niveau 5 ervaren 2 maal zo vaak als verpleegkundigen niveau 4 in het EAV-schap de uitdaging om kennis en vaardigheden vanuit de opleiding in praktijk te kunnen brengen.

De onderzoekers vragen zich af waar dit verschil op berust. Daarnaast vragen zij zich af of de coördinerende taken door verpleegkundigen niveau 4 als te overstijgend worden ervaren, waarvoor kennis en vaardigheden in de opleiding niet of onvoldoende aan de orde zijn gekomen en zodoende ook niet in praktijk gebracht kunnen worden, of dat zij deze taken als 'gewoon', behorend bij hun werk ervaren;

- In tegenstelling tot verpleegkundigen niveau 5, beoordeelt bijna 1/3^e van de verpleegkundigen met opleidingsniveau 4 de eigen deskundigheid van ziekteprocessen als onvoldoende. Dit geldt in mindere mate voor de kennis van de sociale kaart;
- Verpleegkundigen niveau 5 hebben vaker contact met het zorgteam dan verpleegkundigen niveau 4;
- Verpleegkundigen niveau 5 geven vaker dan verpleegkundigen niveau 4 aanwijzingen over hulpmiddelen, subsidiemogelijkheden, de inzet van andere disciplines en de eigen bijdrage. Verpleegkundigen niveau 4 geven vaker dan verpleegkundigen niveau 5 aanwijzingen over de inzet van vrijwilligers;
- Verpleegkundigen niveau 4 stemmen iets vaker het beleid van zorg af met uitwonende mantelzorg en/of familie dan verpleegkundigen niveau 5;
- Verpleegkundigen niveau 4 nemen vaker initiatief tot de organisatie van een gezamenlijk overleg over de cliënt dan verpleegkundigen niveau 5;
- De meeste verpleegkundigen niveau 5 beoordelen de eigen uitvoering van de regierol hoger dan niveau 4.

Eigen uitvoering

- De eigen uitvoer van de regierol beoordelen de verpleegkundigen gemiddeld met een 7,4;
- De competenties van verpleegkundigen op het gebied van coördinatie van zorg zijn divers. Daarom verwijzen de onderzoekers hiervoor terug naar paragraaf 5.1.12.

Deskundigheidsbevordering en scholing

- In de organisatie is een module 'Regie en coaching' aanwezig. De managers zijn verdeeld in hun antwoorden over het karakter van deelname: verplicht of vrijwillig. De onderzoekers vinden het merkwaardig dat de managers hierover niet eenduidig zijn;
- Aanwezigheid van de module wordt als toereikend ervaren.

6.1.6 Ervaren knelpunten door het management

Vanuit de onderzoeksresultaten trekken de onderzoekers de volgende conclusie over de knelpunten die ervaren worden door de managers:

- Er wordt een spanningsveld ervaren tussen wenselijkheid van continuïteit van zorg en beperkte mogelijkheden in de praktijk om deze continuïteit van zorg te bereiken;
- Men wil meer doordacht, met oog voor competenties en opleidingsniveau van medewerkers, cliënten toewijzen aan een EAV.
Volgens de onderzoekers is dit een punt waarin verbetering ligt;
- In beperkte mate worden coördinerende taken door wijkverpleegkundigen te lang uitgesteld doordat de prioriteit dan 'aan het bed' ligt;
- Onproductiviteit in coördinerende werkzaamheden ervaren managers als knelpunt;
- Verpleegkundigen nemen soms onnodig taken over van de EAV;
- De bereikbaarheid van wijkverpleegkundigen ervaren een aantal huisartsen als onvoldoende;
- Huisartsen werken niet allemaal met en altijd volgens de LESA;
- Door het management wordt signaleerd dat wijkverpleegkundigen in een aantal ziekenhuizen een transferverpleegkundige missen;
- Bij ontslag van een cliënt uit het ziekenhuis naar de thuiszorg ontbreekt in sommige gevallen een overdracht, (juiste) indicatie, medicatie en materialen;
- Managers signaleren dat het expertisecentrum binnen de organisatie door een kleine groep wijkverpleegkundigen als lastig bereikbaar ervaren wordt;
- Eén manager mist MDO;
De onderzoekers zijn van mening dat MDO waardevol kan zijn in complexe cliëntsituaties waarbij meerdere disciplines betrokken zijn. Het draagt bij aan organisatorische en inhoudelijke afstemming van de zorgverlening;
- Verpleging wordt soms te laat ingeschakeld, omdat er bij verzorgenden een stuk angst heerst dat een cliëntsituatie door verpleging wordt overgenomen;
- Managers krijgen van verzorgenden terug dat verpleegkundigen onvoldoende informatie terugkoppelen naar het zorgteam, nadat zij door het zorgteam ingeschakeld zijn;
- Managers signaleren dat verpleging soms onnodig taken overneemt van verzorging.
Verpleging dient te leren delegeren;
- De regiefunctie van de wijkverpleegkundige is onvoldoende uitgediept en aanwezig in de organisatie;
- De afstanden tussen verpleging en verzorging zijn letterlijk te groot wat de samenwerking benadeeld;

- Er is onvoldoende verschil in de uitvoer van coördinerende taken tussen verpleegkundigen met opleidingsniveau 4 en verpleegkundigen met opleidingsniveau 5;
- Managers vinden het lastig om onderscheid te maken tussen niveau 4 en 5 doordat verschil in persoonlijkheid, competenties en opleidingsstelsels in de praktijk het beeld bepalen;
- Met betrekking tot de planning worden door een aantal managers de volgende knelpunten ervaren:
 - o Verpleegkundigen zien de planning nog wel eens als een randzaak;
 - o De EAV wordt te weinig ingepland;
 - o Een spanningsveld tussen wenselijkheid en realiteit die lastig te plannen is;
- Met betrekking tot de procedures en formulieren in het kader van coördinatie van zorg worden door de managers knelpunten ervaren. Dit zijn:
 - o Verpleegkundigen vinden het teveel papierwerk;
 - o Voor verpleegkundigen is onduidelijk wat er na invullen van formulieren als het evaluatieformulier en checklisten gedaan wordt;
 - o Verpleegkundigen zeggen te weinig tijd te hebben de formulieren in te vullen;
 - o Managers zijn deels van mening dat in de functieomschrijving te weinig onderscheid is tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5, deze te algemeen van aard is en de formulering onvoldoende de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige benadrukt;
- Het missen van geïntegreerde teams. De afstanden in de huidige situatie worden als te groot beschouwd;
- Managers signaleren dat verpleegkundigen leiderschap missen in de verpleegkundige praktijk. Zij hebben behoefte aan een teamleiderfiguur;
- Managers missen informatie over en contact met de verpleegkundigen uit de praktijk.

6.1.7 Ervaren knelpunten door de wijkverpleegkundigen

Vanuit de onderzoeksresultaten trekken de onderzoekers de volgende conclusie over de knelpunten die ervaren worden door de wijkverpleegkundigen:

- Wijkverpleegkundigen krijgen veelal signalen van cliënten dat de continuïteit van zorg niet optimaal is.
- De onderzoekers vinden het verschil tussen hoe de wijkverpleegkundigen de continuïteit in de planning waarderen en hoe cliënten dit ervaren opmerkelijk. Meer dan 2/3^e van het aantal verpleegkundigen geeft immers aan dat in de planning vaak rekening wordt gehouden met continuïteit;

- Een groot deel van de verpleegkundigen mist soms informatie over de situatie van de cliënt om de zorg op de juiste wijze uit te voeren.

De onderzoekers zijn van mening dat een mogelijke oorzaak kan zijn dat informatie vanuit de anamnese ontbreekt. De onderzoekers vragen zich af wat een eventuele andere reden kan zijn, aangezien de verpleegkundigen van mening zijn dat het zorgleefplan en de rapportage voldoende beschreven zijn;

- Met betrekking tot de EAV-schappen ervaart 1/3^e van de verpleegkundigen knelpunten.

Genoemd wordt:

- o EAV wordt soms toegewezen zonder hiervan zelf op de hoogte te zijn;
- o Zaken worden geregeld zonder afstemming met de EAV;
- o Toewijzen van een EAV aan een nieuwe cliënt duurt te lang;
- o EAV-schappen worden onevenredig verdeeld;
- o In de planning wordt vaak geen rekening gehouden met EAV-schappen;
- o EAV-schap wordt niet duidelijk in de planning van cliëntenroutes vermeldt;
- o Er is onvoldoende overleg met het EAV-groepje;
- o Bijna 1/3^e van het aantal verpleegkundigen is van mening onvoldoende tijd te hebben voor de uitvoer van coördinerende werkzaamheden. Onder andere door parttime of veelal overdag één dagdeel te werken.

Opvallend is dat verpleegkundigen de onevenredige verdeling van EAV-schappen als knelpunt benoemen terwijl managers aangeven dat dit één van de criteria is die gehanteerd worden bij cliëntentoewijzing.

Opvallend is ook dat verpleegkundigen aangeven onvoldoende tijd te hebben voor coördinerende werkzaamheden terwijl managers aangeven dat deze tijd er wel is en door de verpleegkundigen zelf gepland en ingevuld dient te worden;

- Met betrekking tot de planning ervaren verpleegkundigen de volgende knelpunten:

- o Er wordt onvoldoende rekening gehouden met het voorkeurstijdstip van zorgverlening;
- o Er wordt onvoldoende rekening gehouden met EAV-schappen;

- Met betrekking tot de samenwerking met de huisarts noemt driekwart van de verpleegkundigen verbeterpunten. De onderzoekers concluderen hieruit dat met name het volgende verbeterd kan worden:

- o Meer (face-to-face) contact;
- o Meer structureel overleg en andere overlegvormen;
- o Betere bereikbaarheid van de huisarts (tussen de middag) en duidelijkheid over deze bereikbaarheid;

- Met betrekking tot de samenwerking met andere disciplines noemt 1/3^e van het aantal verpleegkundigen verbeterpunten. Kernpunten hieruit zijn:
 - o Meer ruimte om contacten met disciplines te onderhouden;
 - o Meer (gestructureerd) overleg met andere disciplines;
 - o Wederzijds beter overdragen en informeren;
 - o Betere bereikbaarheid (binnen de organisatie);
 - Met betrekking tot de samenwerking met de zorgteams wordt door iets minder dan de helft van de verpleegkundigen knelpunten ervaren. Kernpunten hieruit zijn:
 - o Te laat aanleveren van verzoek om herindicatie;
 - o Te laat inschakelen van verpleging;
 - o Langs elkaar heen werken door verpleging en verzorging;
 - o Bereikbaarheid van verzorgenden is lastig en onduidelijk.
- Daarnaast valt de onderzoekers op dat het invullen van het consultformulier door verzorgenden door bijna de helft van het aantal verpleegkundigen als onvoldoende tot slecht wordt ervaren. Hetzelfde aantal ervaart de informatie-uitwisseling tussen verpleging en verzorging over cliëntsituaties als onvoldoende. Daarnaast wordt door verzorgenden niet altijd tijdig een consult aangevraagd;
- Verbeterpunten voor het eigen functioneren zijn divers. Daarom verwijzen de onderzoekers hiervoor terug naar de resultaten in paragraaf 5.1.12;
 - Een aantal verpleegkundigen noemt algemene verbeterpunten. Dit zijn:
 - o De inzet van een regieverpleegkundige in elk team;
 - o Helderder cliëntdossier waarin de mogelijkheid is per zorgmoment de te geven zorg uit te schrijven als aanvulling op het zorgleefplan;
 - o Meer continuïteit in verpleegkundigen overdag.

6.1.8 Verschil professionele standaard en het regisseren in de praktijk

De situatie, zoals die vanuit de onderzoeksresultaten naar voren komen, in de verpleegkundige praktijken, vergelijkend met de literatuurverkenning levert het volgende beeld op. Deze paragraaf vormt tegelijkertijd de slotconclusie.

Veel van dat wat in de verpleegkundige professionele standaard wordt benoemd als taken en verantwoordelijkheden in het regisseren van zorg, komt in de praktijk terug. Terugblikkend op de genoemde hoofdgroepen van regisserende taken zoals weergegeven in hoofdstuk 1, is dit te zien. Na vaststelling van de zorgvraag worden cliënten toegewezen aan een EAV. De zorg voor een cliënt wordt wanneer mogelijk gedelegeerd, veelal naar verzorgenden uit de zorgteams. Een zorgleefplan wordt opgesteld, iets wat door de organisatie beschreven is in een beschrijving van

het primaire proces. Er wordt gerapporteerd, geïnformeerd en overgedragen. Ondermeer door de rapportage in het cliëntdossier van bijzonderheden, het mondeling ad hoc overleg en door het schrijven van een overdracht. Observatie, signaleren en actie ondernemen bij wijziging van de zorgvraag van een cliënt vindt plaats. Er wordt samengewerkt binnen en buiten de eigen discipline. Er wordt deelgenomen aan overlegvormen en hiertoe initiatief genomen. De verpleegkundigen dragen zorg voor overdracht van de zorgverlening bij ontslag van een cliënt naar de thuissituatie of bij opname van een cliënt in het ziekenhuis. Er worden cliëntenroutes gepland, en hiernaar gewerkt. De eigen tijd voor coördinerende werkzaamheden dienen de verpleegkundigen zelf te plannen en hierin prioriteiten te stellen. Men geeft aanwijzingen over de inzet van mensen en middelen ten aanzien van de zorgverlening en geeft consult. En er wordt zorg gedragen voor een indicatie.

Veel gebeurt dus. Wel verschilt de mate en vorm waarin dit gebeurt. Zo komt vanuit de onderzoeksresultaten naar voren dat de toewijzing van een cliënt aan een EAV soms te lang op zich laat wachten, er niet altijd adequaat gedelegeerd wordt, het zorgleefplan niet altijd wordt bijgehouden, de anamnese niet altijd volledig is ingevuld, gesignaleerde zaken niet altijd voldoende worden gerapporteerd en doorgegeven en er relatief weinig structurele overlegvormen zijn met andere disciplines en deelname hieraan dan ook beperkt is.

Ook de criteria die gehanteerd worden in de cliëntentoewijzing aan een EAV verschillen deels van die in de literatuur genoemd worden. De bekende criteria verantwoordelijkheid en transfer worden bijvoorbeeld niet (letterlijk) benoemd. Ook bevoegdheid/bekwaamheid wordt niet genoemd.

Er komen ook een aantal taken en verantwoordelijkheden vanuit de literatuur naar voren die vanuit de onderzoeksresultaten niet of in heel beperkte mate te zien zijn. Het gaat hierbij om evaluatie van de zorgverlening, maar vooral ook evaluatie van de coördinatie van de zorgverlening en de doelen van coördinatie van zorg. Zo vindt niet structureel evaluatie plaats van de samenwerking met huisartsen en ziekenhuizen. Omdat aan de respondenten geen vragen gesteld zijn over de evaluatie van de zorgverlening aan de cliënt, kunnen hierover hier geen uitspraken worden gedaan. Wel is binnen de organisatie een evaluatieprocedure van de zorgverlening aanwezig waarin ondermeer wordt ingegaan op de coördinatie van zorg. Daarnaast wordt in de literatuur de regisserende taak in ondermeer preventieprogramma's genoemd. Omdat hierop in het onderzoek niet is ingegaan, kunnen ook hierover hier geen uitspraken worden gedaan.

Tot slot gaat het om het verschil tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. Worden in de literatuur een aantal specifieke taken genoemd, voorbehouden aan

verpleegkundigen niveau 5, in de praktijk blijkt dit verschil minimaal te zijn. Zowel verpleegkundigen niveau 4 als verpleegkundigen niveau 5 vervullen doorgaans een zorginhoudelijke regiefunctie en geven aanwijzingen en consult.

Al met al kan geconcludeerd worden dat wat in de literatuur beschreven staat veelal in de praktijk terug te zien is. Wel gebeurt dit nog niet altijd adequaat, zoals zichtbaar wordt in de knelpunten die zowel verpleegkundigen als managers benoemen.

Deze knelpunten zijn gerelateerd aan de doelen van coördinatie van zorg, die ook vanuit de literatuur naar voren komen. Zo wordt vanuit de genoemde knelpunten zichtbaar dat er nog niet altijd adequaat multidisciplinair en interdisciplinair wordt samengewerkt. Ook worden nog niet altijd aanwijzingen gegeven over alle mogelijke hulpvormen en dienstverlening en wordt continuïteit van zorg aan de cliënt niet in alle gevallen (voldoende) bereikt.

Hieruit komen dan ook verbeterpunten naar voren die wenselijk zijn voor een verdieping van de regiefunctie van wijkverpleegkundigen (niveau 5).

6.2 Discussie

In deze paragraaf bediscussiëren de onderzoekers het gehouden onderzoek. Allereerst wordt ingegaan op de gehanteerde methodiek. Sterke en zwakke punten worden beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de inhoud van de onderzoeksresultaten.

6.2.1 Methodiek

De onderzoekers zien de volgende sterke punten in de aanpak van het onderzoek:

- De inhoud en opzet van onderzoek is nadrukkelijk gerelateerd aan een uitgebreide literatuurverkenning;
- De inhoud en opzet van onderzoek is daarnaast nadrukkelijk gekoppeld aan de praktijk van de organisatie waar het onderzoek gehouden is. Ondermeer door gebruik te maken van de deskundigheid en praktijkervaring van de opdrachtgevers;
- Er is zowel gebruik gemaakt van enquêteren als interviewen. Op deze manier zijn verschillende betrokken partijen 'gehoord' en is zowel gebruik gemaakt van kwantitatief als kwalitatief onderzoek;
- Hoewel de kennis van de organisatie die de onderzoekers vooraf aan het onderzoek al hadden een zwak punt zou kunnen zijn, zijn de onderzoekers van mening dat dit juist in het voordeel van het onderzoek heeft gewerkt. Dankzij kennis van de 'lijnen' binnen de organisatie en werkwijzen, kon gerichter informatie verzameld worden bij de juiste personen.

Zwakke punten van het onderzoek die de onderzoekers zien zijn:

- De onderzoekers hadden vooraf aan het onderzoek geen ervaring met het doen van kwalitatief onderzoek, waaronder interviewen en deze interviews verwerken. Hoewel dit zoveel mogelijk ondervangen is door gebruik te maken van literatuur, is het mogelijk dat dit de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek verminderd heeft;
- Het onderzoek is door twee onderzoekers uitgevoerd. Dit vergroot de kans dat bepaalde informatie niet of onvoldoende in het onderzoek is meegenomen. Bij een groter aantal onderzoekers is er meer onderlinge, kritische, interactie wat het onderzoek positief kan beïnvloeden;
- De opdrachtgevers van het onderzoek, die bijgedragen hebben aan de opzet van het onderzoek, zijn niet onafhankelijk. Zij zijn namelijk werkzaam in de organisatie waar het onderzoek heeft plaatsgevonden en hebben in hun functie belang bij de onderzoeksresultaten en aanbevelingen;
- In het onderzoek is niet als achtergrondvariabele gevraagd in welke verpleegkundige praktijk de respondent werkzaam is. Dit zou wenselijk geweest zijn in het geven van gerichte aanbevelingen;
- Bij het schrijven van het verslag ontdekten de onderzoekers dat onverhoopt een fout is gemaakt in de invoer van gegevens in SPSS. Er is in plaats van 'missing' 'niveau 5' ingevoerd als antwoord bij 1 respondent. Dit betekent dat in de resultaten elke keer wanneer een vergelijking is gemaakt naar opleidingsniveau een extra respondent niveau 5 meegerekend is. Het tijdstip waarop dit ontdekt werd was te laat om dit nog te kunnen wijzigen. De invloed op de resultaten is onbekend omdat de respondent geen opleidingsniveau had ingevuld.

6.2.2. Inhoud

- De respons op het enquêteren was laag, namelijk 35,5%. Deze lage respons is niet direct verklaarbaar. Er is door de onderzoekers en opdrachtgevers ruime tijd geboden voor de beantwoording van de enquête en de respondenten zijn regelmatig en tijdig geïnformeerd en herinnerd over het retourneren van de enquête. Wel dient hierbij opgemerkt te worden dat de verzending van enquêtes naar de respondenten in een aantal gevallen vertraging heeft opgelopen, wat de beschikbare tijd voor beantwoording verkleind heeft.
Hoewel gesteld moet worden dat het onderzoek hierdoor niet representatief is, kan het volgende ingebracht worden om aan te tonen dat de representativiteit niet per definitie laag hoeft te zijn:

- o De volledige populatie wijkverpleegkundigen is aangeschreven. Elke wijkverpleegkundige in de organisatie heeft hierdoor de mogelijkheid gehad de onderzoekers te informeren over de vormgeving van de regierol en knelpunten hierin. Hoewel hiervan niet uitgegaan mag worden, zijn de onderzoekers van mening dat wanneer knelpunten ervaren worden men zal reageren wanneer hiervoor de mogelijkheid geboden wordt. De kans dat wijkverpleegkundigen de enquête niet hebben geretourneerd terwijl zij wel (meerdere) knelpunten ervaren achten de onderzoekers daarom klein.

De onderzoekers vragen zich af in hoeverre de wijkverpleegkundigen binnen de organisatie ambitieus zijn en zij instrumenten om hun stem te laten horen benutten, gezien de lage respons. Wordt regie van zorg niet als belangrijk ervaren? Ervaart men weinig knelpunten? Ervaart men wel knelpunten maar verwacht men niet dat daar iets mee gedaan zal worden? De onderzoekers zijn benieuwd naar de reden waarom veel wijkverpleegkundigen hun stem niet hebben laten horen en daarmee niet bijgedragen hebben aan het ontstaan van aanbevelingen.

- De lage respons heeft tot gevolg dat de resultaten uit het onderzoek niet representatief hoeven te zijn. Bij een grotere respons is de mogelijkheid aanwezig dat de resultaten verschillen met de huidige onderzoeksresultaten. De bruikbaarheid van de genoemde aanbevelingen kunnen hierdoor verminderd zijn;
- De steekproef van 4 managers V&V op een totale populatie van 7 managers V&V is volgens de onderzoekers representatief. Het feit dat de 4 geïnterviewden soms sterk verschillen van mening, heeft het lastig gemaakt eenduidige conclusies te trekken. De getrokken conclusies zijn hierdoor niet altijd geldend voor de gehele onderzoekspopulatie;
- Het verschil in het aantal respondenten met opleidingsniveau 4 en 5 was groot. Er waren twee maal zoveel respondenten met opleidingsniveau 5 dan respondenten met opleidingsniveau 4. Die resultaten waarin het verschil tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5 is weergegeven, zijn daardoor niet evenredig en representatief;
- In de literatuur wordt wel benoemd welke taken uitgevoerd dienen te worden binnen regie van zorg. Echter, dit blijft erg algemeen. Op welke wijze en in welke mate dit vormgegeven dient te worden, wordt in de literatuur niet tot nauwelijks benoemd. Om na te gaan of regie van zorg op de juiste wijze en in voldoende mate vormgegeven wordt, hebben de onderzoekers dan ook vooral de doelen van coördinatie van zorg als uitgangspunt genomen om dit te beoordelen;

- De organisatie van zorg binnen de verpleegkundige praktijken verschilt sterk. Dit geldt met name voor de vormgeving van het EAV-systeem. Dit maakt het lastig een conclusie te trekken die geldend is voor de gang van zaken in alle verpleegkundige praktijken;
- De managers V&V zijn doorgaans van mening dat verpleegkundigen niet standaard op de hoogte hoeven te zijn van cliëntsituaties uit de zorgteams. De onderzoekers delen deze mening niet volledig. De onderzoekers zijn van mening dat verpleegkundigen voor het goed kunnen regisseren van zorg en het hebben van overzicht over en inzicht in de gehele inter- en multidisciplinaire zorgverlening de verpleegkundigen wel op de hoogte dienen te zijn van cliëntsituaties uit de zorgteams. Alleen dan kunnen situaties gevolgd worden en kan door verpleegkundigen tijdig gesignaleerd worden en hierop adequaat actie ondernomen worden. Hetzij door het geven van aanwijzingen, hetzij door het zelf verlenen van directe zorg of dit delegeren. Wel realiseren zij zich dat dit wellicht niet haalbaar is (in de huidige organisatiestructuur en financiering).

7. AANBEVELINGEN EN SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden door de onderzoekers aanbevelingen beschreven voor de vormgeving van de beroepsrol regisseur in de verpleegkundige praktijken. De aanbevelingen zijn geordend naar onderwerp. Daarnaast worden in dit hoofdstuk suggesties gedaan voor verder onderzoek. De informatie in dit hoofdstuk is uiteraard gebaseerd op de onderzoeksresultaten. Daarnaast zijn in de aanbevelingen over de samenwerking met de huisarts ook landelijke aanbevelingen van de betrokken beroepsgroepen meegenomen¹²⁵.

7.1 Aanbevelingen

Onderstaande aanbevelingen hebben tot doel te komen tot een meer adequate uitoefening van de regisseursrol voor met name verpleegkundigen niveau 5. De aanbevelingen zijn vorm te geven binnen de huidige organisatiestructuur van ZONL. Hiermee voldoen de aanbevelingen aan de onderzoeksopdracht van ZONL waarin dit een voorwaarde was.

1. Het is wenselijk dat een duidelijk beleid voor de vormgeving van het EAV-systeem ontwikkeld wordt.

Verschillende vormgeving van het EAV-systeem hoeft niet hinderlijk te zijn, maar duidelijke kaders en beleid op papier ontbreken. De onderzoekers denken daarom dat het volgende wenselijk is:

- Waarborg de toewijzing van een EAV binnen 1 week na start van de zorgverlening door het ontwikkelen van een concrete procedure waardoor aan een nieuwe cliënt automatisch een EAV toegewezen wordt;
- Stel duidelijke criteria vast aan de hand waarvan een EAV toegewezen dient te worden, geldend voor alle verpleegkundige praktijken. Maak hierbij in elk geval gebruik van de informatie uit de professionele standaard zoals weergegeven in de literatuurverkenning en heb nadrukkelijk oog voor continuïteit. Verwerk deze criteria in een bruikbaar hulpmiddel voor de verpleegkundigen op de werkvloer;
- Draag er in het beleid zorg voor dat de EAV weet aan welke cliënt(en) zij toegewezen is;
- Draag er in het beleid zorg voor dat binnen het verpleegkundig team duidelijk is welke verpleegkundige van welke cliënt EAV is;
- Besteed in het beleid aandacht aan het verschil tussen verpleegkundigen niveau 4 en 5. Door verschil in opleidingsniveau en competenties kunnen zij ook verschillend ingezet worden;

- Omschrijf in het beleid minimale kennis of randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor de uitvoer van het EAV-schap zoals kennis van ziekteprocessen, de sociale kaart en financiering en indicatiestelling van zorg;
- Ontwikkel een eenduidige taakomschrijving van de functie EAV, geldend voor alle verpleegkundige praktijken.

2. Het is wenselijk dat er een helder onderscheid wordt aangebracht in de taken en verantwoordelijkheden op het gebied van coördinatie van zorg tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. De regiefunctie van wijkverpleegkundigen niveau 5 dient versterkt te worden.

In de huidige situatie is er te weinig onderscheid in taken en verantwoordelijkheden op het gebied van coördinatie van zorg tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5. De onderzoekers adviseren daarom het volgende:

- Herzie de functieomschrijving van 'wijkverpleegkundige' en 'verpleegkundige in de wijk'. De verschillen tussen beide niveaus dienen concreter omschreven te worden zodat duidelijk is wat er op het gebied van coördinatie van zorg van de verschillende niveaus wordt verwacht. De informatie vanuit de professionele standaard is hierin leidraad;
- Werk in de praktijk volgens deze herziene functieomschrijving;
- Laat in elk team (een tweetal) verpleegkundige(n) niveau 5 aanspreekpunt zijn voor verzorgenden uit het zorgteam. Het is wenselijk dat deze (twee) verpleegkundigen verschillende werkdagen en grotere contracten hebben zodat zij afwisselend aanspreekpunt kunnen zijn en er zodoende op alle doordeweekse dagen een aanspreekpunt gewaarborgd is. Deze verpleegkundigen kunnen zo nodig taken delegeren aan collega's uit de verpleegkundige praktijk. Door op deze wijze te werken ontstaat er een hechtere samenwerking tussen en duidelijkheid voor verzorgenden en verpleegkundigen. Daarnaast wordt de coachende rol van verpleegkundigen niveau 5 vergroot door het geven van consult en aanwijzingen;
- Laat in elk team verpleegkundigen (bij voorkeur niveau 5¹²⁶) tussenpersoon zijn tussen de huisarts en verzorgenden uit het zorgteam. Wanneer verzorgenden hun vraag eerst bij een verpleegkundige neerleggen, wordt de huisarts minder vaak en minder onnodig belast en wordt de consultfunctie van verpleegkundigen vergroot. Deze functie wordt bij voorkeur bekleedt door de (twee) verpleegkundigen die als aanspreekpunt voor het zorgteam fungeren;
- Laat het eerste inventariserend bezoek, of bij ontbreken daarvan het eerste zorgmoment, aan elke nieuwe cliënt uitvoeren door een verpleegkundige niveau 5. Door op deze wijze te werken wordt recht gedaan aan de zorginhoudelijke regiefunctie van verpleegkundigen

niveau 5 en de zorgvraag van de cliënt juist ingeschat en toegewezen. Door op deze wijze te werken wordt ook bereikt dat wijkverpleegkundigen over noodzakelijke informatie beschikken om daadwerkelijk te kunnen registreren.

3. Het is wenselijk dat de samenwerking en afstemming tussen de verpleegkundige praktijken en de zorgteams bevorderd wordt.

De afstand tussen de verpleegkundige praktijken en de zorgteams is in de huidige situatie doorgaans zowel figuurlijk als letterlijk te groot. Door onderstaande maatregelen ontstaan volgens de onderzoekers kortere lijnen, een hechtere samenwerking en wordt meer gebruikgemaakt van elkaar.

- Laat in elk team (een tweetal) verpleegkundige(n) niveau 5 aanspreekpunt zijn voor verzorgenden uit het zorgteam. Zie voor een toelichting aanbeveling 2;
- Ontwikkel voor verzorgenden uit de zorgteams per verpleegkundige praktijk een overzicht met daarop welke verpleegkundige verbonden is aan welke vakgroep en op welke dagen zij bereikbaar zijn. Op deze wijze kunnen verzorgenden een specifieke vraag op het gebied van vakgroepkennis direct aan het vakgroeplid voorleggen. Hierdoor ontstaan er korte lijnen;
- Laat verpleegkundigen na door een verzorgende geconsulteerd te zijn, meer terugkoppelen;
- Stel voor elk zorgteam in dat 4 keer in het jaar een vaste verpleegkundige bij het zorgteamoverleg aanwezig is. Aangewezen personen hiervoor zijn de verpleegkundigen die als aanspreekpunt voor het zorgteam optreden. Zij kunnen afwisselend aan het zorgteamoverleg deelnemen. Deze maatregel bevordert de samenwerking tussen verpleging en verzorging en werkt drempelverlagend;
- Evalueer met de verzorgenden uit het zorgteam structureel de samenwerking. Geef dit bijvoorbeeld in het 4-jaarlijkse zorgteamoverleg waarin een verpleegkundige aanwezig is;
- Stel voor elke verpleegkundige praktijk een telefoonlijst op met telefoonnummers van de mobiele werktelefoons van verzorgenden, waarop verzorgenden uit het zorgteam vanaf de start van Plan-It te bereiken zijn. Deze lijst dient regelmatig gecontroleerd te worden op actualiteit. Op deze wijze worden korte lijnen bereikt;
- Geef in zowel de zorgteams als de verpleegkundige praktijken meer bekendheid aan het aanwezige consultformulier en de werkwijze;
- Bevorder het gebruik van het aanwezige consultformulier door deze op intranet te plaatsen en ervoor zorg te dragen dat ook verzorgenden hierover kunnen beschikken;
- Wanneer zowel door verpleging als verzorging zorg wordt verleend, wijs dan bij voorkeur 2 EAV'en toe: een verpleegkundige en een verzorgende. Het aanwijzen van zowel een

EAV van verpleging als van verzorging heeft de voorkeur omdat dan voor beide teams een aanspreekpunt geregeld is. Omdat er in de praktijk een scheiding is tussen beide teams lijkt de onderzoekers dit wenselijk. Randvoorwaarde hierbij is dat in het zorgleefplan en de bijbehorende specifieke afsprakenlijst duidelijk weergegeven wordt wie waarvoor verantwoordelijk is, om misverstanden te voorkomen.

4. Benadruk en controleer een beter gebruik van het cliëntdossier als middel voor een adequate coördinatie van zorg.

Het cliëntdossier is een belangrijk hulpmiddel in het regisseren van zorg. De onderzoekers denken dat door de volgende maatregelen dit middel beter benut kan worden.

- Stel verpleegkundigen verplicht bij elke cliënt het anamneseformulier in te vullen en controleer dit. Juist in de anamnese is een beknopt totaalbeeld van de cliënt te vinden met noodzakelijke achtergrondinformatie voor de te verlenen zorg;
- Wijs verpleegkundigen met nadruk op het belang het zorgleefplan zo nodig bij te stellen zodat dit actueel en bruikbaar is. Stimuleer dat men elkaar hierop ook attendeert. Het zorgleefplan is leidraad voor de inhoud en wijze van zorgverlening;
- Wijs verpleegkundigen met nadruk op het belang van het gebruik van de checklisten voor de start en het afsluiten/overdragen van de zorgverlening, als hulpmiddel in het bereiken van continuïteit van zorg, en controleer dit;
- Wijs verpleegkundigen met nadruk op het belang van volledig en duidelijk rapporteren, specifiek het rapporteren van aandachtspunten en bijzonderheden;
- Attendeer huisartsen en andere disciplines op de aanwezigheid van het tabblad 'paramedisch' en stimuleer hen hiervan gebruik te maken ter verbetering van de multidisciplinaire afstemming;
- Benadruk het gebruik van het formulier 'specifieke afspraken/registratielijst' als middel om duidelijkheid te bieden over wie, wat, hoe, wanneer doet.

5. Het is wenselijk dat de beschrijving van het primaire proces geactualiseerd wordt en hieraan meer bekendheid wordt gegeven in de verpleegkundige praktijken.

De huidige beschrijving van het primaire proces komt niet overeen met de werkwijze in de praktijk. Door de beschrijving te actualiseren en in overeenstemming te brengen met de werkwijze in de praktijk of wenselijke werkwijze, is deze ook daadwerkelijk bruikbaar in de praktijk. Een heldere beschrijving van het primaire proces en procedures als start

en afsluiten/overdracht van de zorgverlening en kennis hierover bij verpleegkundigen is een randvoorwaarde voor een juiste uitvoer hiervan.

6. Het is wenselijk dat in de planning meer zorg wordt gedragen voor continuïteit van zorg.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat continuïteit van zorg in de planning momenteel onvoldoende wordt gewaarborgd. Door onderstaande maatregelen wordt continuïteit van zorg volgens de onderzoekers bevorderd.

- Waarborg dat de planner altijd voldoende duidelijke informatie heeft die noodzakelijk is voor het zorg dragen van continuïteit in de planning in de vorm van één hiervoor bestemd document of iets soortgelijks waarin alle wijzigingen en informatie voor de planner beschikbaar is. Minimale informatie waarover de planner moet kunnen beschikken is: naam cliënt, adresgegevens, cliëntnummer, dagen van zorgverlening, eventuele aanvangstijden van zorgverlening, duur van het zorgmoment, een korte omschrijving van de inhoud van zorgverlening, wie EAV is van de cliënt.
Wanneer het gaat om het doorgeven van een wijziging over een cliënt die al in zorg is, is de volgende informatie nodig: naam cliënt, omschrijving van de wijziging, datum van ingang en eventueel einddatum. Attendeer verpleegkundigen op het consequent en duidelijk rapporteren van wijzigingen voor de planning;
- Laat verpleegkundigen meer zelf tijd in te plannen voor coördinerende taken en dit door geven aan de planner;
- Laat de planner in de planning meer rekening houden met EAV-schappen en voorkeurstijden van zorgverlening van de cliënt. Een randvoorwaarde hiervoor is dat de planner weet welke verpleegkundige van welke cliënt EAV is;
- Bij het gebruik van Plan-It is het wenselijk na te gaan welke mogelijkheden dit systeem biedt om rekening te houden met criteria aan de hand waarvan cliëntenroutes gepland dienen te worden en hiervan gebruik te maken. Dit kan de continuïteit van zorg vergroten. Randvoorwaarde hierbij is scholing van planners.

7. Het is wenselijk dat gewerkt wordt aan een betere algemene samenwerking en afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Er wordt al veel samengewerkt met huisartsen, maar hierin worden nog knelpunten ervaren door de diverse betrokkenen in deze samenwerking. De onderzoekers bevelen het volgende aan om de samenwerking en afstemming te verbeteren:

- Maak met de huisarts afspraken over de volgende aspecten:
 - o bereikbaarheid van de huisarts: telefoon-, faxnummers, tijden;

- o bereikbaarheid van de verpleegkundige praktijken: telefoon-, faxnummers, tijden;
- o overlegvormen: bij voorkeur structureel overleg in de vorm van huisartsenoverleg of hometeam;
- o evaluatie van de samenwerking;
- o rapportage van medisch beleid en afleggen visites in het cliëntdossier achter het tabblad 'paramedisch';
- o het werken met LESA's.

Leg deze afspraken vast, zodat de huisarts hierop aangesproken kan worden, dit voor alle betrokkenen duidelijk is en hier in de evaluatie op teruggekomen kan worden;

- Ga voor elke huisarts na wat de mogelijkheden en wenselijkheden zijn voor (meer of andere vormen van) structureel overleg. Blijf zoeken naar mogelijkheden voor overleg en afstemming en benut deze;
- Stimuleer verpleegkundigen wanneer relevant het beleid en de doelen van zorgverlening meer af te stemmen met de huisarts als eindverantwoordelijke van medisch beleid;
- Evalueer met de huisarts structureel de samenwerking. Geef dit bijvoorbeeld vorm in een bestaand huisartsenoverleg. Op deze wijze kan geëvalueerd worden zonder dat dit extra overlegvormen vraagt;
- Werk aan de kennismaking en persoonlijke samenwerking met huisartsen. Organiseer bijvoorbeeld een gezamenlijke nieuwjaarsborrel. Dit bevordert face-to-face-contact en het elkaar kennen;
- Laat verpleegkundigen tussenpersoon zijn tussen de huisarts en verzorgenden. Zie voor een toelichting aanbeveling 2;
- Laat in elke verpleegkundige praktijk een ervaren wijkverpleegkundige tijdens kantoortijden een praktijktelefoon bij zich dragen waarop zij bereikbaar is voor de huisarts. Breng de huisarts op de hoogte van deze vorm van bereikbaarheid (telefoonnummer en tijden van bereikbaarheid).

8. De onderzoekers bevelen aan de functie van contactpersoon per ziekenhuis optimaal te benutten.

De contactpersoon van elk ziekenhuis, bestaande uit de persoon van een manager V&V, is volgens de onderzoekers de aangewezen persoon samenwerkingsafspraken te maken en deze structureel te evalueren.

- Laat de contactpersoon in de verpleegkundige praktijken en vanuit het Bureau Zorgondersteuning knelpunten in de samenwerking inventariseren en laat deze terugkoppelen in de overlegvormen met het ziekenhuis. Op deze wijze wordt duidelijk

waar eventuele knelpunten liggen en worden knelpunten op het juiste niveau 'behandeld'. Randvoorwaarde hierbij is dat de verpleegkundigen uit de praktijken weten welke manager van welk ziekenhuis contactpersoon is en bij wie zij hun klachten neer kunnen leggen;

- Maak als contactpersoon met het ziekenhuis samenwerkingsafspraken en leg deze afspraken vast. Op deze wijze is voor alle betrokkenen helder wat de afspraken zijn en kan evaluatie plaatsvinden. Maak in elk geval afspraken over de volgende onderwerpen: overdracht van cliënten naar de thuiszorg, aanvraag van indicaties, wederzijdse bereikbaarheid en structurele evaluatiemomenten;
- Laat de contactpersoon van elk ziekenhuis de volgende huidige knelpunten in de eerstvolgende overlegvorm bij het ziekenhuis neerleggen: het niet zorg dragen voor een juiste indicatie of onjuiste indicatie en het ontbreken van een (volledige) schriftelijke overdracht, medicatie en materialen bij ontslag van een cliënt naar de thuiszorg.

9. Het is wenselijk dat gewerkt wordt aan een betere samenwerking en afstemming tussen andere disciplines en wijkverpleegkundigen.

Er wordt al veel samengewerkt en afgestemd. Toch zien de onderzoekers op grond van de onderzoeksresultaten hierin verbeterpunten. De onderzoekers bevelen het volgende aan:

- Wijs verpleegkundigen met nadruk op het verwerken van de multidisciplinaire zorgverlening in het zorgleefplan. Hierdoor wordt de zorgverlening meer integraal en is duidelijk welke discipline wanneer welke zorg verleend;
- Wijs verpleegkundigen met nadruk op het afstemmen van zorgverlening met andere disciplines. Laat verpleegkundigen bij andere disciplines die aan de cliënt thuis zorg verlenen stimuleren dat deze hun bijdrage in de zorgverlening en effecten daarvan in het cliëntdossier rapporteren achter het hiervoor bestemde tabblad. Daarnaast kan in het multidisciplinaire contact meer gebruik worden gemaakt van het bestaande overdrachtsformulier om wederzijds op de hoogte te blijven;
- Stimuleer verpleegkundigen meer aanwijzingen te geven aan de cliënt en andere zorgverleners over mogelijkheden andere disciplines in te zetten;
- Besteed in de lopende oprichting van het kennis-, expertise- en behandelcentrum specifiek aandacht aan een goede bereikbaarheid en duidelijkheid bij verpleegkundigen over deze bereikbaarheid en werkwijzen.

10. De onderzoekers achten het wenselijk extra aandacht te geven aan de volgende aspecten:

- Stimuleer, met name verpleegkundigen niveau 5, tot het nemen van initiatief tot externe contacten zoals organisatie van of deelname aan een gezamenlijk overleg met meerdere disciplines rondom een cliënt en overleg met uitwonende mantelzorg of familie;
- Laat verpleegkundigen meer alert zijn op toereikendheid van het indicatiebesluit bij een gewijzigde zorgvraag met een gewijzigde zorginzet, zodat de cliënt altijd een toereikende indicatie heeft;
- Ga na wat de reden is dat verpleegkundigen weinig aanwijzingen en informatie geven over subsidiemogelijkheden. Wijs de verpleegkundigen op de thuiszorgconsulent van de zorggroep die ruime kennis heeft over de sociale kaart en regelgevingen;
- Benadruk tegenover verpleegkundigen het productief declareren van tijd voor coördinerende werkzaamheden ten bate van de cliënt;
- Biedt verpleegkundigen duidelijkheid over het doel en verwerking van aanwezige formulieren met betrekking tot coördinatie van zorg. Weten waartoe iets dient bevordert medewerking.

11. De onderzoekers bevelen aan een overzicht per regio van de sociale kaart te ontwikkelen en dit op intranet te plaatsen.

Op dit overzicht dient het volgende vermeld te worden:

- Naam en adres van alle instellingen en zorgverleners op het gebied van hulp- en dienstverlening in het werkgebied van de regisseur;
- Een overzicht van het aanbod van diensten van de verschillende instanties en hulpverleners;
- Openingstijden en spreekuurtijden van diverse instellingen en zorgverleners;
- Voorwaarden voor hulpverlening zoals een intake of verwijzing¹²⁷.

7.2 Suggesties voor verder onderzoek, beleid en organisatie van zorg

Onderstaand geven de onderzoekers een aantal overwegingen mee voor verder onderzoek, beleid en organisatie van zorg. Omdat deze overwegingen niet direct passen binnen de huidige organisatiestructuur en veelal nader onderzoek naar haalbaarheid en wenselijkheid noodzakelijk is, worden deze apart van de aanbevelingen weergegeven.

De onderzoekers willen echter wel nadrukkelijk aanbevelen om onderstaande in overweging te nemen.

A. Overweeg wijkverpleegkundigen niveau 5 (huisarts gericht) coördinerend supervisor te laten zijn voor verzorgenden uit de zorgteams.

Dit betekent voor de verpleegkundige praktijken:

- Koppel aan elke huisarts een groepje van 2-4 wijkverpleegkundigen met daarin minimaal 1 verpleegkundige niveau 5;
- Per groepje verpleegkundigen is de niveau 5 verpleegkundige centraal contactpersoon voor de huisarts. Zij gaat contacten aan met huisartsen en onderhoudt deze, ondermeer door organisatie van en deelname aan huisartsenoverleg. De overige verpleegkundigen uit dit groepje hebben ad hoc contact met de huisarts;
- De niveau 5 verpleegkundige van elk groepje is coördinerend supervisor voor verzorgenden uit de zorgteams die EAV zijn van cliënten van de huisarts van dit groepje;

Dit betekent voor de zorgteams:

- Elke verzorgende die EAV is, is gekoppeld aan een wijkverpleegkundige niveau 5. Met deze wijkverpleegkundige vindt afstemming en overleg plaats.

De wijkverpleegkundige stemt met de aan haar gekoppelde verzorgenden af, en bespreekt ook de cliënten vanuit de zorgteams zonodig in het huisartsenoverleg.

Randvoorwaarden:

- Cliëntentoe wijzing naar huisarts in zowel de verpleegkundige praktijken als de zorgteams.
- Overlegvormen tussen wijkverpleegkundigen en verzorgenden, ad hoc en bij voorkeur ook structureel.

Voordelen:

- Verpleegkundigen hebben meer overzicht over cliëntsituaties uit het zorgteam en hebben daarmee de mogelijkheid deze te bewaken. Er kan (eerder) worden gesignaleerd en

- adequater worden gereageerd. Wijkverpleegkundigen krijgen een sterkere regiefunctie waarin zij aanwijzingen kunnen geven en coördineren;
- Verzorgenden hebben 1 vast aanspreekpunt en kunnen zo nodig deze wijkverpleegkundige raadplegen;
 - De samenwerking tussen verpleegkundigen en verzorgenden is hechter. Er wordt niet meer langs elkaar heen gewerkt. Verzorgenden en verpleegkundigen worden meer collega's van elkaar;
 - Huisartsen hebben buiten het ad hoc contact per cliënt met maximaal 2 zorgverleners vanuit de thuiszorg te maken. De lijnen zijn korter wat afstemming en samenwerking bevordert;
 - In tegenstelling tot de huidige situatie worden ook cliënten vanuit de zorgteams zonodig in het huisartsenoverleg besproken.

Mogelijke nadelen:

- Het is de vraag in hoeverre het mogelijk is in verpleegkundige praktijken en zorgteams cliënten toe te wijzen naar huisarts zonder dat afgedaan wordt aan de continuïteit van zorg. Wanneer de huisarts van de cliënt eerste prioriteit krijgt is het namelijk mogelijk dat continuïteit een lagere prioriteit krijgt. Daarnaast is een evenredige verdeling van EAV-schappen per huisarts afhankelijk van het cliëntenbestand per huisarts.

Wanneer cliënttoewijzing naar huisarts niet mogelijk is binnen de zorgteams, kan zonder dit aspect worden gewerkt. Verschil is dan dat verzorgenden met meer dan één wijkverpleegkundige te maken hebben omdat zij EAV zijn van cliënten van verschillende huisartsen. Dit is een minpunt. Desondanks kan door duidelijk weer te geven welke wijkverpleegkundige gekoppeld is aan welke huisarts en wie wanneer bereikbaar is, toch op deze wijze gewerkt worden.

B. Doe onderzoek naar de mogelijkheid en wenselijkheid geïntegreerde teams in te voeren binnen de organisatie.

Momenteel wordt door de verpleegkundige praktijken en de zorgteams nog veel apart van elkaar en langs elkaar heen gewerkt.

De onderzoekers zien ter verbetering hiervan voordelen in de invoer van geïntegreerde teams. Met name het uitdiepen van de regiefunctie van verpleegkundigen niveau 5 en de samenwerking en afstemming met verzorgenden kan volgens de onderzoekers verbeterd worden. Door geïntegreerde teams in te voeren denken de onderzoekers dat ook meer samengewerkt wordt, wat de drempel tussen verpleging en verzorging kan verkleinen.

Daarnaast kan de zorg efficiënter uitgevoerd worden naar functieniveau waarmee kostenbesparing mogelijk is.

Met de invoer van geïntegreerde teams zal de organisatiestructuur gewijzigd dienen te worden. Andere nadelen en concrete voordelen zijn nog onbekend. Onderzoek hiernaar kan hierover duidelijkheid geven.

C. Ga na wat de wenselijkheid is van de inzet van een teamleiderfiguur.

De afstand tussen de manager V&V en de verpleegkundige praktijken wordt als groot ervaren. Duidelijkheid en aansturing wordt gemist.

De onderzoekers bevelen daarom aan kritisch te kijken naar de huidige functie van manager V&V en de rol die deze heeft in de verpleegkundige praktijken. Ga na wat de mogelijkheden zijn en de wenselijkheid hiervan om een manager V&V een meer aansturende rol te geven voor de verpleegkundige praktijken of managers V&V verder van de verpleegkundige praktijken af taken en verantwoordelijkheden te geven. In het laatste geval zal dan een nieuwe functie ontwikkeld dienen te worden die de verpleegkundige praktijk meer direct aanstuurt. Door de onderzoekers wordt hierbij gedacht aan een teamleiderfiguur, al dan niet gecombineerd met de taak van het plannen van cliëntenroutes en andere coördinerende taken. In de bijlage is een taakomschrijving opgenomen die eerder door de organisatie ontworpen is, die de gedachten van de onderzoekers op hoofdlijnen hierover verwoordt¹²⁸.

De onderzoekers zijn van mening dat het versterken van de regiefunctie van wijkverpleegkundigen wenselijker is dan het ontwikkelen van een nieuwe functie.

Randvoorwaarde die de onderzoekers hiervoor zien is dat duidelijke afspraken gemaakt worden over de verdeling van coördinerende taken en verantwoordelijkheden.

D. Overweeg de inzet van planners met een verpleegkundige achtergrond.

Momenteel wordt continuïteit van zorg in de planning nog onvoldoende gewaarborgd.

Overweeg bij het aannemen van nieuwe inzetplanners planners aan te nemen met een verpleegkundige achtergrond. Voordelen die de onderzoekers hierin zien, zijn dat deze meer inzicht hebben in verpleegkundige zorg en continuïteit van deze zorg. Hierbij kan ook gedacht worden aan een functiecombinatie van verpleegkundige en planner.

E. De onderzoekers bevelen aan de processen, procedures en werkwijzen die binnen de verpleegkundige praktijken gehanteerd worden meer te beschrijven.

Te denken is aan het op schrift stellen van de inhoud en werkwijze van zelfsturende teams, de organisatie en werkwijzen binnen de verschillende verpleegkundige praktijken, het zelf ontwikkelen van een visie op coördinatie van zorg geldend voor alle verpleegkundige praktijken en de inhoud en werkwijze van het EAV-systeem.

De onderzoekers viel tijdens het onderzoek namelijk op dat hierin zaken missen en het moeilijk was hier overzicht over en inzicht in te krijgen. Het beschrijven hiervan maakt de organisatie van zorg en visie op die zorg meer inzichtelijk, ondermeer voor personen van buiten de organisatie of nieuwe medewerkers.

Wees ook eenduidig in het gebruik van begrippen of termen. Verschil tussen begrippen in de praktijk en op papier kan verwarring veroorzaken.

NAWOORD

Het werken aan dit onderzoek hebben wij als onderzoekers ervaren als ontzettend leerzaam. We vonden het allebei erg leuk om op een andere wijze bezig te zijn met de rol van regisseur. In dit onderzoek was het veel meer overstijgend doordat we vanuit een andere invalshoek naar deze rol gekeken hebben en deze op beleidsniveau toegepast hebben. Hierdoor hebben we beiden een breder en completer beeld gekregen van deze beroepsrol.

Het was goed om niet alleen te kijken naar de inhoud van de rol, maar ook naar hoe deze in de praktijk toegepast kan worden. Dit laatste vonden we ook best lastig. We vonden het nog niet gemakkelijk om de onderzoeksresultaten te vertalen naar passende aanbevelingen die gelden voor alle verpleegkundige praktijken en rekening houdend met de organisatiestructuur van ZONL.

De aanbevelingen die wij gegeven hebben aan het management V&V zijn volgens ons aanbevelingen die goed toegepast kunnen worden binnen de huidige organisatiestructuur. We hebben ons echter niet tot de huidige organisatiestructuur beperkt, door aan het management V&V ook suggesties mee te geven voor verder onderzoek, beleid en organisatie van zorg die wel een aanpassing van de organisatiestructuur vragen.

Wij hebben het gewaardeerd de mogelijkheid te krijgen binnen deze organisatie het onderzoek uit te voeren en daarmee een nieuwe leerervaring op te doen.

Wij hopen dat dit onderzoek bijdraagt aan een adequatere uitvoering van de beroepsrol regisseur door de wijkverpleegkundigen van ZONL, wat uiteindelijk ten goede komt van de cliënt.

LITERATUURLIJST

Literatuurboeken en documenten:

- Achterberg van, 1997 en Dokter et al., 1997 in Broeken et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff.
- Baarda D. B., De Goede M. P. M. en Teunissen J., 2005. Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. 2^e druk. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D. B., et al, 2000. Basisboek enquêteren en gestructureerd interviewen. Groningen, Wolters-Noordhoff.
- Baarda D. B. en De Goede M. P. M., 2006. Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff.
- Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff.
- Commissie Kwalificatiestructuur, 1996. Rapport Gekwalificeerd voor de toekomst. Zoetermeer en Rijswijk. Ministerie van onderwijs, cultuur en wetenschappen, Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport. (afkomstig via www.hbo-verpleegkunde.nl)
- Frederiks C. M. A. en Wierik J. M., 2004. Verpleegkundig onderzoek, Inleiding in methoden en technieken. 5^e druk. Dwingeloo, Uitgeverij Kavanah.
- Gotenhuis M. te en Matthijsen A., 2006. Basiscursus SPSS. 2^e druk. Assen, Koninklijke Van Gorcum BV.
- Hulshof M., 2007. 5^e druk. Leren interviewen. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff.
- Hunink G. H. et al., 2000. Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Utrecht/ Zutphen, ThiemeMeulenhoff.
- Jong J. H. J. de et al., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW.
- Maso I. en Smaling A., 2004. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam, Uitgeverij BOOM.
- Pool A., 2007. Doordacht verplegen. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers.
- Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij.
- Reijdt van de-Ven van de A. H. J. in opdracht van V&VN, LVW en NHG, jaartal en datum onbekend. Handreiking 'De as huisartsen-wijkverpleegkundigen. Samenhangende zorg in de eerste lijn.

- Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff.
- Wester, F., et al., 2000. Praktijkgericht, kwalitatief onderzoek. Bussum, Uitgeverij Coutinho.
- Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does.

Documenten van de organisatie:

- Zorggroep Oude en Nieuwe Land, 15-07-2007, Primair proces verzorging & verpleging.
- Zorggroep Oude en Nieuwe Land, 22-06-2007, Uitgangspunten planning zorg.
- Zorggroep Oude en Nieuwe Land 'Functiebeschrijving Wijkverpleegkundige', 12 maart 2004 en 'Functiebeschrijving Verpleegkundige in de wijk', 27 februari 2004
- Zorggroep Oude en Nieuwe Land, oktober 1997. Ontwikkelingsplan verpleegkundige praktijken. Steenwijk, Zorggroep Oude en Nieuwe Land.
- Zorggroep Oude en Nieuwe Land Steenwijk afdeling P&O, 2006. Module Regie en Coaching.
- Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land, 1997. Uitwerking integratieplan divisie thuiszorg.

Internet:

- E-mail met afkomstig van afdeling BZO, verzonden op 28 april
- Zorggroep Oude en Nieuwe Land (s.d.), Nederland, ZONL, www.zorggroep-onl.nl, (Geraadpleegd op 11-04-2009)

EINDNOTEN

- ¹ In het rapport 'Gekwalificeerd voor de toekomst', Commissie Kwalificatiestructuur 1996, wordt o.a. de volgende definitie van eindtermen weergegeven: 'Welomschreven doelstellingen, op het gebied van kennis, inzicht en vaardigheden, waarover degene die de opleiding voltooit dient te beschikken', artikel 7.3.2 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.
- ² Zie voor een uitleg en overzicht van deze criteria bijlage 1.
- ³ Commissie Kwalificatiestructuur, 1996. Rapport Gekwalificeerd voor de toekomst. Pag. 12 en 13.
- ⁴ Zie voor een overzicht van deze deelkwalificaties bijlage 2.
- ⁵ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij.
- ⁶ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 49.
- ⁷ Zie voor een overzicht van deze competenties bijlage 3
- ⁸ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 51.
- ⁹ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ¹⁰ Willems, 1990 in Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 3.
- ¹¹ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ¹² Willems, 1990 in Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 3.
- ¹³ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ¹⁴ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 2.
- ¹⁵ Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 15.
- ¹⁶ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 46.
- ¹⁷ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 197 en 60 en 61.
- ¹⁸ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ¹⁹ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 85 en 106.
- ²⁰ Willems, 1990 in Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 3.
- ²¹ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ²² Jong J. H. J. de et al., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum. Pag. 12 en 298.
- ²³ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 62.
- ²⁴ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 106.
- ²⁵ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ²⁶ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ²⁷ Willems, 1990 in Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 3.
- ²⁸ Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 15.
- ²⁹ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 4.
- ³⁰ Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 15 en 17.
- ³¹ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 22 en 47.
- ³² Pool et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ³³ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 12.
- ³⁴ Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 15.
- ³⁵ Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 5.
- ³⁶ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 24 en 25 t/m 27 en 39.
- ³⁷ Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 10 en 11.
- ³⁸ Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 4.
- ³⁹ Commissie Kwalificatiestructuur, 1996 in Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 25.
- ⁴⁰ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 58.
- ⁴¹ Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 12 en 13.
- ⁴² Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 12.

-
- ³⁶ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 49.
- ³⁷ Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 28.
- Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 21.
- ³⁸ Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 68.
- ³⁹ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ⁴⁰ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 68.
- ⁴¹ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 54 en 55.
- Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 15.
- ⁴² Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ⁴³ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 64.
- ⁴⁴ Jong J. H. J. de et al., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum. Pag. 12.
- ⁴⁵ Commissie Kwalificatiestructuur, 1996. Rapport Gekwalificeerd voor de toekomst. Pag. 86.
- ⁴⁶ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 71.
- ⁴⁷ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 56.
- ⁴⁸ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 12.
- ⁴⁹ Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 23.
- ⁵⁰ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 69 en 70.
- ⁵¹ Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 43.
- ⁵² Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV, NIZW. Pag. 15.
- ⁵³ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- ⁵⁴ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 62.
- ⁵⁵ Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 29.
- ⁵⁶ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 78 en 82.
- ⁵⁷ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 90.
- ⁵⁸ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 105.
- ⁵⁹ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 106.
- ⁶⁰ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 108 t/m 110.
- ⁶¹ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 85.
- ⁶² Wit M. A. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 66.
- ⁶³ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 5.
- ⁶⁴ Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 28.
- ⁶⁵ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 95.
- ⁶⁶ Commissie Kwalificatiestructuur, 1996. Rapport Gekwalificeerd voor de toekomst. Pag. 67.
- Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 29.
- ⁶⁷ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 90.
- ⁶⁸ O.a. in Jong J. de et al., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum. Pag. 12.
- Commissie Kwalificatiestructuur, 1996. Rapport Gekwalificeerd voor de toekomst. Pag. 67.
- ⁶⁹ Jong J. de et al., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum. Pag. 12.
- Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 29.

- ⁷⁰ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 46 en 60 en 61.
- ⁷¹ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 46.
- ⁷² Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 60 en 61.
- Wit M. A. A. De, Broeken M. W. E. P., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 33.
- Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 47.
- ⁷³ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 62 en 63.
- ⁷⁴ Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 11 en 12.
- ⁷⁵ Wit M. A. A. de et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 3.
- ⁷⁶ Broeken R. A. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 7.
- ⁷⁷ Jong J. de et al., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum. Pag. 12 t/m 14.
- ⁷⁸ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 35.
- ⁷⁹ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 47.
- ⁸⁰ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 47.
- ⁸¹ Schoemaker E. en Albertsnagel E., 2003. Regie van het primaire proces. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Pag. 34.
- ⁸² Commissie Kwalificatiestructuur, 1996. Rapport Gekwalificeerd voor de toekomst. Pag. 13 en 67 en 86.
- ⁸³ Commissie Kwalificatiestructuur, 1996. Rapport Gekwalificeerd voor de toekomst. Pag. 86.
- ⁸⁴ Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, van Mantgem en De Does. Pag. 41.
- ⁸⁵ Broeken R. A. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 7.
- ⁸⁶ Broeken R. A. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 60.
- Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 68.
- ⁸⁷ Broeken R. A. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 17.
- Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 20.
- ⁸⁸ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 47.
- ⁸⁹ Broeken R. A. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 15 en 16.
- ⁹⁰ Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 43.
- ⁹¹ Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 43.
- ⁹² Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 21.
- ⁹³ Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 68.
- ⁹⁴ Broeken R. A. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 64.
- ⁹⁵ Jong de J. H. J. et al., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum. Pag. 261.
- ⁹⁶ Boot en Knapen, 1993 in Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 77.
- ⁹⁷ Boot en Knapen, 1993 in Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 77.
- ⁹⁸ Boot en Knapen, 1993 in Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 77.
- ⁹⁹ Boot en Knapen, 1993 in Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 77.
- ¹⁰⁰ Wit M. M. A. et al., 2000. Coördinatie van zorg in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Leiden, Spruyt, Van Mantgem en De Does. Pag. 65.
- ¹⁰¹ De Jong J. H. J., Kerstens J. A. M. en Vermeulen M. M., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. Pag. 296 en 297.
- ¹⁰² Broeken R., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 104.
- ¹⁰³ De Jong J. H. J., Kerstens J. A. M. en Vermeulen M. M., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. Pag. 301.
- ¹⁰⁴ Broeken R., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 58.
- ¹⁰⁵ De Jong J. H. J., Kerstens J. A. M. en Vermeulen M. M., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu van

-
- Loghum. Pag. 301.
- ¹⁰⁶ De Jong J. H. J., Kerstens J. A. M. en Vermeulen M. M., 2003. Handboek verpleegkunde. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. Pag. 301 en 302.
- ¹⁰⁷ Zorggroep Oude en Nieuwe Land, oktober 1997. Ontwikkelingsplan verpleegkundige praktijken. Steenwijk, Zorggroep Oude en Nieuwe Land. Pag. 4.
- ¹⁰⁸ Website van Zorggroep Oude en Nieuwe Land, www.zorggroep-onl.nl. Raadpleging 11 april 2009
- ¹⁰⁹ Zorggroep Oude en Nieuwe Land Steenwijk afdeling P&O, 2006. Module Regie en Coaching.
- ¹¹⁰ Deze informatie is gebaseerd op de organisatiedocumenten van Zorggroep Oude en Nieuwe Land 'Functiebeschrijving Wijkverpleegkundige', 12 maart 2004 en 'Functiebeschrijving Verpleegkundige in de wijk', 27 februari 2004
- ¹¹¹ Van Achterberg, 1997 en Dokter et al., 1997 in Broeken et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 2
- ¹¹² Broeken R. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 2.
- ¹¹³ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 31.
- ¹¹⁴ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 31.
- Jong de J. H. J. et al., 2003. Handboek verpleegkundige. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum. Pag. 14.
- ¹¹⁵ EAV staat voor eerst aanspreekbare verpleegkundige of verzorgende
- ¹¹⁶ Zie voor de enquête bijlage 4a.
- ¹¹⁷ Zie voor het interview bijlage 4b.
- ¹¹⁸ Zie voor het codeboek bijlage 5.
- ¹¹⁹ Zie voor de totaaloverzichten van de antwoorden op de open vragen vanuit de enquête bijlage 7.
- ¹²⁰ Zie het overzicht van labels van de interviews bijlage 8.
- ¹²¹ Deze werkwijze is gebaseerd op de volgende literatuur:
- Baarda D. B., De Goede M. P. M. en Teunissen J., 2005. Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. 2^e druk. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff. Hoofdstuk 10 en 11.
- Maso I. en Smaling A., 2004. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam, Uitgeverij BOOM. Paragraaf 7.6.
- ¹²² Zorggroep Oude en Nieuwe Land, 15-07-2007, Primair proces verzorging & verpleging. Zie bijlage 10.
- Zorggroep Oude en Nieuwe Land, 22-06-2007, Uitgangspunten planning zorg. Zie bijlage 11.
- ¹²³ E-mail afkomstig van afdeling BZO, verstuurd 28 april.
- ¹²⁴ Zie voor deze afspraken bijlage 18.
- ¹²⁵ Reijdt van de-Ven van de A. H. J. in opdracht van V&VN, LVW en NHG, jaartal en datum onbekend. Handreiking 'De as huisartsen-wijkverpleegkundigen. Samenhangende zorg in de eerste lijn.
- ¹²⁶ Reijdt van de-Ven van de A. H. J. in opdracht van V&VN, LVW en NHG, jaartal en datum onbekend. Handreiking 'De as huisartsen-wijkverpleegkundigen. Samenhangende zorg in de eerste lijn.
- ¹²⁷ Broeken R. A. et al., 2006. De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen, ThiemeMeulenhoff. Pag. 64
- ¹²⁸ Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land, 1997. Uitwerking integratieplan divisie thuiszorg. Functie- en taakomschrijving 'Praktijkcoördinator'. Zie hiervoor bijlage 9.

Bijlagen

ONDERZOEKSVERSLAG

VAN EEN ONDERZOEK NAAR DE BEROEPSROL



STUDENTEN:

JANINE VAN DEN BRANDHOF, DEELTIJDSTUDENT HBO-V
HENRIKE VAN DEN BERG, VOLTIIJDSTUDENT HBO-V

MEESTERPROEFBEGELEIDER:

C. T. BERGHUIS, DOCENT HBO-V

INSTELLINGSBEGELEIDERS:

G. BALLAST, MANAGER V&V

M. ROMMENS, MANAGER V&V

E. DANKERT, BELEIDSADVISEUR

ORGANISATIE:

ZORGGROEP OUDE EN NIEUWE LAND

OPLEIDING:

HBO VERPLEEGKUNDE - GEREFORMEERDE HOGESCHOOL ZWOLLE

INHOUDSOPGAVE

Bijlagen

1. Overzicht criteria 'verantwoordelijkheid', 'complexiteit' en 'transfer'
2. Deelkwalificaties 204, 403, 503, 401 en 501
3. Competentie 3 en 4 'coördinatie van zorg'
4. Onderzoeksinstrumenten
 - a. Enquête
 - b. Interviewvragen
5. Codeboek enquête
6. Frequentietabellen resultaten enquête
7. Overzicht beantwoording open vragen enquête
8. Overzicht centrale thema's en labels interviews
9. Transcriptie interviews
10. Document 'Primair proces verzorging & verpleging'
11. Document 'Uitgangspunten planning zorg'
12. Checklist 'Start zorgverlening – thuiszorg'
13. Checklist 'Afsluiten/overdracht zorgverlening – thuiszorg'
14. Functieomschrijving 'Wijkverpleegkundige'
15. Functieomschrijving 'Verpleegkundige in de wijk'
16. Consultformulier
17. Overdrachtsformulier
18. Afspraken ziekenhuizen CIZ

Bijlage 1

Criteria verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer

Criteria Verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer

Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid wordt omschreven als:

"De mate waarin een beroepsbeoefenaar aanspreekbaar is op zijn/haar beroepsmatig handelen en op de gevolgen daarvan voor het beroepsmatig handelen van anderen.¹"

De verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar kan beperkt zijn tot het eigen functioneren, maar kan zich ook uitstrekken tot het functioneren van anderen².

Complexiteit

Complexiteit wordt wel omschreven als:

"Een samenstel van de mate waarin beroepsmatige handelingen zijn gebaseerd op toepassingen van routines, standaardprocedures en/of nieuwe procedures en de mate waarin omstandigheden het werk van de verpleegkundige beïnvloeden.³"

Het begrip complexiteit is bepalend voor de probleemoplossende vaardigheden en creativiteit die van beroepsbeoefenaars in verschillende situaties wordt gevraagd⁴.

Transfer

Transfer wordt omschreven als:

"De mate waarin een verpleegkundige in staat is competenties toe te passen in uiteenlopende beroepsmatige situaties.⁵"

Het begrip transfer wordt ook wel toepassingsvermogen genoemd. Het begrip geeft de reikwijdte en wendbaarheid van kennis en vaardigheden aan, waarover een beroepsbeoefenaar beschikt⁶.

¹ Commissie Kwalificatiestructuur, 1996 in Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 41.

² Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 32.

³ Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 39.

⁴ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 32.

⁵ Commissie Kwalificatiestructuur, 1996 in Leistra E. et al., 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Utrecht/Maarssen, Elsevier gezondheidszorg, LCVV en NIZW. Pag. 41.

⁶ Pool A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 7^e druk. Utrecht, NIZW Uitgeverij. Pag. 32.

Bijlage 2

Deelkwalificaties

- 204: Interactie in beroepssituaties
- 401: Plannen van verpleegkundige zorg 1
- 501: Plannen van verpleegkundige zorg 2
- 403: Coördinatie en continuïteit van zorg 1
- 503: Coördinatie en continuïteit van zorg 2

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Gekwalificeerd voor de toekomst

Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging

Commissie Kwalificatiestructuur

Zoetermeer / Rijswijk juni 1996

Deelkwalificatie 204: Interactie in beroepssituaties

De eindtermen in deze deelkwalificatie zijn generiek en als zodanig van toepassing op zorgvragers met beperkte zelfzorgmogelijkheden.

	<i>Eindtermen</i>	<i>Taxonomie- code</i>
01	De afgestudeerde kan een functionele samenwerkingsrelatie hebben met een zorgvrager en met diens naasten Dat betekent: 1 initiatief nemen tot het leggen van contact; 2 adequaat communiceren met een zorgvrager; 3 werkbare afspraken maken; 4 gemaakte afspraken nakomen; 5 feedback, waardering en kritiek hanteren; 6 handelen in conflictsituaties; 7 omgangsvormen hanteren; 8 een zorgvrager informeren over de te verlenen zorg.	R r/i R r/i R r/i R r/i R r/i R r/i R r/i
02	De afgestudeerde kan het element van beroepshouding 'respect tonen voor de 'zorgvrager' integreren bij de uitvoering van de eigen taken Dat betekent: 1 respect tonen voor de zorgvrager ongeacht de sociale of economische status, de opleiding, het ras en de sexe van de zorgvrager: - de wensen en gewoonten; - de leeftijd; - de waarden en normen ; - de levensbeschouwelijke en culturele achtergronden; - de privacy van een zorgvrager; - de grenzen van een zorgvrager; - de emoties en gevoelens van een zorgvrager; 2 de afhankelijkheid van een zorgvrager hanteren; 3 de autonomie van een zorgvrager bevorderen; 4 de verantwoordelijkheid van een zorgvrager hanteren; 5 zorgvuldig handelen bij intimiteiten.	R c R r R r R r R r R r
03	De afgestudeerde kan het element van beroepshouding 'functioneel handelen' integreren van de eigen taken. Dat betekent: 1 verantwoordelijkheid dragen voor eigen taken; 2 de eigen grenzen bewaken; 3 de eigen emoties en gevoelens respecteren; 4 werk en privé, gescheiden houden; 5 het beroepsgeheim hanteren; 6 machtsmisbruik voorkomen; 7 zorgvuldig handelen inzake ethische vragen en dilemma's	Rc R r R r R r R r R r R r
04	De afgestudeerde kan het element van beroepshouding 'zich assertief opstellen als hulpverlener en als werknemer' integreren bij de uitvoering van de eigen taken. Dat betekent: 1.eigen mening en wensen naar voren brengen; 2.opkomen voor eigen positie: - rechten en plichten weten; 3 adequaat handelen bij ongewenste intimiteiten; 4 adequaat handelen bij fysieke agressie; 5 onderhandelen met collega's, leidinggevende en zorgvrager.	R c R r/i R c/r R r/i R r/i R r R r/i
05	De afgestudeerde kan het element van beroepshouding 'zich collegiaal opstellen' integreren bij de uitvoering van de eigen taken. Dat betekent: 1 samenwerken met collega's, mantelzorg en vrijwilligers; 2 respect tonen voor de levensbeschouwelijke en culturele achtergronden van collega's; 3 eigen werkwijze en beroepshouding bespreekbaar maken; 4 een positieve bijdrage leveren aan de sfeer in het team; 5 zorgvuldig handelen in conflictsituaties; 6 feedback, waardering en kritiek hanteren.	R c R r/i R c/r R r/i R r/i R r R r/i
06	De afgestudeerde kan met een zorgvrager en diens naasten omgaan in situaties van ernstig lijden, sterven en rouw.	R r/i

Deelkwalificatie 401: Plannen van verpleegkundige zorg 1

De eindtermen in deze deelkwalificatie zijn generiek en als zodanig van toepassing op zorgvragers met beperkte zelfzorgmogelijkheden.

Bij de eindtermen dient de beroepshouding (zie deelkwalificatie 204) geïntegreerd te worden.

<i>Eindtermen</i>	<i>Taxonomie- code</i>
01 De afgestudeerde kan omschrijven in welke situatie verpleegkundige zorg gegeven wordt. Dat betekent: 1 de soorten problematiek omschrijven van zorgvragers met beperkte zelfzorgmogelijkheden; 2 de gevolgen omschrijven van deze problematiek voor de zelfzorgmogelijkheden; 3 in de zorgverlening rekening houden met het belang van een zo groot mogelijke zelfredzaamheid.	B B B R c
02 De afgestudeerde kan systematisch gegevens verzamelen. Dat betekent: 1 systematisch gegevens verzamelen aan de hand van standaarden (diagnostische categorieën) over en in samenwerking met een zorgvrager, naasten en/of wettelijke vertegenwoordigers; 2 observaties uitvoeren aan de hand van gestandaardiseerde lijsten en technieken; 3 een anamnesege gesprek voeren aan de hand van een gestructureerde vragenlijst; 4 met betrekking tot verpleegkundige zorg betekenis geven in samenhang aan de verzamelde informatie.	R c R c/i R c R c/i P c
03 De afgestudeerde kan een verpleegkundige diagnose stellen aan de hand van standaarden.	R c
04 De afgestudeerde kan een individueel verpleegplan opstellen. Dat betekent: 1 verpleegdoelen formuleren; 2 verpleegkundige interventies kiezen; 3 afspraken met andere disciplines inplannen; 4 het verpleegplan vaststellen in overleg met een zorgvrager en/of naasten; 5 afspraken en verpleegplan onderbrengen in het patiëntendossier.	R c R c R c R c R c/i R c
05 De afgestudeerde kan een zorgvrager monitoren. Dat betekent: 1 veranderingen signaleren in de gezondheidstoestand; 2 veranderingen signaleren in de zorgbehoefte; 3 snel veranderende situaties onder controle houden.	P c P c P c P c
06 De afgestudeerde kan een verpleegplan evalueren. Dat betekent: 1 een verpleegplan evalueren in overleg met een zorgvrager, naasten en/of wettelijke vertegenwoordigers; 2 een verpleegplan bijstellen in overleg met een zorgvrager, naasten en/of wettelijke vertegenwoordigers.	P c P c/i P c/i
07 De afgestudeerde kan informatie over de gezondheidstoestand, de zorgbehoefte en de zorgverlening in samenhang rapporteren. Dat betekent: 1 informatie mondeling rapporteren: - aan het team; - aan degene die de zorg overneemt; 2 informatie schriftelijk rapporteren: - registreren; - administreren volgens het daartoe bestemde (geautomatiseerde) systeem; 3 gegevens over de totale zorgbehoefte en zorgverlening registreren in het patiëntendossier van een zorgvrager; 4 relevante gegevens over een zorgvrager aan naasten rapporteren; 5 relevante gegevens aan andere disciplines rapporteren.	R c R c R c R c R c R c

Deelkwalificatie 403: Coördinatie en continuïteit van zorg 1

De eindtermen in deze deelkwalificatie zijn generiek en als zodanig van toepassing op zorgvragers met beperkte zelfzorgmogelijkheden.

Bij de eindtermen dient de beroepshouding (zie deelkwalificatie 204) geïntegreerd te worden.

<i>Eindtermen</i>	<i>Taxonomie- code</i>
01 De afgestudeerde kan de activiteiten rondom het verpleegproces coördineren. Dat betekent:	R c/i
1 deelnemen aan besprekingen;	R c/i
- met het team;	
- met andere disciplines;	
- met naasten/ouders/wettelijke vertegenwoordigers;	
2 consult vragen inzake de geplande en verleende zorg;	R c/i
3 andere disciplines consulteren;	R c/i
4 gevraagd en ongevraagd adviezen of informatie geven aan andere disciplines;	R c
5 de verantwoordelijke van zorg inschakelen indien nodig;	R c
6 nieuwe afspraken en gegevens verwerken in het verpleegplan;	R c
7 knelpunten en wensen rond communicatie en informatie doorgeven aan de verantwoordelijke van zorg;	R c/i
8 bijeenkomsten organiseren voor naasten/ouders/wettelijke vertegenwoordigers.	R c/i
02 De afgestudeerde kan zorg dragen voor het ontslag en de overdracht van een zorgvrager. Dat betekent:	R c/i
1 een exit gesprek voeren;	R c/i
2 zorgdragen voor ontslag van een zorgvrager;	R c
3 een zorgvrager overdragen naar een andere afdeling;	R c/i
4 een zorgvrager overdragen naar een andere instelling/setting.	R c/i
03 De afgestudeerde kan een eigen werkplanning maken. Dat betekent:	R c
1 een tijdplanning maken;	R c
2 rekening houden met het verpleegplan;	R c
3 prioriteiten stellen.	R c
04 De afgestudeerde kan voorwaarden formuleren die wenselijk zijn voor de te verlenen zorg. Dat betekent:	P c
1 knelpunten signaleren op het gebied van de zorgverlening;	P c
- materiële knelpunten;	
- immateriële knelpunten;	
2 initiatieven nemen om dergelijke knelpunten op te lossen.	R c
05 De afgestudeerde kan efficiënt en kostenbewust omgaan met beschikbare materiële en financiële middelen.	R c
06 De afgestudeerde kan de kenmerken weergeven van instellingen en organisaties waar de verpleegkundige mee te maken kan krijgen. Dat betekent:	F
1 de kenmerken weergeven van de intramurale setting;	F
2 de kenmerken weergeven van de extramurale setting;	F
3 de kenmerken weergeven van de transmurale zorg;	F
4 de kenmerken weergeven van de semimurale setting.	F

Deelkwalificatie 501: Plannen van verpleegkundige zorg 2

De eindtermen in deze deelkwalificatie zijn generiek en als zodanig van toepassing op zorgvragers met beperkte zelfzorgmogelijkheden.

Bij de eindtermen dient de beroepshouding (zie deelkwalificatie 204) geïntegreerd te worden

*Eindtermen**Taxonomie-
code**Het diagnostisch proces*

- | | | |
|----|---|---------------------------|
| 01 | De afgestudeerde kan een anamnese afnemen en zich een totaalbeeld vormen van de (uitgangs)situatie van een zorgvrager. | P c |
| 02 | De afgestudeerde kan systematisch nagaan of er sprake is van functionele of dysfunctionele gezondheidspatronen.
Daarbij kan de afgestudeerde:
- aspecten als leeftijd en cultuur in de beschouwing betrekken;
- contextuele informatie meewegen. | P c/i

P c/r
P c |
| 03 | De afgestudeerde kan systematisch nagaan welke etiologische factoren het optreden van een probleem bewerkstelligen. | P c |
| 04 | De afgestudeerde kan bepalen welke risicofactoren in een verpleegsituatie van toepassing zijn. | P c |
| 05 | De afgestudeerde kan systematisch nagaan welke factoren van invloed zijn op het proces van diagnostiseren. | P c |
| 06 | De afgestudeerde kan aangeven wat de samenhang en de wisselwerking is tussen verpleegproblemen die zich voordoen bij een zorgvrager. | P c |
| 07 | De afgestudeerde kan de verpleegkundige diagnoses onderbouwen met kennis over epidemiologie. | P c |
| 08 | De afgestudeerde kan waar nodig de problematiek van een zorgvrager herdefiniëren, zodat deze toegankelijk wordt voor beïnvloeding. | P c |
| 09 | De afgestudeerde kan alternatieve diagnostische hypothesen genereren. | P c |

Verpleegkundige interventies

- | | | |
|----|--|---|
| 10 | De afgestudeerde kan vaststellen welke resultaten moeten of kunnen worden bereikt. | P c |
| 11 | De afgestudeerde kan criteria voor evaluatie bepalen. | P c |
| 12 | De afgestudeerde kan interventies kiezen, gericht op een zorgvrager en/of diens omgeving. | P c |
| 13 | De afgestudeerde kan inschatten of de aanwezige standaarden toereikend zijn.
Dit betekent:
1 inschatten of de interventie standaard kan verlopen;
2 signaleren wanneer en waar aanpassingen of alternatieven nodig zijn. | P c

P c
P c |
| 14 | De afgestudeerde kan systematisch nagaan welke alternatieve interventies in aanmerking komen, wanneer standaarden niet toereikend zijn.
Dit betekent nagaan:
1 welke alternatieve interventies mogelijk zijn, met welke te verwachten effecten;
2 of er contra-indicaties bekend zijn;
3 wat de implicaties (kunnen) zijn van bepaalde interventies voor een zorgvrager;
4 of een interventie aanvaardbaar is voor een zorgvrager;
5 in hoeverre een zorgvrager moet / kan worden gemotiveerd tot acceptatie van een bepaalde interventie, of dat moet worden geaccepteerd dat de zorgvrager een bepaalde keuze afwijst. | P c

P c
P c/i
P c/i
P c/i |
| 15 | De afgestudeerde kan aangeven, op welke wijze verschillende verpleegkundige interventies perspectief bieden bij verschillende typen verpleegkundige diagnoses. | P c |
| 16 | De afgestudeerde kan interventies kiezen gericht op groepen of maatschappelijke groeperingen (zie Preventie en GVO 2). | P c |

Deelkwalificatie 503: Coördinatie en continuïteit van zorg 2

De eindtermen in deze deelkwalificatie zijn generiek en als zodanig van toepassing op zorgvragers met beperkte zelfzorgmogelijkheden.

Bij de eindtermen dient de beroepshouding (zie deelkwalificatie 204) geïntegreerd te worden.

<i>Eindtermen</i>	<i>Taxonomie- code</i>
01 De afgestudeerde kan indicatiestelling en toewijzing uitvoeren. Dat betekent: 1 de zorgvraag vaststellen en nagaan welke factoren van invloed zijn op de zorgvraag (zie ook 401/501); 2 op beargumenteerde wijze vaststellen welke hulp nodig is en of de verpleegkundige / verzorgende discipline of outillage geëigend is voor de hulpvraag of een deel hiervan (indicatiestelling); 3 een beargumenteerde keuze maken voor de beroepsbeoefenaar aan wie een zorgvrager wordt toegewezen. Bij de afweging betreft de afgestudeerde: - factoren en reacties van de zorgvrager; - de vastgestelde verpleegkundige diagnose; - de vereiste deskundigheid in het licht van de gewenste resultaten en interventies; - contextuele factoren;	P c/i P c/i P c/i P c/i
02 De afgestudeerde kan initiatieven nemen tot evaluatie van de zorgverlening van aan collega's toegewezen zorgvragers (effect en proces).	P c/i
03 De afgestudeerde kan het totale, integrale zorgproces, waarbij verschillende disciplines zijn betrokken, coördineren. Dat betekent: 1 samenwerken in interdisciplinaire netwerken; 2 de continuïteit in de zorgverlening waarborgen, binnen settings en tussen settings, zodat een zorgvrager een consistent programma krijgt aangeboden; 3 sociale netwerken van zorgvragers analyseren en deze waar mogelijk integreren in de zorgverlening; 4 de belangen van zorgvragers behartigen, binnen een zorginstelling en transmuraal 5 het perspectief van zorgvragers voortdurend als uitgangspunt nemen, waarbij zo nodig het belang van zorgvragers wordt verduidelijkt en behartigd tegenover andere zorgverleners en/of tegenover beleidsfunctionarissen in een organisatie.	P c/i P c/i/r P c/i P c/i/r P c/i/r P c/i/r

Bijlage 3

Competentie 3 en 4 Regisseur

'Coördinatie van zorg'

Bron: Pool, A. et al., 2003. Met het oog op de toekomst.
Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundige. 7^e druk. Utrecht, NIZW
uitgeverij

► **Rol: Regisseur**

Domein: Zorg

Domeinspecificatie: Zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden

Kerncompetentie

Om de zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op het welzijn van de zorgvrager coördineert de hbo-verpleegkundige de zorg.

Toelichting

Verpleegkundigen worden geconfronteerd met zorgvragers die informele en formele zorg nodig hebben. Het professionele circuit van zorginstellingen kent een grote diversiteit aan activiteiten en personen. Bij onderzoek, zorg en behandeling aan dezelfde persoon zijn vaak verschillende personen en instanties betrokken. Het blijkt dat professionals op verschillende manieren onderling en met de zorgvrager en zijn familie communiceren, waardoor deze soms in verwarring raken over wat hen te wachten staat. In de meeste gevallen zal de bijdrage aan het welzijn van de zorgvrager groter zijn als deze activiteiten en de communicatie op elkaar zijn afgestemd.

De onderzoeken, behandelingen, verzorgende en verpleegkundige activiteiten en andere diensten vormen naast hulp vaak ook een belasting voor de zorgvrager. Door een goede regie over deze activiteiten kan deze belasting worden verminderd. Deze regie kan bestaan uit coördinatie binnen een instelling of casemanagement over de grenzen van de instelling heen. De zorgvrager staat centraal in het regisseren van de zorg.

Bij

het coördineren van de zorg door hbo-verpleegkundigen

gaat het om

- rekening houden met de rechten en plichten van de zorgvrager;
- inschatten van de behoefte aan coördinatie;
- maatregelen treffen zodat wordt voorkomen dat de zorgvrager iedere keer opnieuw zijn verhaal moet vertellen;

- zorgen dat de juiste activiteiten op het juiste moment door de juiste persoon worden verricht;
- op een proactieve wijze concrete aanwijzingen geven aan zorgvragers, familieleden en zorgverleners over de mensen en middelen die aangevend moeten worden om de zorg te realiseren;
- het voorkomen van overlap in de activiteiten;
- het inschakelen van de juiste instellingen en personen op het juiste moment;
- zo te communiceren met andere professionals en de zorgvrager dat dit mogelijke verwarring in verwachtingen opheft;

zodat

de verschillende zorgactiviteiten als samenhangend geheel op een efficiënte en effectieve wijze tot het gestelde doel leiden, en de zorgverlening de zorgvrager niet meer belast dan onvermijdelijk is.

► Rol: Regisseur

Domein: Zorg

Domeinspecificatie: Individuele en collectieve preventie en GVO

Kerncompetentie

Om te zorgen dat de doelen van een preventieprogramma worden gerealiseerd, coördineert de hbo-verpleegkundige de afgesproken activiteiten.

Toelichting

Bij de uitvoering van preventie- en voorlichtingsprogramma's zijn vaak meerdere instellingen en wetenschappers, hulpverleners, voorlichters en vrijwilligers betrokken. De doelen en werkwijzen zijn beschreven. Om de concrete uitvoering van de verschillende onderdelen van een programma te realiseren is vaak veel organisatie en bewaking van de activiteiten nodig. Denk aan het uitvoeren van het vaccinatieprogramma voor zuigelingen en kleuters of aan voorlichtingsbijeenkomsten voor bepaalde doelgroepen. Sommige programma's vragen om een landelijke aanpak, andere zijn meer regionaal of vinden zelfs op het niveau van een instituut of organisatie plaats. Verpleegkundigen zijn vaak bij deze activiteiten betrokken omdat zij kennis over gezondheid, communicatieve vaardigheden en organisatie-talent verenigen. De rol van regisseur ligt dan met name op die terreinen waarop deze combinatie van vaardigheden wordt vereist. Het rolgedrag is een uitwerking van doelen die van tevoren vastgesteld zijn in een programma en die zijn onderschreven door de deelnemende instellingen.

Bij

coördinatie van preventieve en voorlichtingsactiviteiten door hbo-verpleegkundigen

gaat het om

- leidinggeven aan de uitvoering van vastgestelde programma's;
- samenwerken met andere disciplines;
- activiteiten organiseren;
- cursussen organiseren;
- mensen aanspreken op het nakomen van de afspraken;
- deelnemen aan multidisciplinair overleg;

- voorlichting en andere preventieve activiteiten inhoudelijk op elkaar afstemmen;
- meewerken aan wetenschappelijk onderzoek;
- activiteiten evalueren;
- feedback geven;

zodat

de doelen die zijn vastgelegd in een programma zo efficiënt mogelijk worden gerealiseerd.

Bijlage 4a

Enquête

Betreft: Enquête

Datum: 9 april 2009

Geachte verpleegkundigen,
Voor je ligt een enquête over het regisseren van zorg binnen de verpleegkundige praktijken van ZONL.

In opdracht van ZONL doen wij, Janine van den Brandhof en Henrike van den Berg, een onderzoek naar de rol van regisseur. Wij zijn twee 4^{de} jaars HBO-V studenten van de Geformeerde Hogeschool in Zwolle. Dit onderzoek vormt onze afstudeeropdracht. Het onderzoek wordt uitgevoerd onder begeleiding van Mariët Rommens en Grietje Ballast, managers V&V.

Via Mariët Rommens en Grietje Ballast hebben we de namen van de verschillende verpleegkundigen werkzaam in de verpleegkundige praktijken NOP/Urk en NWO verkregen.

In dit onderzoek onderzoeken we hoe het regisseren van zorg nu wordt vormgegeven en waar eventueel nog knelpunten liggen die verbeterd kunnen worden. Onze onderzoeksvraag luidt dan ook:

“Op welke wijze dient de beroepsrol van regisseur vormgegeven te worden in de functie van wijkverpleegkundige binnen ZONL?”.

Hierbij gaat het zowel om verpleegkundigen niveau 4 als verpleegkundigen niveau 5. Uiteindelijk doel van het onderzoek is het doen van aanbevelingen richting het management V&V over de wijze waarop het regisseren van zorg vormgegeven dient te worden.

Om dit boven tafel te krijgen hebben we jou hulp nodig door deze enquête in te vullen en **voor woensdag 22 april** retour te sturen. Het retour sturen kan door op de envelop de bijgevoegde retoursticker te plakken en deze via de interne post te versturen.

Het invullen van de enquête kost ongeveer 20 minuten van je tijd. We willen je erop wijzen dat in de enquête verschillende soorten vragen voorkomen. In de enquête zitten open vragen en vragen die je dient te omcirkelen.

Er is steeds één antwoord mogelijk, tenzij anders aangegeven.

In een aantal vragen wordt je gevraagd een beoordeling te geven aan de hand van de volgende symbolen: ++ + - --. Deze symbolen hebben de volgende betekenis:

++: uitstekend
+: voldoende
-: onvoldoende
--: slecht.

De gegevens vanuit de enquête worden anoniem verwerkt.

Succes bij het invullen en we rekenen op jou medewerking!

Met vriendelijke groet,
Henrike van den Berg & Janine van den Brandhof

(Vragen? h_van_den_berg_7@hotmail.com)

Enquête: Regisseren van zorg in de verpleegkundige praktijken

Algemeen

- 1) Omcirkel wat voor jou van toepassing is:
Mijn opleidingsniveau is *niveau 4 / niveau 5*.

Continuïteit

Continuïteit van zorg is een belangrijk doel in het coördineren van zorg. Onderstaande vragen gaan hierop in.

- 2) Omcirkel in elke zin wat voor jou van toepassing is:
- ✓ In de planning wordt *altijd / vaak / vaak niet / nooit* gewaarborgd dat bij de cliënt zoveel mogelijk dezelfde personen zorg verlenen.
 - ✓ In de planning wordt *altijd / vaak / vaak niet / nooit* rekening gehouden met EAV-schappen.
 - ✓ In de planning wordt *altijd / vaak / vaak niet / nooit* rekening gehouden met afgesproken tijden van zorgverlening.
 - ✓ Wijzigingen m.b.t. de planning worden *altijd / vaak / vaak niet / nooit* voldoende doorgegeven.
- 3) Krijg je signalen van de cliënt dat de coördinatie van zorg/ continuïteit niet optimaal is? Zo ja, welke signalen zijn dit?
- A. Nee.
B. Ja. Toelichting:

.....
.....
.....
.....

Informatie en overdracht

Beschikken over voldoende informatie over de cliënt en de zorgvraag van de cliënt is noodzakelijk om zorg te kunnen verlenen en deze zorg te kunnen coördineren.

- 4) Omcirkel in elke zin wat voor jou van toepassing is:
- ✓ Ik heb *ruim voldoende / voldoende / onvoldoende* informatie over de situatie van de cliënt om de zorg op de juiste wijze uit te voeren.
 - ✓ Ik mis *nooit / soms / vaak / altijd* informatie over de situatie van de cliënt om de zorg op de juiste wijze uit te voeren.
 - ✓ De anamnese is doorgaans *volledig / onvolledig* ingevuld.
 - ✓ Het zorgleefplan is doorgaans *volledig / onvolledig* beschreven.
 - ✓ Het zorgleefplan is doorgaans *up to date / verouderd*.
 - ✓ Bijzonderheden worden *voldoende / onvoldoende* gerapporteerd.

- ✓ Is er wanneer een cliënt vanuit het ziekenhuis in de thuissituatie in zorg komt een overdracht? *Altijd / vaak / soms / nooit / weet niet.*
- ✓ Is er wanneer een cliënt vanuit het ziekenhuis in de thuissituatie in zorg komt door het ziekenhuis zorg gedragen voor de aanvraag van een geldige indicatie? *Altijd / vaak / soms / nooit / weet niet.*
- ✓ Schrijf je wanneer een cliënt vanuit de thuissituatie in het ziekenhuis wordt opgenomen een overdracht? *Altijd / vaak / soms / nooit.*

- 5) Welke actie onderneem je wanneer er geen of een onvolledige overdracht vanuit het ziekenhuis aanwezig is?

.....

.....

.....

.....

- 6) Welke actie onderneem je wanneer er vanuit het ziekenhuis niet is zorg gedragen voor een (juist) indicatiebesluit?

.....

.....

.....

.....

Procedures

Binnen de organisatie zijn een aantal procedures beschreven rondom start van de zorgverlening en afsluiten van de zorgverlening.

- 7) Omcirkel in elke zin wat voor jou van toepassing is:
- ✓ De procedure rondom start van zorgverlening is mij *wel / niet* bekend.
 - ✓ Bij start van de zorgverlening werk ik *altijd / vaak / vaak niet / nooit* volgens de checklist start zorgverlening.
 - ✓ De procedure rondom afsluiten van de zorgverlening is mij *wel / niet* bekend.
 - ✓ Bij afsluiten van de zorgverlening werk ik *altijd / vaak / vaak niet / nooit* volgens de checklist afsluiten zorgverlening.

EAV-systeem en cliëntentoewijzing

In je rol als EAV'er heb je een aantal taken en verantwoordelijkheden. De volgende vragen gaan in op cliëntentoewijzing en het EAV-schap.

- 8) Op basis waarvan worden cliënten toegewezen in het team waarin je werkzaam bent?

.....

.....

.....

.....

9) Heb je EAV-schappen?

- A. Ja
- B. Nee. Ga door naar vraag 13.

10) Welke uitdagingen ervaar je in het uitvoeren van je EAV-schappen? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- A. Kennis en vaardigheden vanuit mijn opleiding kan ik in de praktijk brengen.
- B. Ik voel me meer betrokken bij de cliënt.
- C. Ik kan meer daadwerkelijk zaken regelen voor de cliënt.
- D. Ik kan in mijn EAV-schap zorgen voor continuïteit van zorg.
- E. Ik ervaar geen uitdagingen.
- F. Anders. Namelijk:

.....

.....

.....

.....

11) Omcirkel in elke zin wat voor jou van toepassing is:

- ✓ Ik heb *te weinig* / *voldoende* / *ruim voldoende* tijd om al mijn cliënten minimaal eenmaal per week te bezoeken.
- ✓ Ik heb *te weinig* / *voldoende* / *ruim voldoende* tijd om coördinerende taken uit te voeren, zoals opstellen van het zorgleefplan en bijhouden van het cliëntdossier.
- ✓ Ik heb *te weinig* / *voldoende* deskundigheid op het gebied van ziekteprocessen om de zorg voor mijn cliënt(en) op een juiste wijze uit te voeren en zo nodig adequaat door te verwijzen.
- ✓ Ik heb *te weinig* / *voldoende* deskundigheid van de sociale kaart om de zorg voor mijn cliënt(en) op een juiste wijze uit te voeren en zo nodig adequaat door te verwijzen.
- ✓ Bij mijn afwezigheid draag ik de zorg voor mijn cliënten *altijd* / *vaak* / *vaak niet* / *nooit* over aan anderen door anderen over mijn cliënten te informeren.
- ✓ Bij afwezigheid van collega's krijg ik de zorg voor hun cliënten *altijd* / *vaak* / *vaak niet* / *nooit* goed overgedragen.

12) Zijn er nog (andere) knelpunten die je ervaart in de uitvoering van het EAV-schap?

- A. Nee.
- B. Ja. Namelijk:

.....

.....

.....

.....

Samenwerking huisarts

Het aangaan en onderhouden van contacten met andere disciplines is één van de coördinerende taken van de verpleegkundige. Binnen de eerste lijn is de huisarts de centrale discipline.

13) Omcirkel in elke zin wat voor jou van toepassing is.

- ✓ Het contact met de huisarts wordt voornamelijk vormgegeven door *ad hoc* / *structureel* huisartsenoverleg
- ✓ Het initiatief tot contact ligt voornamelijk bij de *verpleegkundige* / *huisarts*.

14) Onderstaande stellingen belichten aspecten uit de samenwerking met de huisartsen. Omcirkel in elke zin hoe deze aspecten in het algemeen door jou worden ervaren:

De bereikbaarheid van de huisarts	++	+	-	--
De beschikbaarheid van de huisarts	++	+	-	--
De frequentie van structureel overleg	++	+	-	--
De kennis van de huisarts over de situatie van de cliënt	++	+	-	--
De rapportage van medisch beleid in het cliëntdossier	++	+	-	--
De bereidheid van de huisarts	++	+	-	--
De houding van de huisarts	++	+	-	--
De samenwerkingsvaardigheden van de huisarts	++	+	-	--
De communicatieve vaardigheden van de huisarts	++	+	-	--

15) Wat zou volgens jou kunnen verbeteren in de samenwerking met de huisartsen en hoe zou dat vormgegeven kunnen worden?

.....

.....

.....

.....

Samenwerking andere disciplines

Naast de huisarts zijn er nog andere disciplines waar je in de zorgverlening aan de cliënt mee te maken kan krijgen.

16) Met welke twee disciplines anders dan de huisarts heb je het meeste contact?

1.
2.

17) Op welke wijze wordt de zorgverlening aan de cliënt met andere betrokken disciplines afgestemd (m.b.t. het wie, wat, wanneer)? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- A. Er vindt geen afstemming plaats.
- B. Er vindt afstemming plaats d.m.v. rapportage in het cliëntdossier.
- C. Er vindt afstemming plaats d.m.v. overleg (mondeling/schriftelijk).
- D. Er vindt afstemming plaats door verwerking van de multidisciplinaire zorgverlening in het zorgleefplan.
- E. Anders. Namelijk:

.....

.....

.....

.....

18) Zie je verbeterpunten op het gebied van samenwerking met andere disciplines? Zo ja, welke?

- A. Nee.
- B. Ja. Toelichting:

.....

.....

.....

.....

Samenwerking zorgteams

In het coördineren van zorg werk je niet alleen samen met andere disciplines maar ook met collega's uit de eigen organisatie. Hieronder gaan we in op de samenwerking met de verzorgenden uit de zorgteams.

19) Hoe vaak per maand heb je gemiddeld contact met een verzorgende uit een zorgteam?

- A. 0 keer. Ga door naar vraag 21.
- B. 1 tot 2 keer.
- C. 3 tot 4 keer.
- D. >4 keer.

20) Waaruit bestaat het contact met een verzorgende uit een zorgteam? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- A. Zorginhoudelijk advies/consult.
- B. Verzoek om aanpassing van indicatiebesluit.
- C. Verzorgende informeert verpleegkundige over situatie cliënt.
- D. Verpleegkundige draagt een cliënt over naar een zorgteam.
- E. Anders. Namelijk:

.....

.....

.....

.....

- 21) Onderstaande stellingen belichten een aantal aspecten uit de samenwerking met een verzorgende. Omcirkel in elke zin hoe je deze aspecten over het algemeen ervaart:

De bereikbaarheid van de verzorgende	++	+	-	--
Effectiviteit van gegeven advies/consult	++	+	-	--
De volledigheid van het door de verzorgende ingevulde consultformulier	++	+	-	--
Het tijdig aanvragen van consult	++	+	-	--
Mate waarin verpleging door verzorgende op de hoogte wordt gehouden van cliëntsituaties uit zorgteams	++	+	-	--
Mate waarin verpleging zich op de hoogte stelt van cliëntsituaties uit zorgteams	++	+	-	--

Geven van aanwijzingen

Het geven van aanwijzingen aan de zorgvrager, familie en andere zorgverleners, over personen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te verlenen, is een onderdeel van regie van zorg.

- 22) Hieronder noemen we een aantal aspecten over het geven van deze aanwijzingen. Kruis voor elk aspect aan hoe vaak je daarover aanwijzingen geeft.

Aspecten	Vaak	Regelmatig	Soms	Nooit
Hulpmiddelen, bijv. tillift, rollator.				
Disciplines die ingeschakeld zouden kunnen worden.				
Aanvragen huishoudelijke hulp (WMO).				
Eigen bijdrage zorgverlening.				
Subsidiemogelijkheden.				
Indicatiestelling CIZ.				
Inzet vrijwilligers.				
Dagopvang.				
Dagbehandeling.				
Maaltijdvoorziening.				
Personenalarmering.				

Reageren op veranderende zorgvraag

Juist in veranderende situaties is coördinatie van de zorgverlening onmisbaar. In onderstaande vraag gaan we in op acties die ondernomen worden wanneer gesignaleerd wordt dat de huidige zorgverlening niet aansluit op de gewijzigde zorgvraag.

- 23) Omcirkel in elke zin wat voor jou van toepassing is:

- ✓ Ik stem het beleid van zorg *altijd / vaak / regelmatig / soms / nooit* af met de cliënt.
- ✓ Ik stem het beleid van zorg *altijd / vaak / regelmatig / soms / nooit* af met collega's binnen de eigen organisatie.

- ✓ Ik stem het beleid van zorg *altijd / vaak / regelmatig / soms / nooit* af met inwonende mantelzorg / familie.
- ✓ Ik stem het beleid van zorg *altijd / vaak / regelmatig / soms / nooit* af met uitwonende mantelzorg / familie.
- ✓ Ik stem het beleid van zorg *altijd / vaak / regelmatig / soms / nooit* af met de huisarts.
- ✓ Ik stem het beleid van zorg *altijd / vaak / regelmatig / soms / nooit* af met andere disciplines.
- ✓ Ik neem *altijd / vaak / regelmatig / soms / nooit* het initiatief tot de organisatie van een gezamenlijk overleg rond de cliënt met (alle) betrokken disciplines en mantelzorg / familie.
- ✓ Ik houd *altijd / vaak / regelmatig / soms / nooit* bij of de indicatie van de cliënt gewijzigd dient te worden.

Niveau 4 / niveau 5

Zowel verpleegkundigen niveau 4 als verpleegkundigen niveau 5 hebben coördinerende taken in hun functiepakket zitten.

- 24) Ervaar je verschil in het uitvoeren van coördinerende taken tussen verpleegkundigen van niveau 4 en verpleegkundigen van niveau 5? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- A. Nee, beide functieniveaus voeren dezelfde taken uit, hebben dezelfde verantwoordelijkheid en kunnen dit ook.
 - B. Ja, beide functieniveaus voeren dezelfde taken uit maar niveau 5 is eindverantwoordelijk.
 - C. Ja, het uitvoeren van coördinerende taken is geen taak van niveau 4.
 - D. Ja, niveau 5 voert meer overstijgende, coördinerende taken uit.
 - E. Anders. Namelijk:

.....

.....

.....

.....

Eigen uitvoering

- 25) Welk cijfer geef je jezelf op een schaal van 1-10, als het gaat om jouw uitvoering van je regierol (waarbij 10 de hoogste score is)?

.....

- 26) Wat zijn je kwaliteiten op het gebied van coördinatie van zorg?

.....

.....

.....

.....

27) Welke verbeter- of ontwikkelpunten zie je t.a.v. je eigen uitvoering van coördinatie van zorg?

.....
.....
.....
.....

Tot slot

28) Zijn er nog aspecten m.b.t. coördinatie van zorg die in deze enquête niet genoemd zijn, die volgens jou verbeterd kunnen worden?

- A. Nee.
- B. Ja. Namelijk:

.....
.....
.....
.....
.....

Einde enquête

Hartelijk bedankt voor het invullen!

Bijlage 4b

Interviewvragen

Introductie semi-gestructureerd interview: Regisseren van zorg in de verpleegkundige praktijken

Voorstellen

Mijn naam is: (naam). Wij zijn 4^e jaars HBOV-studenten aan de Gereformeerde Hogeschool in Zwolle.

In het kader van ons afstuderen houd ik samen met: (naam) een onderzoek.

Het onderzoek

Ons afstuderen bestaat uit een onderzoek naar de invulling van de beroepsrol regisseur door de wijkverpleegkundigen, in de verpleegkundige praktijken binnen de thuiszorg van ZONL. Onder wijkverpleegkundigen vallen in het onderzoek zowel verpleegkundigen niveau 4 als verpleegkundigen niveau 5.

Het onderzoek wordt gehouden in opdracht van ZONL en onder begeleiding van Mariët Rommens en Grietje Ballast uitgevoerd.

De onderzoeksvraag van het onderzoek luidt:

“Op welke wijze dient de beroepsrol van regisseur vormgegeven te worden in de functie van wijkverpleegkundige binnen ZONL?”.

In het onderzoek inventariseren we op welke wijze de coördinatie van zorg nu wordt vormgegeven door de verpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken. Daarnaast gaan we na welke eventuele knelpunten hierin worden ervaren. Onder de verpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken nemen we hiervoor een enquête af. Onder 4 van de 7 managers V&V houden we een interview.

Uiteindelijk doel van het onderzoek is het doen van aanbevelingen richting het management over de vormgeving van de beroepsrol regisseur door wijkverpleegkundigen binnen ZONL.

Het interview

In dit interview stel ik u aan de hand van een vooraf opgestelde vragenlijst een aantal open vragen. Achtereenvolgens zullen de volgende onderwerpen behandeld worden:

- wie u bent en uw werkzaamheden;
- EAV-schappen en cliëntentoewijzing;
- samenwerking met huisartsen, ziekenhuizen, andere disciplines en zorgteams;
- adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag;
- niveau 4 en niveau 5;
- planning;
- procedures en formulieren;
- deskundigheid en scholing;
- uw visie/mening m.b.t. coördinatie van zorg.

Elk onderwerp zal steeds kort worden ingeleid zodat duidelijk is waarover de vragen gaan. Op elke vraag mag u vrij antwoorden. Het is mogelijk dat er wordt doorgevraagd op het door u gegeven antwoord. In principe stelt één van ons beiden de vragen. Wanneer nodig springt de ander bij.

Het interview zal ongeveer 75 minuten duren.

Zoals afgesproken in het telefonisch overleg vooraf aan dit interview, wordt het interview opgenomen. Hierdoor kan het interview achteraf uitgetypt en verwerkt worden.

De informatie vanuit dit interview wordt in het uiteindelijke onderzoeksverslag anoniem weergegeven. In het onderzoeksverslag zal niet herleidbaar zijn welke manager welke informatie gegeven heeft.

Vragenlijst semi-gestructureerd interview:

Regisseren van zorg in de verpleegkundige praktijken

Start:

Voorlezen introductietekst.

1. Persoon en werkzaamheden

Als achtergrondgegevens bij dit interview, allereerst een drietal vragen over uzelf en uw werkzaamheden.

- 1.1 Kunt u kort vertellen wie u bent en wat uw functie is?
- 1.2 Kunt u kort vertellen op welke wijze u de verpleegkundige praktijken aanstuurt?
- 1.3 Kunt u kort toelichten wat uw andere taken als manager V&V zijn?

2. EAV-schappen en cliëntentoewijzing

Binnen de organisatie wordt gewerkt met EAV-schappen. De volgende vragen gaan op de EAV-schappen en bijbehorende cliëntentoewijzing in.

- 2.1 Hebt u zicht op de manier waarop cliënten in de verpleegkundige praktijk worden toegewezen aan een EAV?
 - *Doorvragen: Zo ja, hoe? Zo nee, wat is hiervan de reden? Concrete criteria.*
- 2.2 Bent u hier tevreden over?
 - *Doorvragen: Zo ja, waarom? Zo niet, welke redenen heeft dit? Welke verbeterpunten ziet u, organisatorisch niveau, verpleegkundig niveau, anders?*
- 2.3 In het literatuuronderzoek dat we vooraf gedaan hebben, kwam naar voren dat het in de praktijk vaak zo is dat de zorg 'aan het bed' een hogere prioriteit krijgt dan de bijkomende taken, waaronder coördinerende taken.

Herkent u dit uit de praktijk?

 - *Doorvragen: Vragen naar voorbeelden.*

- 2.4 Welke tijd is er voor de verpleegkundigen beschikbaar om hun coördinerende werkzaamheden uit te voeren? Hoe wordt dat vormgegeven?
- *Doelvragen: Bij cliënt en/of op kantoor, binnen de dienst en/of in eigen tijd thuis, hoe dient deze tijd ingevuld te worden bij weinig tot geen middagdiensten?*
- 2.5 Ziet u verbeterpunten als het gaat om beschikbare tijd of invulling van de beschikbare tijd voor coördinerende werkzaamheden?
- *Doelvragen: Zo ja, welke? Bij wie liggen die verbeterpunten (organisatie-verpleegkundigen-anders)? Hoe kan dit volgens u worden vormgegeven?*

3. Samenwerking

Samenwerken met andere disciplines, functieniveaus, organisaties en dergelijke, nemen een belangrijke plaats in binnen het coördineren van zorg. De volgende vragen gaan hierover.

Huisarts

Allereerst een aantal vragen over de samenwerking met de huisarts.

- 3.1 Hebt u zicht op de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige?
- Doelvragen: Zo ja, hoe vindt u dat deze samenwerking verloopt? Waaruit bestaat de samenwerking? Zo niet, hoe komt dat volgens u? Zou u dat wel willen?*
- 3.2 Welke informatie krijgt u van de verpleegkundigen terug over de samenwerking met de huisarts?
- *Doelvragen: Positieve signalen, negatieve signalen, aard van de signalen, van wie zijn de signalen afkomstig (verpleegkundigen-huisartsen-anders), wat wordt met de signalen gedaan?*
- 3.3 Zijn er binnen de organisatie afspraken gemaakt met huisartsen over de samenwerking?
- *Doelvragen: Zo ja, welke afspraken? Zijn dit mondelinge/schriftelijke afspraken? Worden die afspraken geëvalueerd? Zo niet, wat is hiervan de reden? Is hier wel behoefte aan?*

- 3.4 Wordt er in de organisatie en praktijken gewerkt met landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken, de zogenaamde LESA's?
- *Doorvragen: Zo ja, met welke LESA's wordt gewerkt? Hoe wordt dit ervaren, heeft het meerwaarde? Zo niet, hoe kijkt u aan tegen het werken met LESA's? Is hier wel behoefte aan?*
- 3.5 Ziet u verbeterpunten in de samenwerking met de huisarts?
- *Doorvragen: Zo ja, welke? Hoe ziet u dit voor u? Bij wie ligt het verbeterpunt (huisarts-verpleegkundige-anders)?*

Ziekenhuis

De volgende vragen gaan over de samenwerking met ziekenhuizen.

- 3.6 Zijn er binnen de organisatie afspraken gemaakt met ziekenhuizen over de samenwerking?
- *Doorvragen: Zo ja, welke afspraken? Zijn dit mondelinge/schriftelijke afspraken? Werken de afspraken in de praktijk? Worden de gemaakte afspraken geëvalueerd? Zo niet, is hier wel behoefte aan?*
- 3.7 Wat loopt goed in de samenwerking met ziekenhuizen?
- *Doorvragen: Van wie krijgt u dat terug (verpleegkundigen-andere)?*
- 3.8 Zijn er knelpunten in de samenwerking met ziekenhuizen?
- *Doorvragen: Zo ja, welke knelpunten? Concrete voorbeelden. Bij wie liggen die knelpunten (organisatie-verpleegkundige-ziekenhuis)? Welke verbeteringen ziet u hierin? Hoe kan dat volgens u worden vormgegeven?*

Andere disciplines

De volgende vragen gaan over de samenwerking met andere disciplines dan de huisarts.

- 3.9 Welke informatie krijgt u van de verpleegkundigen terug over de samenwerking met andere disciplines dan de huisarts?
- *Doorvragen: Positieve signalen, negatieve signalen, wat wordt met de signalen gedaan?*
- 3.10 Wordt er naar uw mening voldoende multidisciplinair gewerkt door de verpleegkundigen?

- *Doelvragen: Waarom vindt u dit wel/niet voldoende? Kunt u voorbeelden noemen? Welke verbeterpunten ziet u?*

Zorgteams

- 3.11 Hebt u zicht op de samenwerking tussen de verpleegkundige praktijken en de zorgteams?
- *Doelvragen: Zo ja, waaruit bestaat deze samenwerking? Hoe verloopt deze? Wat loopt goed? Wat zijn knelpunten? Voorbeelden? Welke informatie krijgt u terug vanuit de verpleegkundige praktijk? Welke informatie krijgt u terug vanuit de zorgteams?*
- 3.12 Wat kan er volgens u verbeterd worden in de samenwerking tussen verpleging en verzorging?
- *Doelvragen: Concrete ideeën.*
- 3.13 In welke mate dient volgens u verpleging op de hoogte te zijn van cliëntsituaties uit de zorgteams?
- *Doelvragen: Dient verpleging alle cliëntsituaties uit de zorgteams in beeld te hebben/alleen situaties waar verpleging en verzorging beiden komen? Wie moet voor info-overdracht zorgen? Dient verpleging (meer) te vragen? Dient verzorging (meer) over te dragen?*

4. Adequaat reageren op gewijzigde zorgvraag

Coördinatie van zorg speelt een rol in elke cliëntsituatie. Vooral in situaties waarin de zorgvraag van de cliënt verandert, is het op tijd signaleren van deze verandering en hierop adequaat reageren belangrijk. De volgende vragen gaan hierover.

- 4.1 Wat signaleert u in de verpleegkundige praktijk als het gaat over het adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag?
- *Doelvragen: Positieve signalen, negatieve signalen?*
- 4.2 Bent u tevreden over het adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag?
- *Doelvragen: Zo ja, kunt u voorbeelden noemen wat goed gaat? Zo niet, welke knelpunten ervaart u hierin? Kunt u hiervan voorbeelden noemen? Wat is volgens u de reden dat er onvoldoende adequaat gereageerd wordt op een*

gewijzigde zorgvraag? Welke verbeterpunten ziet u? Hoe kan dit vormgegeven worden?

5. Niveau 4/niveau 5

Zowel verpleegkundigen niveau 4 als verpleegkundigen niveau 5 hebben coördinerende taken in hun takenpakket zitten. Dit komt ook in de functieomschrijving van wijkverpleegkundige en verpleegkundige in de wijk naar voren.

De volgende vragen gaan over een mogelijk verschil in coördinatie van zorg tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5.

5.1 Dient er volgens u verschil te zijn in taken en verantwoordelijkheden tussen verpleegkundigen niveau 4 en verpleegkundigen niveau 5?

- *Doorvragen: Zo niet, wat is volgens u het verschil in opleiding tussen niveau 4 en niveau 5 hierin? Zo ja, hoe ziet dit verschil er volgens u uit? Kunt u toelichten waarom u van mening bent dat er verschil is in taken en verantwoordelijkheden?*

5.2 Ziet u in de praktijk een verschil tussen niveau 4 en niveau 5?

- *Doorvragen: Zo ja, kunt u hiervan voorbeelden geven?*

6. Planning

Een goede planning is één van de randvoorwaarden voor continuïteit van zorg. De volgende vragen gaan over de planning van cliëntenroutes.

6.1 Welke informatie van de verpleegkundigen krijgt u terug over continuïteit van zorg in de planning?

- *Doorvragen: Positieve signalen, negatieve signalen, van wie zijn de signalen afkomstig (verpleegkundigen-planners-anders), wat wordt met de signalen gedaan?*

6.2 Wordt naar uw mening in de planning continuïteit van zorg voldoende gewaarborgd?

- *Doelvragen: Zo ja, op welke wijze? Zo niet, wat is hiervan de reden? Wat zou hierin verbeterd kunnen worden?*

7. Procedures en formulieren

De aanwezigheid van beschreven procedures en formulieren vormen net als een goede planning een randvoorwaarde voor continuïteit van zorg. De volgende vragen gaan hierover.

- 7.1 Op welke wijze wordt gewaarborgd dat een cliënt na aanmelding een EAV toegewezen krijgt?
- *Doelvragen: Is hier een procedure voor? Zo niet, vindt u dit wenselijk?*
- 7.2 Wij hebben gezien dat er binnen de organisatie een heel aantal documenten en formulieren aanwezig zijn op het gebied van coördinatie van zorg. Voorbeelden zijn de takenomschrijving EAV, de checklisten voor de start en het afsluiten/overdracht van de zorgverlening, een beschrijving van het primaire proces en het overdrachtsformulier.
- Krijgt u signalen van verpleegkundigen over de helderheid en bruikbaarheid van deze documenten?
- *Doelvragen: Zo ja, welke signalen? Positieve signalen, negatieve signalen? Ziet u hierin verbeterpunten?*
- 7.3 Biedt volgens u de functieomschrijving voor wijkverpleegkundige en verpleegkundige in de wijk voldoende duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden op het gebied van coördinatie van zorg?
- *Doelvragen: Hoe ziet u dat terug in de praktijk? Zo niet, wat kan volgens u verbeterd worden?*

8. Deskundigheid en scholing

Het hebben van deskundigheid is ook een randvoorwaarde voor het goed kunnen coördineren van zorg.

- 8.1 Is er, voor zover u weet, een scholing, cursus of iets soortgelijks binnen de organisatie aanwezig over regie van zorg?
- *Doelvragen: Zo ja, welke? Deelname verplicht/vrijwillig? Mate van deelname door medewerkers?*
- 8.2 Krijgt u signalen van verpleegkundigen dat er behoefte is aan scholing of deskundigheidsbevordering op het gebied van coördinatie van zorg?
- *Doelvragen: Zo ja, welke signalen zijn dat? Hoe groot is die groep? Wat wordt met de signalen gedaan?*
- 8.3 Bent u van mening dat er voldoende scholingsaanbod is binnen de organisatie op het gebied van coördinatie van zorg?
- *Doelvragen: Kunt u uw mening onderbouwen/toelichten?*
- 8.4 De randvoorwaarden planning, beschikbare tijd, procedures & formulieren en deskundigheid & scholing zijn in dit interview nu aan de orde gekomen. Zijn er volgens u nog andere randvoorwaarden die niet genoemd zijn, maar die wel belangrijk zijn voor een goede uitvoering van de regisseursrol?

9. Visie/mening regisseren van zorg

- 9.1 In dit interview is nu veel aan de orde gekomen over coördinatie van zorg. Wat verstaat u onder coördinatie of regie van zorg, en wat zijn daarin voor u de kernpunten?

10. Tot slot

Aan het einde van dit interview gekomen, volgen er nog enkele vragen naar eventuele punten die tijdens dit interview niet aan de orde zijn gekomen, maar waarover u wel graag iets kwijt wilt.

- 10.1 Ervaart u nog knelpunten in het regisseren van zorg, die niet aan de orde gekomen zijn?

- *Doorvragen: Zo ja, welke? Welke verbeterpunten ziet u voor deze knelpunten?*

10.2 Hebt u aan het einde van dit interview nog vragen of opmerkingen die u graag kwijt wilt?

Afsluiten en bedanken

Uitnodigen voor het regio-overleg van (datum). Hierop zullen wij de resultaten van het onderzoek presenteren.

Wanneer u er prijs op stelt kunt u t.z.t. een exemplaar van het onderzoeksverslag toegestuurd krijgen.

Bijlage 5

Codeboek en logboek enquête

Codeboek/ logboek enquête

Algemeen

Vraag 1 opleidingsniveau

Meetniveau = nominaal

Variabele = niveau

1 = 4

2 = 5

Continuïteit

Vraag 2a rekening houden met dezelfde personen bij de cliënt

Meetniveau = ordinaal

Variabele = plan1

1 = altijd

2 = Vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

Vraag 2b rekening houden met EAV-schap

Meetniveau = ordinaal

Variabele = plan2

1 = altijd

2 = Vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

Vraag 2c rekening houden met afgesproken tijden

Meetniveau = ordinaal

Variabele = plan3

1 = altijd

2 = Vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

Vraag 2d doorgeven wijzigingen

Meetniveau = ordinaal

Variabele = plan4

1 = altijd

2 = Vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

Vraag 2^e verwerken planning

Meetniveau = ordinaal

Variabele = plan5

1 = altijd

2 = Vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

Vraag 3 signalen van de cliënt

Meetniveau = ordinaal

Variabele = signclie

1 = nee

2 = ja

Opgesplitst in signalen:

Veel verschillende medewerkers die zorg verlenen

Meetniveau = nominaal

Variabele = veelmedw

1 = nee

2 = ja

Fouten gemaakt in de planning

Meetniveau = nominaal

Variabele = foutplan

1 = nee

2 = ja

Verkeerd tijdstip zorgverlening

Meetniveau = nominaal

Variabele = tijdstip

1 = nee

2 = ja

Overig. Hieronder valt: niet nakomen afspraken, communicatie collega's, ontevreden cliënt

Meetniveau = nominaal

Variabele = overig

1 = nee

2 = ja

Informatie en overdracht

Vraag 4a voldoende info om de zorg uit te voeren

Meetniveau = ordinaal

Variabele = info1

1 = ruim voldoende

2 = voldoende

3 = onvoldoende

Vraag 4b mis info om de zorg uit te voeren

Meetniveau = ordinaal

Variabele = info2

1 = Nooit

2 = Soms

3 = Vaak

4 = Altijd

Vraag 4c volledigheid van anamnese

Meetniveau = ordinaal

Variabele = info3

1 = volledig

2 = onvolledig

Vraag 4d beschrijven zorgleefplan

Meetniveau = ordinaal

Variabele = info4

1 = volledig

2 = onvolledig

Vraag 4e recentheid van zorgleefplan

Meetniveau = ordinaal

Variabele = info5

1 = up to date

2 = verouderd

Vraag 4f rapporteren bijzonderheden

Meetniveau = ordinaal

Variabele = info6

1 = voldoende

2 = onvoldoende

Vraag 4g aanwezigheid overdracht

Meetniveau = ordinaal

Variabele = overdr1

1 = altijd

2 = vaak

3 = soms

4 = nooit

5 = weet niet

Vraag 4h aanwezigheid indicatie

Meetniveau = ordinaal

Variabele = overdr2

1 = altijd

2 = vaak

3 = soms

4 = nooit

5 = weet niet

Vraag 4i schrijven van een overdracht

Meetniveau = ordinaal

Variabele = overdr3

1 = altijd

2 = vaak

3 = soms

4 = nooit

Vraag 5

Opgesplitst in acties:

Ziekenhuis bellen, afdeling, poli, specialist, tranfervpk

Meetniveau = nominaal

Variabele = zhbel

1 = nee

2 = ja

Familie bellen

Meetniveau = nominaal

Variabele = fambel

1 = nee

2 = ja

Huisarts bellen

Meetniveau = nominaal

Variabele = habel

1 = nee

2 = ja

Informatie aan cliënt vragen

Meetniveau = nominaal

Variabele = infoclie

1 = nee

2 = ja

Overige, daar valt onder: bellen, vragen opdrachten en/of recepten faxen

Meetniveau = nominaal

Variabele = overige

1 = nee

2 = ja

Geen actie ondernemen

Meetniveau = nominaal

Variabele = geenacti

1 = nee

2 = ja

Vraag 6

Opgesplitst in acties:

Bureau Zorg Ondersteuning bellen

Meetniveau = nominaal

Variabele = BZObel

1 = nee

2 = ja

Zelf indicatie aanvragen

Meetniveau = nominaal

Variabele = indaanvr

1 = nee

2 = ja

Overleg met het ciz

Meetniveau = nominaal

Variabele = ciz

1 = nee

2 = ja

Ziekenhuis bellen

Meetniveau = nominaal

Variabele = zhbellen

1 = nee

2 = ja

Doorgeven aan manager

Meetniveau = nominaal

Variabele = manager

1 = nee

2 = ja

Overige

Meetniveau = nominaal

Variabele = overigen

1 = nee

2 = ja

Geen actie ondernemen

Meetniveau = nominaal

Variabele = nietacti

1 = nee

2 = ja

Procedures

Vraag 7 a bekendheid procedures

Meetniveau = ordinaal

Variabele = bekproce

1 = wel

2 = niet

Vraag 7 b gebruikt checklist start

Meetniveau = ordinaal

Variabele = starchec

1 = altijd

2 = vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

Vraag 7 c gebruik checklist afsluiten

Meetniveau = ordinaal

Variabele = stopchec

1 = altijd

2 = vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

EAV-systeem en cliënttoewijzing

Vraag 9 hebben van EAV-schappen

Meetniveau = nominaal

Variabele = hebeav

1 = ja

2 = nee

Vraag 10 opgesplitst per uitdaging

Kennis en vaardigheden vanuit de

opleiding kan ik in de praktijk brengen

Meetniveau = nominaal

Variabele = kennis

1 = nee

2 = ja

Ik voel me meer betrokken bij de cliënt

Meetniveau = nominaal

Variabele = betrokkencli

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

Ik kan meer daadwerkelijk zaken

regelen voor de cliënt

Meetniveau = nominaal

Variabele = zaakreg

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

**Ik kan in mijn EAV-schap zorgen voor
continuïteit van zorg**

Meetniveau = nominaal

Variabele = continui

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

Ik ervaar geen uitdagingen

Meetniveau = nominaal

Variabele = geenuitd

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

Anders, nl

Meetniveau = nominaal

Variabele = anders

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

Vraag 11a duidelijkheid taken EAV

Meetniveau = ordinaal

Variabele = coordin1

0 = n.v.t.

1 = onvoldoende

2 = voldoende

**Vraag 11b tijd om 1 maal per week
cliënt te bezoeken**

Meetniveau = ordinaal

Variabele = coordin2

0 = n.v.t.

1 = te weinig

2 = voldoende

3 = ruim voldoende

Vraag 11c tijd voor coördinerende taken

Meetniveau = ordinaal

Variabele = coordin3

0 = n.v.t.

1 = te weinig

2 = voldoende

3 = ruim voldoende

**Vraag 11d deskundigheid van
ziekteproces**

Meetniveau = ordinaal

Variabele = coordin4

0 = n.v.t.

1 = te weinig

2 = voldoende

**Vraag 11 e deskundigheid van sociale
kaart**

Meetniveau = ordinaal

Variabele = coordin5

0 = n.v.t.

1 = te weinig

2 = voldoende

**Vraag 11f bij afwezigheid cliënt
overdragen**

Meetniveau = ordinaal

Variabele = coordin6

0 = n.v.t.

1 = altijd

2 = vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

**Vraag 11g door collega's overdragen
van cliënten bij afwezigheid**

Meetniveau = ordinaal

Variabele = coordin7

0 = n.v.t.

1 = altijd

2 = vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

Vraag 11h toewijzen van cliënt aan EAV

Meetniveau = ordinaal

Variabele = coordin8

0 = n.v.t.

1 = altijd

2 = vaak

3 = vaak niet

4 = nooit

Samenwerking huisarts

**Vraag 12 Knelpunten in het uitvoeren
van EAV**

Meetniveau = nominaal

Variabele = kneleav

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

Vraag 13a vormgeven contact huisarts

Meetniveau = nominaal

Variabele = hacont1

1 = adhoc

2 = structureel

Vraag 13b initiatief nemen van contact

Meetniveau = nominaal

Variabele = hacont2

1 = mij als verpleegkundige

2 = de huisarts

Vraag 14a bereikbaarheid van de huisarts

Meetniveau = ordinaal

Variabele = bereikha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14b beschikbaarheid van de huisarts

Meetniveau = ordinaal

Variabele = bschikha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14c frequentie van structureel overleg

Meetniveau = ordinaal

Variabele = overleg1

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14 d effectiviteit van structureel overleg

Meetniveau = ordinaal

Variabele = overleg2

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14 e kennis van de huisarts over cliëntsituatie

Meetniveau = ordinaal

Variabele = kennisha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14 f rapportage van medisch beleid

Meetniveau = ordinaal

Variabele = rappha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14 g afstemming van beleid

Meetniveau = ordinaal

Variabele = afstemha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14 h bereidheid van de huisarts

Meetniveau = ordinaal

Variabele = bereidha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14 i de houding van de huisarts

Meetniveau = ordinaal

Variabele = houdinha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 14 j samenwerkingsvaardigheden van de huisarts

Meetniveau = ordinaal

Variabele = samenwha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

**Vraag 14 k communicatieve
vaardigheden van de huisarts**

Meetniveau = ordinaal

Variabele = communha

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Samenwerking andere disciplines

**Vraag 17 opgesplitst per
antwoordmogelijkheid**

Er vindt geen afstemming plaats

Meetniveau = nominaal

Variabele = geenafst

1 = nee

2 = ja

**Er vindt afstemming plaatst dmv
rapportage**

Meetniveau = nominaal

Variabele = rapport

1 = nee

2 = ja

Er vindt afstemming plaats dmv overleg

Meetniveau = nominaal

Variabele = overleg

1 = nee

2 = ja

**Er vindt afstemming plaats door
verwerking multidisc. zorg**

Meetniveau = nominaal

Variabele = zorgleef

1 = nee

2 = ja

Anders, nl

Meetniveau = nominaal

Variabele = andere

1 = nee

2 = ja

**Vraag 18 verbeterpunten samenwerking
met andere disciplines**

Meetniveau = nominaal

Variabele = beterdis

1 = nee

2 = ja

Samenwerking zorgteams

Vraag 19 aantal keer contact met zorg

Meetniveau = scale

Variabele = contzorg

1 = 0

2 = 1-2 keer

3 = 3-4 keer

4 = >4 keer

**Vraag 20 opgesplitst in
antwoordmogelijkheden waaruit contact
met zorgteam bestaat**

Zorginhoudelijk advies/ consult

Meetniveau = nominaal

Variabele = zorgcons

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

**Verzoek om aanpassing van het
indicatiebesluit**

Meetniveau = nominaal

Variabele = aanpindi

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

**Verzorgende informeert mij over
situatie cliënt**

Meetniveau = nominaal

Variabele = infovpk

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

**Ik draag een cliënt over naar een
zorgteam**

Meetniveau = nominaal

Variabele = overdrag

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

Anders nl.

Meetniveau = nominaal

Variabele = anderz

0 = n.v.t.

1 = nee

2 = ja

Vraag 21 zorginhoudelijk consult geven

Meetniveau = nominaal

Variabele = ondwcons

1 = nee

2 = ja

Vraag 22a bereikbaarheid van verzorgende

Meetniveau = ordinaal

Variabele = bereikvz

0 = n.v.t.

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 22b effectiviteit van consult

Meetniveau = ordinaal

Variabele = effcons

0 = n.v.t.

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 22c volledigheid van consultform.

Meetniveau = ordinaal

Variabele = volconsu

0 = n.v.t.

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 22d tijdig aanvragen van consult

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanvcons

0 = n.v.t.

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 22 e mate waarin verpleging op hoogte wordt gehouden van cliëntsit.

Meetniveau = ordinaal

Variabele = situavz1

0 = n.v.t.

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 22f mate waarin verpleging zich op de hoogte stelt van cliëntsit.

Meetniveau = ordinaal

Variabele = situavz2

0 = n.v.t.

1 = + +

2 = +

3 = -

4 = - -

Vraag 23 knelpunten in samenwerking met zorgteams

Meetniveau = nominaal

Variabele = knelvz

1 = nee

2 = ja

Aanwijzigingen geven over:

Vraag 24a hulpmiddelen

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz1

1 = vaak

2 = regelmatig

3 = soms

4 = nooit

Vraag 24b disciplines

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz2

1 = vaak

2 = regelmatig

3 = soms

4 = nooit

Vraag 24c aanvragen huishoudelijk hulp

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz3

1 = vaak

2 = regelmatig

3 = soms

4 = nooit

Vraag 24d eigen bijdrage zorgverlening

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz4

1 = vaak

2 = regelmatig

3= soms

4 = nooit

Vraag 24e subsidiemogelijkheden

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz5

1 = vaak

2 = regelmatig

3= soms

4 = nooit

Vraag 24f indicatiestelling

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz6

1 = vaak

2 = regelmatig

3= soms

4 = nooit

Vraag 24g inzet vrijwilligers

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz7

1 = vaak

2 = regelmatig

3= soms

4 = nooit

Vraag 24h dagopvang

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz8

1 = vaak

2 = regelmatig

3= soms

4 = nooit

Vraag 24i dagbehandeling

Meetniveau = ordinaal

Variabele = aanwijz9

1 = vaak

2 = regelmatig

3= soms

4 = nooit

Vraag 24j maaltijdvoorziening

Meetniveau = ordinaal

Variabele = anwijz10

1 = vaak

2 = regelmatig

3= soms

4 = nooit

Vraag 24k personenalarmering

Meetniveau = ordinaal

Variabele = anwijz11

1 = vaak

2 = regelmatig

3= soms

4 = nooit

Reageren op veranderende zorgvraag**Vraag 25a beleid afstemmen met cliënt**

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr1

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 25b beleid afstemmen met collega's

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr3

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 25c beleid afstemmen met inwonende mantelzorg/familie

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr3

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 25d beleid afstemmen met uitwonende mantelzorg/ familie

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr4

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 25 e beleid afstemmen met de huisarts

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr5

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 25f beleid afstemmen met andere disciplines

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr6

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 25g deelnemen aan MDO

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr7

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 25h initiatief nemen tot de organisatie van een MDO

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr8

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 25i bij houden van indicatie cliënt

Meetniveau = ordinaal

Variabele = zorgvr9

1= altijd

2= vaak

3 = regelmatig

4 = soms

5 = nooit

Vraag 26 opgesplitst in antwoordmogelijkheden

Veranderingen worden niet tijdig gesignaleerd

Meetniveau = nominaal

Variabele = nietsign

1 = nee

2 = ja

Veranderingen worden niet tijdig schriftelijk gerapporteerd

Meetniveau = nominaal

Variabele = schrrap

1 = nee

2 = ja

Veranderingen worden niet tijdig mondeling doorgegeven

Meetniveau = nominaal

Variabele = mondel

1 = nee

2 = ja

De verantwoordelijkheid wordt bij de ander gelegd

Meetniveau = nominaal

Variabele = verantan

1 = nee

2 = ja

Er is niet duidelijk wie actie moet ondernemen

Meetniveau = nominaal

Variabele = nietduid

1 = nee

2 = ja

Anders nl,

Meetniveau = nominaal

Variabele = anderc

1 = nee

2 = ja

Niveau 4/ niveau 5**Vraag 27 verschil in uitvoerende taken tussen niveau 4 en 5**

Meetniveau = nominaal

Variabele = verschil

1 = nee, beide functieniveaus gelijk

2 = ja, niveau 5 is eindverantwoordelijk

3 = ja, coördinerende taken is niet voor niveau 4

4 = ja, niveau 5 voert meer coördinerende taken uit

5 = anders, nl.

Eigen uitvoering

Vraag 28

Meetniveau = scale

Variabele = cijfer

1 = 1

2 = 2

3 = 3

4 = 4

5 = 5

6 = 6

6,5 = 6,5

7 = 7

7,5 = 7,5

8 = 8

8,5 = 8,5

9 = 9

9,5 = 9,5

10 = 10

Vraag 31

Meetniveau = nominaal

Variabele = algbeter

1 = nee

2 = ja, nl.

Wijzigingen en toepassingen

Datum / wijziging

20/04 => nr. 9 = n.v.t.
nr. 0 = geen antwoord
eerste opzet codeboek af

21-04 => wijziging in codeboek
0 = n.v.t.
99 = missing
Vraag 22c variabele wordt: volcons
Vraag 25b variabele wordt: zorgvr2
Vraag 27 wordt 3 = ja, coördinerende
taken zijn niet voor niveau 4

Vraag 3 meetniveau nominaal

Aanvullingen in codeboek in SPSS
Vraag 3 nog aanvullen 1 = nee,
2 = ja, signaal, 3 = ja, signaal

Vraag 5 nog aanvullen 1 = geen
2 = criteria

Vraag 6 nog aanvullen 1 = geen
2 = criteria

Vraag 7 nog aanvullen criteria

Vraag 15 verbeterpunten invullen

Vraag 16 nog invullen disciplines

Vraag 21 onderwerpen toevoegen

Vraag 23 knelpunten invullen

Vraag 29 competenties invullen

Vraag 30 ontwikkelpunten invullen

Vraag 31 algemene verbeterpunten
invullen

28-04 => vraag 3 opgesplitst in SPSS
Nieuwe codes gemaakt

Vraag 5 opgesplitst in acties en verwerkt in
SPSS

Vraag 6 opgesplitst in acties en verwerkt in
SPSS

Vraag 8 niet verwerkt in SPSS
Vraag 10 is opgesplitst per
antwoordmogelijkheid en verwerkt in
SPSS. Anders apart omschrijven.

Vraag 15 is niet verwerkt in SPSS

Vraag 16 is niet verwerkt in SPSS

Vraag 17 is opgesplitst per
antwoordmogelijkheid

Vraag 26 opgesplitst. Het was eerst niet de
bedoeling om dat te splitsen. Veel
respondenten hadden meerdere antwoorden
ingevuld.

Vraag 29 is niet verwerkt in SPSS

Vraag 30 is niet verwerkt in SPSS

Bijlage 6

Frequentietabellen uit SPSS

Frequentietabellen met resultaten enquêtes uit SPSS

Algemeen

Vraag 1 opleidingsniveau

opleidingsniveau

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niveau 4	10	26,3	33,3	33,3
	niveau 5	20	52,6	66,7	100,0
	Total	30	78,9	100,0	
Missing	99,00	8	21,1		
Total		38	100,0		

Continuïteit

Vraag 2

In de planning wordt rekening gehouden met dezelfde personen bij de cliënt

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	27	71,1	71,1	71,1
	vaak niet	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

In de planning wordt rekening gehouden met EAV-schappen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	1	2,6	2,6	2,6
	vaak	26	68,4	68,4	71,1
	vaak niet	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

In de planning wordt rekening gehouden met afgesproken tijden

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	1	2,6	2,6	2,6
	vaak	28	73,7	73,7	76,3
	vaak niet	9	23,7	23,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Voldoende doorgeven van wijzigingen

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid altijd	4	10,5	10,5	10,5
vaak	28	73,7	73,7	84,2
vaak niet	6	15,8	15,8	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Voldoende verwerken van de planning

N	Valid	37
	Missing	1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid altijd	1	2,6	2,7	2,7
vaak	34	89,5	91,9	94,6
vaak niet	2	5,3	5,4	100,0
Total	37	97,4	100,0	
Missing 99,00	1	2,6		
Total	38	100,0		

Vraag 3 Signalen van de cliënt dat de coördinatie van zorg niet optimaal is

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	4	10,5	10,5	10,5
ja	34	89,5	89,5	100,0
Total	38	100,0	100,0	

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Signalen van de cliënt(a)	Veel verschillende medewerkers die zorg verlenen	31	62,0%	91,2%
	Fouten gemaakt in de planning	5	10,0%	14,7%
	Verkeerde tijdstip zorgverlening	11	22,0%	32,4%
	Overig	3	6,0%	8,8%
Total		50	100,0%	147,1%

Signaal 1 veel verschillende medewerkers die zorg verlenen

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	7	18,4	18,4	18,4
ja	31	81,6	81,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Signaal 2 fouten gemaakt in de planning

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	33	86,8	86,8	86,8
ja	5	13,2	13,2	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Signaal 3 verkeerde tijdstip zorgverlening

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	27	71,1	71,1	71,1
ja	11	28,9	28,9	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Signaal 4 Overig

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	35	92,1	92,1	92,1
ja	3	7,9	7,9	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Informatie en overdracht**Vraag 4****Voldoende informatie om de zorg goed uit te voeren**

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ruim voldoende	6	15,8	15,8	15,8
	voldoende	29	76,3	76,3	92,1
	onvoldoende	3	7,9	7,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Mis informatie om de zorg goed uit te voeren

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nooit	2	5,3	5,4	5,4
	soms	32	84,2	86,5	91,9
	vaak	3	7,9	8,1	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Volledigheid van anamnese invullen

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	volledig	15	39,5	40,5	40,5
	onvolledig	22	57,9	59,5	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Beschrijven van zorgleefplan

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	volledig	36	94,7	94,7	94,7
	onvolledig	2	5,3	5,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Recentheid van zorgleefplan

N	Valid	35
	Missing	3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	up to date	27	71,1	77,1	77,1
	verouderd	8	21,1	22,9	100,0
	Total	35	92,1	100,0	
Missing	99,00	3	7,9		
Total		38	100,0		

Rapporteren van bijzonderheden

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voldoende	34	89,5	89,5	89,5
	onvoldoende	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Aanwezigheid van overdracht vanuit het ziekenhuis

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	3	7,9	7,9	7,9
	vaak	19	50,0	50,0	57,9
	soms	16	42,1	42,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Aanwezigheid van indicatie vanuit het ziekenhuis

N	Valid	36
	Missing	2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	2	5,3	5,6	5,6
	vaak	20	52,6	55,6	61,1
	soms	13	34,2	36,1	97,2
	weet niet	1	2,6	2,8	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Schrijven van een overdracht bij ziekenhuisopname

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid altijd	11	28,9	28,9	28,9
vaak	19	50,0	50,0	78,9
soms	7	18,4	18,4	97,4
nooit	1	2,6	2,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Vraag 5: Acties bij geen/onvolledige overdracht

Actie 1: ziekenhuis bellen,afdeling, poli,specialist, transferverpleegkundige

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	8	21,1	21,1	21,1
ja	30	78,9	78,9	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Actie 2: familie bellen

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	36	94,7	94,7	94,7
ja	2	5,3	5,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Actie 3: huisarts bellen

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	34	89,5	89,5	89,5
ja	4	10,5	10,5	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Actie 4: informatie aan client vragen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	34	89,5	89,5	89,5
	ja	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Actie 5: overige

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	30	78,9	78,9	78,9
	ja	8	21,1	21,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Actie 6: geen actie ondernemen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	36	94,7	94,7	94,7
	ja	2	5,3	5,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$Actover(a)	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

a Dichotomy group tabulated at value 2.

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Acties bij ontbreken van overdracht(a)	ziekenhuis bellen,afdeling, poli,specialist, transfervpk	30	60,0%	78,9%
	familie bellen	2	4,0%	5,3%
	huisarts bellen	4	8,0%	10,5%
	informatie aan client vragen	4	8,0%	10,5%
	overige	8	16,0%	21,1%
	geen actie ondernemen	2	4,0%	5,3%
Total		50	100,0%	131,6%

a Dichotomy group tabulated at value 2.

Vraag 6: Acties bij geen indicatie

		Bureau zorg ondersteuni ng bellen	zelf indicatie aanvragen	overleg met ciz	ziekenhuis bellen	doorgeven aan manager voor indicatie	overige	geen actie ondernemen
N	Valid	38	38	38	38	38	38	38
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Actie 1: Bureau zorg ondersteuning bellen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	31	81,6	81,6	81,6
	ja	7	18,4	18,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Actie 2: zelf indicatie aanvragen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	18	47,4	47,4	47,4
	ja	20	52,6	52,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Actie 3: overleg met ciz

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	34	89,5	89,5	89,5
	ja	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Actie 4: ziekenhuis bellen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	27	71,1	71,1	71,1
	ja	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Actie 5: doorgeven aan manager voor indicatie

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	35	92,1	92,1	92,1
	ja	3	7,9	7,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Actie 6: Overige

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	30	78,9	78,9	78,9
	ja	8	21,1	21,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Actie 7: geen actie ondernemen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	36	94,7	94,7	94,7
	ja	2	5,3	5,3	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$actieind(a)	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
acties bij geen/ onjuiste indicatie(a))	Bureau zorg ondersteuning bellen	7	12,7%	18,4%
	zelf indicatie aanvragen	20	36,4%	52,6%
	overleg met ciz	4	7,3%	10,5%
	ziekenhuis bellen	11	20,0%	28,9%
	doorgeven aan manager voor indicatie	3	5,5%	7,9%
	overige	8	14,5%	21,1%
	geen actie ondernemen	2	3,6%	5,3%
Total		55	100,0%	144,7%

Procedures

Vraag 7

Bekendheid procedures starten, afsluiten zorg

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	wel	28	73,7	75,7	75,7
	niet	9	23,7	24,3	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Gebruik checklist start zorgverlening

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	11	28,9	28,9	28,9
	vaak	10	26,3	26,3	55,3
	vaak niet	16	42,1	42,1	97,4
	nooit	1	2,6	2,6	100,0
Total		38	100,0	100,0	

Gebruik checklist afsluiten zorgverlening

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	6	15,8	16,2	16,2
	vaak	11	28,9	29,7	45,9
	vaak niet	17	44,7	45,9	91,9
	nooit	3	7,9	8,1	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Bekendheid procedures starten, afsluiten zorg * Gebruik checklist start zorgverlening	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%

Bekendheid procedures starten, afsluiten zorg in verhouding tot het gebruik van checklist start zorgverlening

		Gebruik checklist start zorgverlening				Total
		altijd	vaak	vaak niet	nooit	
Bekendheid procedures starten, afsluiten zorg	wel	8	7	12	1	28
	niet	2	3	4	0	9
Total		10	10	16	1	37

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Bekendheid procedures starten, afsluiten zorg * Gebruik checklist afsluiten zorgverlening	36	94,7%	2	5,3%	38	100,0%

Bekendheid procedures starten, afsluiten zorg in verhouding tot het gebruik van checklist afsluiten zorgverlening

		Gebruik checklist afsluiten zorgverlening				Total
		altijd	vaak	vaak niet	nooit	
Bekendheid procedures starten, afsluiten zorg	wel	6	8	11	2	27
	niet	0	2	6	1	9
Total		6	10	17	3	36

EAV-systeem en cliententoewijzing

Vraag 9: Hebben van EAV-schappen

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	36	94,7	94,7	94,7
nee	2	5,3	5,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Opleidingsniveau in verhouding tot het hebben van EAV-schappen

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Hebben van EAV-schappen	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

		Hebben van EAV-schappen		Total
		ja	nee	
opleidingsniveau	niveau 4	9	1	10
	niveau 5	19	1	20
Total		28	2	30

Vraag 10: Uitdagingen EAV-schap

Kennis en vaardigheden vanuit de opleiding kan ik in de praktijk brengen

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	nee	17	44,7	45,9	51,4
	ja	18	47,4	48,6	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Ik voel me meer betrokken bij de cliënt

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	nee	5	13,2	13,5	18,9
	ja	30	78,9	81,1	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Ik kan meer daadwerkelijk zaken regelen voor de cliënt

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	nee	5	13,2	13,5	18,9
	ja	30	78,9	81,1	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Ik kan in mijn EAV-schap zorgen voor continuïteit van zorg

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	nee	9	23,7	24,3	29,7
	ja	26	68,4	70,3	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Ik ervaar geen uitdagingen

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	nee	35	92,1	94,6	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Anders nl.

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,7	2,7
	nee	33	86,8	89,2	91,9
	ja	3	7,9	8,1	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Gezamenlijke tabel

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$EAVa	35	92,1%	3	7,9%	38	100,0%

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Uitdagingen in het EAV-schap ^a	Kennis en vaardigheden vanuit de opleiding kan ik in de praktijk brengen	18	16,8%	51,4%
	Ik voel me meer betrokken bij de client	30	28,0%	85,7%
	Ik kan meer daadwerkelijk zaken regelen voor de client	30	28,0%	85,7%
	Ik kan in mijn EAV-schap zorgen voor continuïteit van zorg	26	24,3%	74,3%
	Anders nl.	3	2,8%	8,6%
Total		107	100,0%	305,7%

Opleidingsniveau in combinatie met kennis en vaardigheden vanuit de opleiding kan ik in de praktijk brengen

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Kennis en vaardigheden vanuit de opleiding kan ik in de praktijk brengen	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

		Kennis en vaardigheden vanuit de opleiding kan ik in de praktijk brengen			Total
		n.v.t.	nee	ja	
opleidingsniveau	niveau 4	1	7	2	10
	niveau 5	1	5	14	20
Total		2	12	16	30

Vraag 11

Duidelijkheid van taken en verantwoordelijkheden van EAV

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	voldoende	35	92,1	94,6	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Tijd om client eenmaal per week te bezoeken

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	te weinig	3	7,9	8,1	13,5
	voldoende	30	78,9	81,1	94,6
	ruim voldoende	2	5,3	5,4	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Tijd om coördinerende taken uit te voeren

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	te weinig	11	28,9	29,7	35,1
	voldoende	21	55,3	56,8	91,9
	ruim voldoende	3	7,9	8,1	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Deskundigheid van ziekteprocessen om de client te verzorgen en te verwijzen

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,4	5,4
	Te weinig	3	7,9	8,1	13,5
	voldoende	32	84,2	86,5	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Deskundigheid van de sociale kaart om de client te verzorgen en te verwijzen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,3	5,3
	Te weinig voldoende	5	13,2	13,2	18,4
		31	81,6	81,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Bij afwezigheid de cliënten overdragen

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,3	5,3
	altijd	19	50,0	50,0	55,3
	vaak	13	34,2	34,2	89,5
	vaak niet	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Goed overdragen van cliënten door collega's bij afwezigheid

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,3	5,3
	altijd	5	13,2	13,2	18,4
	vaak	28	73,7	73,7	92,1
	vaak niet	3	7,9	7,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Toewijzen van client aan EAV binnen een week

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	2	5,3	5,3	5,3
	altijd	7	18,4	18,4	23,7
	vaak	18	47,4	47,4	71,1
	vaak niet	11	28,9	28,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Opleidingsniveau in verhouding tot de deskundigheid van ziekteprocessen om de cliënt te verzorgen en te verwijzen

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Deskundigheid van ziekteprocessen om de client te verzorgen en te verwijzen	29	76,3%	9	23,7%	38	100,0%

		Deskundigheid van ziekteprocessen om de client te verzorgen en te verwijzen			Total
		n.v.t.	Te weinig	voldoende	
opleidingsniveau	niveau 4	1	3	6	10
	niveau 5	1	0	18	19
Total		2	3	24	29

Opleidingsniveau in combinatie met deskundigheid van de sociale kaart om de cliënt te verzorgen en te verwijzen

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Deskundigheid van de sociale kaart om de client te verzorgen en te verwijzen	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

		Deskundigheid van de sociale kaart om de client te verzorgen en te verwijzen			Total
		n.v.t.	Te weinig	voldoende	
opleidingsniveau	niveau 4	1	3	6	10
	niveau 5	1	2	17	20
Total		2	5	23	30

Vraag 12: Knelpunten in het uitvoeren van EAV-schap

Valid	38
N Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	25	65,8	65,8	65,8
ja, nl	13	34,2	34,2	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Samenwerking huisarts

Vraag 13

Vormgeven contact huisarts

N	Valid	36
	Missing	2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ad hoc	23	60,5	63,9	63,9
structureel	13	34,2	36,1	100,0
Total	36	94,7	100,0	
Missing 99,00	2	5,3		
Total	38	100,0		

Initiatief nemen van contact met de huisarts

N	Valid	31
	Missing	7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid mij als verpleegkundige	31	81,6	100,0	100,0
Missing 99,00	7	18,4		
Total	38	100,0		

Vraag 14

Bereikbaarheid van de huisarts

N	Valid	35
	Missing	3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid + +	9	23,7	25,7	25,7
+	20	52,6	57,1	82,9
-	6	15,8	17,1	100,0
Total	35	92,1	100,0	
Missing 99,00	3	7,9		
Total	38	100,0		

Beschikbaarheid van de huisarts

N	Valid	35
	Missing	3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	+	8	21,1	22,9	22,9
	+	20	52,6	57,1	80,0
	-	7	18,4	20,0	100,0
	Total	35	92,1	100,0	
Missing	99,00	3	7,9		
Total		38	100,0		

Frequentie van structureel overleg

N	Valid	36
	Missing	2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t	3	7,9	8,3	8,3
	+	5	13,2	13,9	22,2
	+	20	52,6	55,6	77,8
	-	3	7,9	8,3	86,1
	-	5	13,2	13,9	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Effectiviteit van structureel overleg

N	Valid	35
	Missing	3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t	3	7,9	8,6	8,6
	+	5	13,2	14,3	22,9
	+	20	52,6	57,1	80,0
	-	3	7,9	8,6	88,6
	-	4	10,5	11,4	100,0
	Total	35	92,1	100,0	
Missing	99,00	3	7,9		
Total		38	100,0		

Kennis van de huisarts over de situatie van de cliënt

N	Valid	36
	Missing	2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	++	16	42,1	44,4	44,4
	+	16	42,1	44,4	88,9
	-	4	10,5	11,1	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Rapportage van medisch beleid in het cliëntdossier

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	++	7	18,4	18,9	18,9
	+	11	28,9	29,7	48,6
	-	14	36,8	37,8	86,5
	--	5	13,2	13,5	100,0
Total		37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Afstemming van doelen/ beleid met de huisarts

N	Valid	37
	Missing	1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	++	7	18,4	18,9	18,9
	+	20	52,6	54,1	73,0
	-	8	21,1	21,6	94,6
	--	2	5,3	5,4	100,0
Total		37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Bereidheid van de huisarts

N	Valid	35
	Missing	3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	++	8	21,1	22,9	22,9
	+	21	55,3	60,0	82,9
	-	6	15,8	17,1	100,0
	Total	35	92,1	100,0	
Missing	99,00	3	7,9		
Total		38	100,0		

De houding van de huisarts

N	Valid	32
	Missing	6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	+	8	21,1	25,0	25,0
	+	17	44,7	53,1	78,1
	-	7	18,4	21,9	100,0
	Total	32	84,2	100,0	
Missing	99,00	6	15,8		
Total		38	100,0		

De samenwerkingsvaardigheden van de huisarts

N	Valid	32
	Missing	6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	+	12	31,6	37,5	37,5
	+	12	31,6	37,5	75,0
	-	8	21,1	25,0	100,0
	Total	32	84,2	100,0	
Missing	99,00	6	15,8		
Total		38	100,0		

De communicatieve vaardigheden van de huisarts

N	Valid	33
	Missing	5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	+	9	23,7	27,3	27,3
	+	21	55,3	63,6	90,9
	-	3	7,9	9,1	100,0
	Total	33	86,8	100,0	
Missing	99,00	5	13,2		
Total		38	100,0		

Vraag 17 Mate van afstemming van zorgverlening met andere betrokken disciplines

Er vindt geen afstemming plaats

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	34	89,5	89,5	89,5
	ja	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Er vindt afstemming plaats d.m.v. rapportage in het cliëntdossier

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	21	55,3	55,3	55,3
	ja	17	44,7	44,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Er vindt afstemming plaats dmv overleg (mondeling/ schriftelijk)

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	8	21,1	21,1	21,1
	ja	30	78,9	78,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Er vindt afstemming plaats door verwerking vande multidisciplinaire zorgverlening in het zorgleefplan

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	30	78,9	78,9	78,9
	ja	8	21,1	21,1	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Anders, nl.

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	34	89,5	89,5	89,5
	ja	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$Afstemming (a)	38	100,0%	0	,0%	38	100,0%

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Afstemming met andere disciplines(a)	Er vindt geen afstemming plaats	4	6,3%	10,5%
	Er vindt afstemming plaats dmv rapportage in het clientdossier	17	27,0%	44,7%
	Er vindt afstemming plaats dmv overleg (mondeling/schriftelijk)	30	47,6%	78,9%
	Er vindt afstemming plaats door verwerking vande multidisciplinaire zorgverlening in het zorgleefplan	8	12,7%	21,1%
	Anders, nl.	4	6,3%	10,5%
Total		63	100,0%	165,8%

Vraag 18: Verbeterpunten in de samenwerking met andere disciplines

N	Valid	36
	Missing	2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	24	63,2	66,7	66,7
	ja	12	31,6	33,3	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Samenwerking zorgteams

Vraag 19: Aantal keer contact met zorgteam

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,6	2,6	2,6
	1 - 2	9	23,7	23,7	26,3
	3 - 4	6	15,8	15,8	42,1
	>4	22	57,9	57,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Opleidingsniveau in verhouding tot het aantal keer contact met zorgteam

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Aantal keer contact met zorgteam	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

		Aantal keer contact met zorgteam			Total
		1 - 2	3 - 4	>4	
opleidingsniveau	niveau 4	7	2	1	10
	niveau 5	2	3	15	20
Total		9	5	16	30

Vraag 20: inhoud contact zorgteam Zorginhoudelijk advies/ consult

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,6	2,6
	nee	3	7,9	7,9	10,5
	ja	34	89,5	89,5	100,0
Total		38	100,0	100,0	

Verzoek om aanpassing van het indicatiebesluit

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,6	2,6
	nee	19	50,0	50,0	52,6
	ja	18	47,4	47,4	100,0
Total		38	100,0	100,0	

Verzorgende informeert mij over de situatie van de cliënt

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,6	2,6
	nee	5	13,2	13,2	15,8
	ja	32	84,2	84,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Ik draag een client over naar een zorgteam

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,6	2,6
	nee	6	15,8	15,8	18,4
	ja	31	81,6	81,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Anders nl.

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,6	2,6
	nee	33	86,8	86,8	89,5
	ja	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$consulta ^a	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 2.

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
inhoud consult/ advies	Zorginhoudelijk advies/ consult	34	28,6%	91,9%
	Verzoek om aanpassing van het indicatiebesluit	18	15,1%	48,6%
	Verzorgende informeert mij over de situatie van de client	32	26,9%	86,5%
	Ik draag een client over naar een zorgteam	31	26,1%	83,8%
	Anders nl.	4	3,4%	10,8%
Total		119	100,0%	321,6%

a. Dichotomy group tabulated at value 2.

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van zorginhoudelijk advies/ consult

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Zorginhoudelijk advies/ consult	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

		Zorginhoudelijk advies/ consult	Total
		ja	
opleidingsniveau	niveau 4	10	10
	niveau 5	20	20
Total		30	30

Vraag 21: Geef je zorginhoudelijk advies/consult

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	2	5,3	5,3	5,3
	ja	36	94,7	94,7	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van zorginhoudelijk advies/consult

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Geef je zorginhoudelijk advies/consult	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

		Geef je zorginhoudelijk advies/consult		Total
		nee	ja	
opleidingsniveau	niveau 4	0	10	10
	niveau 5	2	18	20
Total		2	28	30

Vraag 22: Aspecten over de samenwerking met verzorgenden

		Bereikbaarheid van verzorgende	Effectiviteit van gegeven advies/consult	Volledigheid van ingevuld consultformulier door verzorgende	Tijdig aanvragen van consult	Mate waarin verpleging door verzorgende op de hoogte wordt gehouden van clientsituaties	Mate waarin verpleging zich op de hoogte stelt van clientsituaties uit zorgteams
N	Valid	38	38	26	34	37	36
	Missing	0	0	12	4	1	2

Bereikbaarheid van de verzorgende

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,6	2,6
	++	2	5,3	5,3	7,9
	+	29	76,3	76,3	84,2
	-	6	15,8	15,8	100,0
Total		38	100,0	100,0	

Effectiviteit van gegeven advies/ consult

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	4	10,5	10,5	10,5
	++	6	15,8	15,8	26,3
	+	25	65,8	65,8	92,1
	-	3	7,9	7,9	100,0
Total		38	100,0	100,0	

Volledigheid van ingevuld consultformulier door verzorgende

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	4	10,5	15,4	15,4
	++	1	2,6	3,8	19,2
	+	8	21,1	30,8	50,0
	-	7	18,4	26,9	76,9
	--	6	15,8	23,1	100,0
	Total	26	68,4	100,0	
Missing	99,00	12	31,6		
Total		38	100,0		

Tijdig aanvragen van consult

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	4	10,5	11,8	11,8
	+	21	55,3	61,8	73,5
	-	6	15,8	17,6	91,2
	--	3	7,9	8,8	100,0
	Total	34	89,5	100,0	
Missing	99,00	4	10,5		
Total		38	100,0		

Mate waarin verpleging door verzorgende op de hoogte wordt gehouden van cliëntsituaties

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,7	2,7
	++	4	10,5	10,8	13,5
	+	13	34,2	35,1	48,6
	-	18	47,4	48,6	97,3
	--	1	2,6	2,7	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Mate waarin verpleging zich op de hoogte stelt van cliëntsituaties uit zorgteams

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	n.v.t.	1	2,6	2,8	2,8
	++	3	7,9	8,3	11,1
	+	17	44,7	47,2	58,3
	-	15	39,5	41,7	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Vraag 23: knelpunten in de samenwerking met zorgteams

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	23	60,5	60,5	60,5
	ja, nl	15	39,5	39,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Vraag 24: aanwijzingen

			Geven van aanwijzingen over hulp middelen	Geven van aanwijzingen over eigen bijdrage verlenen	Geven van aanwijzingen over subsidie inlichting	Geven van aanwijzingen over medicatie inzet	Geven van aanwijzingen over inzet over	Geven van aanwijzingen over dagb behandeling	Geven van aanwijzingen over over aanpak	Geven van aanwijzingen over over aanpak	Geven van aanwijzingen over over aanpak
N	Valid	38	37	38	36	38	38	38	38	38	38
	Missing	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0

Geven van aanwijzingen over hulpmiddelen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	7	18,4	18,4	18,4
	regelmatig	18	47,4	47,4	65,8
	soms	13	34,2	34,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Geven van aanwijzingen over disciplines

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	8	21,1	21,6	21,6
	regelmatig	14	36,8	37,8	59,5
	soms	15	39,5	40,5	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Geven van aanwijzingen over aanvragen huishoudelijk hulp

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	regelmatig	12	31,6	31,6	31,6
	soms	22	57,9	57,9	89,5
	nooit	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Geven van aanwijzingen over eigen bijdrage zorgverlening

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	12	31,6	31,6	31,6
	regelmatig	14	36,8	36,8	68,4
	soms	8	21,1	21,1	89,5
	nooit	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Geven van aanwijzingen over subsidiemogelijkheden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	regelmatig	2	5,3	5,6	5,6
	soms	19	50,0	52,8	58,3
	nooit	15	39,5	41,7	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Geven van aanwijzingen over indicatiestelling

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	14	36,8	36,8	36,8
	regelmatig	13	34,2	34,2	71,1
	soms	10	26,3	26,3	97,4
	nooit	1	2,6	2,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Geven van aanwijzingen over inzet vrijwilligers

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	2	5,3	5,3	5,3
	regelmatig	20	52,6	52,6	57,9
	soms	15	39,5	39,5	97,4
	nooit	1	2,6	2,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Geven van aanwijzingen over dagopvang

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	regelmatig	13	34,2	34,2	34,2
	soms	22	57,9	57,9	92,1
	nooit	3	7,9	7,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Geven van aanwijzingen over dagbehandeling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid regelmatig	16	42,1	42,1	42,1
soms	18	47,4	47,4	89,5
nooit	4	10,5	10,5	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Geven van aanwijzingen over maaltijdvoorziening

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid vaak	2	5,3	5,3	5,3
regelmatig	16	42,1	42,1	47,4
soms	18	47,4	47,4	94,7
nooit	2	5,3	5,3	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Geven van aanwijzingen over personenalarmering

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid vaak	1	2,6	2,6	2,6
regelmatig	17	44,7	44,7	47,4
soms	20	52,6	52,6	100,0
Total	38	100,0	100,0	

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Geven van aanwijzingen over hulpmiddelen	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%
opleidingsniveau * Geven van aanwijzingen over aanvragen	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%
huishoudelijk hulp opleidingsniveau * Geven van aanwijzingen over	28	73,7%	10	26,3%	38	100,0%
subsidiemogelijkheden opleidingsniveau * Geven van aanwijzingen over inzet vrijwilligers	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%
opleidingsniveau * Geven van aanwijzingen over dagbehandeling	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%
opleidingsniveau * Geven van aanwijzingen over personenalarmering	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

opleidingsniveau *						
Geven van aanwijzingen over disciplines	29	76,3%	9	23,7%	38	100,0%
opleidingsniveau *						
Geven van aanwijzingen over eigen bijdrage	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%
zorgverlening						
opleidingsniveau *						
Geven van aanwijzingen over indicatiestelling	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%
opleidingsniveau *						
Geven van aanwijzingen over dagopvang	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%
opleidingsniveau *						
Geven van aanwijzingen over maaltijdvoorziening	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

Opleidingsniveau in verhouding met het geven van aanwijzingen over hulpmiddelen

		Geven van aanwijzingen over hulpmiddelen			Total
		vaak	regelmatig	soms	
opleidingsniveau	niveau 4	2	2	6	10
	niveau 5	2	12	6	20
Total		4	14	12	30

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over aanvragen huishoudelijk hulp

		Geven van aanwijzingen over aanvragen huishoudelijk hulp			Total
		regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	4	5	1	10
	niveau 5	2	16	2	20
Total		6	21	3	30

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over subsidiemogelijkheden

		Geven van aanwijzingen over subsidiemogelijkheden			Total
		regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	1	0	7	8
	niveau 5	1	11	8	20
Total		2	11	15	28

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over inzet vrijwilligers

		Geven van aanwijzingen over inzet vrijwilligers				Total
		vaak	regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	1	5	3	1	10
	niveau 5	0	9	11	0	20
Total		1	14	14	1	30

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over dagbehandeling

		Geven van aanwijzingen over dagbehandeling			Total
		regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	3	5	2	10
	niveau 5	9	9	2	20
Total		12	14	4	30

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over personenalarmering

		Geven van aanwijzingen over personenalarmering			Total
		vaak	regelmatig	soms	
opleidingsniveau	niveau 4	1	4	5	10
	niveau 5	0	9	11	20
Total		1	13	16	30

Opleidingsniveau in verhouding tot geven van aanwijzingen over disciplines

		Geven van aanwijzingen over disciplines			Total
		vaak	regelmatig	soms	
opleidingsniveau	niveau 4	0	3	6	9
	niveau 5	2	11	7	20
Total		2	14	13	29

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over eigen bijdrage zorgverlening

		Geven van aanwijzingen over eigen bijdrage zorgverlening				Total
		vaak	regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	2	2	4	2	10
	niveau 5	7	9	2	2	20
Total		9	11	6	4	30

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over indicatiestelling

		Geven van aanwijzingen over indicatiestelling				Total
		vaak	regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	2	5	2	1	10
	niveau 5	5	8	7	0	20
Total		7	13	9	1	30

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over dagopvang

		Geven van aanwijzingen over dagopvang			Total
		regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	3	6	1	10
	niveau 5	6	12	2	20
Total		9	18	3	30

Opleidingsniveau in verhouding tot het geven van aanwijzingen over maaltijdvoorziening

		Geven van aanwijzingen over maaltijdvoorziening				Total
		vaak	regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	2	2	6	0	10
	niveau 5	0	9	9	2	20
Total		2	11	15	2	30

Reageren op gewijzigde zorgvraag

Vraag 25

		Beleid afstemmen met client	Beleid afstemmen met collega's	Beleid afstemmen met inwonende mantelzorg/familie	Beleid afstemmen met uitwonende mantelzorg/familie	Beleid afstemmen met de huisarts	Beleid afstemmen met andere disciplines	Deelnemen aan een multidisciplinair overleg	Initiatief nemen tot de organisatie van een multidisciplinair overleg	Bijhouden van indicatie van client
N	Valid	37	37	36	36	37	36	37	36	35
	Missing	1	1	2	2	1	2	1	2	3

Beleid afstemmen met cliënt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	25	65,8	67,6	67,6
	vaak	9	23,7	24,3	91,9
	regelmatig	3	7,9	8,1	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Beleid afstemmen met collega's

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	10	26,3	27,0	27,0
	vaak	13	34,2	35,1	62,2
	regelmatig	10	26,3	27,0	89,2
	soms	4	10,5	10,8	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Beleid afstemmen met inwonende mantelzorg/ familie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	15	39,5	41,7	41,7
	vaak	12	31,6	33,3	75,0
	regelmatig	4	10,5	11,1	86,1
	soms	5	13,2	13,9	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Beleid afstemmen met uitwonende mantelzorg/ familie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	3	15,0	16,7	16,7
	regelmatig	3	15,0	16,7	33,3
	soms	9	45,0	50,0	83,3
	nooit	3	15,0	16,7	100,0
	Total	18	90,0	100,0	
Missing	99,00	2	10,0		
Total		20	100,0		

Beleid afstemmen met de huisarts

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	3	7,9	8,1	8,1
	vaak	6	15,8	16,2	24,3
	regelmatig	15	39,5	40,5	64,9
	soms	11	28,9	29,7	94,6
	nooit	2	5,3	5,4	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Beleid afstemmen met andere disciplines

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	3	7,9	8,3	8,3
	vaak	5	13,2	13,9	22,2
	regelmatig	7	18,4	19,4	41,7
	soms	18	47,4	50,0	91,7
	nooit	3	7,9	8,3	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Deelnemen aan een multidisciplinair overleg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	6	15,8	16,2	16,2
	regelmatig	5	13,2	13,5	29,7
	soms	14	36,8	37,8	67,6
	nooit	12	31,6	32,4	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Initiatief nemen tot de organisatie van een multidisciplinair overleg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vaak	7	18,4	19,4	19,4
	regelmatig	2	5,3	5,6	25,0
	soms	15	39,5	41,7	66,7
	nooit	12	31,6	33,3	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Missing	99,00	2	5,3		
Total		38	100,0		

Bijhouden van indicatie van cliënt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	altijd	5	13,2	14,3	14,3
	vaak	12	31,6	34,3	48,6
	regelmatig	12	31,6	34,3	82,9
	soms	5	13,2	14,3	97,1
	nooit	1	2,6	2,9	100,0
	Total	35	92,1	100,0	
Missing	99,00	3	7,9		
Total		38	100,0		

Opleidingsniveau in verhouding tot beleid afstemmen met uitwonende mantelzorg/familie

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Beleid afstemmen met uitwonende mantelzorg/familie	27	71,1%	11	28,9%	38	100,0%

		Beleid afstemmen met uitwonende mantelzorg/ familie				Total
		vaak	regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	3	5	1	0	9
	niveau 5	3	3	9	3	18
Total		6	8	10	3	27

Opleidingsniveau in verhouding tot het beleid afstemmen met de huisarts

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Beleid afstemmen met de huisarts	29	76,3%	9	23,7%	38	100,0%

		Beleid afstemmen met de huisarts					Total
		altijd	vaak	regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	3	0	5	2	0	10
	niveau 5	0	3	9	6	1	19
Total		3	3	14	8	1	29

Opleidingsniveau in verhouding tot het beleid afstemmen met andere disciplines

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Beleid afstemmen met andere disciplines	28	73,7%	10	26,3%	38	100,0%

		Beleid afstemmen met andere disciplines					Total
		altijd	vaak	regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	3	1	3	1	1	9
	niveau 5	0	1	4	13	1	19
Total		3	2	7	14	2	28

Opleidingsniveau in verhouding tot het initiatief nemen tot de organisatie van een multidisciplinair overleg

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Initiatief nemen tot de organisatie van een multidisciplinair overleg	28	73,7%	10	26,3%	38	100,0%

		Initiatief nemen tot de organisatie van een multidisciplinair overleg				Total
		vaak	regelmatig	soms	nooit	
opleidingsniveau	niveau 4	3	0	2	4	9
	niveau 5	1	1	12	5	19
Total		4	1	14	9	28

Vraag 26: Redenen van niet adequaat reageren op veranderende situaties

		Anders nl.	Er is niet duidelijk wie actie moet ondernemen	De verantwoordelijkheid voor het ondernemen van actie wordt bij de ander gelegd	Veranderingen worden niet of niet tijdig mondeling doorgegeven	Veranderingen worden niet of niet tijdig schriftelijk gerapporteerd	Veranderingen worden niet of niet tijdig gesignaleerd
N	Valid	37	37	37	37	37	37
	Missing	1	1	1	1	1	1

Reden 1: veranderingen worden niet of niet tijdig gesignaleerd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	26	68,4	70,3	70,3
	ja	11	28,9	29,7	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Reden 2: veranderingen worden niet of niet tijdig schriftelijk gerapporteerd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	21	55,3	56,8	56,8
	ja	16	42,1	43,2	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Reden 3: veranderingen worden niet of niet tijdig mondeling doorgegeven

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	15	39,5	40,5	40,5
	ja	22	57,9	59,5	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Reden 4: de verantwoordelijkheid voor het ondernemen van actie wordt bij de ander gelegd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	19	50,0	51,4	51,4
	ja	18	47,4	48,6	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Reden 5: er is niet duidelijk wie actie moet ondernemen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	24	63,2	64,9	64,9
	ja	13	34,2	35,1	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

Reden 6: anders, nl.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	33	86,8	89,2	89,2
	ja	4	10,5	10,8	100,0
	Total	37	97,4	100,0	
Missing	99,00	1	2,6		
Total		38	100,0		

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$adequaata	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 2.

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Niet adequaat reageren op verandering ^a	Anders nl.	4	4,8%	10,8%
	Er is niet duidelijk wie actie moet ondernemen	13	15,5%	35,1%
	De verantwoordelijkheid voor het ondernemen van actie wordt bij de ander gelegd	18	21,4%	48,6%
	Veranderingen worden niet of niet tijdig mondeling doorgegeven	22	26,2%	59,5%
	Veranderingen worden niet of niet tijdig schriftelijk gerapporteerd	16	19,0%	43,2%
	Veranderingen worden niet of niet tijdigesignaleerd	11	13,1%	29,7%
Total		84	100,0%	227,0%

a. Dichotomy group tabulated at value 2.

Niveau 4/ niveau 5

Vraag 27 Verschil in uitvoerende taken tussen niveau 4 en niveau 5

N	Valid	38
	Missing	0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee, beide functieniveaus zijn gelijk	27	71,1	71,1	71,1
	ja, niveau 5 voert meer coördinerende taken uit	2	5,3	5,3	76,3
	anders	9	23,7	23,7	100,0
Total		38	100,0	100,0	

Opleidingsniveau in verhouding tot het verschil in uitvoerende taken tussen niveau 4 en niveau 5

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
opleidingsniveau * Verschil in uitvoerende taken tussen niveau 4 en niveau 5	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

		Verschil in uitvoerende taken tussen niveau 4 en niveau 5			Total
		nee, beide functienivea us zijn gelijk	ja, niveau 5 voert meer coördineren de taken uit	anders	
opleidingsniveau	niveau 4	10	0	0	10
	niveau 5	9	2	9	20
Total		19	2	9	30

Vraag 28: Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol

N	Valid	35
	Missing	3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	2,6	2,9	2,9
	6	3	7,9	8,6	11,4
	7	11	28,9	31,4	42,9
	7,5	5	13,2	14,3	57,1
	8	13	34,2	37,1	94,3
	9	1	2,6	2,9	97,1
	10	1	2,6	2,9	100,0
	Total	35	92,1	100,0	
Missing	99,00	3	7,9		
Total		38	100,0		

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol * opleidingsniveau	28	73,7%	10	26,3%	38	100,0%

Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol in verhouding tot het opleidingsniveau

		opleidingsniveau		Total
		niveau 4	niveau 5	
Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol	5	0	1	1
	6	2	1	3
	7	2	7	9
	7,5	1	3	4
	8	3	6	9
	9	0	1	1
	10	0	1	1
Total		8	20	28

N	Valid	35
	Missing	3
Mean		7,4429
Median		7,5000
Mode		8,00

Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol door niveau 4

	Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol	niveau = 1 (FILTER)
N	Valid	10
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6	3	30,0	30,0	30,0
7	6	60,0	60,0	90,0
8	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol door niveau 5

	Welk cijfer wordt gegeven voor het uitvoeren van de regierol	niveau = 2 (FILTER)
N	Valid	20
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	1	5,0	5,3	5,3
7	2	10,0	10,5	15,8
7,5	5	25,0	26,3	42,1
8	10	50,0	52,6	94,7
9	1	5,0	5,3	100,0
Total	19	95,0	100,0	
Missing 99,00	1	5,0		
Total	20	100,0		

Vraag 31: Verbeterpunten m.b.t. coördinatie van zorg in het algemeen

N	Valid	38
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	29	76,3	76,3	76,3
ja, nl.	9	23,7	23,7	100,0
Total	38	100,0	100,0	

Bijlage 7

Overzicht beantwoording open vragen enquête

VERWERKING ENQUETE VAN OPEN VRAGEN

Vraag 3: Krijg je signalen van de cliënt dat de coördinatie van zorg/ continuïteit niet optimaal is?

Respondent 1: Patiënt, vooral die al wat langer zorg zijn, vinden de laatste tijd dat zij vele verschillende gezichten zien ondanks dat wij een klein team zijn.

Respondent2: Toch nog veel verschillende gezichten over de vloer, m.i.v. digitale planning veel fouten gemaakt doordat wijzigingen niet zijn doorgevoerd, over de geboden zorg is de cliënt vrijwel altijd tevreden.

Respondent3: 1 cliënt (echtgenote) geeft aan dat ze steeds anderen krijgt.

Respondent4: Klagen over te laat zijn, Klagen over continue verschillende mensen

Respondent5: bij terminale patiënten die kort in zorg zijn, geven de mantelzorgers nog wel eens aan dat er veel verschillende mensen komen.

Respondent7: te veel verschillende verpleegk. Cliënten die dagelijks veel zorgmomenten krijgen begrijpen vaak wel dat het niet anders kan. Het is belangrijk dat de werkwijze vd thuiszorg bekend is. Te veel wisselende tijden vinden de meeste cliënten niet prettig.

Respondent9: vaak wordt gezegd dat de cliënt (te) veel verschillende gezichten ziet. Dat de cliënt niet op afgesproken tijdstip wordt geholpen.

Respondent10: cliënten zeggen (vooral in het begin van de zorgverlening) dat ze zoveel verschillende vp. zien. Bij uitleg van bv parttimers e.d. snappen ze 't beter.

Respondent12: niet na komen van afspraken

Respondent13: mopperen over tijd van aankomst, weer een nieuw gezicht, hoeveel mensen werken er bij jullie?

Respondent14: Een enkele keer of te vroeg of te laat, cliënt had zorgmoment afgezegd, maar komt toch iemand. Elke x een andere medewerker.

Respondent15: Vaak zelf op toezien dat er continuïteit in zit er wordt veel geruild.

Respondent16: Alweer een ander? Ik had verwacht dat ... zou komen.

Respondent17: er wordt wel eens genoemd dat er verschillende zorgverleners komen dat wordt vervelend gevonden.

Respondent18: tijdstip is niet goed, soms veel verschillende vp.

Respondent19: grote groep medewerkers, wisselende gezichten, verschil in denken cliënt en medewerker over wat coördinatie, continuïteit inhoud. Voor cliënt vaak continuïteit = dagelijks, medewerker = 1 tot 3x pw.

Respondent20: als er reacties komen is het vaak over het tijdstip.

Respondent21: cliënten geven mopperend aan dat ze al weer een ander zien.

Respondent22: soms veel verschillende gezichten bij sommige mensen, communicatie tussen collega's.

Respondent23: tijdstip van zorg, veranderingen hierin is enige klacht die ik hoor.

Respondent24: soms teveel wisselende collega's

Respondent25: geen

Respondent26: niet op afgesproken tijd, een verrassing wie nu weer op de stoep staat, aan de deur staan ,terwijl dat niet nodig is.

Respondent27: toch vaak wisseling van vpk, veel verschillende gezichten en handelwijze.

Respondent28: soms wordt aangegeven dat een cliënt het moeilijk/ vervelend vindt dat er verschillende mensen zorgverlenen.

Respondent29: In weekend teveel verschillend vp-ers.

Respondent30: Dat ze het vervelend vinden dat er veel verschillende personen komen. Met name in de avonddienst.

Respondent31: ontevreden cliënten, opmerkingen.

Respondent32: vaak wisselende medewerkers, niet weten hoe laat we komen (wel tijd afgesproken, maar zeer ruime marge naar beide kanten)

Respondent33: veel cliënten accepteren 'hun lot'. Er wordt zoveel als mogelijk rekening met wensen gehouden, maar soms kan het niet anders. Als EAV bij plannen aangeven dat je naar eigen cliënten wil.

Respondent 34: soms diverse hulpverleners vooral de gedeelde cliënten met zorgteam.

Respondent35: vooral eerste 2 weken van start zorgverlening hoor ik mensen klagen als ze te veel verschillende gezichten zien.

Respondent36: soms is er een cliënt die zegt jij bent al de zoveelste die langs komt. Helaas is het dan niet anders mogelijk.

Respondent37: zoveel verschillende zorgverleners

Respondent38: geen

Vraag 5: Welke actie onderneem je wanneer er geen of een onvolledige overdracht vanuit het ziekenhuis aanwezig is?

Respondent1: zkh bellen als cliënt geen info kan geven.

Respondent2: ik bel met de afd. of poli waar ik de ontbrekende informatie vraag en dit toevoeg aan de zorgmap

Respondent3: Ik bel het zkh voor meer informatie

Respondent4: Telefonisch contact opnemen met ZH

Respondent5: Bellen naar de afdeling als iets niet duidelijk is

Respondent6: Bellen

Respondent7: Telefonisch contact met betreffende afdeling/ verpleegk. opnemen.

Respondent8: Telefonisch contact

Respondent9: bellen met familie of zkh voor verdere info

Respondent10: Bellen met afdeling v ZH, evt bellen met ha.

Respondent11: Bellen met de betreffende afdeling in het ZKH.

Respondent12: indien nodig afdeling of specialist bellen

Respondent13: bellen met afdeling vh ziekenhuis/ dd arts

Respondent14: Indien mogelijk info via client vragen of alsnog contact opnemen met zh

Respondent15: Bel met de afdeling vh zh desbetreffende vp

Respondent16: bellen

Respondent17: Ik bel de afdeling of de poli

Respondent18: weer contact met afdeling, contact met transfervpk

Respondent19: achteraan bellen

Respondent20: Afdeling bellen als de situatie daar om vraagt

Respondent21: contact opnemen met afdeling van ontslag

Respondent22: contact opnemen met ZH

Respondent23: zelf inventariseren en evt. ZH bellen

Respondent24: navraag doen bij zh, meestal tel.

Respondent25: soms het zh bellen, navraag via ha, soms kan de cliënt duidelijk verwoorden

Respondent26: geen

Respondent27: telefonisch contact met afdeling bij vragen en problemen

Respondent28: informatie verzamelen, via bijv. specialist, vpk, ha of fam.

Respondent29: bellen

Respondent30: Bellen naar de afdeling van het ziekenhuis

Respondent31: Bellen naar afdeling of Poli, Vragen opdrachten en /of recepten faxen.

Respondent32: telefonisch contact met afdeling zh, evt. aangevuld met apotheek en/ of huisarts.

Respondent33: contact zoeken voor aanvulling of mondelinge overdracht. Vragen om alsnog schriftelijk te sturen/ faxen.

Respondent34: afdeling zh bellen

Respondent35: ligt aan de zorgvraag. Als die verder duidelijk is doe ik niks. Anders bel ik direct dezelfde dag nog.

Respondent36: contact opnemen met zh

Respondent37: contact zkh- afd., vragen aan client.

Respondent38: geen

Vraag 6: Welke actie onderneem je wanneer er vanuit het ziekenhuis niet is zorg gedragen voor een (juist) indicatiebesluit.

Respondent1: BZO bellen, evt. sip maken.

Respondent2: Met spoed zelf een indicatie aanvragen

Respondent3: Ik bel het zkh, overleg met het CIZ en vraag zo nodig spoedindicatie aan.

Respondent4: Bellen met BZO of ZH

Respondent5: Zelf indicatie aanvragen

Respondent6: Bellen en evt. opnieuw aanvragen

Respondent7: Telefonisch contact met BZO en of ziekenhuis

Respondent8: Telefonisch contact
 Respondent9: navraag wat de reden hiervoor is. Afhankelijk vd reactie wel of niet indicatie aanvragen.
 Respondent10: Wisselend, soms vraag ik dan zelf de indicatie aan. Soms bel ik met 't ZH. Ze hebben dan nl. nog 14 dagen de tijd om de indicatie alsnog aan te vragen.
 Respondent11: spoedindicatie laten aanvragen.
 Respondent12: indicatie aanvragen die wel dekkend is
 Respondent13: zorgdragen voor juiste inschatting zorgbehoefte + aanvragen indicatie met spoed.
 Respondent14: doorgeven aan teammanager om alsnog een juiste indicatie aan te vragen.
 Respondent15: vraag het zelf aan
 Respondent16: bellen, zorgen dat het er wel komt
 Respondent17: Bel naar BZO en deel dit mee vraag zelf de indicatie aan.
 Respondent18: contact met transfervpk
 Respondent19: zorgen dat het geregeld word. Achteraan bellen.
 Respondent20: sip o.i.d. aanvragen of CIZ bellen
 Respondent21: contact opnemen met CIZ
 Respondent22: zelf aanvragen
 Respondent23: als er tijd is ZH bellen voor laten doen v indicatie en anders zelf doen.
 Respondent24: alsnog regelen
 Respondent25: indicatie aanvragen, checken of er werkelijk geen indicatie is aangevraagd
 Respondent26: actie tot indicatie aanvraag
 Respondent27: geef het door aan manager
 Respondent28: informeer BZO + teamleider manager
 Respondent29: niets
 Respondent30: bellen naar de afdeling
 Respondent31: de transfervpk inlichten en daarna zelf een aanvraag voor voldoende indicatie aanvragen.
 Respondent32: check bij BZO – niet duidelijk dan check zh, Bij geen indicatie alsnog er zelf een aanvragen.
 Respondent33: Laat BZO dit communiceren.
 Respondent34: overleg afdeling zh, lioson vpk
 Respondent35: BZO bellen.
 Respondent36: aan collega doorgeven die voor indicatie kan zorgen.
 Respondent37: contact zh
 Respondent38: geen

Vraag 7: procedures start en afsluiten zorgverlening.

Respondent5: Checklist start zorgverlening is te uitgebreid
 Respondent32: wel van gehoord, maar nog niet gezien.

Vraag 8 Op basis waarvan worden cliënten toegewezen in het team waarin je werkzaam bent?

Respondent1: aandachtsveld, plaats
 Respondent2: ha gericht, en zn. van andere huisartsen
 Respondent3: hoe past het het beste in het rooster
 Respondent4: vaak als je eerst komt of er wordt gekeken welke HA de cliënt zit
 Respondent5: huisarts patiënt, woonplaats patiënt.
 Respondent6: woonplaats, werktijden, complexiteit
 Respondent7: De huisarts, dagen dat je werkt, aantal EAV-schappen wat je al hebt.
 Respondent8: Huisarts
 Respondent9: complexiteit, aantal zorgmomenten
 Respondent10: Op basis van contract v vp. Veel of weinig uren. Op basis van ervaring v. vp.
 Respondent11: B.v. als je er bent als de opstart plaats vind. Of passend bij je kennis, aandachtsveld.
 Respondent12: op welke dagen zorg nodig is en of EAV'er die veel werkt.
 Respondent13: werkdagen, huisartsengroepje
 Respondent14: per gebied, elk gebied heeft een groepje EAV'ers. Je kijkt ook naar de aantal uren die medewerker maakt i.v.m. continuïteit.
 Respondent15: huisarts
 Respondent16: ha

Respondent17: ruimte in de pakketten, aandachtsgebied, ervaring
 Respondent18: ruimte dat je zelf ook tijd hebt.
 Respondent19: BZO – op complexiteit, ziektebeeld, handeling
 Respondent20: ben nog niet lang gediplomeerd en heb nog geen eigen cliënten.
 Respondent21: toegedeelt aan het cluster waar cliënt woont.
 Respondent22: clusterverdeling
 Respondent23: omvang EAV-pakket van medewerker, cluster waarin cliënt woont, aandachtsgebied medewerker.
 Respondent24: beschikbaarheid, passend in de route, werkgebied.
 Respondent25: grote vh contract, aandachtveld, wie wil graag, wie heeft er ruimte.
 Respondent26: ruimte rooster route, evt op continuïteit in het weekend
 Respondent27: deskundigheid (vakgroep & ervaring) , dag dat je werkt, ruimte die je hebt.
 Respondent28: welk sub-team ruimte heeft voor een nieuwe cliënt. Wie werkt op de eerst komende dagen, zodat de opstart goed geregeld is.
 Respondent29: afhankelijk van woonplaats.
 Respondent30: op huisarts
 Respondent31: aandoeningen/ prognose en/ of vp handelingen
 Respondent32: Zorgzwaarte / complexiteit van zorg. Bij thuiskomt vanuit zh altijd eerst vp voor observatie wat is er aan de hand en nodig. Medische technische handelingen.
 Respondent33: 3 groepen met afgebakend werkgebied. Binnen groepen naar evenredigheid.
 Respondent34: kennis, beschikbaarheid
 Respondent35: zorgzwaarte
 Respondent36: soms op kwaliteit, soms op werkdag als die cliënt werkt.
 Respondent37: je werkgebied
 Respondent38: woonplaats, zorgzwaarte

Vraag 10: Welke uitdagingen ervaar je in het uitvoeren van je EAV-schappen? Anders:

Respondent2: cliënt weet met wie ze dingen kan regelen je hebt diepere gesprekken met cliënten.
 Respondent7: Opbouwen van een vertrouwensband, cliënten durven dan eerder iets aan je te vragen. Ook zaken die bv buiten de zorg vallen. Je kunt niet altijd een oplossing aandragen, luisteren is soms al voldoende.
 Respondent38: punten A t/m C gelden ook voor cliënten waar ik geen EAV-schap heb.

Vraag 12: Zijn er nog andere knelpunten die je ervaart in de uitvoering van het EAV-schap?

Respondent2: Dat je als EVV bent aangewezen, maar hier niet van op de hoogte bent en dit in de zorgmap leest.
 Respondent3: Andere vpk regelen soms dingen die niet met mij afgestemd worden.
 Respondent4: Toewijzen van EVV duur nog te lang
 Respondent7: Kijken of EAV-schappen eerlijk verdeeld zijn. Hoeveelheid en zwaarte.
 Respondent13: in planning vaak geen rekening gehouden met EAV
 Respondent26: niet duidelijk in het rooster vermeld.
 Respondent28: combinatie EVV-schap en continuïteit is zeer mager. Een evv'er die maar 1 dagdeel overdag werkt is erg summier m.n. de ochtend.
 Respondent31: Alleen het overdragen van nieuwe clienten aan een collega toewijzen. Dit is een knelpunt.
 Respondent32: parttime werken, hoe minder je werkt hoe lastig om 'alles' te doen in de beschikbare uren.
 Respondent33: overleg binnen groepjes kan beter (werken we aan), omleg met planner kan beter.
 Respondent35: soms moet je kiezen tussen voorkeur tijdstip van cliënt of dat de EAV komt.

Vraag 14: Hoe worden onderstaande aspecten ervaren?

Respondent7: Effectiviteit van structureel overleg kan beter, kleine voldoende. Rapportage van medisch beleid wordt niet in cliëntdossier gedaan.
 Respondent25: Ligt wel aan HA.

Vraag 15: Wat zou volgens jou kunnen verbeteren in de samenwerking met de huisartsen en hoe zou dat vormgegeven kunnen worden?

Respondent1: Vanwege MTH werkzaamheden regelmatig goede contacten met huisartsen. Het is heel belangrijk regelmatig je gezicht te laten zien, ook als er niets is.

Respondent2: Als ik ha tel. moet spreken is dat wel eens lastig, maar het lukt altijd alleen wel eens later als je dat zou willen.

Respondent3: Contact HA richting mij is minimaal. Ik mis het initiatief vanuit HA.

Respondent4: Meer structureel overleg + persoonlijke ontmoeting

Respondent5: Met dr Geboers is samenwerking prima, Met HA in Emmeloord soms moeizaam.

Respondent6: niets

Respondent7: Bij 'mijn' huisarts is de Ned. taal soms ook een probleem. Hij begrijpt de dingen soms niet goed. Zegt bv ene kun A, andere kun B over dezelfde situatie. Er komt veel vd kant vd wv tijdens het overleg. Huisarts ziet dat m.i. niet. Telefonisch overleg is altijd wel te regelen op korte termijn.

Respondent8: niets

Respondent9: Voor ad hoc zaken is huisarts vaak prima te bereiken. Mbt structureel overleg zou er m.i. veel verbeterd kunnen worden.

Respondent10: met de meeste HA'en is de samenwerking prima, met een is het lastiger communiceren.

Respondent11: Hometeams met patiëntenbespreking zoals bij in Vollenhove met Dr. Ruitenbeek

Respondent12: communicatie

Respondent13: respect wederzijdse kennis en vaardigheden, houding hierop aangepast. In opleiding meer samenwerking met vpk.

Respondent14: structurele overleg met 1 dezelfde vpk

Respondent15: bovenstaande is met de huisarts waar ik mee samenwerk, overige artsen is wisselend. Sommigen nemen wv serieus, anderen hebben nog veel te leren.

Respondent16: niets

Respondent17: niets

Respondent18: niets

Respondent19: vaker binnen lopen, mailen en/ of bellen.

Respondent20: bereikbaarheid van de praktijk tussen de middag.

Respondent21: werkgroep is bezig plan op te maken

Respondent22: niets

Respondent23: tel.-bereikbaarheid.

Respondent24: vaker overleg, bijv. adhv thema's (niet cliëntgebonden)

Respondent25: gaat prima, niets

Respondent26: tijd + motivatie tot goede zorg, meet oog voor het sociale aspect

Respondent27: geen suggesties

Respondent28: Is een werkgroep mee bezig, korte lijnen - bekend gezicht - continuïteit.

Respondent29: niets

Respondent30: meer overleg met elkaar.

Respondent31: HA meer betrekken bij onze organisatie.

Respondent32: vaker op geplande tijd overleg (di is per ha verschillend) er zijn ha waar je prima mee kunt communiceren en anderen kunnen er nog wat van leren. Ik heb met minstens 9 ha te maken de antwoorden geven het gemiddelde.

Respondent33: directere en kortere lijnen, geselecteerde groepje gekoppeld aan enkele huisartsen.

Respondent34: kortere lijnen. Ha moet je weten te vinden. Contact telefonisch, schriftelijk rapporteren in zorgmap na bezoek. Samen cliënten bezoeken.

Respondent35: gezamenlijk ha overleg met team Breec en Emmeloord. Spreekuur voor vp bij de huisartsen op vaste tijden. Nu soms moeilijk om arts te spreken.

Respondent36: er zit nogal verschil in huisartsen. De één is beter in z'n vak dan de ander.

Respondent37: niets

Respondent38: loopt nu prima, ik kan altijd ad hoc terecht voor overleg.

Vraag 16: Met welke twee disciplines anders dan de huisarts heb je het meest contact?

Respondent 1: verpleeghuis, apotheek

Respondent2: ergo/fysio, apotheken

Respondent3: diabetesvpk, fysio

Respondent4: fysiotherapeut, dermatoloog

Respondent5: ergotherapeut/ fysiotherapeut, oncologievp

Respondent6: apotheek

Respondent7: Oncologievpk of arts, diabetersverpleegk.
 Respondent9: Diabetesverpleegkundige, fysio
 Respondent10: verzorgingshuis, revalidatiecentrum
 Respondent12: specialisten, diabetervp
 Respondent13: sociaal psychiatrisch vpk, zorgteam
 Respondent14: fysiotherapeut, assistent ha
 Respondent15: fysiotherapie, tth
 Respondent16 : dm vpk
 Respondent17 : verpleeghuisarts
 Respondent18 : poli's meppel, chirurgie, dermatologie, diëtiste
 Respondent19 : fysio/ergo, maatschappelijk werk
 Respondent20: diëtiste, stoma vpk
 Respondent21: fysiotherapeut, ergotherapie, diëtiste
 Respondent22: disciplines in ZH of vzhuis, zorgteam
 Respondent23: apotheek, med. Specialist
 Respondent24: HHZ of zorg, diëtiste
 Respondent25: fysio, dermatoloog
 Respondent26: dementie, fysiotherapie, reumaconsulenten, maatschappelijk werk
 Respondent27: praktijkvpk/ ondersteuner, zorgteam, maatschappelijk werk
 Respondent28: ergo, diëtiste
 Respondent29: ergotherapeut
 Respondent30: fysiotherapie, artsen ziekenhuis
 Respondent31: fysiotherapeut, andere specialisten
 Respondent32: apotheek, arts/verpleging intramuraal zh.
 Respondent33: contacten vp.huis/ dagbehandeling, kruisverenigingconsulente, diëtiste
 Respondent34: vphuis arts, fysiotherapeut.
 Respondent35: assistent ha, apotheker
 Respondent36 : fysio, diëtist
 Respondent37 : fysio
 Respondent38 : apotheek, hulpmiddelencentrum

Vraag 17: Op welke wijze wordt de zorgverlening aan de cliënt met andere betrokken disciplines afgestemd? Anders: nl...

Respondent2: Met ergo via de mail, met specialisten via overdracht
 Respondent13: Telefonisch ad hoc
 Respondent23: schriftelijke overdracht
 Respondent33: Ligt heel erg aan de betreffende discipline. Er wordt afgestemd d.m.v. rapportage, overleg en verwerking van multidisciplinaire zorgverlening in het zorgleefplan. Met sommigen vind er geen afstemming plaats.

Vraag 18: Zie je verbeterpunten op het gebied van samenwerking met andere disciplines? Zo ja, welke:

Respondent1: er zou meer ruimte moeten zijn om contacten te onderhouden, is niet in eerste instantie productief, maar in het geheel wel.
 Respondent7: Zo optimaal mogelijke zorg bieden. Korte lijnen, snelle acties. Bijv. met zorgteam. Zorg wordt soms ook geduld. Meer begrip voor elkaar. Collega's van zorg durven eerder wat aan v.w. te vragen. Je wilt samen de cliënt zo optimaal mogelijke zorg bieden.
 Respondent10: Zelf meer initiatief nemen naar andere disciplines toe.
 Respondent13: Meer gebruik maken van elkaars capaciteiten
 Respondent14: Altijd rapporteren in zorgmap, zowel vp als alle andere disciplines
 Respondent22: Duidelijke overdrachten meegeven aan cliënt van beide kanten.
 Respondent25: meer gestructureerd overleg.
 Respondent26: het kan altijd beter dat je elkaar kunt vinden.
 Respondent27: vaker gebruik maken van mail.
 Respondent28: m.n. fysio, we kunnen elkaar zeker aanvullen mbt oefeningen, houding bij cliënten.
 Respondent30: MDO
 Respondent32: communicatie en bereikbaarheid, met veel vrouwen en parttime banen zal dit wel lastig blijven. (Verschillende werkdagen)

Respondent33: (Interne) afspraken mbt communicatie.
Respondent35: Bijv. bij chronische cliënten MDO invoeren.
Respondent36: misschien meer mondeling overleg.
Respondent37: doordat er in cliëntdossier geschreven wordt door bij. Ha, fysio weten wij ook wet er is afgesproken.

Vraag 20: Waaruit bestaat het contact met een verzorgende uit een zorgteam?

Respondent19: vpk bij teamoverleg.
Respondent27: ik informeer verzorgende over cliënt en zoek samen naar doelstelling.
Respondent33: Ik informeer naar cliënt waar we samen komen.
Respondent34: samenwerken bij een cliënt.
Respondent35: clientbespreking bij gedeeld EAV-schap.

Vraag 21: Wat zijn veel voorkomende onderwerpen waarover je zorginhoudelijk advies/ consult geeft aan een verzorgende uit een zorgteam?

Respondent1: wondzorg, ondersteunen palliatieve situaties
Respondent2: wondzorg, sp verzorgen, aanvraag of advies wat voor hulpmiddel
Respondent4: wondverzorging, bestelling, complexe zorg
Respondent5: wondzorg, omgaan met complexe situaties
Respondent6: wondbeleid
Respondent7: decubitus, wondzorg, smetten
Respondent9: wonden, incontinentie, hartfalen, schommelende bloedsuikers (DM), katheters
Respondent10: wondadvies, omgangsadvies
Respondent11: meekijken in een complexe situatie, advies en begeleiding
Respondent12: bloedsuikers, wondjes, twijfel
Respondent13: wondzorg, diagnose, inhoudelijke mbt zorgaspecten.
Respondent14: wondzorgadvies, hoe de zorg verdelen met beide teams.
Respondent15: vakgroepgericht
Respondent16: gedrag, wond
Respondent17: wondzorg
Respondent18: wondjes, omgang in cliëntsituaties
Respondent19: wondzorg, oedeem, hulpmiddelen
Respondent20: wondzorg, gebruik hulpmiddelen
Respondent21: houding, tiltechnieken, wondzorg, act
Respondent22: wondzorg, decubitus
Respondent23: wondzorg, huidaandoeningen, decubituspreventie
Respondent24: als longvpk over COPD omgaan met vernevelen, O2 apparatuur, inhalatie medicatie
Respondent25: smetten, inco mat, diabetes, sociale problemen.
Respondent26 : dementie, reumatische aandoeningen, wondjes, complexe situaties/ terminale situaties
Respondent27: wondzorg en inzet ADmiddelen, advies rondom inhalatiemedicijnen & vernevelen, advies rondom zwachelen of gebruik bloedglucoseprikken/ meters.
Respondent28: huiddefecten: smetten, decubitus, schimmel, wondjes.
Respondent29: wondbehandeling, therapie, uileg hulpmiddelen
Respondent30: wondzorg, decubituspreventie
Respondent31: wondzorg, uitbreiding van zorg
Respondent32: wondverzorging, smetten, incontinentie, hoe om te gaan met moeilijke cliënten. Moeilijk in de zin van communicatie/ agressie/ manipulerend gedrag.
Respondent33: wondzorg, hulpmiddelen, overstijgende problematiek.
Respondent34: medicatie, wond, diabetes blds., gedrag, cognitie
Respondent35: wondzorg, catheterzorg.
Respondent37: wondzorg
Respondent38: wondzorg

Vraag 23: Zijn er nog andere knelpunten die je ervaart in de samenwerking met de zorgteams?

Respondent2: Aanleveren van herindicatie kortdag en men dekt dat je gelijk tijd hebt. Dat je opgeroepen wordt 's avonds of in het weekend voor een wond, omdat men het niet vertrouwd en dat blijkt dat het al veel langer aanwezig is.

Respondent5: De verschillende niveaus binnen een zorgteam.

Respondent6: Soms langs elkaar heen werken

Respondent7: Extramurale team HvS is er nog net zo lang, moeten nog wennen. Aanbevelingen t.a.v. smetten bijv. worden niet altijd opgevolgd. Ze zijn wel van goede wil. Mondeling/ telefonisch contact helpt dan goed.

Respondent13: Veel verschillende verzorgende, moeilijk contact EAV'er.

Respondent15: consultformulier nog te weinig bekend

Respondent18: vz denken soms dat wij expres wondzorg willen overnemen. Hierdoor hebben wij soms het gevoel dat de vz ons soms overslaan.

Respondent19: communicatie

Respondent22: grote teams, kent niet iedereen persoonlijk, verder verloopt goed.

Respondent23: consultformulier wordt niet gebruikt.

Respondent26: organisatiestructuur om elkaar te vinden is niet geweldig duidelijk voor vz en vp.

Respondent28: vpk zijn niet gekoppeld aan zorgteams. Elkaar kennen is minimaal. Veel zaken kunnen hierdoor onderbelicht blijven.

Respondent30: Te laat inschakelen van verpleging, verzorgende denkt dat verpleging cliënt dan houdt. Meer overleg met elkaar, meer gebruik maken van elkaars deskundigheid.

Respondent31: verschillende niveau en motivaties van vz.

Respondent32: Vz zijn goed bereikbaar. Ikzelf vind het wel eens vervelend dat ik hen in hun vrije tijd nodig heb.

Respondent33: er is een onzichtbare drempel waar zorg moeilijk over gaat.

Respondent34: in routes. Soms duurt het lang voordat een cliënt over kan.

Vraag 24: Hoe vaak geef je aanwijzingen over de onderwerpen?

Respondent2: twee antwoorden ingevuld, kies voor regelmatig, omdat ze toch regelmatig dan aanwijzingen geeft over hulpmiddelen en tillift minder vaak gebruikt wordt, dus ook minder vaak aanwijzingen over zult geven.

Vraag 26: Wat is volgens jou de reden dat er niet altijd adequaat op veranderende situaties wordt gereageerd?

Respondent2: B+C Hiermee bedoel ik als je weet dat je 30 min bij cliënt kan zijn en je bent er langer, bijv 45 min en je geeft dit niet door aan de evv dan kan het voorkomen dat je te veel zorg geeft.

Respondent7: Als EAV'er er even niet komt en mens denkt bv dat die er binnenkort wel komt.

Respondent12: communicatie tussen andere disciplines verloopt niet altijd soepel.

Respondent27: Er wordt gewacht op EAV'er als die niet aanwezig is, duurt het soms lang voordat er actie wordt ondernomen.

Respondent38: wordt adequaat gereageerd.

Vraag 27: Ervaar je verschil in het uitvoeren van coördinerende taken tussen niveau 4 en verpleegkundigen van niveau 5.

Respondent1: Je hebt hele goeie niveau 4 vpk en hele slechte niveau 5 vpk en andersom. Ik stoor mij aan deze klasse invullingen en bijna arrogantie!! Dit ligt weer anders bij de pas afgestudeerde.

Respondent2: In ons team merk ik het verschil niet zo. Een enkeling van het team met niveau 4 is niet coördinerend en overstijgend. Niveau 4 en 5 hebben uitvoerend de zelfde taken, op kantoor kan niet iedere niveau 4 het aan.

Respondent3: In onze praktijk niet te maken met verschillende niveaus

Respondent10: Er is verschil tussen de ene nivo 4 en de andere. Sommige nivo 4 v kunne alles doen, andere nivo 5 kunnen niet doen.

Respondent15: in het team waar ik in werk zijn de niveaus gelijk.

Respondent19: niveau 5 doet naast coördineren taken ook makkelijker overstijgende taken.

Respondent28: Ja, ik ervaar verschil, niveau 4 is ook eindverantwoordelijk, niveau 5 zou misschien meer overstijgende, coördinerende taken moeten doen.

Respondent31: Beide functieniveaus voeren dezelfde taken uit, hebben dezelfde verantwoordelijkheid en kunnen dit ook, maar niveau 5 voert meer overstijgende, coördinerende taken uit.

Respondent32: Beide functieniveaus voeren dezelfde taken uit, hebben dezelfde verantwoordelijkheid en kunnen dit ook, maar niveau 5 voert meer overstijgende, coördinerende taken uit.

Respondent35: heb niet met mensen van niveau 4 te maken, maar vindt dat ze het zouden moeten kunnen.

Vraag 29: Wat zijn jouw competenties op het gebied van coördinatie van zorg?

Respondent1: Lekker complex, daar hou ik wel van. Vooral de chaos rondom de opstart van daar orde in creëren.

Respondent2: Zie snel gehele plaatje, kan goed plannen en organiseren, kan vooruit denken (wat gaat mogelijk komen, erop in spelen)

Respondent3: punctualiteit

Respondent4: Professionele zorg verlenen, welzijn van cliënt optimaal houden, coördineren van de juiste zorg op de juiste tijd op de juiste plaats

Respondent5: regisseur, zorgverlener

Respondent6: Signalerende rol => door klein contract vaak avonddienst en bijna geen middag. Veranderingen geef ik vaak door aan collega's die vaak werken, of overleg met ze.

Respondent7: Ik kan goed inschatten welke zorg er nodig is en regelen dat die zorg geboden wordt.

Respondent9: communicatieve eigenschappen, perfectionistisch, gestructureerd

Respondent10: motiveren van collega's, goed luisteren naar cliënten, collega's.

Respondent13: coördinatie, goede communicatieve vaardigheden, eenduidig & heldere info

Respondent14: zormappen in orde maken en netjes houden, stel zorgleefplan samen emt zorgvrager vast , info doorgeven

Respondent15: zorgcoördinatie, verantwoording, overdracht

Respondent16: coach, regisseur, ontwerper, beroepsbeoefenaar, zorgverlener

Respondent17: regie

Respondent18: regiefuncties

Respondent19: regie

Respondent20: rare vraag

Respondent21: cliëntencontact, mantelzorgoverleg

Respondent22: signaleren, observeren, regelen, contact

Respondent23: vele, kan niet volledig opsommen

Respondent24: coachen van zorgmedewerkers, goede voorlichting en begeleiding bieden

Respondent25: geen

Respondent26: een klantgerichte houding en vaardigheden, bij dragen aan verbeteren van multidisciplinaire zorg, bijdragen aan verbeteren van beleid in team organisatie.

Respondent27: veel continuïteit, aanspreekbaar voor cliënt en derden & vertrouwelijk. Duidelijk in wat & hoe en wanneer in woord & geschrift, kom afspraken na. Regel veel tbv cliënt.

Respondent28: sociaal vaardig, goede inzichten in zelfmanagement, regiefunctie, goede deskundigheid, erkennen als deskundigheid er niet is.

Respondent29: geen

Respondent30: neem mijn EVV-schap serieus, probeer zo goed mogelijk alles te regelen met en rondom cliënt.

Respondent31: regisseur, ontwerper, coach, beroepsbeoefenaar, zorgverlener

Respondent32: communicatie/ afspraken maken/ belang v. zaken uitleggen en deze terugkoppelen. Plannen, rapportage.

Respondent33: signaleren + bespreekbaar maken

Respondent34: kennis en ervaring, communicatie vaardigheden

Respondent35: geen

Respondent36: goed overleg met iedere betrokkene (nauw)

Respondent37: signaleren

Respondent38: algehele overzicht hebben en houden

Vraag30: Welke verbeter- of ontwikkelpunten zie je t.a.v. je eigen uitvoering van coördinatie van zorg?

Respondent3: sociale kaart beter in het hoofd

Respondent4: meer overleg met HA

Respondent5: beter rapporteren

Respondent7: leren iets makkelijker te delegeren

Respondent9: soms moet ik sneller actie ondernemen of eerder overdragen aan collega/ andere discipline.

Respondent10: Grenzen beter leren bewaken
Respondent11: meer inzicht in hoe ik andere disciplines kan bereiken en inzetten.
Respondent12: Er is voor mij nog veel te leren, werk nu 5 mnd bij de thuiszorg. En ik kom nog veel nieuwe dingen tegen.
Respondent13: regelmatig cursussen krijgen en ook geven.
Respondent14: Merk knelpunten op, maar weet dan soms niet hoe te handelen. Moet dan vaker een collega om advies vragen. Onderneem wat actie.
Respondent15: ontwikkelen in tijdproces
Respondent16: Eerder EAV-schap vaststellen
Respondent17: zou nog graag de regiefunctie meer willen ontwikkelen.
Respondent18: geen
Respondent19: bij blijven, verdieping aanbrengen.
Respondent20: meer ervaring opdoen.
Respondent21: geen
Respondent22: EVV cliënten: goed in de gaten houden dat ik er regelmatig kom, goed overdragen.
Respondent23: vertrouwelijk info (zie personeelsdossier)
Respondent24: geen
Respondent25: geen
Respondent26: m.b.t. v.p. Steenwijk zou ik graag willen samenwerken met collega die overzicht heeft over de gehele gang van zaken m.b.t. coördinatie.
Respondent27: Anamneselijst beter invullen en evaluaties.
Respondent28: verbetering van kennis van de sociale kaart, zou meer kennis willen hebben van verschillende processen van kanker.
Respondent29: geen
Respondent30: meer kennis
Respondent31: coach
Respondent32: doortastender zijn, vaker terugkoppelen naar collega zorgteam, tijdsplanning
Respondent33: intensiever contact met zorg.
Respondent34: meer mantelzorgers buitenshuis wonend betrekken.
Respondent35: nog beter planning t.a.v. EAV.
Respondent38: geen

Vraag31: Zijn er nog aspecten m.b.t. coördinatie van zorg die in deze enquête niet genoemd zijn, die volgens jou verbeterd kunnen worden?

Respondent1: Een regievpk in ieder team, daar kun je als thuiszorg niet zonder! De oude teamleidster, toen werkte het als een speer.
Respondent2: Het zou best kunnen, maar als ik ergens tegen aan loop, dan wacht ik niet af, maar onderneem actie zodat het probleem gelijk uit de wereld is.
Respondent7: EAV'er eerder toewijzen, dit werkt in de praktijk nog niet zo goed. Moet nog wennen.
Respondent27: afstemming van zorg in zorgmap kan beter. M.b.v. formulier waarop je de zorg per zorgmoment uit schrijft, zodat het voor iedereen duidelijk is wat wanneer gebeurt. Deze was er in het verleden, maar wordt nu gemist. Info in zorgleefplan is te summier.
Respondent28: continuïteit van verpleegkundigen overdag. T.a.v. cliënten, indicaties, disciplines, mantelzorgers, huisartsen. Creëert ook meer duidelijkheid.

Bijlage 8

Overzicht centrale thema's en labels interviews

Overzicht thema's en labels interviews

Thema	Label
EAV-schappen en cliënttoewijzing	• Zicht op toewijzing • Criteria/wijze van toewijzing • Waarborging toewijzing • Termijn toewijzing Tevredenheid toewijzing • Minpunten/knelpunten • Spanningsvelden • Verbeterpunten toewijzing
Tijd voor coördinatie	• Prioriteitstelling • Beschikbare tijd en invulling • Verbeterpunten beschikbare tijd en invulling
Samenwerking met huisartsen	• Zicht op samenwerking • Tevredenheid samenwerking • Positieve punten samenwerking • Minpunten/knelpunten samenwerking • Uitgevoerde/lopende verbeteringen • Inhoud samenwerking • Samenwerkingsafspraken • Evaluatie samenwerking
LESA's	• Bekendheid gebruik in organisatie • Gebruik in praktijk • Ervaring
Samenwerking met ziekenhuizen	• Samenwerkingsafspraken • Tevredenheid samenwerking • Positieve punten samenwerking • Minpunten/knelpunten samenwerking • Evaluatie samenwerking • Verbeterpunten samenwerking
Samenwerking met andere disciplines	• Tevredenheid samenwerking • Fysiotherapie • Ergotherapie • Diëtiste • Maatschappelijk werk • Tevredenheid mate multidisciplinair werken • Oorzaken onvoldoende multidisciplinair werken • Inhoud multidisciplinair werken • Verbeterpunten samenwerking
Samenwerking met zorgteams	• Zicht op samenwerking • Inhoud samenwerking • Tevredenheid samenwerking • Signalen van verpleegkundigen • Signalen van verzorgenden • Minpunten/knelpunten samenwerking • Verbeterpunten samenwerking • Mate waarin verpleging op hoogte dient te zijn van cliëntsituaties uit zorgteams
Adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag	• Positieve punten samenwerking • Minpunten/knelpunten samenwerking • Spanningsvelden • Verbeterpunten samenwerking
Niveau 4 en niveau 5	• Mening

	• Uitingsvorm verschil • Verschil in praktijk • Positioneren
Planning	• Verantwoordelijkheden • Positieve punten planning • Minpunten/knelpunten planning • Spanningsvelden planning • Factoren in planning • Waarborging continuïteit
Procedures en formulieren	• Signalen van verpleegkundigen • Functieomschrijving • Verbeterpunten procedures en formulieren
Deskundigheid en scholing	• Aanwezigheid scholing • Karakter deelname • Mate van deelname • Mogelijkheden tot deelname • Inhoud scholing • Tevredenheid scholingsaanbod
Overige randvoorwaarden	
Visie/mening	
Overige	

Overzicht resultaten interviews a.d.h.v. thema's en labels

EAV-schappen en cliëntentoe wijzing

Zicht op cliëntentoe wijzing	
Heeft goed zicht op cliëntentoe wijzing	3
Heeft redelijk goed zicht op cliëntentoe wijzing	1
Criteria/wijze van toewijzing	
Toewijzing per gebied/cluster/wijk	3
Maatjessysteem	1
Groepje verpleegkundigen gekoppeld aan gebied/cluster is gezamenlijk EAV	1
Uit groepje verpleegkundigen gekoppeld aan gebied/cluster is 1 verpleegkundige EAV	1
Zorgvraag (zorgdagen, inhoud, complexiteit van zorg)	2
Competenties/deskundigheid medewerkers	2
Evenredige verdeling van EAV-schappen	2
Continuïteit van medewerkers (door de week)	2
Contracturen medewerkers	1
Werkdagen medewerkers	2
Drukke van cliëntenroutes	1
Termijn toewijzing	
1 week	1
1 week tot een aantal weken	1
Waarborging toewijzing	
Nee, geen waarborging toewijzing	1
Ja, wel waarborging toewijzing	3
D.m.v. protocol/gebruik cliëntdossier	2
D.m.v. controle in teamoverleg	1
D.m.v. invullen in Caress (intern systeem) door manager	1
D.m.v. structureel wekelijks werkoverleg	1
Tevredenheid toewijzing	
Tevreden over huidige toewijzing	4
Minpunten/knelpunten toewijzing	
Erg praktische benadering van de toewijzing, het is niet altijd even doordacht	1
Spanningsvelden toewijzing	
Spanningsveld wenselijkheid en mogelijkheden een EAV vaak in te zetten	1
Spanningsveld veel kleine contracten medewerkers en het bieden van continuïteit	1
Verbeterpunten toewijzing	
Meer weloverwogen toewijzen van cliënten aan EAV	1
Voorkomen dat toewijzing vergeten kan worden (bijv. door een aanpassing in het computersysteem)	1
Meer doen met competenties, het verschil tussen verpleegkundigen niveau 4 en 5	1
Bewuster samenstellen van groepjes verpleegkundigen per gebied	1

Tijd voor coördinatie

Prioriteitstelling	
'Zorg aan het bed' krijgt prioriteit op coördinerende taken is herkenbaar in de praktijk, heeft altijd voorrang op andere taken	2
'Zorg aan het bed' krijgt prioriteit op coördinerende taken is deels herkenbaar in de praktijk	1
'Zorg aan het bed' is niet te scheiden van coördinerende taken, geen verschil in prioriteit	1
'Zorg aan het bed' krijgt met name in zorgteams prioriteit	1
Verpleegkundigen zouden meer prioriteit willen geven aan de 'zorg aan het bed' maar het krijgt niet minder aandacht	1
Coördinerende taken worden vaak uitgesteld of later gedaan i.v.m. drukke	1
'Zorg aan het bed' is productief	1

Verpleegkundigen hebben moeite met het nemen van tijd voor coördinatie, zijn erg praktijkgericht	1
Beschikbare tijd en invulling	
Er is tijd voor coördinerende werkzaamheden na de cliëntenroute, op kantoor	2
Er is weinig tijd voor coördinerende werkzaamheden beschikbaar door een tekort aan medewerkers	1
Er is tijd voor coördinerende werkzaamheden, maar verpleegkundigen zijn zelf verantwoordelijk voor invulling en planning van deze tijd	1
Incidenteel worden coördinerende werkzaamheden bij de medewerker thuis uitgevoerd	1
Ook de inzetplanner voert coördinerende taken uit	1
Coördinerende werkzaamheden worden ook binnen het verpleegkundig telefonisch spreekuur uitgevoerd	1
Coördinerende werkzaamheden worden uitgevoerd (binnen de middagdienst) op kantoor	2
Coördinerende werkzaamheden worden (bij voorkeur) uitgevoerd bij de cliënt thuis, dit is productief	2
Coördinerende taken dienen afgemaakt of overgedragen te worden	1
Verbeterpunten beschikbare tijd en invulling	
Productiever declareren van coördinerende werkzaamheden	2
Coördinatie tijd binnen het team efficiënter verdelen (niet allemaal tegelijk op kantoor)	1
Niet onnodig taken overnemen van de EAV	1
Oppakken van coördinerende werkzaamheden door de inzetplanner (dit is productief)	1
Coördinerende taken meer thuis bij de cliënt doen	1
Grotere formatie: meer medewerkers is meer beschikbare tijd	1
Het door verpleegkundigen los kunnen koppelen van directe zorgtaken en coördinerende taken, beide is werk	1

Samenwerking huisartsen

Zicht op samenwerking	
Heeft goed zicht op samenwerking met huisarts	3
Heeft redelijk goed zicht op samenwerking met huisarts	1
Tevredenheid samenwerking	
Goed tevreden over samenwerking	4
Positieve punten samenwerking	
Korte lijnen	2
Huisarts weet wijkverpleegkundige te vinden	1
Huisarts is tevreden over de samenwerking	3
1x per maand gaat er een nieuwsbrief naar de huisartsen, dit werkt ondersteunend	1
De verpleegkundigen zijn tevreden over het overleg met de huisarts	1
De verpleegkundigen kunnen afstemmen/kortsluiten met de huisarts	1
De huisarts belt wel	1
1 verpleegkundige heeft de praktijktelefoon	1
Minpunten/knelpunten samenwerking	
Huisarts geeft in 1 plaats aan een slechte bereikbaarheid met de thuiszorg te ervaren	1
Verpleegkundigen hebben soms moeite met het afstemmen van het beleid met de huisarts	1
Huisarts geeft aan niet voor simpele zaken gebeld te willen worden	1
Huisarts zegt soms gepland huisartsoverleg af	1
Bij 1 huisarts is er wrijving doordat een Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk taken overneemt van de wijkverpleegkundigen	1
Huisarts geeft aan dat onduidelijk is waarheen te bellen om de thuiszorg te bereiken	1
Huisarts wil direct een wijkverpleegkundige spreken	2
Huisarts komt incidenteel afspraken niet na	1
Verbeterpunten samenwerking	
Betere communicatie en bereikbaarheid, 1 vast punt voor bereikbaarheid	2
Nieuwjaarsborrel met huisartsen, elkaars gezicht leren kennen	1
Inzet van een regieverpleegkundige, werkzaam op vaste dagen door de week, die vast	1

bereikbaarheidspunt is	
Verpleegkundigen dienen vooraf goed te weten wat ze met de huisarts willen bespreken, wat ze willen weten, dienen professioneel te zijn	1
De huisarts dient zich meer bewust te worden van de thuiszorg, dient hier meer gebruik van te maken	1
<i>Uitgevoerde/lopende verbeteringen</i>	
Er is een intern project/werkgroep gericht op verbetering van de samenwerking met de huisarts	1
Er wordt als proef een formulier gebruikt ter verbetering van de bereikbaarheid	1
1x per maand gaat er een nieuwsbrief naar de huisartsen over m.n. beleidszaken	1
De verpleegkundige is tussenpersoon tussen de huisarts en verzorgenden	1
<i>Inhoud samenwerking</i>	
1x per maand is er hometeam waarin 1 vaste verpleegkundige met de huisarts cliënten bespreekt	1
De huisarts meldt nieuwe cliënten aan	2
1x per 6 weken is er huisartsenoverleg, 1 verpleegkundige en 1 verzorgende bespreken cliënten met de huisarts	1
1x per 2 maanden is er huisartsenoverleg	1
Telefonisch contact	1
Wederzijds uitwisselen van informatie	1
Verpleging vraagt bij de huisarts visites aan	1
Zorginhoudelijk beleid wordt afgestemd	1
Intern, met de huisartsen in het gebouw, vindt ad hoc overleg plaats	1
Extern, met de huisartsen buiten het gebouw, vindt eens per 4-6 weken huisartsenoverleg plaats	1
<i>Samenwerkingsafspraken</i>	
Samenwerkingsafspraken staan niet op papier (in verleden wel over o.a. voorbehouden handelingen, huisarts is niet te verplichten tot overleg)	4
Geen voorkeur voor het vastleggen van samenwerkingsafspraken (niets aan doen als samenwerking goed is, bij geen vanzelfsprekende samenwerking is het een mogelijkheid, onzeker of vastleggen van afspraken werkt i.v.m. diversiteit aan huisartsen)	2
Afspraak altijd de huisarts mogen bellen	1
Afspraak goede bereikbaarheid, korte lijnen	2
Afspraak rondom indicaties	1
Afspraak inzet verpleegkundige als tussenpersoon tussen huisarts en verzorgenden	2
<i>Evaluatie samenwerking</i>	
Geen structurele evaluatie	2
Ad hoc evaluatie	1
Evaluatie bij knelpunten	2
Bij de huisarts is geen ruimte voor structureel overleg, huisarts ervaart dit als 'teveel'	2

LESA's/ketenzorg

<i>Bekendheid gebruik in organisatie</i>	
Geen bekendheid gebruik van LESA in organisatie	1
Redelijke bekendheid gebruik van LESA in organisatie	1
Goede bekendheid gebruik van LESA in organisatie	2
Aanwezig LESA dementie, palliatieve zorg in ontwikkeling, astma/COPD in ontwikkeling, ketenzorg NAH/Stroke	1
<i>Gebruik in praktijk</i>	
Geen gebruik van LESA in de verpleegkundige praktijken	1
Wel gebruik van LESA in vakgroepen	1
Geen groot aandeel als organisatie in ketenzorg	1
Landelijke voortrekkersrol in LESA dementie	1
<i>Ervaring</i>	
Prettig/positief	2
Schept duidelijkheid wie waarvoor verantwoordelijk is, hoe de 'lijnen' lopen	2

Leverd cliënten op	1
Je krijgt de noodzakelijke medewerking van het zorgkantoor	1
Je hebt de mogelijkheid de ander aan te spreken op gemaakte afspraken	1
De huisarts werkt niet altijd mee (niet, niet volgens afspraken)	2
Bottum-up benadering is belangrijk	1

Samenwerking ziekenhuizen

Samenwerkingsafspraken	
Afspraken met het ziekenhuis zijn aanwezig	4
Afspraak aanmelding nieuwe cliënten	3
Afspraak aanvraag indicatie	2
Afspraak doorgeven wijzigingen trombosedienst aan thuiszorg	1
Afspraak overdracht vanuit het ziekenhuis naar de thuiszorg, continuïteit daarin	1
Elk ziekenhuis heeft een contactpersoon in de persoon van een manager V&V (PR)	3
Afspraken staan op papier (aanmelding nieuwe cliënten, aanvraag indicaties)	2
Afspraken staan niet op papier	2
Afspraken m.b.t. ketenzorg (doorverwijzing van cliënten) wel op papier	1
Tevredenheid samenwerking	
Samenwerking wordt als vrij goed ervaren	1
Samenwerking wordt als goed ervaren	2
Aanwezigheid van een transferverpleegkundige bevordert de kwaliteit van de overdracht	1
Positieve punten samenwerking	
Het ziekenhuis weet de thuiszorg te vinden	1
Het ziekenhuis weet dat de thuiszorg zorg kan leveren bij ontslag van een cliënt	1
Het ziekenhuis staat open voor (vragen vanuit) de thuiszorg	2
Het ziekenhuis is goed bereikbaar	1
Minpunten/knelpunten samenwerking	
Incidenteel wordt een cliënt vanuit het ziekenhuis ontslagen zonder 'toestemming' van de thuiszorg	1
De communicatie in het omgaan met nieuwe maatregelen van de overheid kan beter	1
Het ontbreken van een schriftelijke overdracht, medicatielijsten, medicatie en materialen, een onjuiste indicatie of (zelden) geen indicatie bij ontslag van een cliënt uit het ziekenhuis naar de thuiszorg	1
Wijkverpleegkundigen missen in een aantal ziekenhuizen een transferverpleegkundige	1
Er is soms verschil tussen de informatie over de cliënt die het ziekenhuis vooraf aan het ontslag geeft en de werkelijke situatie van de cliënt bij ontslag	1
Evaluatie samenwerking	
Evaluatie vindt plaats d.m.v. vervolgsafspraken met de contactpersoon uit het ziekenhuis	1
Er vindt niet structureel evaluatie plaats, die fase is voorbij	1
Verbeterpunten samenwerking	
Een paar dagen per week een verpleegkundige (van elke zorgorganisatie) in het ziekenhuis inzetten die zorg draagt voor PR en taken/verantwoordelijkheden rondom de overdracht van een cliënt naar de thuiszorg overneemt	1
Het bijhouden van informatie over de cliënt en diens opname, zoals ook gebeurt binnen de ketenzorg, om na te kunnen gaan of gemaakte afspraken worden nagekomen	1

Samenwerking andere disciplines

Tevredenheid samenwerking	
Goed tevreden over de samenwerking met andere disciplines	2
Er zijn korte lijnen	1
Extern is de samenwerking goed, intern (verpleeghuis) niet	1
Multidisciplinair werken is vanzelfsprekend	1
Fysiotherapie	
Samenwerking is goed (intern)	2

Ergotherapie	
Intern (verpleeghuis) is ergotherapie lastig bereikbaar	1
Samenwerking is goed (intern)	1
Diëtiste	
Samenwerking is goed	1
Maatschappelijk werk	
Samenwerking is goed	1
Is aanwezig bij het huisartsenoverleg (maar heeft doorgaans weinig meerwaarde)	1
Tevredenheid mate multidisciplinair werken	
Mate multidisciplinair werken is onvoldoende	1
Mate multidisciplinair werken is voldoende	3
Hoewel er ruimte is voor overleg dient er niet teveel overleg te zijn i.v.m. onproductiviteit	1
Oorzaken onvoldoende multidisciplinair werken	
Multidisciplinair werken is niet vanzelfsprekend (bij andere disciplines en verpleegkundigen)	1
Inhoud multidisciplinair werken	
Situationeel wordt MDO gehouden	2
Er zijn contacten met een verpleeghuis/verpleeghuisarts in de buurt	1
Telefonisch overleg	1
Zelden inbreng in het teamoverleg door andere disciplines	1
Verbeterpunten samenwerking	
MDO wordt gemist	1
Gebruik leren maken van interne disciplines	1

Samenwerking zorgteams

Zicht op samenwerking	
Heeft goed zicht op de samenwerking met zorgteams	3
Heeft redelijk zicht op de samenwerking met zorgteams	1
Inhoud samenwerking	
Verpleegkundigen voeren regie over het zorgteam (door het verlenen van consult en het opstarten van een nieuwe cliëntsituatie)	1
Verpleging en verzorging leveren samen zorg aan een cliënt	4
Afstemming over de wijze van zorgverlening bij gezamenlijk zorg verlenen door verpleging en verzorging	3
Kennisoverdracht door verpleging aan verzorging (klinische les)	2
Verlenen van consult door verpleging	3
Vragen van consult door verzorging	3
Mailen/bellen door verzorging	1
Verzorgende vraagt samen met verpleegkundige een (her)indicatie aan	1
Verpleegkundige levert een bijdrage aan het teamoverleg van verzorging	3
Gebruikmaken van elkaars capaciteiten	1
Ad hoc afstemming	1
Tevredenheid samenwerking	
Samenwerking wordt als goed ervaren	1
Verpleging en verzorging weten elkaar te vinden	2
Verpleging en verzorging zijn naar elkaar toegegroeid, de laatste jaren, de samenwerking is verbeterd	2
Er wordt samen zorg gedeeld in plaats van volledige overname, iets wat goed werkt	2
Signalen van verpleegkundigen	
De samenwerking verloopt goed, wordt positief ervaren	2
Signalen van verzorgenden	
Verzorgenden zien steeds meer dat het bij het 'delen' van zorg gaat om deskundigheid en dergelijke, het wordt minder als 'afpakken' ervaren wanneer verpleging ook zorg gaat leveren of de zorg overneemt	1
Verzorgenden missen terugkoppeling van verpleging, nadat zij verpleging hebben ingeschakeld	1

Voorheen was er bij verzorgenden angst dat verpleging cliëntsituaties overnam	1
De komst van een verpleegkundige in het teamoverleg wordt als positief ervaren	1
Minpunten/knelpunten	
Er wordt een goede regiefunctie gemist	1
Het onnodig overnemen van taken van verzorging door verpleging	1
Met een zorgteam uit een plaats verder gelegen van de verpleegkundige praktijk is er minder contact	1
Verpleging had onvoldoende inzicht in het zorgteam en vice versa	1
Verzorging schakelt soms te laat verpleging in uit angst dat verpleging de cliëntsituatie overneemt	1
Bij verzorging is soms rivaliteit tegenover verpleging uit angst dat verpleging de cliëntsituatie overneemt	1
Verbeterpunten samenwerking	
Een goede regiefunctie van verpleegkundigen wordt in de organisatie gemist. Dit zou uitgediept moeten worden. Alle nieuwe cliënten dienen door een verpleegkundige gezien te worden.	1
Verzorgenden dienen meer vanzelfsprekend verpleging in te schakelen/te consulteren	2
Verpleging dient meer terug te koppelen naar verzorging wanneer verzorging verpleging heeft ingeschakeld	1
Er is de wens voor het gaan werken met geïntegreerde teams met alle functieniveaus die een gebied bedienen (Buurtzorg-principe). Hierin worden de volgende voordelen gezien: laagdrempeligheid, meer arbeidssatisfactie, meer competentiegericht werken, van elkaar leren, elkaar stimuleren en een betere kwaliteit van zorg	1
Verpleging dient meer op de hoogte te zijn van cliëntsituaties uit het zorgteam	1
Irritaties en dergelijke dienen meer naar elkaar toe uitgesproken te worden (communicatie)	1
Mate waarin verpleging op de hoogte dient te zijn van cliëntsituaties uit zorgteams	
Verpleging hoeft niet in alle cliëntsituaties op de hoogte te zijn (alleen bij complexere situaties waarin ook verpleging zorg verleend)	3
De manager is de spil in verpleging en verzorging op de hoogte houden van cliëntsituaties	1
Verpleging dient alleen achtergrondinformatie te hebben wanneer zij door verzorging ingeschakeld worden	1

Adequaat reageren op een gewijzigde zorgvraag

Positieve punten	
Verpleging pakt dit goed op	4
Er vindt afstemming plaats met het EAV-groepje	1
Er vindt cliëntenbespreking plaats in het teamoverleg	1
Er vindt ad hoc overleg plaats	1
Zo nodig wordt zorg ingezet	1
Zo nodig wordt een herindicatie aangevraagd	1
Er is een goed 'niet pluis' gevoel bij verpleegkundigen	1
Minpunten/knelpunten	
Verzorging schakelt soms te laat verpleging in (uit angst dat verpleging de cliëntsituatie overneemt) (o.a. zorginzet en indicatieaanvraag)	3
Soms wordt niet adequaat gereageerd door drukte of een tekort aan deskundigheid	1
Spanningsvelden	
Spanningsveld wenselijkheid continuïteit en op de hoogte zijn en veel kleine contracten (enkele grote contracten zijn noodzakelijk)	1
Verbeterpunten	
Scherper/ beter signaleren en duidelijk rapporteren	1

Niveau 4 en niveau 5

Mening	
Er dient wel verschil te zijn in verpleegkundigen niveau 4 en 5 door een verschil in salaris	2
Er dient wel verschil te zijn in verpleegkundigen niveau 4 en 5 door een verschil in opleiding	1
Wanneer geïntegreerde teams toegepast zouden worden, zal er een strikter verschil moeten zijn in verpleegkundigen niveau 4 en 5	1
Uitingsvorm verschil	
Niveau 5 dient meer overstijgende, coördinerende taken uit te voeren (werkgroepen, meedenken beleid, coördinerende taken, indicaties aanvragen), een helikopterview te hebben en te anticiperen, niveau 4 dient meer zorginhoudelijk te coördineren	1
Niveau 5 dient deel te nemen aan vakgroepen	1
Niveau 5 dient een totaaloverzicht te hebben en communicatief sterk te zijn in de samenwerking met zorgteams en andere disciplines	1
Verskil in praktijk	
Er zijn goede verpleegkundigen niveau 4 en minder goede verpleegkundigen niveau 5	1
In de praktijk is weinig tot geen verschil merkbaar	3
In de praktijk is er overloop tussen beide functies	1
De functieomschrijving van beide functies is te weinig verschillend	1
Verpleegkundigen niveau 5 voeren meer overstijgende, administratieve taken uit en draaien middagdiensten	1
Verpleegkundigen niveau 5 zijn vaardiger, doen meer aan coördinatie, niveau 4 is meer taakgericht	1
Positioneren	
Het is lastig in-service opgeleiden/vroegere niveau 4 te positioneren, deze zitten tussen niveau 4 en 5 in	2
Het is lastig het verschil aan te geven tussen verpleegkundigen niveau 4 en 5: in de praktijk zijn er goede verpleegkundigen niveau 4 en minder goede verpleegkundigen niveau 5	3
Het diploma is niet beslissend, het gaat erom te kijken naar de persoon	1
De organisatie vraagt van niveau 5 onderhouding van externe contacten. Dit wordt niet van niveau 4 gevraagd	1
De hoeveelheid ervaring die een verpleegkundige heeft speelt mee	1

Planning

Verantwoordelijkheden	
De planner plant, verpleegkundigen dragen de daarvoor noodzakelijke informatie aan	2
Planner plant lange termijn, verpleegkundige plant ad hoc en levert informatie aan planner	1
Positieve punten	
Verpleegkundigen vinden het belangrijk continuïteit te bieden	1
Digitale planning heeft voordelen: veel gaat via e-mail, privé belasting is hierdoor minder en er wordt sneller gezien of een indicatie nog toereikend is	1
Planner krijgt veel meer mee door aanwezigheid in de verpleegkundige praktijk	1
Minpunten/knelpunten	
Verpleegkundigen zien planning nog weleens als een randzaak	1
Er wordt in de planning niet altijd rekening gehouden met de EAV	2
Cliënten krijgen teveel verschillende gezichten te zien	1
Spanningsvelden	
Spanningsveld behoefte cliënt aan vaste medewerkers en de realiteit of mogelijkheden (o.a. door weinig fulltimers en tijden van zorgverlening)	3
Factoren in planning	
EAV	2
Continuïteit	1
Tijdstip van hulp	1
Logische routes	1
Deskundigheid medewerker	1

Fysieke omstandigheden van/belasting voor medewerker	1
Rooster	1
Waarborging continuïteit	
Continuïteit wordt in de planning gewaarborgd	3
Continuïteit wordt in de planning onvoldoende gewaarborgd (doordat te weinig rekening wordt gehouden met de EAV en te weinig fulltimers werkzaam in verpleging)	1

Procedures en formulieren

Signalen van verpleegkundigen	
Er worden geen signalen van verpleegkundigen ontvangen door de manager	1
Verpleegkundigen vinden het teveel papierwerk	1
Verpleegkundigen vragen zich af wat er na invullen met de formulieren wordt gedaan	1
Verpleegkundigen vinden de procedures en formulieren duidelijk	1
Verpleegkundigen zeggen te weinig tijd te hebben om de formulieren in te vullen	1
Functieomschrijving	
In de functieomschrijving is te weinig onderscheid in niveau 4 en 5	2
De functieomschrijving is uitgebreid	1
In de functieomschrijving staat 'draagt zorg voor' in plaats van 'verantwoordelijk voor', dit wordt graag anders gezien	1
De functieomschrijving is goed maar wel algemeen. Specificatie zou mogelijk zijn d.m.v. een notitie o.i.d.	1
Verbeterpunten	
Er dient een duidelijk onderscheid te komen in de functieomschrijving tussen verpleegkundigen niveau 4 en 5	1

Deskundigheid en scholing

Aanwezigheid scholing	
Er is een scholingsmodule 'Regie en coaching' aanwezig	3
Er is geen scholing aanwezig	1
De scholing is momenteel gestopt i.v.m. de financiën	1
Karakter deelname	
Deelname is verplicht	1
Onbekend of deelname verplicht/vrijwillig is	1
Mate van deelname	
Deelname is goed	1
Deelname is laag	1
Mogelijkheden tot deelname	
Deelnamemogelijkheid is beperkt (wordt enigszins gestuurd door manager)	2
Inhoud scholing	
Voldoet aan de behoefte van wijkverpleegkundigen (wordt als prettig ervaren)	2
De module is pittig	1
Tevredenheid scholingsaanbod	
Het scholingsaanbod is toereikend	3
De kennis over coördinatie van zorg is basiskennis, zeker van niveau 5	2
Implementatie van de module 'Regie en coaching' is onvoldoende	1
Scholing dient ook in de praktijk te gebeuren door elkaar te coachen. Dit kan beter	1

Overige randvoorwaarden

Het is steeds lastiger een balans te vinden tussen bekostiging van zorg en kwaliteit van zorg, door bekostiging naar product in plaats van naar functie zoals dit voorheen gebeurde	1
Er dient bij medewerkers duidelijkheid te zijn over het hoe en wat en de visie van de organisatie	1
Er dient bekwaam en ervaren personeel te zijn, met oog voor sociale aspecten, een teamleiderfiguur	1

Er dient kennis van de sociale kaart te zijn	1
--	---

Eigen mening/visie

Coördinatie is het bewaken van het proces bij de cliënt, contacten met andere disciplines en het zorgteam, het bewaken van indicaties, je bent de spin in het web. Zorg op maat staat centraal	1
Coördinatie van zorg leidt tot betere samenwerking. Verzorging en verpleging dienen geïntegreerd te worden want de afstanden zijn nu letterlijk te groot. Dit leidt tot een betere regiefunctie. Niveau 5 mag regie hebben over niveau 4, en niveau 4 en 5 over niveau 2 en 3	1
Van belang is het oog hebben voor elkaar, een goede teamsfeer, weten wat er bij de cliënt speelt, wat je tegen kunt komen (o.a. bij de huisarts), je gezicht laten zien, bereikbaar zijn en commercieel gaan werken	1
Goede kwalitatieve zorg staat centraal. Het is van belang duidelijkheid te geven aan de cliënt over het zorgaanbod en diens eigen verantwoordelijkheid. Belangrijk is duidelijkheid en afstemming van doelen, methodisch handelen, open, transparant en vaardig personeel, communiceren, kortsluiten, voldoen aan de behoefte van de cliënt	1

Overige

Geïntegreerde teams worden gemist. Meerderen in de organisatie zijn voorstander van geïntegreerde teams. Er ontbreekt nog onderzoek naar de nadelen van geïntegreerde teams	1
Signalen afkomstig van de wijkverpleegkundigen zijn behoefte aan duidelijkheid, leiderschap, iemand die het overzicht houdt. De manager staat steeds verder van het team af en mist informatie en contact	1

Bijlage 9

Functie- en taakomschrijving

Praktijkcoördinator

Bron: Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land, juli 1997.
Uitwerking integratieplan divisie thuiszorg

Functie- en taakomschrijving Praktijkcoördinator

Vastgesteld d.d. 21-2-1995

Geactualiseerd d.d. 23-7-1997

Doel van de functie

De functie van praktijkcoördinator dient ter ondersteuning van (wijk)verpleegkundigen, die werken in de verpleegkundige praktijk, bij de uitvoering van de zorg.

Het team draagt gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de uitvoerende werkzaamheden. De coördinator verricht regelende, voorbereidende en administratieve taken ten behoeve van het team, met als doel de continuïteit van de zorg te waarborgen.

De praktijkcoördinator treedt op als aanspreekpunt voor de teamleden, voor de verpleegkundige manager en voor externe verwijzers.

De verpleegkundige praktijk en in het bijzonder de praktijkcoördinator, heeft een belangrijke taak in de accountfunctie van de gehele organisatie. Daartoe dient actief gewerkt te worden aan enerzijds een deskundig aanbod en anderzijds aan relaties en netwerken. De praktijkcoördinator verricht naast coördinerende taken ook uitvoerende werkzaamheden.

Plaats in de organisatie

De verpleegkundige praktijken vormen zelfsturende eenheden met verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en voortgang van uitvoerende werkzaamheden in een wijk of werkgebied; tevens onderhouden zij daarbij met name nauwe relaties met huisartsen.

De praktijkcoördinator is lid van het team. De praktijkcoördinator biedt het team ondersteuning en bewaakt de voortgang en kwaliteit van de zorg.

Het team legt verantwoording af aan de verpleegkundig manager.

De praktijkcoördinator treedt op als intermediair tussen het team en de verpleegkundig manager. Zij neemt deel aan het praktijkcoördinatorenoverleg.

De praktijkcoördinator onderhoudt op grond van haar takenpakket contacten met relevante afdelingen.

De functie van praktijkcoördinator is geen lijnfunctie, de functie kan worden getypeerd als de functie van meewerkend coördinator.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

De praktijkcoördinator regelt en coördineert de uitvoerende werkzaamheden in het werkgebied. Zij is bevoegd tot en draagt verantwoordelijkheid voor de regelende, voorbereidende en administratieve werkzaamheden.

De wijkverpleegkundigen dragen individuele verantwoordelijkheid voor hun werkzaamheden. Samen met het team draagt de praktijkcoördinator de verantwoordelijkheid voor de continuïteit en de kwaliteit van de uitvoering van de zorg. Om het team te kunnen ondersteunen bij de uitvoerende werkzaamheden zijn regel- en planningstaken ondergebracht bij de praktijkcoördinator. Deze draagt er verder zorg voor dat de werkzaamheden worden geregistreerd. Tevens draagt de praktijkcoördinator een gedelegeerde verantwoordelijkheid voor het bewaken van het budget van de praktijk.

De praktijkcoördinator is verantwoordelijk voor het informeren van de verpleegkundig manager over het functioneren van het team, de uitvoering van de zorg en eventuele knelpunten die zich daarin voordoen.

Taken

- De praktijkcoördinator regelt de inzet van personeel in de praktijk;
- De praktijkcoördinator heeft nauw contact met de afdeling intake over nieuwe hulpaanvragen en aanpassingen/herindicaties in lopende hulpverlening;
- De praktijkcoördinator coördineert de werkzaamheden van de medewerkers van het team, teneinde continuïteit van de zorg te waarborgen;
- De praktijkcoördinator houdt spreekuur;
- De coördinator heeft een voortrekkersrol naar collega's toe in het aangaan en onderhouden van relaties naar huisartsen en overige verwijzers;
- Zij neemt ziekmeldingen aan en geeft deze door aan het thuiszorgsecretariaat;
- Zij staat cliënten te woord als zij klachten hebben, zonodig schakelt zij daarbij de verpleegkundig manager in;
- De praktijkcoördinator stelt in overleg met team het werkrooster op;
- Zij treedt op als voorzitter van het werkoverleg en bereidt dit voor;
- Zij bewaakt de voortgang van de zorgverlening, signaleert knelpunten daarin, en overlegt met de verpleegkundige manager;
- Zij controleert de declaraties van de medewerkers;
- De praktijkcoördinator bewaakt de verhouding vraag - aanbod in de betreffende praktijk, gerelateerd aan het beschikbare budget;
- De praktijkcoördinator neemt deel aan praktijkcoördinatorenoverleg en koppelt relevante informatie terug naar het eigen team;
- Zij houdt eenmaal per periode een individuele werkbespreking met de verpleegkundig manager.

Functie-eisen

- Enkele jaren wijkverpleegkundige ervaring in de Thuiszorg;
- Is in staat tot regelen en roosteren van uitvoerende werkzaamheden;
- Beschikt over voldoende sociale en communicatieve vaardigheden om collega's te motiveren en te stimuleren;
- Is bereid om in geval van calamiteiten als aanspreekpunt te fungeren ook buiten werktijd;
- Oriënteert zich op interne en externe organisatie-ontwikkelingen;
- Is in staat om op abstract niveau over de verpleegkundige zorgverlening in het werkgebied mee te denken;
- Is bereid tot het werken met de pc.

Functie-omvang

Minimaal 20 uur per week.

Salariëring

Conform CAO regeling medewerkend coördinator.

Bijlage 10
'Primair proces
verzorging & verpleging'



Zorggroep Oude en Nieuwe Land
Handboek Regelingen & Procedures, code REG 015
Reikwijdte: Thuiszorg

PRIMAIR PROCES VERZORGING & VERPLEGING

Beheer inhoud:	Manager RVE 2	Verantwoordelijk:	Manager RVE 2
Opgeslagen in pc:	g:\kwaliteit\vastgestelde documenten	Paraaf:	
Aantal pagina's:	13	Datum autorisatie:	15-07-2007
Ingangsdatum: 01-09-2007		Versie: 002	
		Evaluatiedatum: 01-09-2008	

INHOUDSOPGAVE

1.	DOEL	3
2.	VERANTWOORDELIJKE MEDEWERKERS	3
3.	PROCEDURE AANMELDING ZORGVRAGEN AWBZ	3
4.	START ZORGVERLENING	5
5.	PROCEDURE AANVRAGEN VERVOLGINDICATIE AWBZ.....	7
6.	ZORGVERLENING	8
7.	PROCEDURE EVALUEREN ZORGVERLENING (V&V EN HHZ)	10
8.	AFSLUITING ZORGVERLENING.....	12

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
2 van 13

PRIMAIR PROCES VERZORGING & VERPLEGING

1. DOEL

Beschrijven van aanmelden van zorgvragen AWBZ, zorgverlening aan cliënt en afsluiten van de zorgverlening.

2. VERANTWOORDELIJKE MEDEWERKERS

- Managers Verzorging & Verpleging (V&V);
- Medewerkers V&V;
- Medewerkers Bureau Zorg Ondersteuning (BZO);
- Medewerkers Regiosecretariaat.

3. PROCEDURE AANMELDING ZORGVRAGEN AWBZ

1. De cliënt belt rechtstreeks met BZO of wordt door de telefoniste doorverbonden met een medewerker van BZO. Medewerker nodigt cliënt uit de zorgvraag te formuleren. Medewerker informeert of de cliënt bekend is met thuiszorg en helpt zonodig de vraag te verhelderen.
2. Indien de zorgvraag niet binnen het zorgaanbod van de thuiszorg past (zie 'Zorgarrangementen', code BEL 010), wordt de cliënt zo adequaat mogelijk doorverwezen.
3. Medewerker checkt of de zorgvraag **spoedeisend** is, of het gaat om **ontslag** uit het ziekenhuis of dat het hier gaat om een **Standaard Indicatie Protocol (SIP)**. Is één van deze drie mogelijkheden aan de orde, dan handelt BZO de aanvraag af. Medewerker BZO voert de gegevens van de cliënt in Caress en faxt de spoedaanmelding naar de eenheid Verpleging of Zorg. De manager V&V verzorgt de digitale aanmelding bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) waarna voorlopige zorginzet volgt. Voor een omschrijving van spoedzorg zie 'Definitie van spoedzorg' op pagina 4.
4. **Is er geen sprake van spoed, ontslag of SIP**, dan wordt de cliënt vriendelijk verzocht contact op te nemen met het CIZ. Doorverwijzing geschiedt ten eerste omdat afhandeling voor cliënt dan sneller gaat en ten tweede omdat Zorggroep Oude en Nieuwe Land (ZONL) uitsluitend is gemachtigd om spoedeisende zorg en SIP's te indiceren. Vervolgens geeft medewerker uitleg/informatie over:
 - de aanmelding bij het CIZ;
 - het CIZ;
 - de telefonische bereikbaarheid van het CIZ;
 - het belang van de naam van voorkeursaanbieder (ZONL) te noemen bij het CIZ;
 - de procedure na ontvangst bij ZONL van het indicatie besluit en vermeldt de kans dat cliënt eerder bericht heeft dan ZONL. In dat geval kan cliënt altijd contact opnemen;
 - de wijze van berichtgeving over zorginzet, het intakegesprek na telefonische afspraak en opstellen van het zorgarrangement;
 - de eigen bijdrage;
 - de zorginzet door ZONL.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
3 van 13

5. Medewerker rondt het gesprek af met de vraag of de cliënt voldoende geïnformeerd is. Op verzoek zal de medewerker ook de volgende informatie aan de cliënt verstrekken:
 - a. uitgangspunten voor de zorgverlening (onder andere zorgvisie, identiteit en levensbeschouwing, ethische aangelegenheden, mogelijkheden van de cliënt tot beïnvloeding/eigen invulling);
 - b. algemene informatie over de organisatie (leveringsvoorwaarden, klachtenregeling, privacyreglement, bereikbaarheid en contactpersoon van de organisatie);
 - c. de zorgverlening (onder andere de functies en dienstverlening die de organisatie levert) en
 - d. de toegang hiertoe;
 - e. de kosten die voor rekening van de cliënt komen;
 - f. de procedure bij aanmelding voor zover dat niet al telefonisch is vermeld door medewerker BZO.
6. Indicatiebesluit AWBZ komt van het CIZ via Zorgkantoor via de AZR (portaalfunctie/website binnen bij BZO. BZO meldt binnenkomst van indicatie bij betreffende manager V&V of inzetplanner.
7. Medewerker BZO verzorgt de inschrijving van de nieuwe indicatie in de blauwe map.
8. Zodra een cliënt niet in zorg genomen kan worden binnen de Treeknormen, wordt het beleid 'Wachttijden en instroombeperking', code BEL 013 gehanteerd.

Definitie van spoedzorg (Niet uitstelbare zorg)

Omschrijving

Spoedzorg geldt als 'niet uitstelbare zorg' en is vooral van toepassing op mensen die thuis wonen, daar geconfronteerd worden met een plotselinge wijziging in ofwel de gezondheidssituatie (aandoeningen, stoornissen, beperkingen), ofwel de informele hulp vanuit sociale verbanden. Die wijziging – gelet op de ontstane zorgbehoefte – leidt tot een substantieel andere inhoud en omvang van de benodigde zorg, die bovendien onmiddellijk aanwezig moet zijn (aanvang binnen 24 tot 48 uur). Als dat niet gebeurt, ontstaan voor de betreffende persoon en/of zijn directe gezinsverband onaanvaardbare gezondheidsrisico's. De 'niet uitstelbare zorg' kan gericht zijn op zowel thuiszorg als verblijfszorg binnen de AWBZ. Het betreft altijd zorg-in-natura.

Werkwijze spoedzorg

De inzet van spoedzorg wordt door de zorgaanbieder middels de digitale aanmeldmodule gemeld bij het CIZ. Het CIZ legt de spoedzorg vast in een AZR bericht (registratief besluit) en meldt dit aan het zorgkantoor. Vervolgens neemt het CIZ binnen 2 weken op basis van de reguliere aanvraag het indicatiebesluit. Er volgt een indicatie van de AZR. De maximum toegestane periode voor spoed bedraagt 14 dagen: deze wordt standaard ingevuld. Het regulier besluit kan de maximum toegestane periode terugbrengen. In dat geval wordt de einddatum van het registratieve besluit overschreven.

Geen spoed, wel snelle beoordeling (zelden van toepassing in thuiszorg)

In de volgende situaties dient een indicatiebesluit uiterlijk binnen 2 werkdagen te worden genomen:

- er is sprake van een situatie waarbij met spoed een indicatiebesluit voor een Bijzondere Opname Psychiatisch Ziekenhuis (BOPZ) noodzakelijk is;
- uitplaatsing uit het ziekenhuis, daar waar geen SIP toegepast kan worden. Het ziekenhuis dient uiterlijk 2 dagen voor ontslag een aanvraag in.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
4 van 13

4. START ZORGVERLENING

Zorginzet

1. De aanvraag of het indicatiebesluit komt, via het BZO, binnen bij de desbetreffende manager V&V, inzetplanner of diens vervanger. Spoedaanvragen worden dezelfde dag door het BZO gemeld aan de desbetreffende manager V&V, inzetplanner of diens vervanger. Als een andere functie of hogere klasse nodig blijkt te zijn, vraagt de manager V&V, inzetplanner of diens vervanger direct een herindicatie aan bij het CIZ.
2. De inzetplanner of diens vervanger schrijft de gegevens die bekend zijn in het cliëntdossier¹ en voegt het voorblad, op naam van de eigen manager V&V, en het cliëntenblad uit Caress toe aan het cliëntdossier.
3. De manager V&V, inzetplanner of diens vervanger neemt telefonisch contact op met de nieuwe cliënt om:
 - binnenkomst van de aanvraag of het indicatiebesluit te bevestigen;
 - een afspraak voor het eerste huisbezoek c.q. zorgmoment, afhankelijk van de urgentie door het CIZ afgegeven, te maken. Bij **spoedaanvragen** wordt de cliënt nog **dezelfde dag** geïnformeerd over de zorginzet;
 - mee te delen wie de manager V&V is en hoe deze is te bereiken.
4. De manager V&V of diens vervanger overlegt met het team wie de EAV (Eerst Aanspreekbare Verzorgende) van de cliënt wordt. Hierbij is continuïteit in persoon een zwaar wegende factor.

Eerste huisbezoek

Het eerste huisbezoek bij de cliënt wordt (meestal) door de EAV gedaan.

Tijdens dit bezoek:

- vindt een intakegesprek plaats;
- wordt het cliëntdossier meegenomen en uitgelegd;
- wordt de cliënt geïnformeerd volgens de 'Checklist informatieverstrekking' (zie 'Cliëntdossier – Invulinstructie', code WERK 001);
- worden werkmaterialen gecheckt;
- wordt overlegd waar het cliëntdossier wordt bewaard;
- worden datum en tijdstip van het eerste zorgmoment in overleg met de cliënt afgesproken **of**
- wordt het eerste zorgmoment al direct gegeven.

Of het eerste zorgmoment direct tijdens het eerste huisbezoek wordt gegeven, is afhankelijk of de aanvraag van de zorg al dan niet spoedeisend is. Bij spoedaanvragen wordt binnen 24 uur na de ontvangst van de aanvraag, of op de aangegeven startdatum die op het aanvraagformulier / indicatiebesluit, het eerste zorgmoment gegeven. Voor de niet-spoedaanvragen dient binnen één week na aanmelding het eerste zorgmoment te worden geleverd.

Zorgplanning

De EAV brengt de informatie van de cliëntsituatie (datum en tijdstip eerste zorgmoment en benodigde en gewenste tijd per zorgmoment) terug naar de planner. Met deze informatie voegt de planner de nieuwe cliënt in de vaste planning (zie ook 'Uitgangspunten planning zorg', code REG 011).

¹ Met cliëntdossier wordt ook bedoeld: zorgdossier en zorgmap.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
5 van 13

In de praktijk betekent dit dat met de indicatie als basis, de professionele standaard en diagnose bepalend zijn voor het aanbod aan de cliënt. Vanuit deze uitgangspunten worden frequentie en tijden waarop de zorg zal worden geboden in overleg met de cliënt vastgesteld. De cliënt heeft weliswaar inspraak op de frequentie en tijden maar het belang van een efficiënte planning en eventuele urgentie bij andere cliënten, zijn van invloed op de mate waarin tegemoet gekomen kan worden aan de wens van elke individuele cliënt. De planner geeft de startdatum van de zorginzet door aan BZO. De EAV legt de frequentie, tijden en het deskundigheidsniveau vast op het formulier 'Planning' in het cliëntdossier (zie ook 'Cliëntdossier – Invulinstructie', code WERK 001).

Zorgleveringsovereenkomst

Bij de start van de zorgverlening wordt de zorgleveringsovereenkomst door de EAV met de cliënt besproken. De zorgleveringsovereenkomst is een schriftelijke overeenkomst waarbij ZONL zich ten opzichte van de cliënt verbindt tot het leveren van zorg aan die cliënt. De zorgleveringsovereenkomst dient zowel door de cliënt als de manager V&V in tweevoud te worden ondertekend. Zie voor een uitgebreidere beschrijving 'Cliëntdossier – Invulinstructie', code WERK 001.

Zorgarrangement

Het zorgarrangement, zoals beschreven op het cliëntenblad, omvat: producten, frequentie, op welke dagdelen de cliënt de zorg krijgt en overige diensten die worden afgesproken (bijv. personenalarmering). Het zorgarrangement dient door zowel de cliënt als de manager V&V in tweevoud te worden ondertekend. Zie voor een uitgebreidere beschrijving 'Cliëntdossier – Invulinstructie', code WERK 001 en 'Cliëntdossier – Cliëntenblad en zorgarrangement', code WERK 005.

Zorgplan

Binnen een week na aanvang van de zorgverlening stelt de EAV een individueel zorgplan op. Het zorgarrangement vormt de basis voor het zorgplan. Voor uitgebreide informatie over het opstellen van een zorgplan zie 'Cliëntdossier – Opstellen zorgplan', code WERK 003. Het zorgplan komt in overleg met en met instemming van de cliënt tot stand. Door in te stemmen met het zorgplan geeft de cliënt toestemming voor de uitvoering van de zorg- en dienstverlening die deel uitmaken van het zorgplan.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
6 van 13

5. PROCEDURE AANVRAGEN VERVOLGINDICATIE AWBZ

Op een indicatie staat altijd de geldigheidsdatum c.q. einddatum.

Er is sprake van een aanvraag voor vervolgindicatie wanneer de geldigheid van de indicatie direct aansluit bij de eerdere indicatie en wanneer hetzelfde product wordt aangevraagd, met inachtneming van de bandbreedte en de cliënt het hiermee eens is.

Als voor de cliënt voortzetting van de zorgverlening gewenst is, dan regelt ZONL zelf de vervolgindicatie.

Zijn organisatie en cliënt het niet eens over het vervolg, dan wordt de cliënt gevraagd zelf een nieuwe indicatie aan te vragen bij het CIZ.

De manager V&V zorgt ervoor dat zes weken voor het verlopen van de indicatie een vervolgindicatie wordt aangevraagd. De cliënt wordt gebeld met de mededeling dat de indicatie binnenkort verloopt en samen spreken zij door hoe het vervolg er uit moet zien.

Het gesprek wordt afgesloten met de mededeling dat de gegevens verzameld door de EAV en de inzetplanner, gebruikt worden om een digitale aanvraag voor een vervolgindicatie te doen.

De manager V&V verzorgt deze aanmelding. De manager V&V kan dit delegeren aan een verpleegkundige. Als het nodig is gaat de verpleegkundige op huisbezoek en bespreekt met de cliënt de hulpvraag en doet vervolgens een digitale indicatie naar het CIZ.

Formulieren voor het verzamelen van de juiste gegevens t.b.v. een digitale aanvraag voor een vervolgindicatie liggen op het regiosecretariaat. Een geprinte versie van de aanvraag wordt in het dossier bewaard bij BZO en bij de betreffende manager V&V.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
7 van 13

6. ZORGVERLENING

Cliëntdossier

Alle gegevens die voor de zorgverlening relevant zijn worden in het cliëntdossier bewaard. Op kantoor wordt in principe geen rapportage meer bijgehouden. De manager V&V heeft gegevens nodig. Daartoe worden de volgende gegevens op kantoor bewaard:

- Het cliëntenblad uit Caress;
- Een kopie van de brief met het indicatiebesluit die de cliënt thuis van het CIZ heeft ontvangen, mits de cliënt daar toestemming voor geeft;
- De AZR (AWBZ-brede Zorg Registratie) toewijzing/ indicatie AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), die ZONL via het Zorgkantoor ontvangt, wordt bewaard bij BZO. De manager V&V bewaart een kopie. Gezien het feit dat het regelmatig voorkomt dat er gevoelige informatie op bovengenoemde toewijzing/indicatie staat (bijv. cliënt is beginnend dementerend), is er voor gekozen geen kopie van deze documenten in het cliëntdossier te plaatsen.
- Overzicht zorgverlening, eventueel een kopie van het uitvoeringsverzoek (zie 'Cliëntdossier – Invulinstructie', code WERK 001).

Deze gegevens worden op het kantoor bijgehouden; daarnaast is er de informatie in het softwareprogramma Caress. De kopieën uit de cliëntdossiers worden in een ordner, per team op kantoor in een afgesloten kast bewaard.

Overdracht gegevens

Gegevensuitwisseling met andere hulpverleners mag alleen met hen die bij de zorgverlening betrokken zijn, als dit nodig is voor de voortgang van de zorgverlening. Bijv. overleg met de huisarts, medewerkers van de eenheid HHZ of in het wekelijkse teamoverleg. De cliënt wordt bij de start van de zorgverlening hierover geïnformeerd.

Bij de overdracht van schriftelijke gegevens of cliëntdossiers moet de cliënt op de hoogte zijn en toestemming geven.

Eigen werkaantekeningen (op een episodeblad) worden niet tot het cliëntdossier gerekend en mogen alleen door de uitvoerende zelf gebruikt worden.

Uitgangspunt is dat vertrouwelijke informatie in principe alleen *mondeling* aan betreffende hulpverlener wordt overgedragen! Een episodeblad moet *een uitzondering* zijn en is in principe een tijdelijke aanvulling!

Zodra het probleem niet meer relevant is, moet het episodeblad vernietigd worden.

Zorgverlening uitvoeren

De zorgverlening wordt uitgevoerd conform het zorgplan dat bij de start van de zorgverlening in overleg met de cliënt is opgesteld en gebaseerd is op het zorgarrangement en het indicatiebesluit. In samenspraak met de cliënt wordt de zorgverlening flexibel aangeboden. De verantwoordelijkheid van de voortgang van de zorgverlening ligt bij de EAV.

Afwijken van de afgesproken zorgverlening

Als door overmacht (ziekte, personeelstekorten) de zorg niet conform het zorgplan, zorgarrangement of de indicatie kan worden uitgevoerd, wordt in overleg met de cliënt vastgesteld hoeveel en welke zorg kan worden gegarandeerd.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
8 van 13

Lijfgebonden zorg of verpleging wordt gegarandeerd. Slechts incidenteel zal in overleg met de cliënt deze zorg geheel of gedeeltelijk worden overgenomen door mantelzorg, bijvoorbeeld tijdens feestdagen of in verband met overmacht, waardoor geen verzorgende of verpleegkundige beschikbaar is.

Is er sprake van structurele tekorten voor een korte (vakantie-) periode of langere tijd, dan worden er afspraken gemaakt met het Zorgkantoor.

In het cliëntdossier wordt de afspraak over de afwijking met datum van ingang en te verwachten duur vastgelegd.

Rapportage zorgverlening en inzagerecht cliënt

De rapportage van de zorgverlening wordt bij de cliënt thuis uitgevoerd in het cliëntdossier. Er wordt na elk zorgmoment gerapporteerd door de medewerker die op dat moment het zorgmoment heeft gegeven. De medewerker noteert datum, functie en achternaam op het rapportageblad, zodat altijd te achterhalen is wie wanneer de zorg heeft verleend. Zie voor meer informatie over rapporteren 'Cliëntdossier – Invulinstructie, code WERK 001'. De cliënt heeft te allen tijde inzagerecht in het cliëntdossier. De cliënt bepaalt wie er naast medewerkers van ZONL inzagerecht in het cliëntdossier hebben.

Evaluatie zorgverlening

De eerste evaluatie van de zorgverlening wordt binnen 6 weken na de start van de zorgverlening gedaan door de EAV (zie ook procedure evalueren zorgverlening op pagina 10). De EAV evalueert de zorgverlening met de cliënt en zo nodig met de mantelzorger of andere betrokkenen (bijv. bij dementerende cliënten). Indien meerdere disciplines bij een cliënt betrokken zijn, is de afspraak dat de EAV van de hoogste discipline die minimaal 1 x per week bij de cliënt komt, de evaluatie uitvoert.

Na aanleiding van de uitkomsten van de gedane evaluatie wordt gekeken of de zorgverlening binnen de breedte van de indicatie valt. Zo ja, dan wordt het zorgplan aangepast. Zo nee, dan wordt er een vervolgindicatie aangevraagd (zie procedure aanvragen vervolgindicatie op pagina 7) en wordt op basis van deze vervolgindicatie het zorgarrangement, het zorgplan en zonodig de planning bijgesteld. De gegevens die op kantoor worden bewaard worden zonodig aangepast.

De resultaten en afspraken worden kort en bondig samengevat op het voortgang zorgverlening/samenvatting evaluatie formulier (roze) in het cliëntdossier, inclusief de mening van de cliënt over de zorgverlening. De datum van evaluatie en de naam en functie van de betreffende medewerker worden genoteerd.

Er wordt een vervolgdatum afgesproken wanneer er opnieuw geëvalueerd gaat worden.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
9 van 13

7. PROCEDURE EVALUEREN ZORGVERLENING (V&V EN HHZ)

Het evalueren is in drie onderdelen te onderscheiden:

1. Productevaluatie;
2. Procesevaluatie;
3. Evaluatie inzet deskundigheid.

In één evaluatie kunnen één of meer onderdelen besproken worden.

1. Productevaluatie (inhoudelijke zorg)

Hoe vaak en wanneer wordt bepaald door de behoefte/situatie van de cliënt en professional en de afspraken in het zorgplan dit kan dus zijn:

- Geplande evaluatie en bijstellen van het zorgplan op de afgesproken momenten die in het zorgplan zijn aangegeven;
- Als de situatie van de cliënt tussentijds verandert en het zorgplan moet aangepast worden;
- Bij de afsluiting van de zorgverlening: eindevaluatie (combinatie zorg en proces evaluatie).

Onderwerpen productevaluatie:

- Hoe is het **lichamelijk** (somatisch) functioneren. Denk hierbij aan:
 - * Algemene lichamelijke toestand (klachten, voedingstoestand, motoriek);
 - * ADL voor-/achteruitgang hierin;
 - * HDL voor-/achteruitgang hierin;
 - * Waren er belangrijke gebeurtenissen sinds de vorige evaluatie?
- Hoe is het **sociaal** functioneren. Denk hierbij aan:
 - * Communicatie naar en met anderen;
 - * Hoe is het contact met partner, familie, hulpverleners.
- Hoe is het **psychisch** functioneren. Denk hierbij aan:
 - * Oriëntatie in tijd, plaats en persoon;
 - * Het geheugen, vermogen tot leren;
 - * Het begrijpen/uitvoeren van opdrachten;
 - * Stemming.
- **Effect behandeling.** Weergave van het verschil met de vorige evaluatie;
 - * Is het gewenste doel bereikt?
 - * Zijn de genoteerde afspraken van de vorige evaluatie nagekomen?
- **Zorg-/verpleegplan:**
 - * Is het doel bereikt? Zo nee, pas het plan aan;
 - * Zijn er nieuwe zorgproblemen bijgekomen;
 - * Welke activiteiten zijn hierop van toepassing.

2. Procesevaluatie

Het gaat erom hoe de cliënt de zorg ervaart. Is hij/zij tevreden over de tijden, aantal keren dat de zorg komt en de uitvoering hoe die wordt gedaan.

Bij de procesevaluatie wordt de mening van de cliënt expliciet gevraagd en opgeschreven. Bijzondere zaken m.b.t. de mening/tevredenheid van de cliënt worden besproken met de manager V&V/teammanager HHZ. De cliënt wordt hierover geïnformeerd.

- Bij de start van de zorgverlening wordt altijd een eerste procesevaluatie gepland binnen 6 weken na aanvang.
- Bij de afsluiting van de zorg wordt een eindevaluatie gehouden waarbij specifiek de ervaring van de cliënt met de thuiszorg wordt gevraagd.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
10 van 13

Vragen die hierbij aan de orde kunnen komen zijn bij verzorging en/of verpleging:

- Hoe ervaart u de verzorging/verpleging?
- Welke wensen heeft u om de zorgverlening te veranderen?
- Hoe worden de gemaakte afspraken nagekomen?
- Wanneer wordt het cliëntdossier door de verzorgende/verpleegkundige gelezen?
- Hoe ervaart u het werken met het cliëntdossier?
- Hoe wordt er rekening gehouden met uw privacy?
- Wat vindt u van de beschikbare tijd die de verzorgende/verpleegkundige voor u heeft?
- Welke informatie krijgt u van de verzorgende/verpleegkundige en is dit naar tevredenheid?
- Wat is uw mening over het aantal verschillende verzorgenden/verpleegkundigen die bij u komen?
- Hoe kunnen we de zorg bij u verbeteren?

Vragen die aan de orde kunnen komen bij de inzet van HV 2 (= Huishoudelijke Verzorging; alphahulpverlening wordt aangegeven met HV 1):

- Bent u tevreden over de uitvoering van de huishoudelijke werkzaamheden?
- Zijn er werkzaamheden die u mist?
- Is er overleg mogelijk over de werkzaamheden?
- Kunt u de teammanager HHZ goed bereiken?
- Wordt u tijdig op de hoogte gebracht van veranderingen?
- Wilt u dat de teammanager HHZ n.a.v. deze evaluatie contact met u opneemt?

3. Evaluatie inzet deskundigheid

De scorelijst 'Inzet deskundigheid' werkt volgens de beschrijving op de achterzijde van deze scorelijst. Zie voor meer informatie 'Cliëntdossier – Instructie inzet deskundigheidsniveau' code WERK 004. Het doel is toetsen of de juiste deskundigheid bij de zorg betrokken is en een stimulans om met elkaar in gesprek te gaan als er onduidelijkheid is over de deskundigheid die vereist is.

Altijd invullen: bij twijfel of de juiste deskundigheid de zorg verleent.

Norm evalueren:

- Huishoudelijke zorg minimaal 1x per jaar;
- Zorg en verpleging minimaal 1x per ½ jaar.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
11 van 13

8. AFSLUITING ZORGVERLENING

Bij de afsluiting van de zorgverlening wordt een eindevaluatie met de cliënt uitgevoerd door de EAV (zie procedure evalueren zorgverlening pagina 10).

Indien daar aandachtspunten uit voorkomen die van belang zijn voor het team of de organisatie bespreekt de EAV dit met de manager V&V.

Een zorgverlening kan afgesloten worden om diverse redenen:

- a. Door (tijdelijke) opname in een andere AWBZ-gefinancierde instelling;
 - b. Op het moment dat de cliënt niet meer woonachtig is in het werkgebied van ZONL;
 - c. Door overlijden van de cliënt;
 - d. Door het verlopen van de afgegeven indicatie.
- a. Als de cliënt (tijdelijk) wordt opgenomen in een andere AWBZ-gefinancierde instelling kan de cliënt of de nieuwe zorgaanbieder vragen om een overdracht. Een overdracht kan alleen met toestemming van de cliënt gegeven worden. Het formulier 'Overdracht zorgverlening bij opname intramuraal' uit het cliëntdossier, dient hierbij als overdracht samen met het laatste (meest actuele) cliëntenblad.
 - b. Als de cliënt niet meer woonachtig is in het werkgebied van ZONL kan de cliënt of de nieuwe zorgaanbieder vragen om een overdracht. Ook hier is toestemming van de cliënt nodig. Voldoende is het laatste (meest actuele) cliëntenblad over te dragen tenzij meer informatie gevraagd wordt. Vraagt de nieuwe zorgaanbieder meer informatie dan moet de cliënt daar wederom toestemming voor geven.

Als de cliënt naar een andere vorm van zorgverlening gaat binnen ZONL (bijv. van extramurale naar intramurale zorg), gaat het cliëntdossier opgeschoond met de cliënt mee. De ontvanger vult aan en wijzigt en archiveert de vervangen documenten.

- c. Bij overlijden van een cliënt is de indicatie automatisch verlopen. Er kan daarna met eventuele mantelzorgers nog een afsluitend gesprek plaats vinden. Als er bij de aanwezige mantelzorg toch nog een zorgvraag is, kan een nieuwe indicatie of beschikking (afhankelijk van de zorgvraag) aangevraagd worden.
Het regiosecretariaat verstuurt namens ZONL en het team een condoleance. Wanneer zorg werd verleend aan een alleenstaande, dan dient ook een correspondentieadres doorgegeven te worden. Dit adres moet aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK) worden doorgegeven in verband met het versturen van de rekening.
- d. Als de afgegeven indicatie verlopen is, is er geen recht meer op zorg. Ook in dat geval dient de zorg afgesloten te worden.

Clïëntdossier

Het cliëntdossier blijft bij de cliënt zolang er zorg verleend wordt. Pas als alle thuiszorg afgesloten wordt, neemt de laatste medewerker het cliëntdossier mee naar kantoor en levert het in bij de manager V&V. Indien een cliëntsituatie kan worden afgesloten, dient de manager V&V dit door te geven aan BZO. Men geeft de laatste dag dat de cliënt zorg ontvangt door en de reden van de afsluiting.

Indien na de afsluiting van de zorgverlening de familie of cliënt zelf de inhoud van het cliëntdossier wil houden, dan kan de inhoud, voor dit doel, gekopieerd worden. Dit altijd op het origineel vermelden welke bij ZONL in het archief bewaard wordt.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
12 van 13

De manager V&V schoont het cliëntdossier op (of laat dit opschonen) en levert de opgeschoonde informatie aan bij het regiosecretariaat.

De volgende cliëntgegevens worden bewaard:

- NAW gegevens;
- Ondertekende zorgleveringsovereenkomst;
- Laatste (meest actuele) cliëntenblad met daarop (het meest actuele) ondertekende zorgarrangement;
- Medicatielijsten;
- Zorg- en behandelplannen;
- Persoonlijke rapportage;
- Verwijsbrieven van artsen en andere behandelaars;
- Uitkomsten van onderzoeken/behandelingen;
- Adreswijzigingen: alleen het laatste (huidige) adres van de betreffende cliënt.

Deze informatie wordt door de manager V&V gebundeld aangeleverd in plastic insteekhoezen. Bovenop wordt het cliëntenblad gedaan waarop handmatig de datum en reden uit zorg is vermeld.

Het regiosecretariaat archiveert de gegevens op alfabet. Naam en geboortedatum met de datum van de afsluiting van de zorgverlening, rechts boven op de enveloppe of op het dossier. De gegevens worden in een afgesloten kast of ruimte maximaal twee jaar bewaard bij het regiosecretariaat. Van de rapportage mogen geen samenvattingen worden gemaakt, alles wordt bewaard.

Na twee jaar worden de afgesloten cliëntdossiers op alfabet per jaargang in een doos door de manager van het regiosecretariaat aangeboden aan het Facilitair Bedrijf voor het centrale archief. De manager Facilitair Bedrijf zorgt ervoor dat de jaargang opgeslagen wordt in het centrale archief en 15 jaar na afsluiting van de zorg wordt vernietigd.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 015	Primair proces Verzorging & Verpleging	01-09-2007	01-09-2008	002

Pagina
13 van 13

Bijlage 11

'Uitgangspunten planning zorg'



Zorggroep Oude en Nieuwe Land
Handboek Regelingen & Procedures, code REG 011
Reikwijdte: Thuiszorg

UITGANGSPUNTEN PLANNING ZORG

Beheer inhoud:	Manager RVE 2	Verantwoordelijk:	Manager RVE 2
Opgeslagen in pc:	kwaliteit/vastgestelde documenten	Paraaf:	
Aantal pagina's:	8	Datum autorisatie:	22-06-2007
Ingangsdatum: 01-07-2007		Versie: 001	
		Evaluatiedatum: 01-07-2008	

UITGANGSPUNTEN PLANNING ZORG

DOEL: Vastleggen van de procedure met betrekking tot de zorgplanning zowel cliënt- als medewerkergericht.

VERANTWOORDELIJKE

MEDEWERKERS: (Inzet-)planners, managers V&V, Eerst Aanspreekbare Verzorgenden en medewerkers Zorg.

Uitgangspunten weekplanning V&V thuiszorg – cliëntgericht

Nr.	Uitgangspunt:	Door wie	Toelichting
1.	Indicatie	Ziekenhuis Manager V&V	De indicatie is het "legitiem" startpunt voor het leveren van zorg.
2.	Leveringsvoorwaarden besproken en voor akkoord getekend.	Medewerker Bij voorkeur EAV	Zonder de getekende leveringsvoorwaarden (cliëntarrangement), kan een cliënt zorg afnemen, maar de financiële consequenties hiervan ter discussie stellen. In de praktijk is het niet altijd mogelijk om de leveringsvoorwaarden te bespreken. Eén week na eerste huisbezoek. → Check Arbo.
3.	Ziektebeeld	Planner ¹ EAV	Daar waar het ziektebeeld leidend is voor de zorgvraag c.q. tijd, zal deze worden gehonoreerd. Bijv. insuline.
4.	Het cliëntdossier ² is aanwezig met daarin alle voor de zorg benodigde informatie.	Medewerker Bij voorkeur EAV	Het cliëntdossier is de vertaling van de zorgvraag voor de medewerkers. Met het roosteren wordt uitgegaan van de situatie dat alles aanwezig is om de zorg binnen de geplande tijd te verrichten. Het cliëntdossier moet z.s.m. bij de cliënt aanwezig zijn.
5.	Medewerkers	Planner	Zorg wordt zoveel mogelijk door dezelfde medewerker(s) van één team verleend. Naar gelang de zorgvraag kunnen méér dan de in eerste instantie afgesproken medewerkers of teams ingezet worden. Medewerkers worden niet bij eigen familie/vrienden ingezet. Daarnaast kunnen zowel cliënt als medewerker aangeven dat verdere samenwerking niet gewenst is.

¹ Met planner wordt degene bedoeld die de planning maakt, hoeft geen aparte functie te zijn

² Met cliëntdossier wordt ook bedoeld: zorgdossier en zorgmap.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 011	Uitgangspunten weekplanning Zorg	01-07-2007	01-07-2008	001

Pagina
2 van 8

Nr. Uitgangspunt:		Door wie	Toelichting
6.	Tijdafspraken	Medewerker Bij voorkeur EAV (bij uitleg leveringsvoorwaarden)	Het tijdstip waarop zorg verleend wordt komen in overleg met de cliënt tot stand. Hierin worden marges afgesproken van een ½ uur (vroeger of later). Uiteraard alleen daar waar het ziektebeeld dit toelaat. Afspraken in het weekeinde en feestdagen kunnen afwijken van de afspraken gedurende de week. Afspraken betreffende dagopvang worden gehonoreerd.
7.	Afwijkingen zorgplan	cliënt	Afwijken van gemaakte afspraken moet tijdig (2 werkdagen van tevoren) doorgegeven worden, zodat de planning hierop aangepast kan worden. Indien dit niet gebeurt, dan wordt de gebruikelijke zorgtijd in rekening gebracht. Als een medewerker bij een andere cliënt ingezet wordt, wordt die tijd niet in rekening gebracht.
8.	24 uur zorg	Cliënt voor hulpvraag Planner voor het rooster	Cliënten kunnen gedurende 24 uur/7 dagen in de week een beroep doen op ZONL. Het grootste aandeel hiervan zal vooraf afgesproken zorg zijn. Echter, de nieuwe aanmeldingen en cliëntmutaties gedurende de week maken het een "dynamisch" rooster, en geen "statisch" gegeven. Zeker met ook nog de medewerkers mutaties (ziekte, verlof etc.) die binnen hetzelfde rooster verwerkt moeten worden.
9.	Deskundigheid (Breed Inzetbaar Verzorgende)	Manager V&V	Aan cliënten wordt zorg verleend door deskundige medewerkers. De planner houdt rekening met evt. bijzonderheden, zodat geen verkeerde "match" tot stand komt. Hierbij moet rekening gehouden worden met o.a. het bekwaam zijn van de desbetreffende medewerker.
10.	Minimale zorgtijd	Medewerker Bij voorkeur EAV (bij uitleg leveringsvoorwaarden)	De handelingen worden standaard op 15.minuten ingepland er van uitgaande dat de zorg ook daadwerkelijk verleend wordt. Uitzonderingen zijn de situaties waarbij minder tijd gevraagd wordt door de cliënt en/of een kleinere indicatie afgegeven is. PGB wordt minimaal 30 minuten per bezoek in rekening gebracht.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 011	Uitgangspunten weekplanning Zorg	01-07-2007	01-07-2008	001

Pagina
3 van 8

Nr. Uitgangspunt:		Door wie	Toelichting
11.	Spaarzorg	planner	Niet gebruikte, maar wel geïndiceerde tijd wordt gereserveerd en kan op een later tijdstip ingezet worden, max. 4 weken Dit is niet in registratie/ Caress terug te zien, zal naar inzicht van de planner gebeuren of indicatie niet geheel is benut in de periode daar voor.
12.	Eerste aanspreekbare	Manager V&V i.o.m. medewerker	Per cliënt wordt een medewerkster uit het team aangewezen die alle zorggerelateerde zaken bespreekt, rapporteert en zonodig verwoord naar derden. Dit betekent voor het rooster dat iedere medewerker in de week een marge aan tijd krijgt voor "extra taken". Dit kan zijn de reeds gereserveerde tijd uitbreiden of op een ander tijdstip (bijv. einde route) teruggaan.
13.	Algemene Bereikbare Dienst / Bereikbare Dienst Zorg / Pieperdienst (verpleging)	Cliënt	Te bereiken van ma-vrij 17.00 – 8.00 en in het weekend en met feestdagen, voor alle voorkomende cliëntgerichte zorgvragen. Staat los van de planning van alle zorgteams; is er puur ter ondersteuning van zowel de cliënt als de medewerker. (ABD en BD werken vanuit huis.)

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 011	Uitgangspunten weekplanning Zorg	01-07-2007	01-07-2008	001

Pagina
4 van 8

Uitgangspunten weekplanning V&V thuiszorg - medewerkergericht

Nr. Uitgangspunt:		Door wie	Toelichting
1.	Contract(uren)	Manager V&V planner	De afspraken verwoord in het contract zijn bepalend en leidend voor de inzet. Bij inzet wordt uitgegaan van het minimum aan contracturen.
2.	Deskundigheid (bevoegd en bekwaam)	Medewerkers	Manager en planner hebben een overzicht van welke medewerker bevoegd en bekwaam is. De medewerkers zelf zijn verantwoordelijk voor het bekwaam blijven in het uitvoeren van alle handelingen (6 mnd een handeling niet gedaan is onbekwaam).
3.	Verlof aanvragen	Medewerker Manager V&V eind beslissing	Zie Vakantieregeling. Verlof op korte termijn gaat in overleg met de manager. Honorering van aanvragen is op basis van totaalaanvraag verlof van team. Maximaal verlof van team op enig moment is 30%.
4.	Reistijd	planner	Routes worden zo efficiënt mogelijk per wijk gepland. Bij inzet in de buitenwijken zal rekening gehouden moeten worden met extra reistijd. Dit komt niet ten laste van de cliënt. (zie ook nr. 14)
5.	Bijzonderheden	Manager V&V i.o.m. medewerker	Bijzonderheden per medewerker zoals allergie voor huisdieren/roken etc. worden gerespecteerd.
6.	Beschikbaarheidsdienst	Manager V&V	Alle medewerkers van het zorgteam worden in een roulerend schema ingezet als beschikbaarheidsdienst. In het perioderooster wordt je ingepland, zodat je weet wanneer je van 7.00-9.00 uur bereikbaar moet zijn voor acute ziekmeldingen en beschikbaar bent van 7.00-11.00 uur. Ben je niet gebeld voor 9.00 uur dan hoef je niet te werken en schrijf je ma-vrij 15 minuten en za- zo en feestdagen 30 minuten op code 040.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 011	Uitgangspunten weekplanning Zorg	01-07-2007	01-07-2008	001

Pagina
5 van 8

Nr. Uitgangspunt:		Door wie	Toelichting
7.	Eerste Aanspreekbare Verzorgende	EAV	Per cliënt wordt een medewerkster uit het team aangewezen die alle zorggerelateerde zaken bespreekt, vastlegt in zorgplan en zonodig verwoord naar derden. Dit betekent voor het rooster dat iedere medewerker in de week een marge aan tijd krijgt voor "extra taken". Dit kan zijn de reeds gereserveerde cliënttijd uitbreiden (zeker bij aanvang zorg) of op een ander tijdstip (bijv. einde route) teruggaan.
8.	Algemene Bereikbare Dienst / Bereikbare Dienst Zorg / Pieperdienst (verpleging)	medewerker	Te bereiken van ma-vrij 17.00 – 8.00 en in het weekend en met feestdagen, voor alle voorkomende cliëntgerichte zorgvragen. voor alle voorkomende cliëntgerichte zorgvragen. Ter ondersteuning van de medewerkers bij calamiteiten. (ABD en BD werken vanuit huis)
9.	Medewerkerlijsten	Planner Manager V&V	Medewerkers hebben de beschikking over de adressen van de directe collega's. Deze worden door de planner uit Caress of via zelf samengestelde lijst verspreidt.
10.	Cliëntenlijst	planner	Medewerkers hebben cliëntgegevens (NAW, contactpersoon met telefoonnummer, wie EAV is, sleutelcode, enz.) nodig. Deze worden door de planner uit Caress samengesteld. Frequentie van verspreiden is naar eigen inzicht. Oude informatie wordt ingeleverd bij de planner en versnipperd.
11.	Aanvullende informatie	Planner medewerker	Ter ondersteuning heeft iedere medewerker info nodig om haar/zijn werk onder alle omstandigheden te verrichten. Telefoonnummers van kantoor/ Bereikbaarheidsdiensten /huisartsen /voorzittende voorzieningen als Tafeltje-Dek-Je etc. moeten in bezit zijn van de medewerker.
12.	Routes	Planner	Per team zijn alle medewerkers op de hoogte van de routes/beschikbaarheid van de collega's. Bij problemen kan men op elkaar terugvallen. De routes worden tijdens de teamvergaderingen besproken. Mutaties worden tijdens kantooruren doorgegeven door de planner of via communicatieschrift. Buiten kantooruren is dit een taak van de Algemene Bereikbare Dienst en de Bereikbare Dienst Zorg.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 011	Uitgangspunten weekplanning Zorg	01-07-2007	01-07-2008	001

Pagina
6 van 8

Nr. Uitgangspunt:		Door wie	Toelichting
13.	Rooster	planner	Op het rooster staat: cliënt naam, straat en huisnummer, woonplaats, cliëntnummer, voornaamste handeling, productcode en duur van de handeling/ zorgverlening.
14.	Werktijden	Manager V&V medewerker	ZONL heeft afgesproken dat uitvoerenden in de zorg een geplande pauze hebben tussen 11.30 uur en 14.00 uur, als ze langer werken dan 5,5 uren. Indien deze pauze op initiatief van de organisatie langer duurt dan 1 uur, is er geen sprake van een pauze maar van een breuk. Bij een breuk is het zo dat de tijd die nodig is om naar huis te rijden en weer terug en de reiskosten vergoed worden door de organisatie. Dus bij pauze niet: bij pauze is dit eigen tijd en eigen kosten.
15.	Praktijkinstructeur	Manager V&V Praktijkinstructeur	Ieder zorgteam heeft een praktijkinstructeur. Hij/zij ziet erop toe dat de zorg verleend wordt volgens protocol. De praktijkinstructeur krijgt hiervoor structureel 11 uur per periode, inclusief vergadertijd, en wordt dan niet ingezet bij cliënten. Deze uren kunnen zowel over de periode verspreid opgenomen worden of wekelijks in de rooster verwerkt worden. Verpleegkundige teams worden deskundig gehouden door MTH-collega.
16.	Duur routes	planner	Medewerkers krijgen routes aangeboden van minimaal 2 uur. Inzet op kortere routes betekent dat deze door de medewerker aangevuld mogen worden, als er geen andere werkzaamheden voor handen zijn, met "geen of ander werk" tot het minimum van 2 uur. Dit geldt niet voor cursus of overleg.
17.	Wachttijd	Planner Medewerker Bij dilemma's manager V&V	Indien er tijdens een route een "opening" is, waardoor men moet wachten voordat men een volgende cliënt bezoekt mag er wachttijd genoteerd worden. De planner heeft de taak om dit te minimaliseren.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatiedatum	Versie
REG 011	Uitgangspunten weekplanning Zorg	01-07-2007	01-07-2008	001

Pagina
7 van 8

Nr. Uitgangspunt:		Door wie		Toelichting
18.	Inzetbaarheid			De afspraak is dat medewerkers flexibel ingezet kunnen worden van 07.00-23.00 uur / 7 dagen in de week. De werkgever stelt de werktijden vast na overleg met de medewerker. Het is aan de manager om de afspraken hieromtrent te maken met de medewerkers, zodat de juiste afstemming plaatsvindt met de in te vullen zorguren. De praktijk laat zien dat zeer soepel omgegaan wordt met de inzet, d.w.z. rekening houden met starttijden (8.30 i.p.v. 7.30 als eerst kinderen naar school gebracht moeten worden), alleen avond en weekenddiensten (voor medewerkers met kleine kinderen), alleen weekdiensten (voor medewerkers die geen AWN diensten willen draaien). Hiermee kan de "dynamische" zorgvraag ingevuld worden en zijn medewerkers in staat om privé en werk op elkaar af te stemmen. Starheid t.a.v. inplannen van medewerkers zal een direct (negatief) gevolg hebben t.a.v. klantgericht werken.
19.	Perioderooster		Manager V&V	Er wordt gewerkt met een periode van 4 weken. In de laatste week van de periode moet het nieuwe perioderooster al klaar zijn en vastgesteld. In het perioderooster staat wanneer wie werkt en wat voor dienst het is (ochtend- middag- avond- beschikbaarheidsdienst –cursus). Na vaststellen moeten medewerkers onderling met elkaar ruilen als ze vrij willen en doorgeven aan de planner.

Code	Naam document	Ingangsdatum	Evaluatedatum	Versie
REG 011	Uitgangspunten weekplanning Zorg	01-07-2007	01-07-2008	001

Pagina
8 van 8

Bijlage 12

'Start zorgverlening thuiszorg – Checklist'

Bron: ZONL, cliëntdossier

START ZORGVERLENING THUISZORG - CHECKLIST

Naam cliënt: de heer/mevrouw _____

	Onderwerp	Naam	Functie	Datum
	Informatieverstrekking ☐ Algemene informatie geven en gebruik van het cliëntdossier uitleggen. ☐ Zorgleveringsovereenkomst bespreken en in tweevoud laten ondertekenen door de manager V&V/teammanager HHZ en daarna door de cliënt/vertegenwoordiger cliënt. ☐ Op basis van het cliëntenblad Caress controleren of de gegevens op het cliëntenblad juist en volledig zijn weergegeven. Zo nodig gegevens aanvullen c.q. wijzigen. ☐ Alle informatie, die in de showtas voorin het cliëntdossier zit, bespreken. ☐ De bereikbaarheid van de organisatie (ook buiten kantooruren) toelichten. ☐ Het zorgleefplan toelichten. ☐ Informeren over evalueren en bijstellen zorgleefplan/deskundigheid. ☐ Werkwijze van het team uitleggen. ☐ Taken en werkwijze van de Eerst Aanspreekbare Verzorgende/Verpleegkundige (EAV'er) uitleggen. ☐ Continuïteit van de zorgverlening aan de orde stellen. ☐ Werkwijze 'Gewoon Schoon' en Frequentie Takenplan (FTP) toelichten.			
	Uitgevoerd ☐ Arbocheck uitvoeren en toelichten. ☐ Overleggen waar het cliëntdossier wordt bewaard en wie buiten de medewerkers van Zorggroep Oude en Nieuwe Land het cliëntdossier mag inzien/gebruiken. ☐ Anamnese. ☐ Sleutelovereenkomst. ☐ Zorgleefplan ondertekenen door cliënt. ☐ Medicijnlijst. ☐ Bewegingsplan. ☐ Risicoscorelijst decubitus. ☐ Opdracht tot voorbehouden en risicovolle handelingen.			

Bijlage 13

'Overdracht en/ of afronding zorg- en dienstverlening – Checklist'

Bron: ZONL, cliëntdossier

OVERDRACHT EN/OF AFRONDING ZORG- EN DIENSTVERLENING – CHECKLIST

Naam cliënt: de heer/mevrouw _____

		Datum	Naam	Functie
Overplaatsing (Zowel binnen de Zorggroep als naar een andere organisatie)				
1.	De beslissing om de zorg af te sluiten / over te dragen heeft in overleg met de cliënt ¹ plaatsgevonden.			
2.	Met de cliënt is gesproken over het soort vervolg- of nazorg en dit is vastgelegd op het formulier 'Samenvatting zorgverlening', tab Zorgleefplan in het dossier.			
3.	De cliënt is geïnformeerd over de organisatie die de zorg-/ dienstverlening overneemt.			
4.	<i>Indien relevant</i> Cliënt is naar het CIZ verwezen voor een nieuwe indicatie.			
5.	In samenspraak met de cliënt is de zorg overgedragen. <i>Bij interne overplaatsing:</i> – Dossier gaat met de cliënt mee; <i>Bij externe overplaatsing:</i> – Overdracht (aan o.a. arts, specialist, fysiotherapie) betreffende de aandachtsgebieden zorg, wonen en welzijn. De overdracht is aan de cliënt meegegeven.			
Einde zorgverlening/ontslag/overlijden				
6.	<i>Intramuraal</i> Er zijn afspraken gemaakt met de cliënt en/of diens familie over de zorg rond het levenseinde en deze zijn vastgelegd in het dossier op het formulier 'Anamnese arts', tab Medische dienst.			
7.	In samenspraak met de cliënt zijn de noodzakelijke gegevens overgedragen aan relevante organisaties en zorg-/ hulpverleners.			
8.	<i>Indien relevant</i> Het afhandelen van nog lopende zaken (bijvoorbeeld klachten, ontruimen appartement) is geregeld. De gemaakte afspraken hierover zijn vastgelegd in het dossier op het formulier 'Specifieke afspraken/registratielijst', tab Controle en scorelijsten.			
9.	Met de cliënt is een afspraak gepland voor een eindevaluatie (ongeveer drie weken na einde zorgverlening).			
10.	De datum van de laatste dag van de zorgverlening is vastgelegd in het dossier.			
11.	De eindevaluatie van de zorg met de cliënt heeft plaatsgevonden en is gerapporteerd op het formulier 'Samenvatting zorgverlening', tab Zorgleefplan.			

¹ Met cliënt wordt ook diens vertegenwoordiger bedoeld.

Bijlage 14
Functieomschrijving
'Wijkverpleegkundige'

Functiebeschrijving Wijkverpleegkundige

Organisatie:	Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land
Afdeling:	Verpleging
Functie:	Wijkverpleegkundige
Integraal manager:	Regiomanager Verpleging
Vastgesteld door directeur d.d.:	12 maart 2004
Peildatum:	1 juli 2003

Kern van de functie

Het verrichten van verpleegkundige taken bij cliënten in de thuissituatie, d.w.z. het overnemen van, begeleiden bij of adviseren over de zelfzorg waartoe de patiënt vanwege ziekte, handicap of stoornis zelf niet in staat is, en die noodzakelijk is voor de gezondheid of het welbevinden.

Situatieschets

De zorgvraag van de cliënt kan betrekking hebben op verpleging, verzorging, medisch-technisch handelen en de begeleiding bij de verwerking van het ziekteproces. De zorgvraag van de cliëntengroep is meestal hoogcomplex en sterk aan verandering onderhevig. De werktijden van de wijkverpleegkundige liggen tussen 07.00 uur en 23.00 uur.

Plaats in de organisatie

De wijkverpleegkundige is een uitvoerend medewerker, werkzaam binnen een verpleegkundige praktijk. Een verpleegkundige praktijk bestaat uit een team van 10-16 verpleegkundigen (wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in de wijk), die verpleegkundige zorg bieden aan cliënten in de thuissituatie. Een verpleegkundige praktijk is onderdeel van de eenheid verpleging.

Leiding geven/leiding ontvangen

Hiërarchisch wordt leiding ontvangen van de regiomanager Verpleging. Operationeel wordt leiding ontvangen van en verantwoording afgelegd aan de teamleider Verpleging. Een wijkverpleegkundige geeft functioneel aanwijzingen aan collega's zoals breed inzetbaar verzorgenden en verpleegkundigen in de wijk.

Interne/externe contacten

Intern

- Heeft regelmatig contact met leidinggevende en collega's uit het team, o.a. middels het teamoverleg.
- Heeft regelmatig contact met collega's van andere eenheden en afdelingen o.a. i.v.m. deelname aan projecten/werkgroepen.

Extern

- Onderhoudt contact met huisartsen.
- Heeft regelmatig contact met andere hulpverleners uit de 1^e en 2^e lijn o.a. i.v.m. deelname aan projecten/werkgroepen.

Taken/verantwoordelijkheden in hoofdlijnen

1. Vaststellen, plannen en coördineren van verpleegkundige zorg.
2. Uitvoeren van de verpleegkundige zorg.
3. Bewaken van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.
4. Leveren van bijdragen aan het beleid en beheer van de eenheid verpleging.

Uitwerking in activiteiten/resultaten

Taak 1: Vaststellen, plannen en coördineren van verpleegkundige zorg:

- Voert op basis van de indicatiestelling de verpleegkundige intake uit.
- Stelt verpleegkundige diagnoses op en op basis daarvan een verpleegplan.
- Formuleert het beoogde resultaat van de verpleegkundige zorg.
- Kiest verpleegkundige interventies.
- Wijst op basis van het verpleegplan taken toe aan collega's.

Taak 2: Uitvoeren van de verpleegkundige zorg:

- Biedt verpleegkundige, verpleeg technische en medisch technische zorg.
- Begeleidt de cliënt en mantelzorgers bij de verwerking van het ziekteproces.
- Informeert en adviseert de cliënt en diens naasten.
- Geeft advies, voorlichting en instructie gericht op preventie, en handhaven en bevorderen van zelfzorg.
- Coördineert het zorgproces binnen het eigen team en met andere disciplines (intern en extern).

Taak 3: Bewaken van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg:

- Signaleert tussentijdse veranderingen en stelt op basis hiervan en op basis van evaluaties het verpleegplan bij.
- Evalueert tussendoor en na afloop de bijdrage van de verpleegkundige zorg en de samenwerking met de cliënt daarin.
- Bewaakt en bevordert de kwaliteit van de zorgverlening, de samenwerking met andere disciplines en de tevredenheid van de cliënt over de organisatie van de zorg.
- Doet voorstellen ter verbetering op cliëntniveau en het niveau van de verpleegkundige eenheid en levert een bijdrage aan het interne kwaliteitsbeleid.
- Instrueert en begeleidt stagiaires en (nieuwe) medewerkers in alle fasen van het leer- en inwerkproces m.b.t. de verpleegkundige zorgverlening.

Taak 4: Leveren van bijdragen aan het beleid en beheer van de eenheid verpleging:

- Levert een bijdrage aan het verbeteren van het beleid van de eenheid verpleging door (nieuwe) standaarden, procedures, werkafspraken en werkmethodes mee te ontwikkelen.
- Gaat op effectieve en efficiënte manier om met (verpleeg technische) apparaten en middelen.
- Ontwikkelt samen met anderen binnen een aandachtsveld werkmethoden en protocollen.
- Registreert en hanteert (geautomatiseerde) registratiesystemen, bijv. mutaties van cliënten, AIV aanvragen.

Functie-eisen, vaardigheden en verantwoordelijkheden

Kennis:

- Heeft een afgeronde verpleegkundige HBO opleiding op kwalificatieniveau 5 en is BIG-geregistreerd.
- Houdt vereiste kennisniveau (vakgebied, hulpmiddelen en aandachtsvelden) en ontwikkelingen op verpleegkundig gebied bij.
- Heeft kennis van en inzicht in de regionale sociale kaart en onderhoudt dit.

Zelfstandigheid:

- Werkt zelfstandig volgens door de instelling vastgestelde protocollen en richtlijnen.
- Organiseert het eigen werk en kan complexe en niet alledaagse problemen zelfstandig oplossen.

- Neemt zelfstandig besluiten voor interventies in hoogcomplexiteitssituaties en kan terugvallen op (kennis van) MTH verpleegkundigen, leidinggevenden, stafbureau verpleging en externe deskundigheid.

Sociale vaardigheden:

- Bij het stimuleren van veranderingsbereidheid bij cliënten, het voeren van slechtnieuws gesprekken en het begeleiden van cliënten en mantelzorgers zijn eigenschappen als tact, kunnen luisteren, respect, inlevingsvermogen en geduld van belang.
- Kan cliënten overtuigen, stimuleren en motiveren bij hun zelfzorg en bij het aanbrengen van structuur, kan omgaan met weerstanden en beschikt hierbij over doorzettingsvermogen.
- Kan in teamverband feedback geven en ontvangen, kan reflecteren op eigen handelen en kan omgaan met conflicten.
- Kan samenwerken met andere disciplines, zowel binnen als buiten de organisatie.
- Behoudt en draagt de eigen rol en positie uit richting cliënt, diens relaties en andere disciplines.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed:

- Er is een kans op het veroorzaken van lichamelijk/geestelijk letsel of materiële schade tijdens de uitvoering van de werkzaamheden bij de cliënt thuis.
- De medewerker heeft tijdens overlegmomenten de mogelijkheid tot het aanwenden van invloed op besluitvorming m.b.t. de zorgverlening en het beleid van de eenheid.
- Is verantwoordelijk voor het opstellen van het verpleegplan en onderhouden en uitvoeren van de algemene verpleegkundige werkzaamheden.

Uitdrukkingsvaardigheid:

- Mondelinge uitdrukkingsvaardigheid is vereist in de omgang met en bij het geven van voorlichting en klinische lessen/cursussen aan collega's en andere disciplines en met name bij cliënten, familie en mantelzorg waarbij vaktaal in voor leken begrijpelijke taal omgezet moet worden.
- Schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is noodzakelijk bij het opstellen en onderhouden van verpleegplannen, verslaglegging van gegevens en overdrachten.

Bewegingsvaardigheid:

- Bewegingsvaardigheid is nodig bij het verrichten van verpleegkundige, verpleeg technische en medisch technische handelingen zoals het bedienen van infuus-, voedings- en pijnpompen, injecteren en het inbrengen van sondes en catheters.

- Bewegingvaardigheid is van belang, omdat er in ook krappe onaangepaste ruimtes zorg verleend moet worden.

Oplettendheid:

- Oplettendheid, signaleren en actie ondernemen is vereist bij diverse werkzaamheden zoals het tegelijkertijd in de gaten houden van zowel de fysieke als de psychosociale toestand van de cliënt waarbij een beroep gedaan wordt op het verpleegkundig observatievermogen (klinische blik). Onvoldoende oplettendheid heeft consequenties voor de voortgang en de kwaliteit van het eigen werk en/of het welbevinden van de patiënt.
- Houdt overzicht over het totale proces waarbij zowel detailpunten als de grote lijnen naast elkaar een rol spelen en in elkaars verlengde liggen.
- Is in staat te signaleren en actie te ondernemen wanneer een cliënt naar een andere eenheid kan of wanneer interventie door een andere discipline geëigend is.
- Onrustige omgevingsfactoren kunnen invloed hebben op de oplettendheid hetgeen gevolgen kan hebben voor de cliënt ten aanzien van veiligheid en conditie.

Overige functie-eisen:

- Noodzakelijk is dat er hygiënisch / systematisch / methodisch en ordelijk wordt gewerkt.
- Er worden eisen gesteld aan de integriteit, betrouwbaarheid en correct gedrag met betrekking tot het omgaan met cliënten en cliëntengegevens (beroepsgeheim).
- Volharding en doorzettingsvermogen zijn nodig in moeilijke en soms schijnbaar uitzichtloze situaties.
- Eisen worden gesteld aan het gevoel voor het menselijk lichaam, materiaal en/of apparatuur.

Inconveniënten:

- Er is sprake van fysieke belasting door het veelvuldig tillen en verplaatsen van cliënten soms in niet optimale ergonomische omstandigheden (werkplek is woning cliënt).
- Psychische belasting kan optreden door bijvoorbeeld ongewenste intimiteiten, agressie, valse beschuldigingen en door confrontatie met lijden en leed van de cliënt, mantelzorgers en omgeving.
- Cliënten uiten zich soms met agressie, daardoor is enige kans op persoonlijk letsel.
- Bezwarend is het contact met bloed en excretieproducten van met name cliënten die chemokuren ondergaan of cliënten die een besmettelijke ziekte hebben. Dit brengt risico mee waarbij het belangrijk is dat men beschermende maatregelen in acht neemt.

- Scheiding van werk en privé is niet altijd mogelijk, o.a. door de telefonische patiëntenoverdracht voorafgaande aan een dienst.
- Psychische belasting kan optreden door het solistisch werken.
- Psychische belasting kan optreden door het onder alle weersomstandigheden en in de avonden naar cliënten gaan.

Bijlage 15
Functieomschrijving
'Verpleegkundige in de wijk'

Functiebeschrijving Verpleegkundige in de wijk

Organisatie:	Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land
Afdeling:	Verpleging
Functie:	Verpleegkundige in de wijk
Integraal manager:	Regiomanager Verpleging
Vastgesteld door directeur d.d.:	27 februari 2004
Peildatum:	1 juli 2003

Kern van de functie

Het verrichten van verpleegkundige taken bij cliënten in de thuissituatie, d.w.z. het overnemen van, begeleiden bij of adviseren van de patiënt en mantelzorg over de (zelf)zorg waartoe de patiënt vanwege ziekte, handicap of stoornis zelf niet in staat is, en die noodzakelijk is voor de gezondheid of het welbevinden.

Situatieschets

De zorgvraag van de cliënt kan betrekking hebben op verpleging, verzorging, medisch technisch handelen en de begeleiding bij de verwerking van het ziekteproces. De zorgvraag van de cliëntengroep is meestal gemiddeld tot hoogcomplex en sterk aan verandering onderhevig. De verpleegkundige in de wijk werkt in alle cliëntsituaties; de wijkverpleegkundige is in hoogcomplexere situaties doorgaans de eerst verantwoordelijke. De werkzaamheden worden verricht van maandag tot en met zondag tussen 07.00 en 23.00 uur.

Plaats in de organisatie

De verpleegkundige in de wijk is een uitvoerend medewerker, werkzaam binnen een verpleegkundige praktijk. Een verpleegkundige praktijk bestaat uit een team van 10-16 verpleegkundigen (wijkverpleegkundigen en verpleegkundigen in de wijk), die verpleegkundige zorg bieden aan cliënten in de thuissituatie. Een verpleegkundige praktijk is onderdeel van de eenheid verpleging.

Leiding geven/leiding ontvangen

Hiërarchisch wordt leiding ontvangen van de regiomanager Verpleging. Ontvangt operationeel leiding van en legt verantwoording af aan de teamleider Verpleging.

Interne/externe contacten

Intern

- Heeft wekelijks contact met leidinggevende en collega's uit het team, o.a. middels het teamoverleg.
- Heeft incidenteel contact met collega's van andere eenheden en afdelingen.

Extern

- Heeft extern contact met huisartsen.
- Heeft incidenteel contact met andere hulpverleners uit de 1^e en 2^e lijn.

Taken/verantwoordelijkheden in hoofdlijnen

1. Vaststellen en plannen van verpleegkundige zorg.
2. Uitvoeren van de verpleegkundige zorg.
3. Bewaken van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.
4. Leveren van bijdragen aan het beleid en beheer van de eenheid verpleging.

Uitwerking in activiteiten/resultaten

Taak 1: Vaststellen en plannen van verpleegkundige zorg:

- Voert op basis van de indicatiestelling de verpleegkundige intake uit.
- Stelt verpleegkundige diagnoses op en op basis daarvan een verpleegplan.
- Formuleert het beoogde resultaat van de verpleegkundige zorg.
- Kiest verpleegkundige interventies.

Taak 2: Uitvoeren van de verpleegkundige zorg:

- Biedt verpleegkundige, verpleeg technische en medisch technische zorg.
- Begeleidt de cliënt en mantelzorgers bij de verwerking van het ziekteproces.
- Informeert en adviseert de cliënt en diens naasten.
- Geeft advies, voorlichting en instructie gericht op preventie, en handhaven en bevorderen van zelfzorg, bijvoorbeeld advies m.b.t. incontinentie.

- Coördineert de zorg rondom de individuele cliënt, waarvoor de verpleegkundige in de wijk eerstverantwoordelijk is. Dit kan zowel bij de cliënt thuis of vanuit kantoor.

Taak 3: Bewaken van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg:

- Signaleert tussentijdse veranderingen en stelt op basis hiervan en op basis van evaluaties het verpleegplan bij.
- Evalueert tussendoor en na afloop de bijdrage van de verpleegkundige zorg en de samenwerking met de cliënt daarin.
- Bewaakt en bevordert de kwaliteit van de zorgverlening op individueel cliëntniveau, de samenwerking bij de cliënt met andere disciplines en de tevredenheid van de individuele cliënt over de organisatie van de zorg.
- Doet voorstellen ter verbetering op individueel cliëntniveau.
- Instrueert en begeleidt stagiaires en (nieuwe) medewerkers in de directe cliëntenzorg, en verricht daaruit voortkomende werkzaamheden.

Taak 4: Leveren van bijdragen aan het beleid en beheer van de eenheid:

- Levert een bijdrage aan het verbeteren van het beleid van de eenheid verpleging door werkafspraken en werkmethodes mee te ontwikkelen.
- Gaat op effectieve en efficiënte manier om met (verpleeg technische) apparaten en middelen.
- Registreert en hanteert (geautomatiseerde) registratiesystemen, bijv. mutaties van cliënten, AIV aanvragen.

Functie-eisen, vaardigheden en verantwoordelijkheden

Kennis:

- Heeft een afgeronde verpleegkundige MBO opleiding op kwalificatieniveau 4 en is BIG-geregistreerd.
- Houdt vereiste kennisniveau (vakgebied en aandachtsvelden) en ontwikkelingen op verpleegkundig gebied bij.
- Verwerft inzicht in de sociale kaart en onderhoudt dit.

Zelfstandigheid:

- Werkt zelfstandig volgens door de instelling vastgestelde protocollen en richtlijnen.

- Organiseert het eigen werk en kan niet alledaagse problemen in de cliëntenzorg zelfstandig oplossen.
- Valt in complexere situaties terug op kennis binnen het team (wv of teamleider) of de organisatie (leidinggevende / staf). Neemt zelfstandig besluiten op uitvoerend vlak in de individuele cliëntenzorg en kan daarbij terugvallen op (kennis van) de wijkverpleegkundigen of de teamleider Verpleging.

Sociale vaardigheden:

- Bij het stimuleren van veranderingsbereidheid bij cliënten, het voeren van slechtnieuwsgesprekken en het begeleiden van cliënten en mantelzorgers zijn eigenschappen als tact, kunnen luisteren, respect, inlevingsvermogen en geduld van belang.
- Kan cliënten overtuigen, stimuleren en motiveren bij hun zelfzorg en bij het aanbrengen van structuur, kan omgaan met weerstanden en beschikt hierbij over doorzettingsvermogen.
- Kan in teamverband feedback geven en ontvangen, kan reflecteren op eigen handelen en kan omgaan met conflicten.
- Kan samenwerken met andere disciplines, zowel binnen als buiten de organisatie.

Risico's, verantwoordelijkheden en invloed:

- Er is een kans op het veroorzaken van lichamelijk/geestelijk letsel of materiële schade tijdens de uitvoering van de werkzaamheden bij de cliënt thuis.
- De medewerker heeft tijdens overlegmomenten de mogelijkheid tot het aanwenden van invloed op besluitvorming m.b.t. de zorgverlening en het beleid van de eenheid.

Uitdrukkingsvaardigheid:

- Mondelinge uitdrukkingsvaardigheid is vereist in de omgang met cliënten, familie en mantelzorg, collega's en andere disciplines.
- Schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is van belang bij het opstellen en onderhouden van verpleegplannen, verslaglegging van gegevens en overdrachten.

Bewegingsvaardigheid:

- Bewegingsvaardigheid is nodig bij het verrichten van verpleegkundige, verpleeg technische en medisch technische handelingen zoals het bedienen van infuus-, voedings- en pijnpompen, injecteren en het inbrengen van sondes en catheters.
- Bewegingsvaardigheid is van belang, omdat er in ook krappe onaangepaste ruimtes zorg verleend moet worden.

Oplettendheid:

- Oplettendheid is vereist bij diverse werkzaamheden zoals het tegelijkertijd in de gaten houden van zowel de fysieke als de psychosociale toestand van de cliënt waarbij een beroep gedaan wordt op het verpleegkundig observatievermogen (klinische blik). Onvoldoende oplettendheid heeft consequenties voor de voortgang en de kwaliteit van het eigen werk en/of het welbevinden van de cliënt.
- Is in staat te signaleren en actie te ondernemen wanneer een cliënt naar een andere eenheid kan, of wanneer interventie door een andere discipline geëigend is.
- Houdt overzicht over het totale proces waarbij zowel detailpunten als de grote lijnen naast elkaar een rol spelen en in elkaars verlengde liggen.

Overige functie-eisen:

- Noodzakelijk is dat er hygiënisch / systematisch / methodisch en ordelijk wordt gewerkt.
- Er worden eisen gesteld aan de integriteit, betrouwbaarheid en correct gedrag met betrekking tot het omgaan met cliënten en cliëntengegevens.
- Volharding en doorzettingsvermogen zijn nodig in moeilijke, soms schijnbaar uitzichtloze situaties.

Inconveniënten:

- Er is sprake van fysieke belasting door het veelvuldig tillen en verplaatsen van cliënten.
- Psychische belasting kan optreden door bijvoorbeeld ongewenste intimiteiten, agressie, valse beschuldigingen en door confrontatie met lijden en leed van de cliënt, mantelzorgers en omgeving.
- Cliënten uiten zich soms met agressie, daardoor is enige kans op persoonlijk letsel.
- Bezwarend is het contact met bloed en excretieproducten van met name cliënten die chemokuren ondergaan of cliënten die een besmettelijke ziekte hebben.
- Scheiding van werk en privé is niet altijd mogelijk, o.a. door de telefonische patiëntenoverdracht voorafgaande aan een dienst.
- Onrustige omgevingsfactoren kunnen invloed hebben op de oplettendheid hetgeen gevolgen kan hebben voor de cliënt ten aanzien van veiligheid en conditie.

Bijlage 16

Aanvraagformulier

Verpleegkundig Consult

Bron: ZONL

Aanvraagformulier Verpleegkundig Consult

De zorgvrager is cliënt bij zorgteam

Naam cliënt

Adres

Postcode Woonplaats

Telefoon

Cliëntnummer

Huisarts en Tel.nr.

Naam Verzorgende

Datum aanmelding

Hoe te bereiken

Telefoon

Fax

Voorkeur/tijdstip

Afgehandeld door

Wv/Vidw

In te vullen door aanvrager verzorging:

Wat is het probleem?

Wat is nu de zorginzet?

Is de cliënt op de hoogte van de inzet van de verpleegkundige? Ja/nee

Wat verwacht je van de verpleegkundige?

Spoed? Ja/nee

In te vullen door de verpleegkundige:

Gemaakte afspraken:

Bijlage 17

Overdracht naar ziekenhuis/ poliklinieken en derden

Bron: ZONL, cliëntdossier

OVERDRACHT NAAR ZIEKENHUIS/POLIKLINIEK EN DERDEN

Exemplaar verpleegkundige/verzorgende

Naam medewerker	:	_____	Datum controle	:	_____
Functie medewerker	:	_____	Naam cliënt	:	_____
Telefoon	:	_____	Adres	:	_____
Bereikbaar van	:	_____ tot _____	Geb. datum	:	_____ tel.: _____
			Huisarts	:	_____ tel.: _____

Zorgverlening

Behandeling/verpleging/zorgverlening bestaat uit

Frequentie

Vragen/opmerkingen/bevindingen

Datum

Handtekening

Z.O.Z.

Naam specialist	:	_____	Ziekenhuis/polikliniek
Telefoon	:	_____	_____
Bereikbaar van	:	_____ tot _____	_____

Polikliniek

Antwoorden/bevindingen specialist

Voorgeschreven (evt. gewijzigde) behandeling

Vragen/opmerkingen t.a.v. de verpleging/verzorging thuis

Datum volgende controle polikliniek

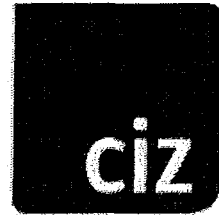
Datum

Handtekening

Bijlage 18

Afspraken ziekenhuis CIZ

Bron: CIZ, april 2009



CIZ locatie Assen
Lauwers 9
9400 BL Assen
Postbus 695
9400 AR Assen

Assen, 9 april 2009

Beste ketenpartners,

Vanuit de verschillende ziekenhuizen en zorgaanbieders zijn vragen aan het CIZ gesteld met betrekking tot de afhandelingstermijn/ingangsdatum van indicatiebesluiten van personen die zorg ontvangen aansluitend aan een opname in een ziekenhuis. In deze mail worden de door het CIZ de gehanteerde regelgeving nogmaals weergegeven.

1. * Voor zorgvragen van personen die na het ontslag uit het ziekenhuis zorg nodig zijn hanteert het CIZ een afhandelingstermijn van 48 uur. Het CIZ gaat er vanuit dat het ziekenhuis via het eigen ontslagbeleid rekening houdt met de afhandelingstermijn van 2 werkdagen bij het CIZ.
2. * Indien de zorgvraag past binnen de richtlijnen van een Sip (maximaal 3 SIPS per zorgvrager) dient het ziekenhuis 1 of meerdere SIPS in bij het CIZ. Bij een juist ingediende SIP is er sprake van een zorggarantie waardoor er geen probleem ontstaat met betrekking tot de ingangsdatum indicatiebesluit/start zorg.
3. * Indien het ontslag niet tijdig is te voorzien (situatie ad1), de cliënt met ontslag kan en de Zorg binnen 24 uur dient te starten, omdat er sprake zal zijn van **ernstige gezondheidsrisico's**, kan de **zorgaanbieder** die de zorg levert via de AF een spoedaanvraag indienen bij het CIZ. **Belangrijk in deze situatie is dat de zorgaanbieder tevens in de hulpvraag aangeeft dat het gaat om een cliënt die direct zorg nodig heeft vanwege ernstige gezondheidsrisico's, na ontslag ziekenhuis.** Dit om oneigenlijke spoedaanvragen te voorkomen.

Mocht u nog vragen hebben kunt u contact opnemen met Gonica van Maaren 06-13801040, Herman Heller 0610704655 of de CIZ medewerker die het relatiebeheer voor uw organisatie verzorgt.

Vriendelijke groeten,
Gonica van Maaren
Teamleider FOBO
CIZ locatie Assen

