qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnm

|  |
| --- |
| Proeve van bekwaamheid 2  Zorg Indiceren  Marjolein Kloet  Kitty Martens, hbo-vkrt1 |

Inhoud

[Samenvatting 3](#_Toc422045508)

[Abstract 3](#_Toc422045509)

[1. Inleiding 4](#_Toc422045510)

[1.1 Aanleiding 4](#_Toc422045511)

[1.2 Probleemanalyse 5](#_Toc422045512)

[1.3 Vraagstelling 6](#_Toc422045513)

[1.4 Doelstelling 6](#_Toc422045514)

[2. Onderzoeksopzet 6](#_Toc422045515)

[2.1 Methode 6](#_Toc422045516)

[2.2 Respondenten 6](#_Toc422045517)

[2.3 Dataverzameling 7](#_Toc422045518)

[2.4 Data-analyse 9](#_Toc422045519)

[3. Resultaten 9](#_Toc422045520)

[3.1 Literatuuronderzoek 9](#_Toc422045521)

[3.2 Uitkomsten interviews 10](#_Toc422045522)

[4. Conclusie 11](#_Toc422045523)

[5. Discussie 12](#_Toc422045524)

[6. Aanbevelingen 12](#_Toc422045525)

[6.1 Activite 12](#_Toc422045526)

[6.2 Nader onderzoek: 12](#_Toc422045527)

[Literatuur 12](#_Toc422045528)

[Reflectieverslag 14](#_Toc422045529)

[Rol van de wijkverpleegkundige 14](#_Toc422045530)

[Bijlage 1. Vragenlijst interview 16](#_Toc422045531)

[Bijlage 2 Gespreksverslag van interview 1. 17](#_Toc422045532)

[Bijlage 3. Interview 2 18](#_Toc422045533)

[Bijlage 4. Coderen interview 2 23](#_Toc422045535)

[Beoordelingsformulier Proeve van Bekwaamheid 2 35](#_Toc422045536)

Samenvatting

In dit verslag wordt er beschreven wat de reden is waarom de wijkverpleegkundigen van Activite tijdens het indiceren geen rekening hebben gehouden met de 15% bezuiniging.

ACHTERGROND. De Nederlandse overheid heeft besloten dat vanaf januari 2015 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) komt te vervallen en dat deze verzekering wordt overgenomen door de Zorgverzekeringswet (Zvw). De overheid heeft tegelijkertijd besloten dat wijkverpleegkundigen niveau 5 de zorg bij cliënten thuis gaan indiceren. De overheid wil hiermee bereiken dat de bestaande AWBZ indicaties met 15% verminderd worden, doordat de wijkverpleegkundige zelfredzaamheid van de cliënt bevorderd.

DOEL. Het doel van dit onderzoek is om binnen drie maanden aanbevelingen te doen om tijdens het indiceren de bezuinigingsregel toe te kunnen passen, zodat het aantal professionele zorguren verminderd kan worden.

RESULTATEN. Er is tijdens dit kwalitatieve onderzoek gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews en literatuur.

RESULTATEN. In beide interviews komt duidelijk naar voren dat er te weinig informatie is gegeven over het toepassen van de bezuinigingsregel bij het opstellen van de indicaties. Er is weinig aandacht besteed aan de mogelijkheden die nodig zijn om minder professionele zorguren in te kunnen zetten.

CONCLUSIE. Er is voldoende informatie gegeven over het opstellen van verpleegplannen. Er is tijdens de bijscholing onvoldoende aandacht besteed aan de bezuinigingen en hoe deze bezuinigingen terug kunnen komen in je verpleegplan.

# Abstract

BACKGROUND. The Dutch government has decided that in January 2015 the Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) insurance should be replaced by another insurance, the Zorgverzekeringswet (Zvw). At the same time the government decided that highly qualified community nurses should indicate what care is needed and at which level of expertise. They made this decision because healthcare cuts are needed. The government believes that when community nurses increase the self-reliance of patients, professional care can be reduced, estimating that the AWBZ spending can be cut by 15% less care per patient. This report describes why community nurses from Activite, didn’t reckon with the 15% cut while they drafted new indications.

PURPOSE. The purpose of this research is to give recommendations within three months on how to improve indications of care, taking into account the 15% cut, so professional healthcare can be reduced.

METHOD. To collect the data the researcher used, semi-structured interviews and literature.

RESULTS. Both interviews clearly confirmed that the in-service training gave a lot of information about how to edit a nursing plan, but there was too little information about taking into account the 15% cut, so professional healthcare could be reduced.

CONCLUSION. The training has given enough information about how to edit a nursing plan. There was too little information given about the 15% cut and how to apply this cut into new indications, so less professional healthcare is needed.

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Het aantal ouderen in Nederland neemt toe en er zullen volgens een berekening die door de overheid gemaakt is in het jaar 2040 4,6 miljoen 65-plussers zijn. Deze mensen zullen vroeg of laat gebruik gaan maken van de gezondheidszorg en daarom wil de Rijksoverheid (2012) de zorg voor ouderen verbeteren. Het onderzoek richt zich op alle 65-plussers die gebruik maken van de thuiszorg en die vallen onder de Verzekeringswet (ZVW). De overheid stelt de gemeente verantwoordelijk voor het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen van ouderen en ouderen zo lang mogelijk mee laten doen in de maatschappij. De ondersteuning vanuit de gemeente zal vanaf 2015 plaats gaan vinden vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Gemeenten zijn vanaf dan verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Door middel van het inzetten van huishoudelijke hulp, begeleiding individueel of in een groep, ondersteuning mantelzorgers, beschermd wonen en opvang voor mensen die te maken hebben met huislijk geweld kan de gemeente ervoor zorgen dat deze kwetsbare groep mensen wel zelfredzaam wordt gemaakt of blijven, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen (Rijksoverheid, 2014).

De overheid stelt vanaf het jaar 2015 de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de thuiszorg tot en met een eventuele opname in het ziekenhuis (Rijksoverheid, 2014). Deze zorg zal worden geleverd vanuit de Zorgverzekeringswet (ZVW) en hiermee vervalt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De zorg die aan huis geleverd wordt, zoals verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging vallen vanaf 2015 onder de aanspraak wijkverpleging. De wijkverpleegkundige indiceert welke zorg nodig is en stelt samen met de cliënt een verpleegplan op. De overheid hoopt hiermee dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, doordat de wijkverpleegkundige in de wijk ondersteuning biedt op het gebied van zorg, welzijn en wonen. Voor cliënten betekent dit dat er een duidelijk aanspreekpunt is in de wijk, een lage drempel om hulp te vragen, een betere afstemming van de zorgverlening en directe doorverwijzing naar andere zorgprofessionals in de wijk.

Er zijn landelijk een aantal uniforme eisen gesteld waar zorgaanbieders minimaal aan moet voldoen om een contract af te kunnen sluiten met de zorgverzekeraars. Activite is een thuiszorgorganisatie die zorg aanbied in de regio Zuid-Holland. Activite verleent zorg en hulp waar cliënten aanspraak op kunnen maken als collectieve voorziening: de Zorgverzekeringswet (ZVW), de Wet Langdurige Zorg (WLZ), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en diverse subsidieregelingen (Activite, 2015). Het onderzoek heeft zich specifiek gericht op de gemeente Leiden de regio van Leiden-Noord. Zorg en Zekerheid is een van de grootste zorgverzekeraars in de regio Leiden en zorgaanbieder Activite moet voldoen aan deze genoemde eisen. Naast deze landelijke eisen hanteert Zorg & Zekerheid een aantal minimumeisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst. Voor Activite houdt dit in dat zij dus tevens moet voldoen aan de minimumeisen die zijn gesteld door Zorg en Zekerheid. Activite is onder andere verplicht om naast de landelijke eisen ook periodiek een cliënttevredenheidsmeting uit te voeren, gebaseerd op de CQ-Index (Consumer Quality Index) en stelt aan de hand van de resultaten een verbeterplan op. Zij moeten jaarlijks een kwaliteitsevaluatie uitvoeren en hierbij gebruik maken van de landelijke indicatoren kwaliteitskader 2014. Deze landelijke minimumeisen en de minimum eisen die Zorg en Zekerheid voorschrijven staan beschreven in het beleidsstuk (Zorg en Zekerheid, zd, p. 16). Er zullen meer cliënten in dezelfde tijd ondersteund moeten worden en cliënten zullen minder zorg achter de voordeur ontvangen (Activite, 2014). Daarom zal de wijkverpleegkundige het stimuleren van eigen regie en zelfredzaamheid als zeer belangrijk onderdeel in haar werk mee moeten nemen en zal via innovaties gezocht moeten worden naar nieuwe vormen van zorgverlening en ondersteuning. Dit betekent voor de medewerkers dat de komende jaren een groter beroep wordt gedaan op de professionaliteit van de medewerker (Activite, 2014).

De wijkverpleegkundigen in Leiden zijn van januari 2015 tot en met mei 2015 vooral bezig geweest met het indiceren en herindiceren van zorg bij alle cliënten in Leiden-Noord. Dit betekent dat zij door middel van kennis en expertise verpleegplannen moeten kunnen opstellen met daarin haar gekozen verpleegkundige diagnosen en interventies. Door het kiezen van de juiste interventies zal zij de al bestaande AWBZ indicaties om kunnen zetten in een ZVW indicaties met daarin minder professionele zorguren. De zorgverlening bestaat voornamelijk uit persoonlijke verzorging en de overheid stelt dat op dit gedeelte van de zorg bezuinigd moet kunnen worden. Zij zal ondersteuning moeten kunnen bieden bij het in stand houden van het sociale netwerk van de cliënt en de professionele en informele zorg beter op elkaar af moet gaan stemmen. Zij bepaald welke zorg er nodig is en wijst deze zorg toe aan het gewenste deskundigheidsniveau. Door haar multidisciplinaire samenwerking met andere instanties en zorgprofessionals zal zij deze verbinden met de cliënt wanneer dit nodig is.

## 1.2 Probleemanalyse

Vanaf 01-01-2015 stellen de wijkverpleegkundigen van Activite zelf de indicaties op basis van een zelf ontwikkeld instrument ontworpen door Activite. Volgens (Medical Media B.V, 2014) betekent indiceren letterlijk aanwijzen. Inhoudelijk betekent dit voor de wijkverpleegkundige dat zij de zorg toewijst aan het juiste deskundigheidsniveau. Volgens de (V&VN,zd) betekent zorgtoewijzing dan ook dat de wijkverpleegkundige bepaald wie de zorg uit moet gaan uitvoeren. Een indicatiestelling betekent volgens de (V&VN,zd) dat de wijkverpleegkundige bepaald wat de cliënt nodig heeft, gezien zijn individuele situatie.

Alle nieuw aangemelde cliënten krijgen een indicatie die valt onder de ZVW en alle bestaande AWBZ indicaties worden herzien door de wijkverpleegkundigen en worden ook omgezet in een ZVW indicatie. De overheid en zorgverzekeraars hebben besloten dat er 15% bezuinigd moet worden op het aantal zorguren welke per cliënt ingezet wordt. De overheid stelt dat het aantal zorguren naar beneden kunnen door de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten door meer gebruik te maken van het informele en andere formele netwerken en door preventieve maatregelen te treffen bij cliënten thuis. Zorgaanbieder Activite heeft een contract getekend met zorgverzekeraars in de regio en in deze contracten staat beschreven hoeveel uren zorg Activite per jaar mag uitgeven aan zorg. Tijdens een werkbespreking met alle niveau 5 verpleegkundigen werd er vanuit het management duidelijk gemaakt dat de wijkverpleegkundigen van Activite in Leiden-Noord vaak de oude AWBZ indicaties overnemen, waardoor hetzelfde aantal zorguren blijft gehanteerd. Het is van belang dat de wijkverpleegkundige juist een indicatie afgeeft die ongeveer 15% minder zorguren bevat dan de eerder gestelde AWBZ indicatie. Indien er niet bezuinigd wordt op het aantal zorguren per cliënt, heeft Activite aan het einde van het jaar 2015 meer uren zorg geleverd dan is afgesproken in de zorgcontracten met de zorgverzekeraars. Er wordt veel persoonlijke verzorging geleverd aan cliënten thuis en juist op deze zorg moet bezuinig kunnen worden, stellen de overheid en de zorgverzekeraars.

## 1.3 Vraagstelling

Welke factoren kunnen volgens de wijkverpleegkundige een bijdrage leveren aan een vermindering op het aantal te leveren zorguren in Leiden -Noord?

*Deelvragen:*

* Is de wijkverpleegkundige voldoende geschoold over de hervormingen en bezuinigingen in de zorg?
* Is de wijkverpleegkundigen op de hoogte van de 15% bezuinigingsregel en kan zij hiervoor ook maatregelen treffen tijdens het stellen van een indicatie?
* Welke instrumenten zijn er ontworpen die zelfredzaamheid bevorderen en hebben samenwerkingsverbanden met andere zorginstanties en –professionals hier nog invloed op?

## 1.4 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is aanbevelingen doen om tijdens het indiceren de bezuinigingsregel toe te kunnen passen, zodat het aantal professionele zorguren verminderd kan worden.

# 2. Onderzoeksopzet

## 2.1 Methode

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat de mening wordt gevraagd van wijkverpleegkundigen. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, welke plaats heeft gevonden aan de hand van een vragenlijst. Deze vragenlijst is tot stand gekomen aan vooraf uitgevoerde literatuurstudie naar welke mogelijkheden er zijn om minder professionele zorguren in te zetten bij cliënten. Hiervoor zijn de databanken Cochrane, Pubmed en Springerlink gebruikt. Er is op de volgende keywords gezocht: zelfredzaamheid; preventie; bezuinigingen; hulpmiddelen; cost reduce; elderly people; living in the community; prevention; interventions. Er is tijdens dit onderzoek sprake van gemengde toepassingswijze, omdat zowel de meningen van de wijkverpleegkundigen als de veronderstellingen vanuit de literatuur zijn gebruikt. De literatuur geeft weer welke interventies je als wijkverpleegkundige toe kunt passen om het aantal professionele zorguren te beperken en/of te verminderen. De literatuur is een aanvulling geweest op de semigestructureerde interviews en heeft tot de vragenlijst geleidt. De gevonden literatuur staat uitvoerig beschreven onder het hoofdstuk dataverzameling. Tijdens het analyseproces zijn uitspraken van beide interviews met elkaar vergeleken en gecategoriseerd in fragmenten. Deze fragmenten zijn samengevat en geïnterpreteerd door de onderzoeker, wat geleid heeft tot een codeboom (zie bijlage). Om de betrouwbaarheid van beide interviews te vergroten zijn ze beide opgenomen met opname apparatuur.

## 2.2 Respondenten

De onderzoekspopulatie bestaat uit 2 coördinerende verpleegkundigen (COV) van Activite die beide werkzaam zijn in het werkgebied Leiden-Noord. De coördinerende verpleegkundige is ontstaan vanuit het project Zichtbare schakel (Zonmw, 2015), welke is ontstaan om de samenhangende zorg in wijken te verbeteren en met elkaar te verbinden. Zij is wijkverpleegkundige niveau 5 en heeft de afgelopen jaren veel gedaan op gebied van netwerken en samenwerken met andere zorgprofessionals in de wijk. Vanaf januari 2015 bestaat de term coördinerende wijkverpleegkundigen niet meer bij Activite, maar heeft zij de naam wijkverpleegkundige gekregen. Activite is van mening dat elke niveau 5 verpleegkundige die in de wijk werkzaam deze competenties moet bezitten. Tijdens dit onderzoek worden de geïnterviewden aangeduid als wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen zijn de waarnemingseenheden van deze studie. Het gaat hierbij om een gerichte steekproef, omdat deze gebaseerd is op theoretische overwegingen (Baarda, 2013, p.93). Beide geïnterviewden zijn verpleegkundigen op niveau 5 en zij zijn sinds 01-01-2015 gestart met het indiceren van zorg in de wijk. Beide verpleegkundigen hebben in december 2014 en januari 2015 bijscholing gehad met betrekking tot het indiceren en de bezuinigingen. De wijkverpleegkundigen geven informatie om meer te weten te komen over hoe je als wijkverpleegkundige minder professionele zorguren kan inzetten bij een cliënt. Doordat de geïnterviewden collega’s zijn van de onderzoeker is de kans vrij groot dat zij eerlijker, open en minder terughoudend zijn geweest tijdens dit onderzoek (Verhoeven, 2011). Beide respondenten zijn telefonisch benaderd om mee te doen aan het interview. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen zijn de namen in de studie niet benoemd.

## 2.3 Dataverzameling

Uit het artikel van Bernabei et al. (1998) blijkt dat het inschakelen van het sociale netwerk in combinatie met formele zorgverleners en case management een positief effect kan hebben op het welzijn van de cliënt en het verkleint de kans dat een cliënt vroegtijdig moet worden opgenomen in een verpleeghuis. Door het inschakelen van formele en informele zorgverleners voelt de cliënt zich minder snel eenzaam, kan de cliënt langer thuis blijven wonen, wat ervoor zorgt dat de cliënt zich beter voelt. Ter discussie staat in dit artikel dat alle casemanagers op de hoogte waren van de gekozen interventies en alle casemanagers waren zeer goed opgeleid en gespecialiseerd op dit gebied, dit heeft ertoe bij gedragen dat de uitkomsten zeer positief uitvielen.

Voorts blijkt uit het artikel van Elkan et al. (2001) dat het regelmatig bezoeken van oudere cliënten die nog zelfstandig thuis wonen en daarbij het nemen van preventieve maatregelen complicaties kan worden voorkomen en/of verminderen. Elkan et al. vonden echter geen significante vermindering van het aantal ziekenhuisopnames en verbeteringen van de gezondheid van oudere cliënten. Het regelmatig bezoeken van cliënten en het nemen van preventieve maatregelen voorkomt en verminderd complicaties, zoals vallen, medicatie veiligheid en eenzaamheid.

Verder beschrijft het artikel van Weinberg, Lusenhop, Gittell and Kautz (2007) dat een goede samenwerking en coördinatie tussen formele zorgverleners en informele zorgverleners ertoe kan bijdragen aan gezondheidsverbetering van de cliënt na opname in een ziekenhuis. Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat wanneer een cliënt zorg ontvangt van informele zorgverleners zij meer vrijheid ervaren, minder pijn hebben en een betere geestelijke gezondheid ervaren. Tijdens het onderzoek zijn er 222 cliënten en informele zorgvragers geïnterviewd. Het onderzoek heeft zich specifiek gericht op cliënten die vanuit een ziekenhuis weer terug naar huis gaan en hoe zij dit ervaren hebben. Daaruit volgt dat de formele zorgverlener over goede communicatieve vaardigheden moet beschikken om samen met de cliënt en zijn sociale netwerk duidelijke afspraken te kunnen maken. De zorgprofessional moet weten welke gesprekstechnieken hij toe kan passen om tot een goede samenwerking te kunnen komen.

Daar komt nog bij dat volgens het artikel geschreven door Jansen (2012) het opvalt dat er steeds vaker wordt gesproken over zelfredzaamheid, maar dat het begrip maar weinig wordt gedefinieerd en geoperationaliseerd. In dit artikel kwam naar voren dat alleen het ondersteunen van de zelfredzaamheid niet per definitie minder zorg betekent. Het blijkt dat de kracht ligt in een combinatie van factoren zoals, het motiveren van ouderen, het vergroten van het fysieke, psychische en sociale functioneren en het versterken van de omgeving. Deze combinatie zorgt ervoor dat cliënten langer thuis kunnen blijven wonen. Duidelijk is dat het werken aan zelfredzaamheid de basis moet worden voor het professioneel handelen.

De literatuurstudies naar preventie, zelfredzaamheid en samenwerken formele en informele zorgverleners resulteerden in thema’s. Om de mening van de geïnterviewden over deze thema’s te verkrijgen zijn vragen gesteld aan de hand van een vragenlijst.

De overheid en organisatie Activite stuurt samen erg aan op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënten, zodat er minder professionele thuiszorg ingezet kan worden. Om de vragenlijst en interviews te kunnen voorbereiden moest zelfredzaamheid beter gedefinieerd en geoperationaliseerd worden. Zelfredzaamheid is het vermogen van mensen om zichzelf te redden op alle levensterreinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg (Movisie, 2013). Onder alle levensterreinen wordt het sociaal, geestelijk, maatschappelijk en lichamelijk domein verstaan. Dit betekent niet dat cliënten alles zelf moeten regelen, maar dat zij door middel van het inschakelen van familie, buren, vrijwilligers, vrienden, dagbesteding en hulpmiddelen een zelfstandig leven kunnen leiden. Het inschakelen en het versterken van het sociale netwerk kan in samenwerking gaan met de wijkverpleegkundige, zij moet dan echter voldoende kennis en expertise hebben op het gebied van verschillende communicatieniveaus (inhoud, procedure, proces), belangrijkste gesprekstechnieken en van verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en empowerment (Beroepsprofiel, 2012).

Bij het opstellen van de vragenlijst is met de literatuurstudie over preventie, samenwerken informele en formele zorgverleners en invloed van het sociale netwerk rekening gehouden. Tijdens deze studie is er ook gebruik gemaakt van 2 semigestructureerde interviews. De gebruikte vragenlijst is terug te vinden in de bijlage (Bijlage 1). De ervaringen, meningen en suggesties van de wijkverpleegkundigen die geïnterviewd zijn, vormen het belangrijkste uitgangspunt. Zij zijn de professionals die werken in de wijk en door middel van interviews moet worden achterhaald wat de reden is dat zij AWBZ indicaties overnemen, zonder daarbij rekening te houden met de 15% zorgvermindering. Er wordt van hen verwacht dat zij weten welke maatregelen er getroffen kunnen worden, die uiteindelijk tot een vermindering van het aantal zorguren kunnen leiden. Beide interviews hebben plaatsgevonden op de locatie Rondedans te Leiden. Interview 1 heeft plaatsgevonden op maandag 20-04-2015 op locatie Rondedans, te Leiden. Dit interview is opgenomen en van dit gesprek is een gesprekverslag geschreven (Bijlage 2). Het tweede interview (Bijlage 3) vond plaats op dinsdag 21-04-2015 en ook dit gesprek is opgenomen. Het tweede interview is echter volledig uitgeschreven (transcriberen).

## 2.4 Data-analyse

Tijdens de analysestap is de gevonden literatuur bestudeerd en heeft de onderzoeker een interpretatie en een betekenis gegeven aan wat er gelezen is. De interviews zijn opgenomen, waarvan 1 interview volledig is uitgeschreven (transcriberen) en van 1 interview is een gespreksverslag (Bijlage 2) van gemaakt. Het getranscribeerde interview is aan de hand van een stappenplan welke beschreven staat in het boek van Verhoeven (2011, p.311) ontrafeld, gesorteerd en gecodeerd zie (Bijlage 4).

Het getranscribeerde interview is in de eerste stap opgedeeld in relevante fragmenten en per fragment samengevat in één woord. Deze woorden zijn een betekenis die de onderzoeker heeft gegeven aan de fragmenten uit het interview. Vervolgens zijn er waarden toegekend aan deze woorden en heeft ieder woord een letter met cijfer gekregen, open coderen. Tijdens de stappen die volgden heeft de onderzoeker de woorden/codes gegroepeerd, gesorteerd en geëvalueerd en in hiërarchische volgorde geordend. In de laatste stappen heeft de onderzoeker structuur aangebracht in de codes en deze in een codeboom verwerkt.

Uiteindelijk zijn de resultaten geanalyseerd en is er gekeken of deze resultaten antwoorden gaven op de onderzoeksvraag en de daarbij behorende deelvragen. Volgens Baarda (2013) is bij kwalitatief onderzoek het aantal interviews niet van belang, maar de onderzoeker gaat door totdat verzadiging optreedt. Tijdens de reflectie heeft de onderzoeker terug gekeken en ontstonden er weer nieuwe vragen. De rol van de onderzoeker is een belangrijk onderdeel bij kwalitatief onderzoek. De onderzoeker van dit onderzoek had zelf enige voorkennis opgedaan in de praktijk door het indiceren in de wijk als wijkverpleegkundige.

# 3. Resultaten

## 3.1 Literatuuronderzoek

Het artikel van Elkan et al. (2001) beschrijft dat het regelmatig bezoeken van oudere cliënten die nog zelfstandig thuis wonen en daarbij het nemen van preventieve maatregelen complicaties kan worden voorkomen en/of verminderen. Uit de gevonden literatuur blijkt ook dat het tijdig inschakelen van de wijkverpleegkundige die vroegtijdig preventieve maatregelen treft om de zelfredzaamheid van cliënten thuis te vergoten een positief effect heeft op het aantal zorguren van cliënten die nog thuis wonen . Complicaties kunnen worden voorkomen en/of vermindert, waardoor vroegtijdige opnames in verpleeghuizen kunnen worden beperkt. Uit het artikel van Weinberg et al. (2007) blijkt dat een goede samenwerking tussen formele en informele zorgverleners heeft een positief effect op het welzijn van cliënten, mits deze samenwerking goed verloopt. Dit vereist communicatieve vaardigheden en de formele zorgverlener moet weten welke gesprekstechnieken er toegepast kunnen worden. Uit het artikel van Bernabei et al. (1998) blijkt dat het inschakelen van het sociale netwerk in combinatie met formele zorgverleners en case management een positief effect kan hebben op het welzijn van de cliënt en het verkleint de kans dat een cliënt vroegtijdig moet worden opgenomen in een verpleeghuis. Het blijkt uit het artikel van Jansen dat de kracht van zelfredzaamheid ligt in een combinatie van factoren zoals, het motiveren van ouderen, het vergroten van het fysieke, psychische en sociale functioneren en het versterken van de omgeving. Duidelijk is dat het werken aan zelfredzaamheid de basis moet worden voor het professioneel handelen.

## 3.2 Uitkomsten interviews

Er zijn een aantal antwoorden duidelijk naar voren gekomen in beide interviews, welke overeenkomen met de literatuurstudies. Het vergroten van de zelfredzaamheid, het inschakelen van hulpmiddelen als preventief middel, het inschakelen van het sociale netwerk, samenwerken tussen formele en informele zorgverleners, kennis en expertise op gebied van gesprekstechnieken en communicatieve vaardigheden. Uit beide interviews kwam ook naar voren dat de organisatie Activite te weinig informatie heeft gegeven over de bezuinigingen in de zorg en hoe je deze bezuinigingen door kunt voeren binnen de indicatiestellingen. Volgens de geïnterviewde is “Het is wel verteld, maar eigenlijk heeft het een minder belangrijke functie gehad binnen de voorlichting die we hebben gehad en de transitie die we gehad hebben” (Bijlage 3).

Wel is er voldoende informatie gegeven over het opstellen van een verpleegplan. De geïnterviewde van het tweede interview vertelde dat “Zeg maar de scholing die erbij zat, dat was wel heel erg gericht op het maken van een verpleegplan in de nieuwe stijl, maar omdat de mensen die de scholing moesten volgen van zeer verschillende niveaus waren merkte je wel dat de scholing in eerste instantie puur ging om hoe stel je een verpleegplan op (Bijlage 3). Ook werd er tijdens dit interview gezegd dat “Er minder aandacht en ook tijd was voor het stukje hoe stel ik een verpleegplan op, zodat er minder zorguren nodig zijn, dus dat het echt samen met de cliënt kan” (Bijlage 3).

Er zijn een aantal instrumenten ontwikkeld die een bijdrage kunnen leveren bij het vergroten van de zelfredzaamheid, maar twijfel bestaat of deze door alle verpleegkundigen goed en consequent gebruikt worden. Tijdens het eerste interview kwam duidelijk naar voren dat “Deze zelfredzaamheidradar maakt inzichtelijk of iemand al zelfredzaam is en op welke gebieden. De netwerkkaart laat zien welke mensen er al betrokken zijn bij de zorg van een cliënt en wat deze taken inhouden. Deze formulieren worden echter vaak niet ingevuld, omdat hier simpelweg weinig tijd voor is geweest” (Bijlage 2). Tijdens het tweede interview werd er gezegd dat “Er komt vrij veel informatie naar voren uit de formulieren die erbij zitten. En ze vragen ook allemaal wel specifiek naar wat kan een cliënt zelf, kan de cliënt de cliënt het zelf. Dus het in beeld brengen gaat heel goed met de formulieren, maar wat ik mis is een soort van leidraad ook om te zorgen dat er ook handelingen zijn naar dat, naar het stimuleren van zelfstandigheid. Je kan wel zien of iemand zelfstandig is of niet, alleen kun je vervolgens niet er is geen mogelijkheid om het ook makkelijk inzichtelijk te maken wat maakt nu deze cliënt zelfstandig en wat kan ik als wijkverpleegkundige doen om ervoor te zorgen dat deze cliënt op de juiste gebieden zelfredzaam wordt” (Bijlage 3).

Uit beide interviews kwam naar voren dat minder zorguren nodig zijn wanneer er hulpmiddelen worden ingeschakeld via bijvoorbeeld de WMO. Er werd gezegd dat “Je hebt ook een stuk expertise nodig in communicatie met familie en mantelzorgers, want die zijn toch heel belangrijk als je iemand thuis wil laten wonen. Daarnaast heb je kennis nodig van het bredere netwerk dus welke paramedici, vrijwilligers, opvangmogelijkheden zijn er in de buurt, zowel voor de constante zorg maar ook om noodsituaties op te vangen.

Ook werd duidelijk gemaakt dat er een verschil is tussen een coördinerend wijkverpleegkundige en een wijkverpleegkundige niveau 5. Beide moeten indiceren in de wijk en beide moeten op de hoogte zijn hoe er minder zorguren ingezet kunnen worden. Het hebben van een netwerkkaart van de wijk waarin je werkzaam bent en weten waar en bij wie je terug kunt met zorginhoudelijke vragen is van belang voor beide. Toch werd duidelijk dat de wijkverpleegkundige niveau 5 niet altijd een sociaal netwerkkaart heeft opgebouwd. “Ik weet eigenlijk wel zeker dat dat niet zo is. Niet omdat ze het niet willen, maar wel omdat het aanbod is heel groot en eigenlijk is het een door de bomen zie je het bos niet meer er is zoveel” (Bijlage 3).

“Die krijgen niet de mogelijkheid, die krijgen alleen de mogelijkheid om dat als improductieve uren te schrijven en nou ja goed dat mogen ze maar voor een heel minimaal aantal van schrijven dus die hebben ook van hogere hand krijgen die niet de vrijheid om daar in te investeren”.

Tijdens de interviews is ook nagedacht over wat er nodig is om meer duidelijkheid te krijgen in het verlagen van zorguren en hoe je dit kunt bewerkstelligen. Er is gezegd dat:

“Ik denk dat het belangrijk is dat er in ieder geval meer onderling overleg gaat komen, zeker over complexe casuïstieken. Dat er wordt afgesproken dat die door de cov-er worden gezien of dat dit inderdaad in een soort van overstijgend casuïstiekoverleg wordt neergelegd, van joh wat kan ik hiermee. Ik denk ook dat het heel belangrijk is dat alle mensen die dit soort dingen doen op een gegeven moment toch training krijgen over communicatie met familieleden ik denk dat dat wel een belangrijke rol gaat spelen, als je misschien communicatie in de vorm van hoe voer ik slecht nieuws gesprekken, hoe zorg ik dat mensen toch dingen gaan accepteren, want als je kijkt naar hoeveel negatieve reacties er zijn op dit moment op de nieuwe indicaties, is dat toch wel heel veel” (Bijlage 3).

Het laatste wat naar voren kwam was dat er in de wijk onder cliënten en familie, maar zeker ook onder verzorgende niveau 3 en verpleegkundige niveau 4 een hoop onduidelijk is. “Mensen hebben ook weinig zicht op wie wat moet doen en wat er nog wel en niet kan binnen de nieuwe wet en regelgeving. En voor veel verzorgenden en verpleegkundigen is het ook gewoon niet duidelijk dat die 15% gewoon echt bespaard moet worden” (Bijlage 3).

# 4. Conclusie

Uit beide interviews blijkt dat er voldoende informatie is gegeven over het opstellen van verpleegplannen. Er is tijdens de bijscholing welke door Activite is georganiseerd onvoldoende aandacht besteed aan de bezuinigingen en hoe deze bezuiniging terug kan komen in het verpleegplan. Lang niet alle wijkverpleegkundigen zijn voldoende op de hoogte van deze bezuinigingsregel en kan deze dus niet toepassen tijdens het indiceren. Ook kwam naar voren in de interviews dat verpleegkundigen en verzorgenden niet op de hoogte zijn gebracht van deze vernieuwde regelingen. Het terugdringen van het aantal zorguren is geen kwestie van alleen het verpleegplan aanpassen, dit vereist meer van een wijkverpleegkundige. Volgens de literatuur en de geïnterviewden is het vergroten van de zelfredzaamheid hier een grote factor in. Het kunnen inschakelen van hulpmiddelen, zorginstanties, andere zorgprofessionals en het sociale netwerk van de cliënt is hierbij van groot belang. Dit vereist kennis en expertise van de wijkverpleegkundige en er bestaat volgens geïnterviewden twijfel of alle wijkverpleegkundigen allemaal deze kennis bezitten. Volgens de geïnterviewden hebben de coördinerende wijkverpleegkundige meer tijd en ruimte voor het opbouwen van een netwerk binnen de wijk waarin zij werkzaam zijn dan andere wijkverpleegkundigen. Deze tijd is wel nodig om het netwerk te leren kennen en om samenwerkverbanden te kunnen leggen. Uit beide interviews komt naar voren dat het in kaart brengen van het sociale netwerk van de cliënt moet kunnen met de beschikbare formulieren, maar dat weinig wijkverpleegkundigen hier gebruik van maken, omdat dit teveel tijd kost.

# 5. Discussie

De interviews zijn afgenomen bij twee coördinerende wijkverpleegkundigen die al langer in de thuiszorg werkzaam zijn, er hebben geen interviews plaatsgevonden met wijkverpleegkundigen die nog niet zo lang werkzaam in de thuiszorg. Dit geeft wellicht een wat vertekend beeld, omdat coördinerende wijkverpleegkundigen naast het indiceren nog anderen taken hebben die betrekking hebben op het vergroten van de zelfredzaamheid en het samenwerken met andere zorgverleners en –instanties in de wijk. De onderzoeker van dit onderzoek had zelf enige voorkennis opgedaan in de praktijk door het indiceren in de wijk als wijkverpleegkundige. Hoezeer ook de resultaten voortkomen uit de uitspraken welke gedaan zijn tijdens de interviews, het kan zijn dat de onderzoeker tot een bepaalde hoogte interpretaties vanuit haar eigen ervaringen heeft gehanteerd. Het vernieuwde indiceren en de nieuwe wet- en regelgeving zijn sinds januari 2015 van start gegaan, de periode lijkt nog wat kort om uiteindelijke conclusies te trekken en uitspraken te doen. Verder onderzoek door middel van meerdere interviews is nodig om de aanbevelingen en de conclusie te versterken en te ondersteunen. Om de betrouwbaarheid van dit kwalitatieve onderzoek te vergroten zou een andere onderzoeker de gebruikte methoden en onderzoeksprocedures opnieuw moeten kunnen toepassen, waarbij de omstandigheden nagenoeg hetzelfde zijn en de resultaten niet veel van elkaar afwijken.

6. Aanbevelingen

## 6.1 Activite

* Opstellen van een richtlijn met daarin een sociale netwerkkaart van meest belangrijke instanties in de wijk/gemeente en hun functies.
* Trainingen/ bijscholing in communicatieve vaardigheden, welke zich specifiek richt op motiverende gespreksvoering en slecht nieuws gesprekken.
* Een formulier in het zorgdossier waar informatie geschreven kan worden welke interventies zijn toegepast om zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten.
* Casuïstiekbesprekingen/ intervisie met niveau 5 verpleegkundigen voor team Leiden-Noord

## 6.2 Nader onderzoek:

* Onderzoekspopulatie vergroten, door ook minder ervaren wijkverpleegkundigen te interviewen.
* Nader onderzoek aan het einde van het jaar 2015, door een andere onderzoeker die dezelfde methoden en onderzoeksprocedures toepast, onder dezelfde omstandigheden.

# Literatuur

Baarda,B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden van der, T. en Goede de, M. (2013). Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Noordhoff Uitgevers bv, Groningen/Houten.

Baars, H., Uffing, H en Dekkers, G.(1990). Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie. Een handleiding voor de geestelijke gezondheidszorg., Bohn Stafleu Van Loghum bv, Houten/Antwerpen.

Berg, M., Baal, P.H.M., Wit, G.A. en Schuit, A.J. (2008).De kosteneffectiviteit van preventie. RIVM rapport. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, via <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:12291&type=org&disposition=inline&ns_nc=1>, geraadpleegd op 30-03-2015

Bernabei,R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L.Z. and Carbonin, P. (1998). Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. BMJ, Volume 316, via <http://www.bmj.com/content/bmj/316/7141/1348.full.pdf> , geraadpleegd op 17-04-2015.

Brink, C. (2013). Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid, De begrippen ontwart, via <https://www.movisie.nl/search/content/kennisdossier%20zelfregie%20publicaties%20praktijk>, geraadpleegd op 16-04-2015.

Campen, van C., Broese van Groenou, M., Deeg, D. en Ledema, J.(2013). Met zorg ouder worden. Zorgtrajecten van ouderen van tien jaar.Sociaal Cultureel Planbureau, Den-Haag.

Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D. and Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta­analysis conclusion: Home visits to older people can reduce mortality and admission to long term institutional

care.BMJ, Volume 324, via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC56889/>, geraadpleegd op 19-04-2015.

Gevel van de, B.J.C. (2012). Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen. Achtergrondstudie naar het financieel perspectief van de zorg voor ouderen. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den-Haag.

Jansen, B.M. (2012). Meer zelfredzaamheid bij ouderen, minder (onnodige) thuiszorg? Een zoektocht naar feiten en mogelijkheden. Vilans, Utrecht.

Jansen, B.M. (2013). Zelfredzaamheid. Handreiking voor wijkverpleegkundigen. Vilans, Utrecht.

Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F. en Vogel, S. (2001). Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen., NIZW Uitgeverij, Utrecht.

Raad voor de volksgezondheid en zorg (2008). Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen

vraagt om voorzorg door iedereen. Den-Haag, via <http://www.rvz.net/uploads/docs/Redzaam_ouder.pdf>, geraadpleegd op 02-04-2014.

Rijksoverheid (2014) Veranderingen zorg en ondersteuning. Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd? , via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/veranderingen-zorg-en-ondersteuning/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>, geraadpleegd op 14-04-2015.

Rijksoverheid (2012) Ouderenzorg. Langer zelfstandig wonen ouderen, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ouderenzorg/ouderen-langer-zelfstandig-wonen>, geraadpleegd op 09-04-2015.

Schuurmans, M. en Lambregts, J. (2012) V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige. Utrecht, Colofon.

Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek? Den Haag, Boom Lemma uitgevers

Mezzo (2014) Mantelzorg, wat is dat precies? Via <https://www.mezzo.nl/pagina/voor-mantelzorgers/dit-is-mantelzorg/mantelzorg-wat-is-dat-precies>, geraadpleegd op 27-04-2015.

Weinberg, D.B.,Ph.d., Lusenhop, R.W., M.S.W., Hoffer Gittell, J., Ph.D. and Kautz, C.M., M.A.(2007) Coordination between formal providers and informal caregivers. Health Care Management Review, via <https://www.mediabistro.com/portfolios/samples_files/1551877_2Xn6bq38Sk8cxUU4Gpq0qnBd4.pdf>, geraadpleegd op 29-04-2015.

Zorg en Zekerheid (zd) Inkoop Wijkverpleging 2015. Tijd voor elkaar, via <http://www.zorgenzekerheid.nl/Zorgprofessionals/Service/Kies-uw-beroepsgroep/Wijkverpleging.htm>, geraadpleegd op 14-04-2015.

# Reflectieverslag

*Situatie:* Voor het laatste blok van dit schooljaar moest ik een klein probleem uitkiezen binnen mijn team. Ik heb ervoor gekozen om het vernieuwde indiceren als onderwerp te kiezen. Na een overleg met de teammanager bleek dat de wijkverpleegkundige vaak de al bestaande AWBZ indicaties overnamen en geen rekening hielden met een bezuiniging van 15%.

Taak: Ik moest voor mijn proeve een klein onderzoek doen naar dit probleem. Ik heb daarvoor twee interviews gehouden en relevante literatuur opgezocht.

Aanpak: Ik heb twee hbo-verpleegkundige uitgekozen binnen mijn team en gevraagd of zij bereid waren om geïnterviewd te worden. Ik heb een vragenlijst gemaakt, omdat ik niet teveel wilde afwijken van het onderwerp en ik wilde terug kunnen vallen op een paar onderwerpen. Ook heb ik meerdere onderzoeken en artikelen gelezen voor mijn literatuurstudie.

Resultaat: Ik heb een interview volledig uitgeschreven en gecodeerd en ik heb van een interview een gespreksverslag geschreven. De gevonden literatuur bevestigde de noodzaak van een aantal onderwerpen die aanbod kwamen tijdens de interviews. Ik heb uiteindelijk een onderzoeksverslag geschreven die moest voldoen aan een aantal criteria.

Reflectie: Ik vond dit een zeer moeilijke opdracht. Sinds ik ben begonnen aan de hbo-verpleegkunde opleiding zijn we bezig met het opzoeken, vinden, lezen en beoordelen van wetenschappelijke literatuur. Nu moest ik zelf onderzoek gaan doen en hier een verslag over schrijven die aan alle voorwaarden en criteria voldeed. Ik had in eerste instantie een andere doelstelling en ging ik al helemaal uit van zelfredzaamheid van de cliënt. Na het inleveren van het concept bleek dat mijn doelstelling aangepast moest worden, omdat mijn doel en onderzoek niet over zelfredzaamheid moest gaan. Ik had heel veel feedback ontvangen en was hier erg van geschrokken. Ik dacht serieus dat ik een mooi en compleet stuk had ingeleverd en ik was er dan ook van overtuigd dat ik bijna niets meer hoefde te veranderen. Toen ik mijn feedback dus ontving, zakte al mijn moed mijn schoenen in en was ik echt een beetje terneergeslagen. Nadat ik de feedback een aantal keren had doorgelezen begreep ik dat mijn doelstelling niet correct was en dat ik meer orde moest gaan scheppen in mijn stuk. Ik heb een ander boek aangeschaft, welke beter beschreef waar kwalitatief onderzoek aan moest voldoen. Ik vond het erg prettig dat we een concept van onze proeve mochten inleveren, omdat dit ertoe heeft bijgedragen dat mijn verslag geoptimaliseerd kon worden. Ik heb goede gerichte feedback gekregen waar ik wel wat mee kon en ik heb dan ook mijn gehele stuk nog aangepast. Ik heb er vertrouwen in dat mijn proeve met een voldoende wordt afgesloten.

# Rol van de wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige zal een beroep moeten doen op haar kennis en expertise wat van belang is voor de cliënt. Het kunnen vaststellen van de juiste zorgvraag en haar verpleegplan hierin aanpassen samen met de cliënt zal van belang zijn om te kunnen bepalen waar de cliënt behoefte aan heeft. Door goede communicatieve vaardigheden kan de wijkverpleegkundige samen met de cliënt en diens sociale netwerk en informele zorgverleners de zorg dusdanig afstemmen dat de cliënt in zijn behoeften wordt voorzien. De wijkverpleegkundige zal de zorg rondom de cliënt moeten regisseren en blijven coördineren, zodat de zorg welke is afgestemd op de cliënt optimaal kan verlopen.

De wijkverpleegkundige zal goede samenwerkingsverbanden moeten leggen met andere formele zorgverleners in de wijk en zij zal hier zelf initiatieven in moeten nemen. Indien er naast de thuiszorg en informele netwerken ook nog gebruik wordt gemaakt van andere formele zorgverleners zal de wijkverpleegkundige deze zorg goed moeten afstemmen en zorgen dat de samenwerking tussen alle betrokken partijen goed verloopt.

Het is van groot belang dat de wijkverpleegkundige in kaart kan brengen hoe zelfredzaam de cliënt is en beoordeelt hoe zelfredzaam de cliënt kan worden. Zij zal hierbij een groot beroep moeten doen op het sociale netwerk, informele zorgverleners en het formele zorgaanbod. Door preventieve maatregelen te treffen, kan de zelfredzaamheid met kleine aanpassingen al vergroot worden en de wijkverpleegkundige bezit dan ook de juiste kennis om dit te kunnen bewerkstelligen.

De wijkverpleegkundige kan haar kennis optimaliseren door het lezen van vakliteratuur en goede samenwerking met andere zorgverleners in de wijk. Zij kan haar collega’s ondersteunen en informeren over nieuwe werkwijzen en enthousiasmeren bij het juist uitvoeren van deze zorg.

Totaal aantal woorden: 6137

# Bijlage 1. Vragenlijst interview

Dit interview is bedoelt voor hbo opgeleide wijkverpleegkundigen die sinds januari 2015 zelfstandig aan het indiceren zijn in de wijk. Dit interview wordt opgenomen en vervolgens volledig uitgeschreven. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden.

* Sinds wanneer bent u werkzaam bij zorgorganisatie Activite?
* Hoe lang werkt in het gebied Leiden-Noord?
* Wat zijn naast het indiceren nog meer werkzaamheden die u verricht in de wijk?
* Hoe bent u door Activite op de hoogte gebracht van het vernieuwde indiceren?
* Wat hebben zij u verteld over de bezuinigingen en de regeling dat het aantal zorguren per 2015 met 15% gereduceerd moet worden?
* Bent u op de hoogte gebracht hoe u deze maatregelen kunt gaan toepassen in de praktijk?
* Welke maatregelen heeft Activite getroffen om ervoor te zorgen dat wijkverpleegkundigen minder zorgen kunnen gaan inzetten?
* Welke kennis en expertise heeft u zelf om ervoor te zorgen dat het aantal zorguren verminderd kan worden?
* Bent u in het bezit van een sociale netwerkkaart van de wijk waarin u werkzaam bent?
* Hoe is de samenwerking tussen u en andere instanties en zorgprofessionals in de wijk?
* Welke mogelijkheden kent u als wijkverpleegkundige om zelfredzaamheid te bevorderen?

# Bijlage 2 Gespreksverslag van interview 1.

*Inleiding:*

Dit interview is bedoeld voor hbo opgeleide wijkverpleegkundigen die sinds januari 2015 zelfstandig aan het indiceren zijn in de wijk. Het interview is op 20-04-2015 samen met een wijkverpleegkundige opgenomen op de locatie Rondedans, te Leiden. Het gesprek begon met een uitleg van de interviewer over de probleemanalyse en het uiteindelijke doel van het onderzoek. Het probleem wat beschreven werd is dat in Leiden-Noord oude AWBZ indicaties worden overgenomen, waardoor hetzelfde aantal zorguren blijft gehanteerd. Het is van belang dat de wijkverpleegkundige juist een indicatie afgeeft die ongeveer 15% minder zorguren bevat dan de eerder gestelde AWBZ indicatie. Het doel van mijn onderzoek is uiteindelijke aanbevelingen kunnen doen ten behoeve van het vergroten van de zelfredzaamheid, waardoor het aantal professionele zorguren verminderd kan worden. Aan de hand van een vragenlijst is het interview tot stand gekomen en is er vervolgens een gespreksverslag van geschreven.

Kern:

De geïnterviewde werkt sinds 01-01-2012 voor zorgorganisatie Activite. Sinds april 2014 is zij begonnen met haar functie coördinerend wijkverpleegkundige in Leiden-Noord. Taken van een coördinerend wijkverpleegkundige zijn vanuit het project Zichtbare schakel ontstaan. De verpleegkundige heeft een groot netwerk opgebouwd met huisartsen, apothekers, maatschappelijk werk, WMO en de geestelijke gezondheidszorg. Sinds september 2014 is de gemeente gestart met het samenstellen van een sociaal wijkteam. De wijkverpleegkundige is vanaf het begin betrokken geweest bij al deze disciplines en hulpverleners. Zij heeft in de wijk een helikopter view en kan zorgsituaties coördineren en doorverwijzen naar andere disciplines en zorginstanties.

Sinds januari 2015 is de verpleegkundige gestart met het vernieuwde indiceren en bestonden de indicaties veelal uit herindicaties. De oude AWBZ indicaties moeten voor 01-05-2015 zijn omgezet in zorgverzekeringswet indicaties. Activite heeft veel informatie bijeenkomsten gehouden voor alle niveau 5 verpleegkundigen in de wijk en in december 2014 zijn ze gestart met een bijscholingscursus van Inholland. Tijdens deze informatie bijeenkomsten is er veel informatie gegeven over het klinisch redeneren en wat de vernieuwing in het nieuwe jaar inhoudt. De bezuinigingsregel van 15% is wel aanbod gekomen, maar zeer summier. De bijscholing ging voornamelijk over het opstellen van een verpleegplan en hoe je de nieuwe formulieren moet invullen.

In januari 2015 is er een werkgroep opgesteld met daarin allemaal indicerende wijkverpleegkundigen die de gemaakt formulieren evalueerden en bijstelden. Bij dit pakket aan formulieren zit ook een zelfredzaamheidradar en een netwerkkaart. Deze zelfredzaamheidradar maakt inzichtelijk of iemand al zelfredzaam is en op welke gebieden. De netwerkkaart laat zien welke mensen er al betrokken zijn bij de zorg van een cliënt en wat deze taken inhouden. Deze formulieren worden echter vaak niet ingevuld, omdat hier simpelweg weinig tijd voor is geweest.

De wijkverpleegkundigen moet een hoop kennis en expertise bezitten om samen met de cliënt en zijn familie een verpleegplan op te kunnen stellen, waarbij de zorgvraag van de cliënt beantwoord wordt en daarbij genoeg mantelzorg en sociale netwerken zijn ingezet zodat het gehele cliëntsysteem zo zelfredzaam mogelijk is. De wijkverpleegkundige moet op de hoogte zijn van welke andere zorgverleners en zorgprofessionals er in de wijk werkzaam zijn. Ook moet zij goed weten voor welke zorgvraag zij waar terecht kan. Ook zijn er heel wat mogelijkheden die Activite biedt om zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten. Zo is er Zorg in beeld (bellen en zorg verlenen via IPad), Steunkousenproject, waarbij cliënten zelfstandig de steunkousen aan en uit kunnen trekken, indien nodig hulpmiddelen inschakelen via de Vegro of aanpassingen aanvragen in huis via de WMO.

*Slot:*

Sinds november 2014 heeft Activite een actieve bijdrage gehad in het aanbieden van informatie en bijscholingen over het vernieuwde indiceren wat per januari 2015 zou gaan plaatsvinden. Binnen deze informatie was er veel aandacht voor het opstellen van verpleegplannen en hoe je dit ook samen kunt doen met de cliënt en zijn familie. Tijdens deze bijeenkomsten is er enigszins iets verteld over de bezuinigingen en nieuwe wet en regelgeving rondom de wijkverpleging, maar deze informatie was zeer summier. Activite heeft als organisatie behoorlijk wat tools en projecten om zelfredzaamheid te kunnen bepalen en te vergroten, alleen worden deze formulieren nog niet altijd gebruikt in verband met tijdsgebrek.

Het aanbod aan hulpverlening en zorgprofessionals binnen de wijk is zeer groot en veelzijdig. Voor de wijkverpleegkundige een hele uitdaging om al deze voorzieningen te kennen en te weten waar je bij wie terecht kunt. Niet alleen de verpleging en verzorging zijn veranderd sinds januari 2015, ook is er in elke wijk via de gemeente een sociaal wijkteam opgezet. Deze teams bestaan voornamelijk uit wmo voorzieningen, maatschappelijk werk en welzijnsmedewerkers. Het zijn erg veel veranderingen in relatief korte tijd, wat ertoe heeft geleid dat het netwerk zeer onoverzichtelijk is geworden in de wijk en de wijkverpleegkundige vaak niet goed meer weet waar ze terecht kan met haar vragen of hoe ze cliënten kan doorverwijzen naar andere hulpverleners.

De wijkverpleegkundige gaf aan dat een algemene richtlijn met daarin een beknopte weergave van instanties en zorgprofessionals die in de wijk werkzaam zijn, een goed hulpmiddel kan zijn voor de indicerende wijkverpleegkundige.

# Bijlage 3. Interview 2

# Dit interview is opgenomen en vervolgens volledig uitgeschreven. De gegevens zijn anoniem verwerkt. De geïnterviewde wordt omschreven als X en de interviewer wordt beschreven als M.

M: Goedemiddag X, ik heb je uitgenodigd voor een interview. Dit interview is bedoeld voor hbo opgeleide wijkverpleegkundigen die sinds januari 2015 zelfstandig aan het indiceren zijn in de wijk. Gebleken is tijdens een overleg met het management dat de wijkverpleegkundigen de oude AWBZ indicaties overnemen, zonder daarbij rekening te houden met de bezuiniging van 15%. Ik wilde graag dit interview met jou doen, om te kijken naar wat ervoor nodig is om die bezuiniging wel te kunnen krijgen bij de vernieuwde indicaties zorgverzekeringswet. Mijn eerste vraag is sinds wanneer ben je werkzaam voor de zorgorganisatie Activite?

X: Ik ben begonnen in januari 2011.

M: Ok. En werkte je vanaf dat moment gelijk in Leiden-Noord?

X: Ja, ik ben in Leiden-Noord begonnen, eerst ik heb een half jaar als gewoon verpleegkundige in wijk gewerkt en later terug daarna ben ik echt als cov-er dus echt als wijkverpleegkundige gaan werken.

M: En wat zijn naast het indiceren de werkzaamheden van een cov-er in de wijk?

X: Het was eigenlijk tot 1 januari waren de belangrijkste taken contacten met andere zorgverleners en zorginstellingen in de wijk en contacten met de verschillende medewerkers van onze eigen organisatie in de wijk, zoals verzorging, verpleging en zelfs soms huishouding. Maar ook thuisbegeleiding om die contacten dus te onderhouden. En om daar ook een beetje in te sturen zodat de beste zorg bij de cliënt kwam en daarnaast dus ook het regelen van indicaties voor nieuwe cliënten die binnen kwamen. En per 1 januari is een deel van die taken is daarin samengekomen in de nieuwe indicatiestelling en daarin blijft ook nog wel een stukje contact over met de teams verzorging, verpleging, huishouding en een stukje contact met andere zorgverleners blijft los daarvan nog bestaan.

M: Waren de indicaties die jullie voor januari stelde, deden jullie dat zelf of was dat via een andere instelling?

X: In principe deden we dat indirect zelf, wij kwamen bij de cliënt, wij bekeken wat heeft deze cliënt nodig en vervolgens deden we een aanvraag bij het CIZ, dat ging via bureau doorstroom en zij deden dat voor ons. Wij namen contact op met bureau doorstroom en zij regelden dat bij het CIZ. En wat wij deden was dan een aantal uren aanvragen binnen ofwel voor verzorging ofwel voor verpleging. En binnen de nieuwe indicatiestelling is daarin dus verandert dat wij dus niet meer een blok met uren aanvragen, maar dat we op handeling aanvragen wat er nodig is dus er is tijd nodig om een bepaalde handeling uit te voeren. Er is niet meer een blok met uren nodig om zorg te leveren.

M: Ok. Vanaf november 2014 is Activite bezig geweest om wijkverpleegkundigen te informeren over de veranderingen die gingen plaatsvinden per 1 januari 2015, wat hebben zij verteld over de bezuinigingen en die nieuwe regelingen die gingen plaatsvinden?

X: Er is heel veel informatie schriftelijk gegeven, er is een scholing geweest daar zat heel veel schriftelijk informatie bij. De mondelinge informatie daarbij was relatief beperkt. Er is tijdens de overleggen van de cov-ers is er wel iets van informatie doorgegeven, maar eigenlijk is die is dat stuk is onderbelicht geweest. Er is wel, zeg maar in de teksten en die meegeleverd waren die bij de cursus, stond wel heel veel, maar ik durf te beweren dat het overgrote deel van de mensen die niet allemaal gelezen heeft. En als ze deze allemaal gelezen heeft dan ook niet allemaal heeft onthouden want het was echt, de hoeveelheid informatie die erbij zat was echt heel veel en voor veel collega’s ook gewoon te veel.

M: Dus over de bezuinigingen, die bezuinigingsregel van 15% dat dus het aantal zorguren gereduceerd moest gaan worden hebben jullie weinig informatie gekregen?

X: Het is wel verteld, maar eigenlijk heeft het een minder belangrijke functie gehad binnen de voorlichting die we hebben gehad en de transitie die we gehad hebben.

M: Zijn jullie dan wel op de hoogte gebracht van welke maatregelen je kan toepassen in de praktijk om een goed verpleegplan tot stand te brengen samen met de cliënt?

X: Ja, redelijk. Zeg maar de scholing die erbij zat, dat was wel heel erg gericht op het maken van een verpleegplan in de nieuwe stijl, maar omdat de mensen die de scholing moesten volgen van zeer verschillende niveaus waren merkte je wel dat de scholing in eerste instantie puur ging om hoe stel je een verpleegplan op. En er minder aandacht en ook tijd voor was voor het stukje hoe stel ik een verpleegplan op, zodat er minder zorguren nodig zijn, dus dat het echt samen met de cliënt kan. Dus dat is nog wel, het kwam wel naar voren en het kwam meer naar voren als dat er bezuinigd moest worden, maar het had wat mij betreft iets meer benadrukt mogen worden, als puur alleen de componenten hoe maak ik een verpleegplan. Maar dat komt ook omdat ik mijn opleiding niet heel lang geleden heb gedaan zoiets als 5 jaar geleden zijn geweest 5 a 6 jaar terug, en in mijn opleiding zat dus al hoe maak ik een verpleegplan. En in de opleiding van een hele hoop mensen die de cursus volgden en die de opleiding 10 20 jaar geleden hebben afgerond kwam dat gewoon nog niet naar voren. Dus het niveau verschil in de cursus was wat dat aan gaat ook te groot.

M: Ja, want het deskundigheidsniveau wat je net benoemd, het verschil daarin heeft niets te maken met het waren allemaal niveau 5 verpleegkundigen.

X: Maar het verschil zit hem wel in hoe lang ben je al niveau 5 verpleegkundige en welke opleiding heb je gehad, want dat hele verpleegkundig redeneren, zit nog zo heel lang in het curriculum van de verpleegkunde opleidingen.

M: Dus als ik het goed begrijp, is er wel veel aandacht besteed aan het klinisch redeneren, het opstellen van een verpleegplan, maar is er minder aandacht besteed aan die 15% vermindering van het aantal zorguren en hoe je dat uiteindelijk kunt bewerkstelligen.

X: Hoe je dat kunt regelen samen met de cliënt en hoe je ook zorgt dat de cliënt daar ook tevreden mee is. Dat is natuurlijk ook een belangrijk component daarin.

M: Heeft Activite bij het opstellen van de juiste formulieren wel rekening gehouden met het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt en ook voor jou als wijkverpleegkundige om te kijken of een cliënt wel zelfredzaam is?

X: Ja, ik vind dat daar de formulieren op zich wel een leidraad in bieden. Er komt vrij veel informatie naar voren uit de formulieren die erbij zitten. En ze vragen ook allemaal wel specifiek naar wat kan een cliënt zelf, kan de cliënt de cliënt het zelf. Dus het in beeld brengen gaat heel goed met de formulieren, maar wat ik mis is een soort van leidraad ook om te zorgen dat er ook handelingen zijn naar dat, naar het stimuleren van zelfstandigheid. Je kan wel zien of iemand zelfstandig is of niet, alleen kun je vervolgens niet er is geen mogelijkheid om het ook makkelijk inzichtelijk te maken wat maakt nu deze cliënt zelfstandig en wat kan ik als wijkverpleegkundige doen om ervoor te zorgen dat deze cliënt op de juiste gebieden zelfredzaam wordt. Maar dat heeft voor een deel ook natuurlijk te maken met de grote verschillen tussen cliënten. Dat kan je niet zo makkelijk in een formuliertje kan vatten.

M: Welke kennis en expertise heb je zelf nodig als wijkverpleegkundige om ervoor te zorgen dat de zelfredzaamheid vergroot wordt? En dat dus het aantal zorguren verminderd zou kunnen worden.

X: Een belangrijk component is natuurlijk hulpmiddelen en geschikte hulpmiddelen, dat kun je inzetten puur aan hulp bij steunkousen aantrekken, bij medicatie gebruik, wat kun je bijvoorbeeld met digitale technieken tegenwoordig ook bij bijvoorbeeld verwarde cliënten hoe zorg je dat je die in beeld houdt bij familieleden, zodat ze niet de hele stad door gaan dwalen dat soort zaken. Je hebt ook een stuk expertise nodig in communicatie met familie en mantelzorgers, want die zijn toch heel belangrijk als je iemand thuis wil laten wonen. Dan moet daar een stuk communicatie in zijn. En dat moet ook op zo’n manier gebeuren dat mensen zich ook gesteund voelen als ze dus mantelzorg verlenen, omdat dat toch heel zwaar is vaak voor familieleden om dat lange tijd te doen. Daarnaast heb je kennis nodig van het bredere netwerk dus welke paramedici, vrijwilligers, opvangmogelijkheden zijn er in de buurt, zowel voor de constante zorg maar ook om noodsituaties op te vangen. Want op het moment dat je dat weet kun je dat ook weer uitleggen aan familieleden nou we gaan het nu zo doen, als het nu mis gaat kunnen we ook per direct dit doen. En dat is vaak een heel veilig gevoel en dat zorgt er ook voor dat ze makkelijker meegaan in een verandering of een wijziging.

M: Denk je dat alle wijkverpleegkundigen in het bezit zijn van zo’n sociale netwerkkaart en dat zij volledig op de hoogte zijn waar je terecht kan binnen Leiden-Noord, voor andere hulpvragen dan echt alleen de verpleegkundige hulpvraag?

X: Ik weet eigenlijk wel zeker dat dat niet zo is. Niet omdat ze het niet willen, maar wel omdat het aanbod is heel groot en eigenlijk is het een door de bomen zie je het bos niet meer er is zoveel. Het is vaak zo specifiek dat het heel moeilijk is om het juiste aanbod bij de juiste cliënt te vinden. En daarnaast kost het ook gewoon heel veel tijd om alles te leren kennen en te ondervinden. Ik doe dit werk nu bijna 4 jaar en in die tijd ben ik net heb ik net weer het idee nou ja ik weet het ongeveer voor de belangrijkste dingen wel. En er zijn nog, ik kom nog steeds veel organisaties tegen waar ik nog nooit van gehoord heb en er al heel lang blijken te zitten. Het zijn er echt zo enorm veel en ze bieden zoveel verschillende dingen dat het vaak heel moeilijk kan zijn om dat te weten. Plus dat per 1 januari is niet alleen de wetgeving voor verpleging/verzorging gewijzigd, maar ook voor huishouding, maatschappelijk werk, voor dagopvang nou ja voor alle dingen binnen de wmo dus dat maakt het ook nog wel extra moeilijk omdat dat ook veranderd is, wat kunnen we nog en wat kunnen we mensen bieden.

M: Hoe is de samenwerking tussen jou en andere instanties en zorgprofessionals in de wijk?

X: Redelijk, ik ben per september vorig jaar ben ik begonnen in een nieuw werkgebied. Ik zat altijd echt in het noordelijkste deel van Leiden-Noord en ik zit nu in het meest zuidelijkste deel van Leiden-Noord. En daar zitten ook weer wat nieuwe zorgverleners en huisartsen die begin ik wel te kunnen nu, maar je merkt toch dat er, ja het kost gewoon heel veel tijd en moeite om die contacten weer te leggen en om daarin te investeren en ook om daar een stukje weerstand te doorbreken en ik kan me ook heel goed voorstellen als ik zie hoe moeilijk het voor mij al is terwijl ik daar tijd voor krijg van mijn baas om daar dus echt tijd in te investeren en daar moeite voor te doen. Hoe ongelofelijk lastig het moet zijn op het moment dat je die tijd er niet voor krijgt. Want hoe ga je die contacten leggen op het moment dat je eigenlijk geen tijd en geen mogelijkheden voor hebt. Dus dat maakt het ook wel weer moeilijker om meer bekend te raken met zo’n netwerk. Dus ik denk dat dat voor anderen heel moeizaam is.

M: Als ik het goed begrijp dan jij krijgt echt als coördinerend wijkverpleegkundige de tijd om dat sociale netwerk op te bouwen, en andere wijkverpleegkundigen binnen Activite krijgen naast het indiceren niet de tijd

X: Die krijgen niet de mogelijkheid, die krijgen alleen de mogelijkheid om dat als improductieve uren te schrijven en nou ja goed dat mogen ze maar voor een heel minimaal aantal van schrijven dus die hebben ook van hogere hand krijgen die niet de vrijheid om daar in te investeren. En als ze dat wel doen of moeten doen om een bepaalde reden, dan moet dat op naam van de cliënt. Dus dan is het puur cliënt gebonden, Dus als je een cliënt hebt waarvoor je iets uit moet zoeken dan kun je dat op naam van de cliënt uitzoeken, maar ja daar kun je ook geen zeeën van tijd in investeren want ja dan gaat de cliënt ook op een gegeven moment zeggen ja wat doe je eigenlijk voor mij. Dus dat moet wel weer duidelijk gemaakt kunnen worden.

M: Welke mogelijkheden ken je zelf als wijkverpleegkundige om zelfredzaamheid te bevorderen?

X: Ja, dat is heel variabel. Het kan gaan om hele simpele dingen, zoals bijvoorbeeld een hulpmiddel om steunkousen aan te trekken of een speciale medicijndoos om medicijnen te kunnen geven of bijvoorbeeld alleen deelname aan een telefoonketen waardoor mensen zich minder eenzaam voelen in hun eigen huis, dat zijn hele simpele dingen en soms zijn er ook hele complexe dingen nodig waarbij cliënten die eigenlijk, ja, waar zelfredzaamheid eigenlijk afhankelijk is van een heel netwerk van mensen om hun heen die ervoor zorgen dat iemand zelf of in ieder geval redelijk zelf thuis kan blijven functioneren. Denk bijvoorbeeld aan iemand die aantal keren in de week naar de dagopvang gaat en dan ‘s avonds weer bezoek krijgt van familieleden, ‘s ochtends hulp krijgt van ons en verder medicijnen uitgezet krijgt door de apotheek, gebruik maakt van een steunkousen hulpmiddel om die steunkousen uit te krijgen ‘s avonds en ook zo nu en dan hulp krijgt van de buurvrouw als het nodig is om boodschappen te doen en dat soort zaken dan zit je alweer in een heel ander systeem en dat stukje ja, en dan is het voor mensen vooral ook heel belangrijk dat ze dan dus zelf toch de controle kunnen houden en regie kunnen houden over al die mensen. Ik denk dat dat eigenlijk het belangrijkste is van die hele zelfredzaamheid, dat mensen zelf regie hebben over wie helpt mij en waarmee helpen ze mij.

M: Ja, dus als ik het goed begrijp, is er voor een gedeelte door Activite actie ondernomen om als wijkverpleegkundige tijdens het indiceren al kleine stappen te zetten naar zelfredzaamheid van de cliënt, maar is er toch in complexere zorgsituaties toch vaak meer hulp nodig ook van buitenaf. Het sociale netwerk, informele netwerken, maar ook andere zorginstanties en hulpverleners. Is er voor jou nog een aanvulling die kan helpen bij het bedenken van mogelijkheden om het toch makkelijker te maken voor wijkverpleegkundigen die in de wijk aan het indiceren zijn om zelfredzaamheid te vergroten?

X: Ik denk dat het belangrijk is dat er in ieder geval meer onderling overleg gaat komen, zeker over complexe casuïstieken. Dat er wordt afgesproken dat die door de cov-er worden gezien of dat dit inderdaad in een soort van overstijgend casuïstiekoverleg wordt neergelegd, van joh wat kan ik hiermee. Ik denk ook dat het heel belangrijk is dat alle mensen die dit soort dingen doen op een gegeven moment toch training krijgen over communicatie met familieleden ik denk dat dat wel een belangrijke rol gaat spelen, als je misschien communicatie in de vorm van hoe voer ik slecht nieuws gesprekken, hoe zorg ik dat mensen toch dingen gaan accepteren, want als je kijkt naar hoeveel negatieve reacties er zijn op dit moment op de nieuwe indicaties, is dat toch wel heel veel. En dat zorgt er ook wel voor dat de effectiviteit ervan minder wordt. En negatieve reacties komen niet allen van cliënten maar vaak ook juist van mantelzorgers en verzorgende en verplegende die het uit moeten voeren.

M: Wat zijn deze negatieve reacties?

X: Mensen die vinden dat er toch meer tijd nodig is dat er bepaalde handelingen niet meer gedaan worden of die uitbesteed zijn naar het sociale netwerk waarvan zij toch vinden ja dat kan toch niet en dat moeten jullie toch doen. Mensen hebben ook weinig zicht op wie wat moet doen en wat er nog wel en niet kan binnen de nieuwe wet en regelgeving. En voor veel verzorgenden en verpleegkundigen is het ook gewoon niet duidelijk dat die 15% gewoon echt bespaard moet worden.

Dat klinkt heel hard, maar het moet wel.

M: Die 15% moet ergens vandaan komen, en als ik het goed begrijp moet daar duidelijkheid in gaan komen. Die 15% die moet en er zijn gewoon bepaalde dingen die moeten gedaan worden door verpleegkundigen en verzorgenden, maar er zijn ook taken die wel gedaan kunnen worden door mantelzorgers, informele netwerken. En als ik je goed begrijp vind jij dat daar meer duidelijkheid en eenduidigheid in moet komen binnen Activite? En dat dat ook gewoon voor en het sociale netwerk maar ook voor de wijkverpleegkundigen die indiceren duidelijk is waar zijn we aan toe.

X: Ja

M: Ik denk dat ik genoeg antwoorden heb gekregen op de vragen en ook om mijn onderzoek verder uit te werken. Ik wil je bedanken.

X: Graag gedaan.

# Bijlage 4. Coderen interview 2

Analyseren, kwalitatieve verwerking van gegevens.

Het verwerken van de gegevens is gebeurt aan de hand van het stappenplan welke staat beschreven in het boek van Verhoeven (2011).

**Stap 1: Per fragment in een woord samenvatten.**

Interview 2. Dit interview is opgenomen en vervolgens volledig uitgeschreven. De gegevens zijn anoniem verwerkt. De geïnterviewde wordt omschreven als X en de interviewer wordt beschreven als M. De interviewer heeft de tekst per fragment een letter en cijfer gekregen met daarachter het code woord.

M: Goedemiddag X, ik heb je uitgenodigd voor een interview. Dit interview is bedoeld voor hbo opgeleide wijkverpleegkundigen die sinds januari 2015 zelfstandig aan het indiceren zijn in de wijk. Gebleken is tijdens een overleg met het management dat de wijkverpleegkundigen de oude AWBZ indicaties overnemen, zonder daarbij rekening te houden met de bezuiniging van 15%. Ik wilde graag dit interview met jou doen, om te kijken naar wat ervoor nodig is om die bezuiniging wel te kunnen krijgen bij de vernieuwde indicaties zorgverzekeringswet. Mijn eerste vraag is sinds wanneer ben je werkzaam voor de zorgorganisatie Activite?

X: Ik ben begonnen in januari 2011.

M: Ok. En werkte je vanaf dat moment gelijk in Leiden-Noord?

X: Ja, ik ben in Leiden-Noord begonnen, eerst ik heb een half jaar als gewoon verpleegkundige in wijk gewerkt en later terug daarna ben ik echt als cov-er dus echt als wijkverpleegkundige gaan werken.

M: En wat zijn naast het indiceren de werkzaamheden van een cov-er in de wijk?

X: Het was eigenlijk tot 1 januari waren de belangrijkste taken contacten met andere zorgverleners en zorginstellingen in de wijk en contacten met de verschillende medewerkers van onze eigen organisatie in de wijk, zoals verzorging, verpleging en zelfs soms huishouding. Maar ook thuisbegeleiding om die contacten dus te onderhouden. En om daar ook een beetje in te sturen zodat de beste zorg bij de cliënt kwam en daarnaast dus ook het regelen van indicaties voor nieuwe cliënten die binnen kwamen. En per 1 januari is een deel van die taken is daarin samengekomen in de nieuwe indicatiestelling en daarin blijft ook nog wel een stukje contact over met de teams verzorging, verpleging, huishouding en een stukje contact met andere zorgverleners blijft los daarvan nog bestaan.

*A1:Werkzaamheden*

M: Waren de indicaties die jullie voor januari stelde, deden jullie dat zelf of was dat via een andere instelling?

X: In principe deden we dat indirect zelf, wij kwamen bij de cliënt, wij bekeken wat heeft deze cliënt nodig en vervolgens deden we een aanvraag bij het CIZ, dat ging via bureau doorstroom en zij deden dat voor ons. Wij namen contact op met bureau doorstroom en zij regelden dat bij het CIZ. En wat wij deden was dan een aantal uren aanvragen binnen ofwel voor verzorging ofwel voor verpleging. En binnen de nieuwe indicatiestelling is daarin dus verandert dat wij dus niet meer een blok met uren aanvragen, maar dat we op handeling aanvragen wat er nodig is dus er is tijd nodig om een bepaalde handeling uit te voeren. Er is niet meer een blok met uren nodig om zorg te leveren.

*B1: Indicatiestelling*

M: Ok. Vanaf november 2014 is Activite bezig geweest om wijkverpleegkundigen te informeren over de veranderingen die gingen plaatsvinden per 1 januari 2015, wat hebben zij verteld over de bezuinigingen en die nieuwe regelingen die gingen plaatsvinden?

X: Er is heel veel informatie schriftelijk gegeven, er is een scholing geweest daar zat heel veel schriftelijk informatie bij. De mondelinge informatie daarbij was relatief beperkt. Er is tijdens de overleggen van de cov-ers is er wel iets van informatie doorgegeven, maar eigenlijk is die is dat stuk is onderbelicht geweest. Er is wel, zeg maar in de teksten en die meegeleverd waren die bij de cursus, stond wel heel veel, maar ik durf te beweren dat het overgrote deel van de mensen die niet allemaal gelezen heeft. En als ze deze allemaal gelezen heeft dan ook niet allemaal heeft onthouden want het was echt, de hoeveelheid informatie die erbij zat was echt heel veel en voor veel collega’s ook gewoon te veel.

*C1: Informatievoorziening*

M: Dus over de bezuinigingen, die bezuinigingsregel van 15% dat dus het aantal zorguren gereduceerd moest gaan worden hebben jullie weinig informatie gekregen?

X: Het is wel verteld, maar eigenlijk heeft het een minder belangrijke functie gehad binnen de voorlichting die we hebben gehad en de transitie die we gehad hebben.

*D1: Bezuiningsregel*

M: Zijn jullie dan wel op de hoogte gebracht van welke maatregelen je kan toepassen in de praktijk om een goed verpleegplan tot stand te brengen samen met de cliënt?

X: Ja, redelijk. Zeg maar de scholing die erbij zat, dat was wel heel erg gericht op het maken van een verpleegplan in de nieuwe stijl, maar omdat de mensen die de scholing moesten volgen van zeer verschillende niveaus waren merkte je wel dat de scholing in eerste instantie puur ging om hoe stel je een verpleegplan op. En er minder aandacht en ook tijd voor was voor het stukje hoe stel ik een verpleegplan op, zodat er minder zorguren nodig zijn, dus dat het echt samen met de cliënt kan. Dus dat is nog wel, het kwam wel naar voren en het kwam meer naar voren als dat er bezuinigd moest worden, maar het had wat mij betreft iets meer benadrukt mogen worden, als puur alleen de componenten hoe maak ik een verpleegplan. Maar dat komt ook omdat ik mijn opleiding niet heel lang geleden heb gedaan zoiets als 5 jaar geleden zijn geweest 5 a 6 jaar terug, en in mijn opleiding zat dus al hoe maak ik een verpleegplan. En in de opleiding van een hele hoop mensen die de cursus volgden en die de opleiding 10 20 jaar geleden hebben afgerond kwam dat gewoon nog niet naar voren. Dus het niveau verschil in de cursus was wat dat aan gaat ook te groot.

*E1: Verpleegplan*

M: Ja, want het deskundigheidsniveau wat je net benoemd, het verschil daarin heeft niets te maken met het waren allemaal niveau 5 verpleegkundigen.

X: Maar het verschil zit hem wel in hoe lang ben je al niveau 5 verpleegkundige en welke opleiding heb je gehad, want dat hele verpleegkundig redeneren, zit nog zo heel lang in het curriculum van de verpleegkunde opleidingen.

*F1: Kennis en expertise*

M: Dus als ik het goed begrijp, is er wel veel aandacht besteed aan het klinisch redeneren, het opstellen van een verpleegplan, maar is er minder aandacht besteed aan die 15% vermindering van het aantal zorguren en hoe je dat uiteindelijk kunt bewerkstelligen.

*C2: Informatievoorziening*

X: Hoe je dat kunt regelen samen met de cliënt en hoe je ook zorgt dat de cliënt daar ook tevreden mee is. Dat is natuurlijk ook een belangrijk component daarin.

*G1: Zelfredzaamheid*

M: Heeft Activite bij het opstellen van de juiste formulieren wel rekening gehouden met het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt en ook voor jou als wijkverpleegkundige om te kijken of een cliënt wel zelfredzaam is?

X: Ja, ik vind dat daar de formulieren op zich wel een leidraad in bieden. Er komt vrij veel informatie naar voren uit de formulieren die erbij zitten. En ze vragen ook allemaal wel specifiek naar wat kan een cliënt zelf, kan de cliënt de cliënt het zelf. Dus het in beeld brengen gaat heel goed met de formulieren, maar wat ik mis is een soort van leidraad ook om te zorgen dat er ook handelingen zijn naar dat, naar het stimuleren van zelfstandigheid. Je kan wel zien of iemand zelfstandig is of niet, alleen kun je vervolgens niet er is geen mogelijkheid om het ook makkelijk inzichtelijk te maken wat maakt nu deze cliënt zelfstandig. Maar dat heeft voor een deel ook natuurlijk te maken met de grote verschillen tussen cliënten. Dat kan je niet zo makkelijk in een formuliertje kan vatten.

M: Welke kennis en expertise heb je zelf nodig als wijkverpleegkundige om ervoor te zorgen dat de zelfredzaamheid vergroot wordt? En dat dus het aantal zorguren verminderd zou kunnen worden.

X: Een belangrijk component is natuurlijk hulpmiddelen en geschikte hulpmiddelen, dat kun je inzetten puur aan hulp bij steunkousen aantrekken, bij medicatie gebruik, wat kun je bijvoorbeeld met digitale technieken tegenwoordig ook bij bijvoorbeeld verwarde cliënten hoe zorg je dat je die in beeld houdt bij familieleden, zodat ze niet de hele stad door gaan dwalen dat soort zaken.

*H1: Hulpmiddelen*

Je hebt ook een stuk expertise nodig in communicatie met familie en mantelzorgers, want die zijn toch heel belangrijk als je iemand thuis wil laten wonen. Dan moet daar een stuk communicatie in zijn.

*I1: Samenwerken*

En dat moet ook op zo’n manier gebeuren dat mensen zich ook gesteund voelen als ze dus mantelzorg verlenen, omdat dat toch heel zwaar is vaak voor familieleden om dat lange tijd te doen.

*J1: Informele netwerken*

Daarnaast heb je kennis nodig van het bredere netwerk dus welke paramedici, vrijwilligers, opvangmogelijkheden zijn er in de buurt, zowel voor de constante zorg maar ook om noodsituaties op te vangen. Want op het moment dat je dat weet kun je dat ook weer uitleggen aan familieleden nou we gaan het nu zo doen, als het nu mis gaat kunnen we ook per direct dit doen. En dat is vaak een heel veilig gevoel en dat zorgt er ook voor dat ze makkelijker meegaan in een verandering of een wijziging.

M: Denk je dat alle wijkverpleegkundigen in het bezit zijn van zo’n sociale netwerkkaart en dat zij volledig op de hoogte zijn waar je terecht kan binnen Leiden-Noord, voor andere hulpvragen dan echt alleen de verpleegkundige hulpvraag?

X: Ik weet eigenlijk wel zeker dat dat niet zo is. Niet omdat ze het niet willen, maar wel omdat het aanbod is heel groot en eigenlijk is het een door de bomen zie je het bos niet meer er is zoveel. Het is vaak zo specifiek dat het heel moeilijk is om het juiste aanbod bij de juiste cliënt te vinden. En daarnaast kost het ook gewoon heel veel tijd om alles te leren kennen en te ondervinden. Ik doe dit werk nu bijna 4 jaar en in die tijd ben ik net heb ik net weer het idee nou ja ik weet het ongeveer voor de belangrijkste dingen wel. En er zijn nog, ik kom nog steeds veel organisaties tegen waar ik nog nooit van gehoord heb en er al heel lang blijken te zitten. Het zijn er echt zo enorm veel en ze bieden zoveel verschillende dingen dat het vaak heel moeilijk kan zijn om dat te weten. Plus dat per 1 januari is niet alleen de wetgeving voor verpleging/verzorging gewijzigd, maar ook voor huishouding, maatschappelijk werk, voor dagopvang nou ja voor alle dingen binnen de wmo dus dat maakt het ook nog wel extra moeilijk omdat dat ook veranderd is, wat kunnen we nog en wat kunnen we mensen bieden.

*K1: Formele netwerken*

M: Hoe is de samenwerking tussen jou en andere instanties en zorgprofessionals in de wijk?

X: Redelijk, ik ben per september vorig jaar ben ik begonnen in een nieuw werkgebied. Ik zat altijd echt in het noordelijkste deel van Leiden-Noord en ik zit nu in het meest zuidelijkste deel van Leiden-Noord. En daar zitten ook weer wat nieuwe zorgverleners en huisartsen die begin ik wel te kunnen nu, maar je merkt toch dat er, ja het kost gewoon heel veel tijd en moeite om die contacten weer te leggen en om daarin te investeren en ook om daar een stukje weerstand te doorbreken en ik kan me ook heel goed voorstellen als ik zie hoe moeilijk het voor mij al is terwijl ik daar tijd voor krijg van mijn baas om daar dus echt tijd in te investeren en daar moeite voor te doen. Hoe ongelofelijk lastig het moet zijn op het moment dat je die tijd er niet voor krijgt. Want hoe ga je die contacten leggen op het moment dat je eigenlijk geen tijd en geen mogelijkheden voor hebt. Dus dat maakt het ook wel weer moeilijker om meer bekend te raken met zo’n netwerk. Dus ik denk dat dat voor anderen heel moeizaam is.

*I2: Samenwerken*

M: Als ik het goed begrijp dan jij krijgt echt als coördinerend wijkverpleegkundige de tijd om dat sociale netwerk op te bouwen, en andere wijkverpleegkundigen binnen Activite krijgen naast het indiceren niet de tijd

X: Die krijgen niet de mogelijkheid, die krijgen alleen de mogelijkheid om dat als improductieve uren te schrijven en nou ja goed dat mogen ze maar voor een heel minimaal aantal van schrijven dus die hebben ook van hogere hand krijgen die niet de vrijheid om daar in te investeren. En als ze dat wel doen of moeten doen om een bepaalde reden, dan moet dat op naam van de cliënt. Dus dan is het puur cliënt gebonden, Dus als je een cliënt hebt waarvoor je iets uit moet zoeken dan kun je dat op naam van de cliënt uitzoeken, maar ja daar kun je ook geen zeeën van tijd in investeren want ja dan gaat de cliënt ook op een gegeven moment zeggen ja wat doe je eigenlijk voor mij. Dus dat moet wel weer duidelijk gemaakt kunnen worden.

*L1: Tijdsgebrek*

M: Welke mogelijkheden ken je zelf als wijkverpleegkundige om zelfredzaamheid te bevorderen?

X: Ja, dat is heel variabel. Het kan gaan om hele simpele dingen, zoals een hulpmiddel om steunkousen aan te trekken of een speciale medicijndoos om medicijnen te kunnen geven of bijvoorbeeld alleen deelname aan een telefoonketen waardoor mensen zich minder eenzaam voelen in hun eigen huis, dat zijn hele simpele dingen

*H2: Hulpmiddelen*

en soms zijn er ook hele complexe dingen nodig waarbij cliënten die eigenlijk, ja, waar zelfredzaamheid eigenlijk afhankelijk is van een heel netwerk van mensen om hun heen die ervoor zorgen dat iemand zelf of in ieder geval redelijk zelf thuis kan blijven functioneren. Denk bijvoorbeeld aan iemand die aantal keren in de week naar de dagopvang gaat en dan s’avonds weer bezoek krijgt van familieleden,

*J2: Informele netwerken*

‘s ochtends hulp krijgt van ons en verder medicijnen uitgezet krijgt door de apotheek,

*K2:Formele netwerken*

gebruik maakt van een steunkousen hulpmiddel om die steunkousen uit te krijgen s’avonds

*H3:Hulpmiddelen*

en ook zo nu en dan hulp krijgt van de buurvrouw als het nodig is om boodschappen te doen en dat soort zaken dan zit je alweer in een heel ander systeem en dat stukje ja, en dan is het voor mensen vooral ook heel belangrijk dat ze dan dus zelf toch de controle kunnen houden en regie kunnen houden over al die mensen. Ik denk dat dat eigenlijk het belangrijkste is van die hele zelfredzaamheid, dat mensen zelf regie hebben over wie helpt mij en waarmee helpen ze mij.

*G2: Zelfredzaamheid*

M: Ja, dus als ik het goed begrijp, is er voor een gedeelte door Activite actie ondernomen om als wijkverpleegkundige tijdens het indiceren al kleine stappen te zetten naar zelfredzaamheid van de cliënt, maar is er toch in complexere zorgsituaties toch vaak meer hulp nodig ook van buitenaf. Het sociale netwerk, informele netwerken, maar ook andere zorginstanties en hulpverleners. Is er voor jou nog een aanvulling die kan helpen bij het bedenken van mogelijkheden om het toch makkelijker te maken voor wijkverpleegkundigen die in de wijk aan het indiceren zijn om zelfredzaamheid te vergroten?

X: Ik denk dat het belangrijk is dat er in ieder geval meer onderling overleg gaat komen, zeker over complexe casuïstieken. Dat er wordt afgesproken dat die door de cov-er worden gezien of dat dit inderdaad in een soort van overstijgend casuïstiekoverleg wordt neergelegd, van joh wat kan ik hiermee.

*I3: Samenwerken*

Ik denk ook dat het heel belangrijk is dat alle mensen die dit soort dingen doen op een gegeven moment toch training krijgen over communicatie met familieleden ik denk dat dat wel een belangrijke rol gaat spelen, als je misschien communicatie in de vorm van hoe voer ik slecht nieuws gesprekken, hoe zorg ik dat mensen toch dingen gaan accepteren, want als je kijkt naar hoeveel negatieve reacties er zijn op dit moment op de nieuwe indicaties, is dat toch wel heel veel. En dat zorgt er ook wel voor dat de effectiviteit ervan minder wordt. En negatieve reacties komen niet allen van cliënten maar vaak ook juist van mantelzorgers en verzorgende en verplegende die het uit moeten voeren.

M: Wat zijn deze negatieve reacties?

X: Mensen die vinden dat er toch meer tijd nodig is dat er bepaalde handelingen niet meer gedaan worden of die uitbesteed zijn naar het sociale netwerk waarvan zij toch vinden ja dat kan toch niet en dat moeten jullie toch doen. Mensen hebben ook weinig zicht op wie wat moet doen en wat er nog wel en niet kan binnen de nieuwe wet en regelgeving. En voor veel verzorgenden en verpleegkundigen is het ook gewoon niet duidelijk dat die 15% gewoon echt bespaard moet worden.

C3: Informatievoorziening

Dat klinkt heel hard, maar het moet wel.

M: Die 15% moet ergens vandaan komen, en als ik het goed begrijp moet daar duidelijkheid in gaan komen. Die 15% die moet en er zijn gewoon bepaalde dingen die moeten gedaan worden door verpleegkundigen en verzorgenden,

*D2: Bezuiningsregel*

maar er zijn ook taken die wel gedaan kunnen worden door mantelzorgers, informele netwerken. En als ik je goed begrijp vind jij dat daar meer duidelijkheid en eenduidigheid in moet komen binnen Activite? En dat dat ook gewoon voor en het sociale netwerk maar ook voor de wijkverpleegkundigen die indiceren duidelijk is waar zijn we aan toe.

X: Ja

*C4: Informatievoorziening*

*I4: samenwerken*

M: Ik denk dat ik genoeg antwoorden heb gekregen op de vragen en ook om mijn onderzoek verder uit te werken. Ik wil je bedanken.

X: Graag gedaan.

**Stap 2: Welke waarden kennen de onderzochte personen aan de gebruikte termen toe?**

Schuin gedrukt is de codering van stap drie weergegeven, die de fragmenten het beste beschrijven.

*A🡪 Werkzaamheden:* Voor de coördinerend verpleegkundigen zijn de werkzaamheden anders dan die van de wijkverpleegkundigen. Beiden indiceren zorg sinds januari 2015 in de wijk, maar alleen de coördinerende verpleegkundigen krijgen voldoende tijd om zich te verdiepen in het zorgaanbod van andere zorgaanbieders en zorgprofessionals binnen de wijk. Het verschil tussen de coördinerend verpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen is qua deskundigheid op dit gebied groot. Het is van belang dat ook de wijkverpleegkundigen op de hoogte worden gebracht van de netwerken binnen de wijk.

*B 🡪 Indicatiestelling:* De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) dekte zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekeringen vielen. Het ging om zorg of hulp die vaak duur en langdurig waren. De AWBZ was een volksverzekering en iedereen die in Nederland woont of werkt had recht op vergoeding van AWBZ-zorg, welke bekostigd werd via de belastingdienst.

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is een regionaal zorgkantoor en was verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ waar cliënten een indicatie voor hadden gekregen en kochten zorg in voor cliënten.

Vanaf 1 januari 2015 wordt de aanspraak verpleging en verzorging thuis vergoed vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw). Alle mensen met een basis zorgverzekering hebben recht op verpleging en verzorging thuis. Het is erg belangrijk dat de wijkverpleegkundige de juiste informatie heeft gekregen om de juiste indicaties te kunnen stellen en onderbouwen en daarbij de goede interventies heeft gekozen.

*C🡪 Informatievoorziening:* Er is voldoende informatie gegeven door Activite op het gebied van het opstellen van een verpleegplan, maar er is onvoldoende informatie gegeven over de 15% bezuinigingsregel. Het lijkt een erop dat de informatie vooral gericht was op het opstellen van een verpleegplan en niet hoe je daarbij 15% kan inkorten op het aantal te leveren zorguren. Het heeft prioriteit deze informatie nog te geven aan de wijkverpleegkundigen.

*D🡪 Bezuinigingen:* Vanaf 1 januari stelt de wijkverpleegkundige vast welke zorg een cliënt nodig heeft. Tijdens het uitreiken van de informatie over deze veranderingen is er door hoger hand van Activite aangegeven dat er per cliënt 15% bezuinigd moet worden op de al bestaande AWBZ indicatiestelling.

De wijkverpleegkundige is te weinig geïnformeerd over deze bezuinigingsregel, waardoor deze bezuiniging minimaal wordt toegepast. Het is echter wel een zeer belangrijk onderdeel bij het stellen van de indicaties, waardoor het prioriteit heeft dit naar voren te brengen.

*E🡪 Verpleegplannen:* Door het opstellen van een verpleegplan komen verpleegkundige problemen duidelijk naar voren en kan de wijkverpleegkundige samen met de cliënt doelen bepalen welke behaald moeten worden. Aan de hand van de gestelde doelen worden interventies gekozen om deze doelen uiteindelijk te behalen. Aan de hand van dit verpleegplan komt er indicatie naar voren waarin duidelijk wordt hoeveel zorg een client nodig heeft.

*F🡪 Kennis:* De coördinerend verpleegkundigen zijn op de hoogte van het aanbod van andere zorgaanbieders en zorgprofessionals in de wijk. De meeste wijkverpleegkundigen zijn nog niet voldoende op de hoogte van deze netwerken. Dit werkt belemmerend bij het inschakelen van de juiste discipline of instantie. De communicatie tussen wijkverpleegkundigen en sociale netwerk en mantelzorgers is nog niet optimaal, uit het interview blijkt dat dit verbeterd kan worden.

*Expertise:* Het stellen van goede verpleegkundige diagnoses, het opstellen van haalbare en concrete doelen en daarbij het kiezen van de juiste interventies vereist ervaring en expertise van de wijkverpleegkundige. Het kunnen inzetten van andere zorginstanties, mantelzorgers, sociale netwerken en/of hulpmiddelen, zodat het aantal professionele zorguren terug gebracht kan worden met 15% vereist naast expertise en ervaring ook de nodige kennis en creativiteit. Uit het interview komt duidelijk naar voren dat nog niet alle wijkverpleegkundige deze expertise bezitten en dat over deze onderdelen nog te weinig scholing is gegeven.

*G🡪 Zelfredzaamheid:* De middelen die Activite biedt bij het vergroten van de zelfredzaamheid zijn voldoende, alleen deze moeten beter inzichtelijk gemaakt worden. De formulieren om te checken of een cliënt zelfredzaam is zijn ook voldoende, alleen door tijdsgebrek worden deze formulieren lang niet altijd gebruikt. Er zijn geen mogelijkheden om in het zorgdossier te benoemen welke interventies je hebt toegepast om de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten.

*H🡪 Hulpmiddelen:* Activite heeft een behoorlijk aanbod aan mogelijkheden om zelfredzaamheid te bevorderen, alleen wordt hier niet voldoende gebruik van gemaakt. Activite heeft een tool om de zelfredzaamheid van de cliënt te bepalen, er is een netwerkkaart aanwezig die inzichtelijk maakt welke activiteiten er al worden opgepakt door formele en informele zorgverleners, er zijn risicosignaleringen in het zorgdossier die laten zien of iemand een verhoogd risico loopt en welke preventieve interventies je kunt toepassen, projecten zoals zelfstandig steunkousen aan- en uittrekken en Zorg in beeld, waarbij de cliënt via een Ipad contacten onthoudt met anderen en zorgverleners.

*I🡪 Samenwerken:* De wijkverpleegkundige moet over goede communicatieve vaardigheden beschikken om tot een betere samenwerking te kunnen komen. Een goed samenwerking tussen professionele zorgaanbieders en de informele zorg is van essentieel belang bij het tot stand komen van een goed lopend aanbod van zorg waarvan de cliënt vind dat hij/zij deze nodig heeft.

*J🡪 Informeel netwerk:* De wijkverpleegkundige kan een beroep op het informele netwerk. Bij het inschakelen van het sociale netwerk gaat de verpleegkundige in eerste instantie uit van de kracht van de cliënt en zijn netwerk. Volgens Baars (1990) is het sociale netwerk oftewel het sociale milieu een netwerk dat bestaat uit al die mensen met wie de cliënt een in het dagelijks leven min of meer duurzame banden onderhoudt. Om dagelijks goed te kunnen functioneren is de cliënt afhankelijk van andere mensen. Binnen dit netwerk vinden ze affectie en aansluiting, maar ook beschikking over de dagelijkse middelen van hun bestaan en is dit de plaats waar ze sociale zekerheid vinden. Het hebben van een sociaal netwerk is doorslaggevend of cliënten zelfredzaam zijn of gemaakt kunnen worden of dat ze zijn aangewezen op zichzelf en hulpverleners. Ook kunnen zij kijken en onderzoeken of er al eventuele mantelzorgers aanwezig zijn die een groot gedeelte van de zorg op zich hebben genomen.

*K🡪 Formele netwerken:* Binnen de wijk kan de wijkverpleegkundige een beroep doen op vele andere zorgprofessionals. Het sociale wijkteam kan ingeschakeld worden voor maatschappelijke zorgvragen, en alles wat te maken heeft met welzijnswerk. Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) wordt geregeld vanuit de gemeente. De gemeente is verantwoordelijk voor cliënten die thuis wonen maar niet zelfredzaam zijn. De gemeente kan via de WMO aanpassingen regelen in huis, individuele- en groepsbegeleiding, hulp in het huishouden, ondersteuning mantelzorg en opvang in geval van huiselijk geweld.

L🡪 Tijdsgebrek: De wijkverpleegkundige heeft over het algemeen weinig tijd om haar sociale netwerkkaart te leren kennen en om het gehele aanbod aan zorg welke binnen de wijk te vinden is toe te passen binnen de thuiszorg. Ook is er onvoldoende tijd beschikbaar om jezelf zichtbaar te maken in de wijk en goede samenwerkingverbanden te onderhouden.

**Stap 3. Codering.**

Werkzaamheden; Indicatiestelling; Informatievoorziening; Verpleegplannen; Bezuinigingen; Hulpmiddelen; Kennis; Expertise; Zelfredzaamheid; Samenwerken; Formele zorg; Informele zorg; Tijdsgebrek.

**Stap 4: Ordenen/groeperen van de termen**

1. Werkzaamheden Indicatiestelling Verpleegplannen
2. Informatievoorziening Bezuinigingen
3. Zelfredzaamheid

Hulpmiddelen

Formele zorg

Informele zorg

1. Kennis Expertise

Samenwerken

Tijdsgebrek

**Stap 5: Hiërarchie aanbrengen.**

Het belang van de codes in volgorde zijn: Informatievoorziening; Bezuinigingen; Kennis; Expertise; Hulpmiddelen; Samenwerken; Informele netwerk; Formele netwerk; Verpleegplan; Indicatiestelling; Zelfredzaamheid; Tijdsgebrek; Werkzaamheden.

**Stap 6: Verbanden leggen tussen begrippen.**

* *Informatievoorziening en bezuinigingen:* Uit het interview blijkt dat de informatie die gegeven is door Activite erg veel was. De schriftelijke informatie bestond voornamelijk uit de uitleg hoe een verpleegplan opgesteld moet worden en hoe de functie van de wijkverpleegkundige vanaf januari 2015 eruit gaat zien. De informatie die mondeling gegeven is ging over binnen welke kaders de zorg gegeven moest worden en over een bezuiniging van 15%. Deze mondelinge informatie was erg summier en uiteindelijk bleek dit niet voldoende.
* *Kennis, expertise en formele netwerken:* Uit het interview blijkt dat de wijkverpleegkundige lang niet altijd voldoende op de hoogte is van de sociale kaart van de wijk. Niet alle verpleegkundige weten welke voorzieningen er aangeboden worden in de wijk en waar cliënten recht op hebben.
* *Verpleegplannen en indicatiestelling:* De wijkverpleegkundigen zijn voldoende op de hoogte gebracht over hoe een verpleegplan opgesteld moet worden en aan welke eisen deze moet voldoen. Aan de hand van dit verpleegplan komt een indicatie voort die bepaald welke zorg een cliënt ontvangen moet en welk deskundigheidsniveau deze zorg moet uitvoeren.
* *Zelfredzaamheid, hulpmiddelen, informele- en formele netwerk:* Bij het opstellen van een verpleegplan, dient de wijkverpleegkundige rekening te houden met cliënt en informele netwerk. Zij kan door middel van het inschakelen van bepaalde hulpmiddelen samen met de cliënt in een oog opslag zien of de cliënt zelfredzaam is en op welk gebied. Vervolgens gaat zij samen met de cliënt kijken of deze ondersteuning dient plaats te vinden door mantelzorg, het sociale netwerk of dat er professionele zorgverlening vereist is. Indien blijkt dat er naast de informele zorg ook nog professionele zorg nodig is, moet de wijkverpleegkundige samen met de cliënt bepalen wat deze zorg moet inhouden. Door middel van de hulpmiddelen die Activite aanbiedt kan de wijkverpleegkundige deze met de cliënt bespreken.

Wanneer blijkt dat bovenstaande hulpmiddelen niet voldoende zijn om de zorgvraag van de cliënt te beantwoorden, kan de wijkverpleegkundige ook een beroep doen op andere zorgverleners en zorginstanties, het formele netwerk. De wijkverpleegkundige moet daarbij wel de juiste kennis en expertise hebben om deze professionele zorgaanbieders in te schakelen, om dit te kunnen doen is een goede samenwerking vereist.

* *Werkzaamheden, samenwerken en tijdsgebrek:* Het is van belang dat de wijkverpleegkundige op de hoogte is van deze werkwijze. Het is bij het opstellen van een verpleegplan en het kunnen bepalen van een indicatie erg belangrijk te weten welke andere zorgverleners, zorginstanties kunnen helpen en meewerken aan een zorgvraag van een cliënt. Een cliënt heeft soms niet alleen een verpleegkundige zorgvraag, maar heeft ook op maatschappelijk gebied ondersteuning nodig om zelfstandig te kunnen blijven wonen of heeft begeleiding nodig om niet te vereenzamen. Een wijkverpleegkundige moet dit kunnen signaleren en deze vragen mee nemen naar andere professionals en zorginstanties om de cliënt op elk gebied te ondersteunen. Door middel van goede communicatieve vaardigheden kan er een goede samenwerking tot stand gebracht worden, waardoor de wijkverpleegkundige precies weet voor welke zorgvraag ze waar terecht kan. Door tijdsgebrek lijkt dit op dit moment niet haalbaar en zullen er andere maatregelen getroffen moeten worden om de wijkverpleegkundige van de juiste informatie te voorzien.

**Stap 7. Verbanden leggen en deze samen brengen in een model:**

Codeboom:

|  |
| --- |
| Te veel Te weinig Voldoende |
| Informatievoorziening: |
| Verpleegplan 1  Bezuiniging 1  Formele netwerken 1  Zelfredzaamheid 1  Hulpmiddelen 1 |
| Kennis en Expertise |
| Formele netwerken 1  Informele netwerken 1  Hulpmiddelen 1 |
| Verpleegplan en indicatiestelling |
| Opstellen verpleegplan 1  Zelfredzaamheid 1  Indicatiestelling 1  Bezuiniging 1 |
| Samenwerken |
| Informele netwerken 1  Formele netwerken 1  Tijd 1  Werkzaamheden 1 |

**Stap 8. Antwoord op de onderzoeksvraag?**

Welke factoren kunnen volgens de wijkverpleegkundige een bijdrage leveren aan een vermindering op het aantal te leveren zorguren in Leiden -Noord?

Vanuit literatuurstudies komt duidelijk naar voren dat het vergroten van zelfredzaamheid door middel van preventieve maatregelen, regelmatige huisbezoeken wijkverpleegkundige en inzet van het informele netwerk positief effect kan hebben op de zelfredzaamheid van de cliënt. Uit eerder onderzoek blijkt dat wanneer deze interventies op de juiste manier worden uitgevoerd, cliënten langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, minder formele zorg nodig hebben en zich qua gezondheid beter voelen.

Vanuit de interviews blijkt dat wijkverpleegkundige deze interventies graag willen inzetten, maar vaak niet weten hoe ze dit moeten doen. Er is te weinig bijscholing geweest in het verbeteren van communicatieve vaardigheden van wijkverpleegkundige en het leren vergroten van de zelfredzaamheid bij cliënten. Beide geïnterviewde gaven aan dat er weinig tijd kan worden vrijgemaakt om hier meer verdieping in te zoeken, zodat er beter samenwerkingsverbanden tussen formele en informele zorgverleners versterkt kan worden. De samenwerking tussen de wijkverpleegkundige en ander formele zorgverleners in de wijk komen ook maar moeizaam tot stand volgens de geïnterviewde, door tijdsgebrek en de werkzaamheden.

# Beoordelingsformulier Proeve van Bekwaamheid 2

De beoordeling van het onderzoeksrapport bestaat uit vier onderdelen: product of aanbevelingen, onderzoek, reflectie en taal- en vormcriteria. De onderdelen taal en onderzoek moeten beide voldoende zijn. Wanneer één of twee van deze onderdelen onvoldoende zijn, geldt de laagste onvoldoende als eindcijfer. Per onderdeel is een aantal criteria opgenomen die als 0= afwezig, 1=zwak, 2=onvoldoende, 3=voldoende, 4=goed, 5=uitstekend kunnen worden beoordeeld. De waardering in punten voor deze beoordelingen is dus 0, 1, 2, 3, 4 of 5 punten, respectievelijk. De berekening van het totaal aantal punten komt tot stand door de weging die verschillend is per onderdeel. De weging en de berekening van het aantal behaalde punten is weergegeven in onderstaande tabel.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Onderdelen | Maximaal aantal punten | Wegings (omreken)factor | Weging | Aantal gewogen punten |  |
| Criteria m.b.t. het product/aanbevelingen | 25 | - | 0,25 | 25 |  |
| Criteria m.b.t. het onderzoek | 50 | - | 0,50 | 50 | Dit onderdeel dient voldoende te zijn. |
| Criteria voor reflectie | 20 | gedeeld door 2 | 0,10 | 10 |  |
| Vormcriteria | 30 | gedeeld door 2 | 0,15 | 15 | Dit onderdeel dient voldoende te zijn. |
|  | **125** | **100** | 1 | 100 |  |

Om het eindcijfer te berekenen worden de cijfers van de onderdelen gemiddeld volgens bovenstaande weging. Deze weging is gebaseerd op kwantitatieve (aantal) en kwalitatieve (relevantie) overwegingen/eisen.

|  |  |
| --- | --- |
| Product | 0 - 5 |
| Het ontwikkelde product geeft antwoord op een vraag vanuit de afdeling/instelling. |  |
| Het product is voor de afdeling/instelling vernieuwend |  |
| Het ontwikkelde product is in de rol van beroepsbeoefenaar in samenwerking met de afdeling/instelling vormgegeven. |  |
| Het ontwikkelde product is hanteerbaar binnen de context van de afdeling/instelling. |  |
| Het ontwikkelde product is op passende wijze gecommuniceerd op de afdeling. |  |
| Totaal aantal punten |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aanbevelingen | 0 - 5 |
| De aanbevelingen zijn concrete voorstellen voor oplossingen voor een vraag vanuit de afdeling/instelling. |  |
| De aanbevelingen zijn voor de afdeling/instelling vernieuwend. |  |
| De aanbevelingen zijn in de rol van beroepsbeoefenaar in samenwerking met de afdeling/instelling vormgegeven. |  |
| De aanbevelingen zijn toepasbaar binnen de context van de afdeling/instelling. |  |
| De aanbevelingen zijn op passende wijze gecommuniceerd op de afdeling. |  |
| Totaal aantal punten |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Onderzoek: methodologische onderbouwing van de innovatie | 0 - 5 |
| **Probleemanalyse**   * de aanleiding van het onderzoek (grondige analyse van het probleem). Hierin is de context van het onderzoek in relatie tot de gezondheidszorg/verpleegkundig beroep beschreven vanuit het macro, meso en micro-niveau. Bovendien is de meerwaarde van het onderzoek evidence based onderbouwd. |  |
| **De onderzoeksvraag**   * vloeit voort uit de probleemanalyse * is geoperationaliseerd in een hoofdvraag * de hoofdvraag is geoperationaliseerd in deelvragen die logisch en consistent zijn afgeleid van de hoofdvraag |  |
| **De doelen**   * passen bij de hoofd(onderzoeks)vraag |  |
| **De onderzoeksopzet**   * is onderbouwd * past logisch bij de probleemstelling * de gekozen manier van dataverzameling is onderbouwd vanuit de onderzoeksopzet |  |
| **Dataverzameling en analyse**   * de dataverzameling is zorgvuldig uitgevoerd * de data-analyse is zorgvuldig uitgevoerd |  |
| **Resultaten**   * vloeien voort uit de dataverzameling en analyse * zijn volledig weergegeven |  |
| **Conclusies**   * zijn herleid uit de resultaten * geven antwoord op de hoofdvraag |  |
| **Discussie**   * sterke- en zwakke punten uit het onderzoek worden onderbouwd * eigen conclusies worden afgewogen met literatuur |  |
| **Aanbevelingen of product**   * vloeien/vloeit voort uit de resultaten en conclusies |  |
| **Bronnen en Engelstalige samenvatting**  *Bronnen*   * zijn recent en relevant * er worden minimaal 3 Engelstalige internationale wetenschappelijke artikelen en/of boeken effectief toegepast   *Engelstalige samenvatting*   * Samenvatting is leesbaar en met het juiste woordgebruik |  |
| **TOTAAL AANTAL PUNTEN**: **Van de maximaal te behalen 50 punten voor dit onderdeel, dien je er minimaal 28 te hebben behaald !!!** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Reflectie | 0 - 5 |
| Reflectie op het proces (de onderzoeksaanpak,- planning en gerealiseerde einddoelen) |  |
| Reflectie op de eigen competentieontwikkeling |  |
| Consequenties voor werken als beginnend beroepsbeoefenaar (in de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar) |  |
| Eigen oordeelsvorming: kwaliteit eigen aandeel in resultaat Proeve van Bekwaamheid 2 |  |
| **TOTAAL AANTAL PUNTEN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vormcriteria | 0 - 5 |
| Taalgebruik |  |
| Bondigheid en volledigheid |  |
| Structuur |  |
| Inzichtelijkheid van figuren, tabellen en voorbeelden |  |
| Literatuurverwijzing |  |
| Bijlages |  |
| **TOTAAL AANTAL PUNTEN Van de maximaal te behalen 30 punten voor dit onderdeel, dien je er minimaal 17 te hebben behaald !!!** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BEOORDELING** | **MAXIMAAL** | **BEHAALD** |
| Aantal punten voor het product | 25 |  |
| Aantal punten voor onderdeel onderzoek: methodische onderbouwing | 50 |  |
| Aantal punten voor onderdeel Reflectie | 10 (20/2) |  |
| Aantal punten voor Vormcriteria | 15 (30/2) |  |
| Totaal | 100 |  |
| Totaal punten door 10 gedeeld | 10 |  |
| Cijfer | 10,0 |  |

Beoordelaars:

Handtekening:

|  |
| --- |
| Toelichting op de beoordeling |

## Rubrics PvB 2

Beoordeling volgens de rubrics:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Product | 1 | 3 | 5 |
| Het ontwikkelde product geeft op een vraag vanuit de afdeling/instelling. | Het product is in mindere mate concreet, er zijn nog extra stappen nodig om het meteen toe te kunnen passen. | Het product is merendeels concreet, maar er zijn nog extra stappen nodig om het meteen toe te kunnen passen. | Het product is zo concreet, dat het meteen toegepast kan worden. |
| Het product is voor de afdeling/instelling vernieuwend | Het product is in mindere mate nieuw voor de afdeling/instelling | Het product is gedeeltelijk nieuw voor de afdeling/instelling | Het product is volledig nieuw voor de afdeling/instelling en daardoor verrassend |
| Het ontwikkelde product is in de rol van beroepsbeoefenaar in samenwerking met de afdeling/instelling vormgegeven. | De student heeft in de rol beroepsbeoefenaar in mindere mate laten zien een gesprekspartner te zijn in de samenwerking m.b.t het product. | De student heeft in de rol beroepsbeoefenaar laten zien een gesprekspartner te zijn in de samenwerking m.b.t het product., heeft hierin stimulans nodig gehad. | De student heeft in de rol beroepsbeoefenaar laten zien een gelijkwaardige gesprekspartner te zijn in de samenwerking m.b.t het product. |
| Het ontwikkelde product is hanteerbaar binnen de context van de afdeling/instelling. | Het product is in mindere mate toepasbaar binnen de context. | Grotendeels is het product toepasbaar binnen de context van de afdeling/instelling. | Het product is in z’n geheel toepasbaar binnen de context van de afdeling/instelling.. |
| Het ontwikkelde product is op passende wijze gecommuniceerd op de afdeling. | Uit eigen initiatief is er geen communicatie geweest; enkele keren bij navraag is vanuit de afdeling op passende wijze gecommuniceerd | Deels eigen initiatief en deels vraag vanuit de afdeling is op passende wijze gecommuniceerd. | Geheel uit eigen initiatief en op een eigen manier is op passende wijze is gecommuniceerd op de afdeling; de betrokkenen zijn tijdens het proces op de hoogte geweest van de voortgang |
| Totaal aantal punten |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aanbevelingen | 1 | 3 | 5 |
| De aanbevelingen zijn concrete voorstellen voor oplossingen voor een vraag vanuit de afdeling/instelling. | De aanbevelingen zijn in mindere mate concreet, er zijn nog extra stappen nodig ze meteen te kunnen toepassen. | De aanbevelingen zijn merendeels concreet, maar bij een aantal zijn nog extra stappen nodig ze meteen te kunnen toepassen. | De aanbevelingen zijn zo concreet, dat ze meteen toegepast kunnen worden. |
| De aanbevelingen zijn voor de afdeling/instelling vernieuwend. | De aanbevelingen zijn in mindere mate nieuw voor de afdeling/instelling | De aanbevelingen zijn gedeeltelijk nieuw voor de afdeling/instelling | De aanbevelingen zijn volledig nieuw voor de afdeling/instelling en daardoor verrassend |
| De aanbevelingen zijn in de rol van beroepsbeoefenaar in samenwerking met de afdeling/instelling vormgegeven. | De student heeft in de rol beroepsbeoefenaar in mindere mate laten zien een gesprekspartner te zijn in de samenwerking m.b.t de aanbevelingen. | De student heeft in de rol beroepsbeoefenaar laten zien een gesprekspartner te zijn in de samenwerking m.b.t de aanbevelingen, heeft hierin stimulans nodig gehad. | De student heeft in de rol beroepsbeoefenaar laten zien een gelijkwaardige gesprekspartner te zijn in de samenwerking m.b.t de aanbevelingen |
| De aanbevelingen zijn toepasbaar binnen de context van de afdeling/instelling. | De aanbevelingen zijn in mindere mate toepasbaar binnen de context. | Grotendeels zijn de aanbevelingen toepasbaar binnen de context van de afdeling/instelling. | Alle aanbevelingen zijn geheel toepasbaar binnen de context van de afdeling/instelling.. |
| De aanbevelingen zijn op passende wijze gecommuniceerd op de afdeling. | Uit eigen initiatief is er geen communicatie geweest; enkele keren bij navraag is vanuit de afdeling op passende wijze gecommuniceerd | Deels eigen initiatief en deels vraag vanuit de afdeling is op passende wijze gecommuniceerd. | Geheel uit eigen initiatief en op een eigen manier is op passende wijze is gecommuniceerd op de afdeling; de betrokkenen zijn tijdens het proces op de hoogte geweest van de voortgang |
| Totaal aantal punten |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Onderzoek: methodologische onderbouwing van de innovatie | 1 | 3 | 5 |
| **Probleemanalyse**   * de aanleiding van het onderzoek (grondige analyse van het probleem). Hierin is de context van het onderzoek in relatie tot de gezondheidszorg/verpleegkundig beroep beschreven vanuit het macro, meso en micro-niveau. Bovendien is de meerwaarde van het onderzoek evidence based onderbouwd. | De **aanleiding** tot te ontwikkelen beroepsproduct / onderzoek wordt niet beargumenteerd.  Probleem wordt benoemd, maar de analyse is onduidelijk (probleem wordt niet helder).  Een aantal onderdelen worden benoemd, echter zonder onderbouwing. | De probleemanalyse is onderbouwd, het probleem wordt helder; de context en de meerwaarde komen hierin naar voren.  Micro-, meso- en macroniveau worden passend bij het probleem beschreven. | De probleemanalyse is grondig, alle onderdelen zijn met onderbouwing toegepast, in samenhang en geïntegreerd beschreven. |
| **De onderzoeksvraag**   * vloeit voort uit de probleemanalyse * is geoperationaliseerd in een hoofdvraag * de hoofdvraag is geoperationaliseerd in deelvragen die logisch en consistent zijn afgeleid van de hoofdvraag | De onderzoeksvraag vloeit niet voort uit de probleemanalyse.  De onderzoeksvraag is niet specifiek en niet begrijpelijk geformuleerd.  De hoofdvraag is geoperationaliseerd in deelvragen die niet logisch en consistent zijn afgeleid van de hoofdvraag  De deelvragen zijn niet logisch geordend | De onderzoeksvraag vloeit grotendeels voort uit de probleemanalyse.  De onderzoeksvraag is in voldoende mate specifiek en volledig en is begrijpelijk geformuleerd.  De hoofdvraag is geoperationaliseerd in deelvragen die logisch en consistent zijn afgeleid van de hoofdvraag  De deelvragen zijn grotendeels logisch geordend | De onderzoeksvraag vloeit geheel consistent voort uit de probleemanalyse.  De onderzoeksvraag is zeer specifiek, volledig en helder geformuleerd.  De hoofdvraag is geoperationaliseerd in deelvragen die logisch en consistent zijn afgeleid van de hoofdvraag  De deelvragen zijn logisch geordend  Er zijn geen overbodige deelvragen en er missen geen deelvragen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **De doelen**   * passen bij de hoofd(onderzoeks)vraag | Het doel is niet logisch en consistent afgeleid van de onderzoeksvraag en heeft geen duidelijke relatie met de probleemanalyse. | Het doel is duidelijk, logisch en consistent afgeleid van de onderzoeksvraag en heeft een duidelijke relatie met de probleemanalyse  Doelstelling beperkt zich nog tot m.n. omzetten van de onderzoeksvraag in een doelstelling. | Het doel is duidelijk, logisch en consistent afgeleid van de onderzoeksvraag en heeft een duidelijke relatie met de probleemanalyse  Doelstelling rijkt breder dan het omzetten van de onderzoeksvraag in een doelstelling. |
| **De onderzoeksopzet**   * is onderbouwd * past logisch bij de probleemstelling * de gekozen manier van dataverzameling is onderbouwd vanuit de onderzoeksopzet | Het geheel is niet consistent en nauwelijks of onjuist onderbouwd.  De onderzoeksopzet past onvoldoende bij de probleemstelling | Het geheel is consistent, wel summier in onderbouwing, is deels toegepast op eigen onderzoek.  De onderzoeksopzet past voldoende bij de probleemstelling | Het geheel is consistent volledig theoretisch onderbouwd en toegepast op eigen onderzoek .  De onderzoeksopzet past logisch bij de probleemstelling |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dataverzameling en analyse**   * de dataverzameling is zorgvuldig uitgevoerd * de data-analyse is zorgvuldig uitgevoerd | Bij *dataverzameling* beschrijft de student hoe het onderzoek daadwerkelijk is uitgevoerd: er wordt geen materiaal aangedragen welke informatie verschaft over de dataverzameling.  Bij *data-analyse* beschrijft de student wat tijdens de uitvoering van het onderzoek met de verzamelde data is gedaan: er wordt geen materiaal aangedragen welke informatie verschaft over de data-analyse. | Bij *dataverzameling* beschrijft de student hoe het onderzoek daadwerkelijk is uitgevoerd: het is tot in enig detail inzichtelijk hoe de data is verzameld, middels een logboek en/of andere ondersteunende documenten welke in de bijlages worden aangeleverd. De bijlages bevatten de informatie welke wordt aangegeven, echter niet zeer overzichtelijk  Bij *data-analyse* beschrijft de student wat tijdens de uitvoering van het onderzoek met de verzamelde data is gedaan: de belangrijkste details m.b.t. het analyseren van de resultaten (uitwerken/coderen interviews, enquêtes, statistische tests etc.) worden in de bijlages uiteengezet. De bijlages bevatten ook echt de informatie welke wordt aangegeven, echter niet zeer overzichtelijk | Bij *dataverzameling* beschrijft de student hoe het onderzoek daadwerkelijk is uitgevoerd: het is tot in groot detail inzichtelijk hoe de data is verzameld, middels een logboek en/of andere ondersteunende documenten welke in de bijlages worden aangeleverd. De manier waarop deze bijlages worden gepresenteerd is zeer overzichtelijk.  Bij *data-analyse* beschrijft de student wat tijdens de uitvoering van het onderzoek met de verzamelde data is gedaan: de volledige details m.b.t. het analyseren van de resultaten (uitwerken/ coderen interviews, enquêtes, statistische tests etc.) worden in de bijlages uiteengezet. De manier waarop deze bijlages worden gepresenteerd is zeer overzichtelijk. |
| **Resultaten**   * vloeien voort uit de dataverzameling en analyse * zijn volledig weergegeven | Resultaten worden verwoord, maar er wordt geen keuze gemaakt welke resultaten het belangrijkste zijn en dus meer "tekst/aandacht" krijgen. De samenhang tussen resultaten en deelvragen wordt nauwelijks duidelijk gemaakt. | Resultaten worden verwoord en er wordt gedeeltelijk een keuze gemaakt welke resultaten het belangrijkste zijn en dus meer "tekst/aandacht" krijgen. De samenhang tussen resultaten en deelvragen wordt gedeeltelijk duidelijk gemaakt. | Resultaten worden duidelijk verwoord en er wordt een goede keuze gemaakt welke resultaten het belangrijkste zijn en dus meer "tekst/aandacht" krijgen. De belangrijkste resultaten worden daarnaast met een figuur of tabel meer inzichtelijk gemaakt. Er is duidelijk wat de samenhang is tussen de resultaten en de deelvragen. Bij niet relevante resultaten wordt verwezen naar bijlage. |
| **Conclusies**   * zijn herleid uit de resultaten * geven antwoord op de hoofdvraag | Conclusies zijn nauwelijks herleidbaar uit de gepresenteerde resultaten.  Conclusies geven geen/nauwelijks antwoord op de hoofdvraag | Conclusies zijn voor merendeel herleidbaar uit de gepresenteerde resultaten.  Conclusies geven een antwoord op de hoofdvraag | Conclusies zijn direct en duidelijk herleidbaar uit de gepresenteerde resultaten. Conclusies zijn bondig en volledig.  Conclusies geven een duidelijk en volledig antwoord op de hoofdvraag |
| **Discussie**   * sterke- en zwakke punten uit het onderzoek worden onderbouwd * eigen conclusies worden afgewogen met literatuur | Discussie: Beperkingen van het onderzoek worden benoemd, alleen niet in de context van eerder onderzoek geplaatst. Er wordt nauwelijks aangegeven wat de waarde van het onderzoek is, gezien de beperkingen van het onderzoek. | Discussie: Er wordt aangegeven wat de beperkingen van dit onderzoek zijn. Daarnaast wordt het onderzoek in de context van eerder onderzoek geplaatst waarbij gebruik wordt gemaakt van relevante bronnen (welke eerder in het rapport zijn aangehaald). Er wordt aangegeven wat de waarde is van het onderzoek, gezien de beperkingen van het onderzoek. | Discussie: Beschrijft duidelijk en objectief de beperkingen van dit onderzoek. Daarnaast wordt het onderzoek in de context van eerder onderzoek geplaatst en wordt evt een verklaring gegeven voor gevonden verschillen. Hierbij word gebruik gemaakt van relevante en nieuwe bronnen die nog niet in de rest van het rapport naar voren komen. Er wordt aangegeven wat de waarde is van het onderzoek, gezien de beperkingen van het onderzoek en er is een duidelijke eindconclusie. |
| **Aanbevelingen of product**   * vloeien/vloeit voort uit de resultaten en conclusies | vloeien/vloeit nauwelijks voort uit de resultaten en conclusies | vloeien/vloeit grotendeels voort uit de resultaten en conclusies | vloeien/vloeit geheel voort uit de resultaten en conclusies |
| **Bronnen**   * zijn recent en relevant * er worden minimaal 3 Engelstalige internationale wetenschappelijke artikelen en/of boeken effectief toegepast   **Engelstalige samenvatting**   * Samenvatting is leesbaar en met het juiste woordgebruik | Gebruikte bronnen zijn weinig relevant, Engelstalige internationale bronnen zijn nauwelijks effectief toegepast.  Samenvatting is aanwezig maar niet helder met veel onjuist woordgebruik en grammaticale fouten | Gebruikte bronnen zijn tot zekere hoogte relevant. Als mogelijk zijn er minimaal een paar bronnen afkomstig uit een (peer-review) journals. Voor de belangrijkste onderzoeks onderwerpen is minimaal 1 bron genoemd.  Samenvatting is aanwezig, redelijk leesbaar en met enkele fouten wat betreft woordgebruik en grammatica | Gebruikte bronnen zijn zeer relevant en zo recent mogelijk. Bronnen zijn betrouwbaar en bij voorkeur (als mogelijk) van (peer-review) journals. Ook zijn voor de belangrijke onderzoeks elementen meerdere bronnen aanwezig over hetzelfde onderwerp.  Samenvatting is aanwezig, goed leesbaar en geen fouten wat betreft woordgebruik en grammatica. |
| **TOTAAL AANTAL PUNTEN**: **Van de maximaal te behalen 50 punten voor dit onderdeel, dien je er minimaal 28 te hebben behaald !!!** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Reflectie | 1 | 3 | 5 |
| Reflectie op het proces (de onderzoeksaanpak,- planning en gerealiseerde einddoelen) | Er wordt niet teruggeblikt op het proces (onderzoeksaanpak, -planning en gerealiseerde einddoelen).  De activiteiten van de uitvoering zijn niet, onjuist of beperkt beschreven.  De uitvoering is niet gebaseerd op waarheid. | Er wordt gedeeltelijk (2 van de 3 fasen) teruggeblikt op het methodisch proces (onderzoeksaanpak, -planning en gerealiseerde einddoelen).  De activiteiten van de uitvoering zijn grotendeels beschreven.  De uitvoering is gebaseerd op waarheid. | Er wordt teruggeblikt op alle fasen van het methodisch proces (onderzoeksaanpak, -planning en gerealiseerde einddoelen).  De activiteiten van de uitvoering zijn volledig en duidelijk beschreven.  De uitvoering is gebaseerd op waarheid. |
| Reflectie op de eigen competentieontwikkeling | Er wordt niet middels een bestaande methodiek gereflecteerd op de competentieontwikkeling of de methodiek is onjuist/ onvolledig toegepast.  De reflectie mist de essentie. | Er wordt middels een bestaande methodiek gereflecteerd op de competentieontwikkeling.  De methodiek is grotendeels juist toegepast. In de reflectie wordt de essentie benoemd. De handelingsalternatieven worden niet benoemd. | Er wordt middels een bestaande methodiek gereflecteerd op de competentieontwikkeling.  De methodiek is correct toegepast. In de reflectie wordt de essentie en de handelingsalternatieven benoemd. |
| Consequenties voor werken als beginnend beroepsbeoefenaar (in de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar) | De vertaling naar de rol als beginnend Hbo-verpleegkundige wordt niet beschreven. | De vertaling naar de rol als beginnend Hbo-verpleegkundige wordt beschreven. | De vertaling naar de rol als beginnend Hbo-verpleegkundige wordt beschreven. Tevens wordt een link gelegd met de Dublindescriptoren. |
| Eigen oordeelsvorming: kwaliteit eigen aandeel in resultaat Proeve van Bekwaamheid 2 | Er wordt geen eigen oordeelsvorming gegeven over de kwaliteit van het eigen aandeel in resultaat Proeve van Bekwaamheid 2. | Er wordt een eigen oordeelsvorming gegeven over de kwaliteit van het eigen aandeel in resultaat Proeve van Bekwaamheid 2. | Er wordt een eigen oordeelsvorming gegeven over de kwaliteit van het eigen aandeel in resultaat Proeve van Bekwaamheid 2. Tevens wordt een link gelegd met de Dublindescriptoren. |
| **TOTAAL AANTAL PUNTEN** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vormcriteria | 1 | 3 | 5 |
| Taalgebruik | Formele zinsbouw:  De zinsbouw heeft een hoog “jip-en-janneke”-gehalte: korte hoofdzinnen, weinig verbindingswoorden tussen de zinnen. De gebruikte verbindingswoorden zijn eenvoudig (bijv. en, maar, want). De gemiddelde zinslengte ligt tussen 10-15 woorden.   Formele woordkeuze: De tekst is in spreektaal geschreven: woorden als eigenlijk, best wel, nou, ‘je’ en dergelijke komen regelmatig voor. Vaag taalgebruik (regelmatig, vaak, soms) komt frequent voor.  Vakspecifieke termen: De tekst bevat afwisselend jargon van de onderzoekende verpleegkundige en “lekentaal”: de beoogde doelgroep is daarmee voor de lezer onduidelijk. Met name onderzoeksterminologie wordt inconsequent en/of fout gehanteerd.  Spelling en grammatica: De tekst bevat meer dan tien taalfout per twee pagina’s. Denk hierbij aan spelfouten (fouten in aaneen-los, werkwoordspelling, hoofdlettergebruik) , grammaticale fouten (fouten in meervoud- | Formele zinsbouw:  De tekst bevat hoofd- en bijzinnen. Er worden verbindingswoorden gebruikt om de relatie tussen informatie weer te geven, al kan dat vaker en met complexere verbindingswoorden.  De gemiddelde zinslengte ligt rond de 15-17 woorden per zin.    Formele woordkeuze: De formaliteit van de tekst wisselt: brongebaseerde onderdelen zijn formeel maar de schrijver heeft moeite consequent schrijftaal te hanteren in de stukken die eigen redeneringen bevatten en hanteert nog niet consequent een genuanceerd woordgebruik.  Vakspecifieke termen: De tekst bevat het gewenste jargon van de verpleegkundige; dat van de onderzoeker wordt nog niet consequent en overal goed gehanteerd.  Spelling en grammatica: De tekst bevat niet meer zes t/m 10 taalfouten per twee pagina’s. Deze taalfout mag bovendien geen “beginnersfout” betreffen (typ- of opzoekfouten, fouten in werkwoordspelling, aaneen-los, | Formele zinsbouw:  De zinsbouw is complex; samengestelde zinnen komen veel voor. Lange, meervoudig samengestelde zinnen zo opgesteld dat met verbindingswoorden duidelijke relaties worden gelegd ( oorzaak-gevolg, voor- en nadelen, overeenkomsten, standpunt-argument en vergelijkingen). De zinslengte is gevarieerd, gemiddeld rond de 20 woorden per zin.  Formele woordkeuze: De gebruikte woorden zijn afkomstig uit schrijftaal (maar niet archaïsch).  Vakspecifieke termen: De tekst bevat het gewenste jargon van de onderzoekendeverpleegkundige. Er is een grote mate van academisch woordgebruik en dit wordt consequent gehanteerd.  Spelling en grammatica: De tekst bevat niet meer dan vijf taalfout per twee pagina’s. Deze taalfouten mo-  gen bovendien geen “beginnersfout” betreffen  (typ- of opzoekfouten, fouten in werkwoordspelling, aaneen-los, deze/die/dit/dat, vervoegings-e, kromme zinnen, de/het, foutief gebruik van komma’s, hoofdletters en punten”). |
| Bondigheid en volledigheid | Er zit veel herhaling in de tekst. Hoofd- en bijzaken lopen door elkaar heen en de rode draad is slechts hier en daar zichtbaar. De tekst bevat onvolledige redeneringen en gedachtesprongen.  De relatie tussen tekst en bijlagen is onduidelijk: in de tekst wordt niet altijd verwezen naar bijlagen en de bijlagen zelf zijn over- of onvolledig. | De tekst bevat weinig herhaling. Hier en daar wordt een niet hinderlijk zijpad bewandeld. Meestal maakt de schrijver aan het begin van een nieuw hoofdstuk of nieuwe paragraaf de relevantie ervan duidelijk; een enkele keer ontbreekt dit. Een enkele redenering is onvolledig, een enkele keer bevat de tekst een gedachtesprong.  De informatie in de bijlagen lijkt niet al te weloverwogen: er is sprake van overvolledigheid. | De tekst bevat geen herhaling. Zinnen zijn informatiedicht en bijzaken zijn weggelaten of opgenomen in de bijlagen. De tekst richt zich op de welingelichte onderzoekende huidprofessional en bevat geen “lekeninformatie”. De schrijver gebruikt “brugzinnen” om de relevantie van een nieuw hoofdstuk of paragraaf ten opzichte van de centrale vraag aan te tonen, waarmee sprake is van een duidelijke rode draad. De tekst bevat geen onvolledige redeneringen of gedachtesprongen.  De inhoud van de bijlagen is functioneel: slechts dat waarnaar verwezen is in de tekst en wat nodig is om keuzes en data te verantwoorden, is opgenomen. |
| Structuur | In de inhoudsopgave of tekst ontbreekt een of meer onderdelen (probleemanalyse, onderzoeksvraag, doelen, onderzoeksopzet, dataverzameling en analyse, resultaten, conclusie, discussie en aanbevelingen) of de volgorde ervan is onjuist. Er is geen onderverdeling aangebracht of te veel onderverdeling (elke alinea krijgt een kopje).  De tekst bevat alinea’s en inhoudelijke verbanden zijn meestal expliciet aangegeven bijvoorbeeld met veelvoorkomende verbindingswoorden: complexere relaties worden niet zichtbaar gemaakt.  Alinea’s zijn over het algemeen kort: maximaal 4 zinnen. | Er is een structuur aangebracht (probleemanalyse, onderzoeksvraag, doelen, onderzoeksopzet, dataverzameling en analyse, resultaten, conclusie, discussie en aanbevelingen). De onderverdeling van deze onderdelen is grotendeels correct; hier en daar behoeft de volgorde binnen een paragraaf verbetering of is de verdeling van informatie ongelijk.  Alinea’s hebben een redelijke omvang (4-6 zinnen) en de relaties ertussen (zoals oorzaak-gevolg, voor- en nadelen, overeenkomsten, standpunt-argument en vergelijkingen) zijn meestal duidelijk aangegeven met de juiste verwijs- en voegwoorden. | Er is een structuur aangebracht (probleemanalyse, onderzoeksvraag, doelen, onderzoeksopzet, dataverzameling en analyse, resultaten, conclusie, discussie en aanbevelingen). Er is binnen en tussen deze hoofdonderdelen sprake van niveauconsistentie (alle hoofdstukken/paragrafen/subparagrafen hebben een gelijke abstractie) en de indeling is hiërarchisch kloppend. Er zijn geen subsubparagrafen, noch zijn er onderverdelingen bestaand uit slechts één onderdeel.  Alinea’s hebben een behoorlijke omvang (5-x zinnen) en starten over het algemeen met een kernzin, die daarna helder wordt toegelicht/uitgewerkt. Relaties tussen alinea’s zijn goed zichtbaar. |
| Inzichtelijkheid van figuren, tabellen en voorbeelden | **Gebruik figuren/voorbeelden/tabellen:** Voorbeelden, schema’s, illustraties en figuren ontbreken/voegen weinig toe/passen niet bij het doel. Voorbeelden zijn uitgebreid en/of vergezocht. Illustraties en figuren zijn niet (consequent) genummerd en/of van titels voorzien. De vormgeving is wisselend. | **Gebruik figuren/voorbeelden/tabellen:** De meeste voorbeelden, schema’s, illustraties en figuren zijn relevant, passend en informatief. Voorbeelden zijn hier en daar wat langdradig. Illustraties en figuren zijn genummerd en van titels voorzien. De vormgeving is grotendeels consequent evenals de weergave van data in de figuren. Vormgeving is bovendien veelal functioneel. | **Gebruik figuren/voorbeelden/tabellen:** Voorbeelden, schema’s, illustraties en figuren zijn relevant, passend en informatief. Voorbeelden zijn beknopt. Illustraties en figuren zijn genummerd en van heldere en beknopte titels voorzien. De vormgeving is consequent evenals de weergave van data in de figuren. Vormgeving is bovendien functioneel. |
| Literatuurverwijzing | **Literatuurverwijzing:** Hier en daar missen bronverwijzingen. Bronverwijzingen bevatten veelal meerdere bronnen die dezelfde informatie blijken te bevatten. Bronverwijzingen zijn te veel (bijv. na elke zin) of te weinig (één keer per drie alinea’s) aangebracht.  Bij APA: bronverwijzingen bevatten niet altijd jaartal/bij citaten niet altijd het paginanummer. | **Literatuurverwijzing**: De bronverwijzingen zijn consequent opgenomen in de tekst.  Bij APA: bronverwijzingen zijn bij meerdere auteurs of websites niet altijd correct/bij citaten staat niet altijd het paginanummer. | **Literatuurverwijzing:** De bronverwijzingen zijn consequent opgenomen en correct weergegeven. |
| Bijlages | **Gebruik bijlages:** Informatie in de bijlages is veel al niet relevant, of er missen bijlages die van belang zijn voor het beoordelen van het onderzoeksproces | **Gebruik bijlages**: Bijlages zijn goed te vinden , bevatten in meer dan de helft van de gevallen ook echt informatie welke relevant is t.a.v. de inhoud van het rapport. Mag 1 element bevatten wat evt. beter in de "body" van het rapport had moeten staan. | **Gebruik bijlages**: Bijlages zijn goedgeordend (en bv eigen index), bevatten alleen relevante informatie ter ondersteuning van de inhoud van het rapport, zijn goed leesbaar en duidelijk, bevatten geen informatie die eigenlijk in het rapport zelf naar voren hadden moeten komen. |
| **TOTAAL AANTAL PUNTEN Van de maximaal te behalen 30 punten voor dit onderdeel, dien je er minimaal 17 te hebben behaald !!!** |  |  |  |