**Complexe zorgvragen thuis**



## 

**Opdrachtgever:** *Mw. J. van Heiningen*

**Organisatie:** *WIJdezorg locatie Emmaus*

**Student**: *Nicole Versluis*

**Studentnummer:**  *s1014853*

**Hogeschool Leiden:** *Bachelor management in de Zorg*

**Module:**  *MZ 84*

**Docenten:** *Ger Mulder, Annet Faber, Gise Straatsma, Jacqueline van Oijen, Peter Bovenkerk*

**Persoonlijk begeleiders:** *Gise Straatsma en Annet Faber*

**Persoonlijk begeleider vanuit de organisatie:** *Mw. J. van Heiningen*

# Voorwoord

Dit rapport is dan ook het resultaat van een mooie ‘reis’ die ik met mijn hoofd en hart heb gemaakt. De afstudeeropdracht is in veel HBO opleidingen een vaste afsluiting van het onderwijsprogramma, zo ook op de Hogeschool in Leiden. Ik heb er voor gekozen om mijn studie zelf te bekostigen.

Ik wil graag een aantal mensen bedanken die deze scriptie mogelijk hebben gemaakt. Als eerste Mw. J. van Heiningen, zowel opdrachtgever als begeleider, omdat zij in mij geloofde en mij begeleidde tijdens mijn studie. Zij heeft mij naar een hoger niveau van leidinggeven gebracht. Verder mijn collega’s van zorglocatie Emmaus. Tijdens mijn drukke studieperiode heb ik de zelfstandigheid en bekwaamheid van mijn collega’s zeer gewaardeerd. Tevens wil ik de organisatie bedanken voor het bieden van de mogelijkheid om mijn afstudeeronderzoek uit te voeren.

Door de steun van docenten van de Hogeschool in Leiden ben ik in staat geweest om dit resultaat te bereiken, hiervoor bedank ik: Drs. G. I. Straatsma, Mw. A. Faber, Mw. J. van Ooijen, Dhr. G. Mulder, Dhr. P Bovenkerk.

Mijn zus, Mw. G. van Beekum en mijn zwager Dhr. K. van Beekum bedank ik voor de vele malen doorlezen en verbeteren van de grammatica in alle opdrachten.

In het bijzonder spreek ik mijn waardering uit voor mijn man Dhr. H. Versluis en onze zoon D. Versluis, zij gaven mij het vertouwen om weer te gaan studeren. Het engelengeduld van mijn man zorgde ervoor dat ik heb kunnen omgaan met de ervaren spanning en tijdsdruk. De laatste twee jaar heb ik niet altijd aan alle verplichtingen kunnen voldoen, het begrip van mijn ouders, familie en vrienden droegen er aan bij dat ik mij hierover niet schuldig hoefde te voelen.

Ik wens een ieder net zoveel plezier toe tijdens het lezen, als dat ik heb ervaren tijdens de uitvoering van mijn onderzoek. Als mijn onderzoek een bijdrage levert aan de beslissingen van WIJdezorg over hoe om te gaan met complexe zorgvragen in de thuissituatie is mijn wens vervuld.

Nicole Versluis

Langeraar, 23-5-2013

## Inleiding

Na uitvoerig overleg met mijn opdrachtgever Mw. J. van Heiningen, locatiemanager en beleidsadviseur WIJdezorg locatie Emmaus, is overeengekomen om binnen het werkveld zorg thuis onderzoek te verrichten naar de toenemende complexe zorg thuis. Voor dit onderzoek is gekozen omdat extramuralisatie van zorg plaats vindt. Meer mensen zullen hun zorg thuis moeten ontvangen, omdat er voor de lichte zorg geen indicatie zorg in een verzorgingshuis wordt afgegeven. De verwachting is dat met het extramuraliseren van zorg ook de complexiteit van zorgvragen in de thuissituatie zal toenemen, zo blijkt uit het multimorbiditeit bij ouderen rapport (Health Council of the Netherlands, 2007). Het onderzoek zal zich voornamelijk richten op de medewerkers en cliënten van zorg thuis.

# Leeswijzer

Dit onderzoek is opgebouwd uit zeven hoofdstukken.

* In hoofdstuk 1 wordt een start gemaakt met de aanleiding van het onderzoek, probleemstelling en de probleemverkenning. Hierbij wordt een pluriformbeeld verkregen. Dit wordt gedaan door gebruik te maken van managementmodellen.
* In hoofdstuk 2 wordt de voorlopige centrale vraag met bijbehorende deelvragen benoemd.
* In hoofdstuk 3 worden de gebruikte begrippen geoperationaliseerd.
* In hoofdstuk 4 vindt een literatuurstudie plaats voor antwoorden op zowel de deelvragen als de centrale vraag.
* In hoofdstuk 5 volgt het conceptueel model en de doelstelling van het onderzoek. Hieruit vloeit de definitieve centrale vraagstelling met de bijbehorende deelvragen voort.
* In hoofdstuk 6 wordt uitgelegd welke onderzoeksopzet gekozen is voor dit onderzoek. Hierin legt de onderzoeker verantwoording af over de genomen stappen in het onderzoeksproces.
* In hoofdstuk 7 zijn de resultaten van het onderzoek terug te vinden.
* In hoofdstuk 8 zijn de conclusie ten aanzien van het onderzoek te vinden.
* In hoofdstuk 9 kunnen de aanbevelingen ten aanzien van het onderzoek voor de opdrachtgever gevonden worden.
* In hoofdstuk 10 de reflectie op de literatuurstudie en het conceptuele model. Na hoofdstuk 10 beginnen de bijlagen van het onderzoek.

# Management samenvatting

*Aanleiding*

Als gevolg van het lenteakkoord en het regeerakkoord in 2012 is ten aanzien van de langdurige AWBZ zorg een wetswijziging ingevoerd. Het doel van deze wet is dat de kosten voor de AWBZ worden beperkt. Alleen (oudere) cliënten die zwaardere zorg nodig hebben (zorgzwaartepakket 4 en hoger) kunnen aanspraak maken op zorg met verblijf in een AWBZ instelling. Zorg met verblijf wordt dan ook in omvang beperkt door afname van de contracteerruimte. Indien cliënten lichtere zorg nodig hebben dan zullen zij dit in de thuissituatie moeten ontvangen. Het terugdringen van de kosten voor de AWBZ gaat tevens gepaard met de navolgende politieke opvattingen. Betrokken burgers, familie, maar ook (groepen) burgers zijn (mede) verantwoordelijk voor hun eigen zorg en welzijn. Er wordt van hen verwacht dat ze zoveel als mogelijk de zorg en begeleiding zelf ter hand nemen. Professionele zorg, hulp en begeleiding functioneert meer en meer als aanvulling, als achtervang en als (coördinerend) sluitstuk. Een deel van het huidige AWBZ budget wordt benut voor de te verwachten groei van zorg thuis. Een deel wordt overgeheveld naar de gemeente ten behoeve van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De laatstgenoemde wet gaat uit van compensatie en participatie van burgers en is dus niet gebaseerd op het principe van het verzekeringsrecht. Ook zullen meer voorzieningen moeten worden bekostigd uit de particuliere zorgverzekeringswet. Het budget voor de langdurige zorg zal binnen enkele jaren worden afgebouwd. Dit betekent dat minder ouderen toegang kunnen krijgen tot zorg met verblijf en dat zij met een hoge zorgzwaarte in de thuissituatie zullen moeten blijven wonen. Verder is te verwachten dat mede door de toegenomen levensverwachting ook het aantal ziekten onder de (oudere) bevolking toeneemt en de complexiteit van de zorg zal toenemen. Omdat de complexiteit van de zorg in de thuissituatie zal toenemen en er forse wijzigingen plaats vinden in de wijze waarop het zorgaanbod tot stand komt, is het noodzakelijk om vast te kunnen stellen of de medewerkers van zorg thuis over de juiste kennis, vaardigheden en beroepshouding beschikken.

*Deelvragen*

Teneinde aanbevelingen tot stand te brengen die gebaseerde zijn op controleerbare gegevens zijn de navolgende deelvragen onderzocht. Wat wordt verstaan onder complexe zorgvragen? Welke kennis vaardigheden en beroepshouding dienen binnen zorg thuis aanwezig te zijn, welke zijn op dit moment aanwezig en welke ontbreken nog?

*Doelstelling*

Door het beantwoorden van bovengenoemde deelvragen is inzicht verkregen in de vraag over welke kennis, vaardigheden en beroepshouding de medewerkers van zorg thuis moeten beschikken om de complexe zorgvragen van de cliënten in de thuissituatie te kunnen beantwoorden.

*Onderzoeksopzet*

Het onderzoek is diagnostisch om zodoende inzicht te krijgen in de gestelde probleemstelling. De onderzoekspopulatie bestaat uit het zorg thuis team van WIJdezorg locatie Emmaus en twee betrokken huisartsen. Het onderzoek is begonnen met een literatuurstudie dit heeft een aantal relevante topics opgeleverd voor het praktijkonderzoek. Na de literatuurstudie is er zowel een kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethode ingezet. De kwalitatieve onderzoekmethode is ingezet onder de vaste medewerkers van zorg thuis dit is gebeurt door middel van een focusgroepsgesprek. Tevens is er onder twee huisartsen een semigestructureerd interview afgenomen. Het kwantitatieve deel van het onderzoek bestaat uit een enquête onder alle medewerkers van zorg thuis locatie Emmaus. De kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksresultaten van respectievelijk de focusgroep en de enquêtes zijn verwerkt en weergeven in een kleurentabel. De kwalitatieve onderzoeksresultaten uit de interviews zijn samengevat op relevante punten.

*Conclusie*

Complexe zorgvragen kunnen zowel betrekking hebben op de cliëntproblematiek te weten

care complexity en is vooral medisch, als op case complexity. Dat laatste betreft de complexiteit van de zorg voor medewerker en mantelzorger. Ze hebben betrekking op de verschillende levensdomeinen: lichamelijk, mentaal, participatie en woon- en leefomstandigheden.

Er wordt van complexe zorg gesproken als er noodzaak is van samenhangende zorg. Dit betreft het afstemmen tussen de verschillende disciplines en de cliënt, maar ook situaties die intensief en complex zijn en betrekking hebben op de meerdere domeinen (ZvW, AWBZ, WMO). Het is in deze situatie van belang om de zorg uit één hand, een verantwoordelijkheid en één regie te bieden. Tot nu toe was opname in een zorginstelling de oplossing voor dit regievraagstuk. Echter gelet op het beperktere volume voor zorg met verblijf in een instelling is dit niet meer de enige en voor de hand liggende oplossing.

In het beroepsprofiel zorgkundige zijn de zeven wenselijke competenties (dat is een combinatie van kennis, vaardigheden en beroepshouding) beschreven die binnen het team zorg thuis aanwezig moeten zijn om (complexe) zorgvragen te kunnen beantwoorden. Van de zeven competenties zijn de volgende competenties in voldoende mate aanwezig: vakinhoudelijk handelen, professionaliteit en kwaliteit. De competenties communicatie (met familie, mantelzorgers en vrijwilligers communiceren over hun rol en inzet), samenwerking (intercollegiale samenwerking in een multidisciplinair team bestaande uit de verschillende domeinen AWBZ, ZvW en WMO), kennis en wetenschap (kennisuitwisseling en intercollegiale deskundigheidsbevordering) en maatschappelijk handelen (versterken van sociaal netwerk van de cliënt) moeten worden verbeterd.

Tevens blijkt dat de samenwerking tussen de verzorgende (wijkverpleegkundige) en de huisarts van belang is om samenhangende zorg te kunnen organiseren. Bovendien is afstemming door de verzorgende (wijkverpleegkundige) met betrokkenen in de directe leefomgeving van de cliënt (familie/mantelzorg), de buurt en relevante organisaties (al dan niet professioneel) van belang om de verschillende levensdomeinen rond de cliënt te organiseren.

*Aanbevelingen*

Stel een wijkverpleegkundige aan die de zeven competenties beheerst, maar vooral de aanvullende competenties maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap, professionaliteit en kwaliteit. Stel de wijkverpleegkundige en de medewerkers in staat om de samenwerking met de huisarts(en) te intensiveren en te professionaliseren. Aan de hand van de gezamenlijke analyse van zorg thuis en de huisarts wordt de behoefte aan actuele en aanvullende scholing op het gebied van complexe zorgvragen vastgesteld en planmatig uitgevoerd. Stel een plan op om het gewenste competentieniveau te bereiken.

Overige aanbevelingen ten aanzien van de organisatie: - hanteer het beroepsprofiel zorgkundige en pas het systeem van functioneringsgesprekken hierop aan - stel een visie vast waaraan ‘goede zorg’ bij complexe zorg vragen moet voldoen - laat de medewerkers voorstellen doen op welke wijze de efficiëntie en de kwaliteit van de zorgverlening kan verbeteren (terug dringen administratieve lasten, mogelijkheden ICT) – stem af met gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraars (geldverstrekkers) om nieuwe werkwijzen en nieuwe waarderingsgrondslagen af te kunnen spreken.

*Suggestie*

In navolging van de inspiratieprijs voor de beste plannen op het gebied van hospitality zou het management een inspiratieprijs kunnen uitloven aan het zorg thuis team dat een plan bedenkt wat aantoonbaar bijdraagt aan verhoging van de efficiency en daardoor de kwaliteit van de zorgverlening aan cliënten met complexe zorgvragen in de thuissituatie.

# Executive summary

*Motivation*

Due to the spring-agreements and the agreements of the coalition of 2012 an amendment of the law is established with regards to the long-term AWBZ care. This law aims to reduce the costs of AWBZ care. Only (older) clients who need intensive care ( care intensity package 4 and higher ) can lay a claim on care including residency in an AWBZ institute. Care including this residency will, therefore, limit its scope due to the reducing contract space. If the client needs lesser care, they must receive this in their home-situation. The reducing of the cost for the AWBZ care is accompanied with the following political view. Concerned citizens, family, but also (groups) citizens are (partly) responsible for their own care and well being. From them it is expected to take charge for as much care and guidance as possible. Professional care, help and guidance functions more and more as complementation, as last resort and as (coordinating) capstone. A share of the current AWBZ budget will be utilized for the expected growth of home-care. Also, a share is transferred to the municipality for the Social Support Act. The latter law is based on compensation and participation of the citizens, and thus is not based on the principle of the insurance law. Also, more facilities should be funded by the private health insurance law. The budget for the long term care will be reduced within a few years. This means that less elderly will have access to care including residency and that they will have to stay in their home-situation while having a higher care intensity level. Furthermore, it is expected that partly due to the increased life expectations the number of diseases increases under the (older) citizens and the complexity of care will increase. Because the complexity of care in a home-situation will increase and significant changes take place in the establishment of the provision of the offered care, it is necessary to be able to determine if the staff of the care in home-situations manage the appropriate knowledge, skills and professional attitude.

*Sub questions*

In order to establish recommendations based on verifiable data, the following sub questions are investigated. What is meant by complex care? What knowledge, skills and professional attitude must be present in context of care in a home-situation, which ones are currently present and which ones are missing?

*Purpose*

By answering the sub questions as noted above, insight is obtained regarding the question what knowledge, skills and professional attitude the staff in home-situation care need to manage to meet the clients requests for complex care.  
*Research design*This research is diagnostic in order to obtain insight in the established problem. The research population contains of the home care team of WIJdezorg, location Emmaus and two involved general practitioners. This research started with a literature review which yielded a number of relevant topics for the practical research. After the literature review both a qualitative and quantitative methodology is applied. By means of a focus-group interview qualitative methodology is applied under the permanent staff of the home-care team. Also, a semi structured interview is conducted under the two general practitioners. The quantitative part of this study consists of a survey under the whole staff of the home-care team, location Emmaus. The qualitative and quantitative results of respectively the focus-group and the survey are processed and displayed in a colour-table. The qualitative results from the interviews are summarized on relevancy.   
*Conclusion*

Complex care requests may relate to both client issues regarding care complexity and is mostly medical, as the case of complexity. The latter concerns the complexity of the care for caretaker and carer. This relates to different life domains: physically, mentally, participation and living and life circumstances.

One speaks about complex care when there is a need for coordinated care. This involves matching between the various disciplines and the client, but also situations that are intense and complex and relate to multiple domains (ZvW, AWBZ, WMO). In these situations it is important to offer responsibility and control from one institution. Until now, the admission into a care institute was the solution for this control issue. However, given the limited volume for residential care in an institution this is no longer the only and obvious solution. In the professional skilled care are seven desirable competencies (which is a combination of knowledge, skills and professional attitude) described that needs to be controlled by the home-care team in order to meet (complex) care requests. Of those seven competencies the following skills are controlled reasonably; medical expertise, professionalism and quality. The competencies communication (with family, carers and volunteers communicate about their role and use), collaboration (peer collaboration within a multidisciplinary team consisting of various domains EMEA, VWD and WMO), knowledge and science (peer knowledge and expertise) and social acting (strengthening the social network of the client) needs to be improved. It also appears that the cooperation between the care taker (district nurse) and the general practitioner is important to organize coherent care. Moreover, coordination by the care taker (district nurse) with those involved in the direct environment of the client (family/carer), the neighbourhood and relevant organizations (professional or not) is important in order to organize the life domains of the client.

*Recommendations*Assign a district nurse, who controls all seven competencies but especially the additional competencies; social acting skills, knowledge and science, professionalism and quality. Establish an environment in which the district nurse and employees are capable to intensify and professionalize the cooperation with the general practitioner. Based on the joint analysis of home-care and general practitioner the need for current and additional training in the field of complex care needs to be established and systematically implemented. Establish a plan to achieve the desired level of competence. Other recommendations regarding the organization: -handle the professional-profile care expert and adjust the system of performance appraisals to this profile – set a vision that is to be met and satisfied in 'good care' by complex care requests – let the employees make proposals on how the efficiency and quality of care can improve (reduce administrative burdens, ICT opportunities) - fine-tune with the municipality, care agency and health insurers (lenders) to agree on new methods and fundamental principles. *Suggestion*Following the inspiration awards for the best plans in the field of hospitality management, the management could reward the home-care team that creates a plan that demonstrably contributes to the increase of efficiency and thereby the quality of care to clients with complex care requests in a home-situation.

# Inhoudsopgave

[Voorwoord 2](#_Toc356986533)

[Inleiding 3](#_Toc356986534)

[Leeswijzer 3](#_Toc356986535)

[Management samenvatting 4](#_Toc356986536)

[Executive summary 6](#_Toc356986537)

[Inhoudsopgave 8](#_Toc356986538)

[Hoofdstuk 1 Probleemverkenning 12](#_Toc356986539)

[Inleiding 12](#_Toc356986540)

[1.1 Organisatie 12](#_Toc356986541)

[1.2 Aanleiding 12](#_Toc356986542)

[1.3 De probleemstelling 13](#_Toc356986543)

[1.4 Geschiedenis thuiszorg 13](#_Toc356986544)

[1.5 Pluriform beeld 14](#_Toc356986545)

[1.6 Het McKinsey 7Smodel 14](#_Toc356986546)

[1.6.1 Significante waarden(cultuur) 14](#_Toc356986547)

[1.6.2 Strategie(missie) 15](#_Toc356986548)

[1.6.3 Structuur 15](#_Toc356986549)

[1.6.4 Systemen 15](#_Toc356986550)

[1.6.5 Stijl van leidinggeven 15](#_Toc356986551)

[1.6.6 Sleutelvaardigheden 15](#_Toc356986552)

[1.6.7 Staf 16](#_Toc356986553)

[1.7 Stakeholder analyse 16](#_Toc356986554)

[Tabel 1, stakeholder analyse (Mulders, 2010) 16](#_Toc356986555)

[1.7.1 Uitkomsten Stakeholder analyse 17](#_Toc356986556)

[1.8 Kwantitatieve bronnen vanuit de organisatie 17](#_Toc356986557)

[Grafiek 1, wachtlijst (WIJdezorg, 2011) t.a.v. ZZP 1, 2 en 3 17](#_Toc356986558)

[1.9 DESTEP analyse 18](#_Toc356986559)

[1.9.1 Demografische factoren 18](#_Toc356986560)

[1.9.2 Ecologische factoren 18](#_Toc356986561)

[1.9.3 Sociale factoren 19](#_Toc356986562)

[Figuur 1 Verantwoordelijkheidsladder (VNG, 2010) 19](#_Toc356986563)

[1.9.4 Technologische factoren 19](#_Toc356986564)

[1.9.5 Economische factoren 19](#_Toc356986565)

[1.9.6 Politieke factoren 20](#_Toc356986566)

[1.9.7 Uitkomsten Destep-analyse 20](#_Toc356986567)

[1.10 SWOT analyse, complexe zorgvraag 20](#_Toc356986568)

[Figuur 2, SWOT analyse (Mulders, 2010) 20](#_Toc356986569)

[1.10.1 Uitkomsten SWOT analyse 21](#_Toc356986570)

[1.11 Beleid WIJdezorg 1 21](#_Toc356986571)

[1.12 Gebruikte bronnen 22](#_Toc356986572)

[Hoofdstuk 2 Voorlopige vraagstelling 24](#_Toc356986573)

[2.1 Voorlopige centrale vraagstelling 24](#_Toc356986574)

[2.2 Deelvragen 24](#_Toc356986575)

[Hoofdstuk 3 Operationaliseren van begrippen 25](#_Toc356986576)

[3.1 Complexe zorgvragen 25](#_Toc356986577)

[3.2 Dementie 25](#_Toc356986578)

[3.3 Multimorbiditeit 25](#_Toc356986579)

[3.4 Palliatieve zorg 26](#_Toc356986580)

[3.5 Competentie 26](#_Toc356986581)

[3.6 Zorg thuis 26](#_Toc356986582)

[3.7 Medewerker zorg thuis 27](#_Toc356986583)

[Hoofdstuk 4 Theoretisch kader 28](#_Toc356986584)

[4.1 Wat is een complexe zorgvraag 28](#_Toc356986585)

[Figuur 3 Beroepsprofiel zorgkundige, 2012 29](#_Toc356986586)

[4.2 Multimorbiditeit 29](#_Toc356986587)

[4.3 Dementie 30](#_Toc356986588)

[Figuur 4 Dementie en psychiatrie (Hazelhof, 2011) 31](#_Toc356986589)

[4.4 Palliatieve zorg 31](#_Toc356986590)

[4.5 Competenties medewerker zorg thuis 32](#_Toc356986591)

[Figuur 5 beroepsprofiel zorgkundige (Beroepsprofiel, 2012) 34](#_Toc356986592)

[4.6 Topics voor het praktijkonderzoek 34](#_Toc356986593)

[Figuur 6 wordle 35](#_Toc356986594)

[4. 7 Mening van de onderzoeker op de gebruikte literatuur 35](#_Toc356986595)

[Hoofdstuk 5 Conceptueel model 36](#_Toc356986596)

[5.1 Conceptueel model 36](#_Toc356986597)

[Figuur 7 Conceptueel model (Versluis, 2012) 36](#_Toc356986598)

[5.2 De doelstelling 36](#_Toc356986599)

[5.3 Definitieve centrale vraagstelling en de deelvragen 37](#_Toc356986600)

[5.4 De definitieve centrale vraagstelling 37](#_Toc356986601)

[5.5 Definitieve deelvragen 37](#_Toc356986602)

[5.6 De randvoorwaarden van het onderzoek 37](#_Toc356986603)

[Hoofdstuk 6 Plan van aanpak 38](#_Toc356986604)

[6.1 Deelvragen 38](#_Toc356986605)

[6.2 Karakter en type van het onderzoek 38](#_Toc356986606)

[6.3 Relevantie van het onderzoek 38](#_Toc356986607)

[6.4 Eigen rol als onderzoeker 38](#_Toc356986608)

[6.5 Onderzoekspopulatie 39](#_Toc356986609)

[6.6 Onderzoeksmethoden 39](#_Toc356986610)

[6.6.1 Literatuuronderzoek 39](#_Toc356986611)

[6.6.2 Praktijkonderzoek 39](#_Toc356986612)

[6.7 Analyse data van de enquête en interview 41](#_Toc356986613)

[6.8 kwaliteitscriteria 41](#_Toc356986614)

[6.9 De afbakening van het onderzoek 42](#_Toc356986615)

[6.10 Randvoorwaarden 43](#_Toc356986616)

[6.11 Kosten van het onderzoek 43](#_Toc356986617)

[Figuur 8 tijdskosten onderzoek 43](#_Toc356986618)

[6.12 Planning praktijkonderzoek 43](#_Toc356986619)

[Hoofdstuk 7 Resultaten van het onderzoek 44](#_Toc356986620)

[7.1 Analyse enquête 44](#_Toc356986621)

[Figuur 9 analyse enquête 44](#_Toc356986622)

[7.2 Analyse focusgroepsgesprek: 45](#_Toc356986623)

[Figuur 10 analyse focusgroepsgesprek 45](#_Toc356986624)

[Hoofdstuk 8 Conclusies 47](#_Toc356986625)

[8.1 Deelvraag B 47](#_Toc356986626)

[8.2 Deelvraag C 47](#_Toc356986627)

[8.3 Deelvraag D 47](#_Toc356986628)

[8.4 Centrale vraag 47](#_Toc356986629)

[Figuur 11 overzicht lacunes 48](#_Toc356986630)

[Hoofdstuk 9 Aanbevelingen 49](#_Toc356986631)

[Hoofdstuk 10 Reflectie 50](#_Toc356986632)

[10.1 literatuurstudie en conceptuele model 50](#_Toc356986633)

[Bijlage 1 Overzicht onderzochte topics 51](#_Toc356986634)

[Bijlage 2 Groepsgesprek met zorg thuis 52](#_Toc356986635)

[Bijlage 3 Enquête voor medewerkers zorg thuis 53](#_Toc356986636)

[Bijlage 4 Half gestructureerd interview met twee huisartsen 58](#_Toc356986637)

[Bijlage 5 Lijst van afkortingen 59](#_Toc356986638)

[Bijlage 6 Planning 60](#_Toc356986639)

[Bijlage 7 Uitwerking focusgroepsgesprek 61](#_Toc356986640)

[Bijlage 8 Functiebeschrijving 69](#_Toc356986641)

[Bijlage 9 Enquête verwerkt in SPSS. 74](#_Toc356986642)

[Bijlage 10 Uitwerking interview huisarts 1 83](#_Toc356986643)

[Bijlage 11 Uitwerking vormen dementie 89](#_Toc356986644)

[Bijlage 12 CanMEDS Afbeedling 90](#_Toc356986645)

[Bijlage 13 Bibliografie 90](#_Toc356986646)

[Bijlage 13 Bibliografie 91](#_Toc356986647)

# Hoofdstuk 1 Probleemverkenning

## 

## Inleiding

Het onderzoek wordt uitgevoerd in zorglocatie Emmaus, onderdeel van de organisatie Wijdezorg. Het locatiemanagement en de beleidsadviseur willen graag de volgende vragen onderzocht hebben: aan welke eisen moeten de medewerkers voldoen om toenemende complexe zorgvragen thuis te kunnen beantwoorden? Dit is van belang om het doel te bereiken om in de toekomst de zorg en complexe zorgvragen te kunnen beantwoorden. In dit hoofdstuk wordt het probleem helder gemaakt. Dit wordt gedaan door een pluriform beeld te schetsten. De onderzoeker is werkzaam op zorglocatie Emmaus als manager zorg. Naast het werk als manager zorg volgt de onderzoeker één dag per week een opleiding management in zorg en maatschappelijke dienstverlening aan de Hogeschool te Leiden. Door de werkzaamheden die de onderzoeker in haar dagelijkse functie uitvoert, heeft de onderzoeker direct te maken met de probleemstelling zoals in dit stuk wordt gesteld.

## 1.1 Organisatie

WIJdezorg is een middelgrote organisatie die ontstaan is door een fusie van drie organisaties in 2009. Er zijn acht locaties verspreidt over het groene hart van Zuid-Holland. De organisatie telt bijna 700 medewerkers en ruim 900 vrijwilligers. Het merendeel van hen is werkzaam in of vanuit de acht zorglocaties. WIJdezorg is een toegelaten instelling voor zorg, begeleiding, behandeling en diensten aan ouderen. Volgens de visie van WIJdezorg zijn cliënten met een functiebeperking of ziekte zelf verantwoordelijk voor de invulling van hun leven. WIJdezorg vindt het belangrijk om de eigenheid van de zorglocaties in hun dorpsomgeving te behouden, dit omdat het voor de klanten een belangrijke toegevoegde waarde heeft. De locatiemanagers van de zorglocaties zijn de verbindende schakels tussen de centrale organisatie en de diensten. De locatiemanagers en de bestuurder vormen samen het managementteam van WIJdezorg. In de ondersteunende functies zoals financiën, personeel en organisatie, ICT, inkoop, administratie, onderhoud, servicediensten en marketing wordt de schaalgrootte benut. Deze ondersteunende functies worden geleid vanuit het centraal kantoor van de organisatie WIJdezorg in Zoeterwoude. Tevens is hier de werkplek van de bestuurder en het secretariaat. De slogan van WIJdezorg is: “U het comfort WIJdezorg”. (WIJdezorg, 2011).

Het onderzoek is gericht op zorglocatie Emmaus, tevens werklocatie van de onderzoeker. In deze locatie is plaats voor 55 bewoners intramuraal. Locatie Emmaus heeft 52 appartementen voor langdurig verblijf en drie appartementen voor kortdurend verblijf. Locatie Emmaus heeft twee woonkamers voor zowel psychogeriatrische als somatische cliënten intramuraal. Locatie Emmaus biedt vijf dagen per week dagverzorging voor cliënten die thuis wonen. Locatie Emmaus levert tevens 24 uur Zorg thuis. Zorg thuis heeft momenteel een populatie van circa 50 cliënten. Er werken op de locatie Emmaus circa 110 medewerkers verdeeld over de afdeling wonen en de afdeling zorg.

De afdeling zorg is onderverdeeld in drie teams en wordt aangestuurd door de manager zorg: een team welzijn bestaat uit 12 vaste medewerkers en 1 leerling, een intramuraal zorg team bestaat uit 22 vaste medewerkers en 4 leerlingen en team zorg thuis bestaat uit 11 vaste medewerkers, 4 oproepkrachten en 1 leerling.

De twee overige afdelingen behoren tot de afdeling wonen en vallen onder de manager wonen. Deze disciplines bestaan uit: een team huishoudelijke verzorging intra- en extramuraal met 13 vaste medewerkers, een team keuken, dit team bestaat uit 7 vaste medewerkers, de receptie bestaat uit 6 vaste medewerkers en tot slot 2 huismeesters. Voor zowel afdeling zorg als wonen zijn er oproepkrachten beschikbaar.

## 1.2 Aanleiding

Het effect van het lenteakkoord en het regeerakkoord van 2012 is dat mensen die zorg nodig hebben zolang mogelijk in de thuissituatie zullen moeten blijven wonen. Vanaf 1-1-2013 zullen mensen die een lichte zorgindicatie hebben ( indicatie met zorgzwaarte pakketten 1 en 2 en vanaf januari 2014 ook zorgzwaarte pakket 3 ) geen recht meer hebben op verblijf, waardoor ze de benodigde zorg thuis zullen moeten ontvangen. Door deze wetswijziging wil de overheid bereiken dat het budget van de AWBZ voor de intramurale zorg wordt beperkt. Het budget voor zorg thuis kan hierdoor toenemen. De overheid wordt geconfronteerd met toenemende kosten bij het uitvoeren Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Op dit moment maken ruim 600.000 Nederlanders gebruik van de AWBZ. Iedere werkende Nederlander betaalt per maand €320 AWBZ premie. De overheid wil deze kosten in de hand houden en stelt dan ook dat voorzieningen overgeheveld kunnen worden naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) of naar de zorgverzekeraar via de Zorgverzekeringswet (ZVW). Tevens voert de overheid het model ‘scheiden van wonen’ in. Het doel hiervan is mensen zelf de woonlasten te laten betalen. Dit heeft als voordeel dat mensen zelf kunnen bepalen of zij een groot huis willen en zware lasten of een klein huis en lichtere lasten. De overheid voert de regeling gefaseerd in (Zorgautoriteit, 2012). Door de invoering van scheiding van wonen krijgen cliënten met een ZZP1, 2 en op termijn ZZP3 geen indicatie voor verblijf in een zorginstelling. Het is daardoor te verwachten dat de vraag naar zorg thuis zal toenemen. Ook is de prognose dat daardoor de complexiteit van de zorgvraag in de thuissituatie zal toenemen. Ten aanzien van het middellange termijnbeleid ( vanaf 2017) is het voornemen om ook de mensen met ZZP 4 geen recht meer tot verblijf toe te kennen (CIZ, 2007). Door de genoemde wetswijzigingen wordt een afbouw van lichte zorg in de woon- zorgcentrums beoogd.

## 

## 1.3 De probleemstelling

Door de gewijzigde indicatiestelling zullen op termijn de wachtlijsten ten aanzien van de intramurale setting afnemen. Dit zal op de langere termijn een grote invloed hebben op de bestaande thuiszorgmarkt. Vanuit de demografische gegevens kan worden vastgesteld dat in 2012, 225 duizend inwoners van Nederland 65 jaar zijn geworden. Deze generatie wordt de babyboomgeneratie[[1]](#footnote-1) genoemd. De babyboomgeneratie die nu 65 jaar is geworden hebben nog een gemiddelde levensverwachting van negentien jaar en worden dus gemiddeld 84 jaar volgens het bureau van statistiek (CBS, 2012). De levensverwachting in Nederland neemt toe, mede door goede preventie en betere behandelingen. Met deze toename vergroot het ook het aantal jaren dat iemand ziek is. Hierdoor is het aannemelijk dat de complexiteit van de zorgvragen verder zal toenemen. Gezien de cijfers kan worden verwacht dat de vraag naar thuiszorg zal groeien. Voor de organisatie is het van belang dat de medewerker van zorg thuis in staat is om de toenemende complexe zorgvraag te beantwoorden. De organisatie moet weten of de medewerker voldoende competenties bezit en waar lacunes zitten. Als de organisatie dit goed in beeld heeft kan worden gekeken naar wat de medewerker van zorg thuis nodig heeft en wat er moet worden ondernomen om de toenemende complexe zorgvragen te kunnen (blijven) beantwoorden, zodat de cliënten langer thuis kunnen blijven wonen. Dit is van belang om de marktpositie ten aanzien van zorg thuis te behouden, zo niet uit te breiden.

## 1.4 Geschiedenis thuiszorg

Om een beeld te krijgen van het ontstaan van de AWBZ-zorg duiken we in de geschiedenis van de thuiszorg. Hierbij wordt gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Er wordt vanuit de brancheorganisaties gekeken. Tevens wordt er gebruik gemaakt van het essay gemaakt door de onderzoeker (Versluis, 2012) over de geschiedenis van de thuiszorg.

Rond 1900 ontstaat het kruiswerk uit burgerinitiatieven. Het kruiswerk ontstaat vanuit zowel wetenschappelijke inzichten, als geloofs- en levensovertuiging. De oprichting van het kruiswerk heeft te maken met:

* Slechte hygiëne
* Slechte voeding
* Besmettelijke ziekten

Rond 1920 zijn er al 860 plaatselijke kruisverenigingen in Nederland (LSBK, 2009). Het takenpakket breidt zich uit met begeleiding in het huishouden voor gezinnen die problemen hebben, individuele ziekenzorg, kraamverpleging en consultatiebureaus. Eind jaren 1950, na de wederopbouw, verandert de rijkssubsidieregeling (Kunneman, 2007) van hulp aan gezinnen naar langdurige zorg voor senioren en chronisch zieken. Op 1 januari 1968 komt de wet AWBZ tot stand. Rond 1970 is door verschillende kruisverenigingen besloten om te gaan samenwerken, zo ontstaat in 1977 de Nationale Kruisvereniging. Met deze nationalisering wordt ook de professionalisering van het kruiswerk bevorderd. In 1974 komt staatsecretaris Hendriks met een structuurnota omdat de overheid meer grip wil krijgen op het kruiswerk. De eerste verandering ten aanzien van het kruiswerk vinden dan pas weer plaats rond 1990. Op grote schaal vinden er fusies plaats tussen de gezinszorg en het kruiswerk (Kunneman, 2007). Met deze fusie komt voor de zorg de verantwoordelijkheid bij de overheid te liggen. De overheid neemt voortaan beslissingen welke zorgvoorzieningen iemand nodig heeft en welke er vergoed worden. Dit is gedaan om de professionalisering van de zorg te bevorderen en de kosten in de hand te houden. De thuiszorg wordt betaald vanuit de AWBZ. Door deze wijzigingen is er veel veranderd in de zorg. Er ontstaan organisaties die aan belangenbehartiging doen. Ook vindt er in organisaties steeds meer strategisch gedrag plaats ten opzichte van andere organisaties en de overheid. Er vindt een verzakelijking van de zorg plaats. Met de verzakelijking van de zorg neemt ook de bureaucratie toe. De overheid voert in 2009 het indiceren en de zorgzwaartepakketten (ZZP) in om de bureaucratie te verminderen en om onnodige leegstand van bedden op te lossen. Door deze maatregel zou er ook efficiënter gewerkt kunnen worden. Dit alles zou een kostenbesparing opleveren. Echter, als gevolg van de indicering en de toename van het aantal ouderen dat zorg nodig heeft is de bureaucratie toegenomen en hierdoor is er een stijging van de zorgkosten. Vanuit de geschiedenis van de thuiszorg wordt gekeken naar het huidige beleid van de overheid. Dit, om het probleem en het beeld wat er speelt duidelijk neer te zetten. In de beginjaren van zorg waren vooral kerken en verenigingen actief in zorg en ondersteuning. De overheid heeft langzaamaan de zorg overgenomen. Zo is de verzorgingsstaat ontstaan. Nu de kosten ten aanzien van de zorg stijgen en niet meer in de hand te houden zijn is de overheid genoodzaakt om verantwoordelijkheden terug te geven aan de burgers. Dit gebeurt onder anderen door het invoeren van scheiden van wonen en zorg. Er komt zo meer duidelijkheid waar de overheid verantwoordelijk voor is en waar de burger verantwoordelijk voor is. Ook worden steeds meer taken van de AWBZ overgeheveld naar de gemeenten (Wet Maatschappelijke Ondersteuning).

## 1.5 Pluriform beeld

Om een pluriform beeld te vormen ten aanzien van de probleemstelling wordt gebruik gemaakt van vier modellen, het McKinsey 7S model, de Stakeholder analyse, DESTEP analyse en het SWOT model. Alle vier modellen komen uit het boek “ 100 management modellen” (Mulders, 2010). Het McKinsey 7S model beschrijft de zeven belangrijkste aspecten van een organisatie. Het model fungeert als diagnose checklist voor belangrijke organisatorische aspecten. Bij het McKinsey 7S model worden niet alleen de harde aspecten zoals strategie en structuur belicht maar ook de zachte aspecten van de organisatie zoals managementstijl en personeel. Het model geeft tevens aan dat er een relatie is tussen de factoren. De stakeholder analyse wordt gebruikt om alle belanghebbenden bij het onderzoek in kaart te brengen. Hierbij wordt gekeken naar hun rol, de houding en de invloed ten aanzien van het onderzoek.

De organisatie heeft nauwelijks invloed op de macrofactoren beschreven in de DESTEP analyse. De DESTEP analyse wordt ingezet om op macroniveau een omgevingsanalyse te maken. De omgevingsanalyse geeft invloeden weer vanuit de macro-omgeving die invloed hebben op de organisatie.

De SWOT analyse (Mulders, 2010) wordt uitgevoerd om in kaart te brengen welke kansen en bedreigingen er voor de organisatie zijn. Tevens wordt er gekeken welke sterktes en zwaktes binnen de organisatie aanwezig zijn. De SWOT geeft een duidelijk beeld van de situatie. Gezien het geschetste probleem zijn de twee gebruikte modellen goed toe te passen om een duidelijk beeld van interne en externe organisatie te krijgen.

## 

## 1.6 Het McKinsey 7Smodel

1.6.1 Significante waarden(cultuur)

Binnen locatie Emmaus heerst een cultuur waarin iedereen zichzelf kan zijn. Locatie Emmaus heeft een plattelandskarakter, iedereen kent elkaar. De medewerker werkt hard, niks is teveel. Medewerkers zijn niet tegen veranderingen, zolang het maar duidelijk wordt uitgelegd. Er wordt nauwelijks geroddeld en iedereen staat voor elkaar klaar. Medewerkers zijn betrokken bij hun werk en nemen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van hun werk. Men spreekt elkaar aan op taken, normen en waarden. Dit is na te lezen in het rapport opgesteld door ‘In voor zorg’. De meeste medewerkers wonen in het dorp waar locatie Emmaus staat. Dit schept een band maar ook verplichtingen. Verplichtingen ten aanzien van niet gauw “nee” kunnen zeggen als een collega belt om een dienst over te nemen/ruilen. Vanuit de scan ‘In voor zorg’ blijkt dat de medewerker redelijk lang in dienst is en dat de leeftijd van medewerkers hoog is. Tevens blijkt dat medewerkers moeite hebben met het aangeven van hun grenzen en verwachtingen naar elkaar. Buiten het werk trekken medewerkers regelmatig met elkaar op (In voor zorg, 2012).

1.6.2 Strategie(missie)

Wijdezorg ziet zichzelf als een betrouwbare en klantvriendelijke zorg- en dienstverlener in de Rijnstreek. De organisatie richt zich vooral op senioren, maar ook jongere mensen en chronisch zieken kunnen een beroep op de organisatie doen. Het aanbod van WIJdezorg heeft een aantal kernmerken:

* Kleinschalig van opzet
* Zware en lichte zorg geclusterd in regiokernen
* Dicht bij de klanten, medewerkers, vrijwilligers
* Ondersteunend voor de Mantelzorger
* Professioneel georganiseerd en van goede kwaliteit. Dit is na te lezen op: [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) (RIVM in opdracht van College voor Zorverzekeringen, 2012)

1.6.3 Structuur

De organisatiestructuur van WIJdezorg lijkt, als je naar het organigram kijkt, op een divisiestructuur (Mintzberg, 2011). Wijdezorg is niet alleen een divisiestructuur maar heeft ook kenmerken van een machinebureaucratie door de standaardisatie van werkprocessen. De standaardisatie van werkprocessen vloeit voort uit het kwaliteitssysteem PREZO ( PREstatie in de ZOrg) van WIJdezorg. Een ander kenmerk van WIJdezorg is professionele bureaucratie, dit komt door de standaardisatie van vaardigheden. De standaardisatie van vaardigheden wordt door het kwaliteitssysteem PREZO op peil gehouden. Dit gebeurt door middel van een cyclisch geborgde training van vaardigheden en taakspecialisatie van de medewerkers. Doordat de macht gedecentraliseerd is tot het middenkader kun je spreken van een dominante divisiestructuur (Mintzberg, 2011). De locatiemanagers van de zorglocaties leggen verantwoording af aan de strategische top van WIJdezorg (WIJdezorg, 2011).

1.6.4 Systemen

Op alle locaties van WIJdezorg wordt er volgens het kwaliteitssysteem PREZO gewerkt. In dit kwaliteitssysteem wordt gebruikgemaakt van een zorgleefplan voor de bewoner. Dat wordt opgesteld in vier domeinen (ACTIZ, 2006):

* Woon- leefomgeving
* Mentaal welbevinden
* Participatie
* Lichamelijk welbevinden

Het kwaliteitssysteem is methodisch en cyclisch. In het kwaliteitssysteem staat de cliënt centraal (Perspekt, 2003).

1.6.5 Stijl van leidinggeven

De leidinggevende stijl die binnen WIJdezorg gebruikt wordt is veelal van Hersey en Blanchard (Hersey, 2008) en wordt situationeel leidinggeven genoemd. Afhankelijk van de situatie en het niveau van de medewerker wordt er coachend en sturend leiding gegeven. Vanuit de benchmark in de zorg uit 2011, geven medewerkers een 7,4 aan inspirerend leidinggeven (ACTIZ, 2011).

1.6.6 Sleutelvaardigheden

Mensen met een functiebeperking of chronische ziekte blijven zelf verantwoordelijk voor de invulling van hun leven. En dus ook voor de zorg en ondersteuning die zij wensen. Vanuit dit uitgangspunt biedt WIJdezorg een breed zorg- en dienstenpakket aan (WIJdezorg, 2011). In alle fasen van ziekte en ouderdom kunnen mensen een beroep doen op WIJdezorg. WIJdezorg levert professionele en toegewijde zorg van licht somatische zorg tot zware psychogeriatrische zorg. Samen met een scala aan diensten die het leven voor de cliënt prettiger en gemakkelijker maken. In de organisatie WIJdezorg wordt gebruik gemaakt van ruim 900 vrijwilligers. De vrijwilligers zijn voor de zorglocaties onmisbaar in de ondersteuning van activiteiten en dergelijke. Echter komt het steeds meer voor dat vrijwilligers een eigen ‘agenda’ hebben. Wat de zorglocatie verwacht is dus niet altijd het idee wat de vrijwiliger heeft van zijn/haar aangeboden diensten.(WIJdezorg, 2011).

### 1.6.7 Staf

Locatie Emmaus heeft een ziekteverzuim van 3,06% in 2011. Dit is laag in vergelijking met het landelijk gemiddelde van 6% in 2011. Dit lijkt samen te hangen met meerdere factoren, namelijk het dorpse karakter, de ervaren sociale druk en het verantwoordelijk voelen voor elkaar. Bovendien is er binnen Wijdezorg een ziekteverzuimbeleid gebaseerd op de wet Poortwachter (WAO, 2001). Binnen WIJdezorg wordt veel aandacht en geld vrijgemaakt voor scholing en ontwikkeling van medewerkers (WIJdezorg, 2011). Dit komt ten goede aan de professionaliteit van de medewerkers en de organisatie. Het opleidingsniveau lijkt niet meer aan te sluiten bij de zorgvragen die op de organisatie afkomen. De medewerkers hebben vaardigheden tot niveau 3+. Het functieprofiel dat in de organisatie gehanteerd wordt bevindt zich in bijlage 8. De vaardigheden die meer specialisme vragen worden ingehuurd bij de concurrent.

## 1.7 Stakeholder analyse

Alle stakeholders die van belang zijn worden in kaart gebracht in de stakeholdersanalyse. De volgende stakeholders zijn van belang bij de analyse: de klant, het zorgkantoor, de overheid, de medewerker zorg thuis en de huisarts.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Betrokkenheid** | **Macht** | **Houding** | **Relaties** |
| **Stakeholder: de klant** |  |  |  |
| Klant direct betrokken bij het probleem. Klant met ZZP 1,2,3 mag niet meer in een verzorgingshuis worden opgenomen (VWS, 2012). De klant kan zelf de zorgaanbieder kiezen. | De macht van de klant is kleiner dan de macht van het zorgkantoor en de overheid. De overheid maakt het beleid en het zorgkantoorbepaalt welke ZZP je krijgt (CIZ, 2007). | De klant is vaak hulpbehoevend en iets onderdanig aan de zorg. De klant is vaak blij met de hulp die zij ontvangen. De generatie die nu zorg ontvangt is voornamelijk dankbaar en stellen geen hoge eisen. | De relatie tussen de klant en het probleem is direct aanwezig. Er staan mensen op de wachtlijst die nu niet meer naar binnen mogen door een te lage ZZP (College voor zorgverzekeringen, 2011). |
| **Stakeholder: het zorgkantoor** |  |  |  |
| Deze heeft in de loop de jaren steeds meer invloed gekregen op het invoeren en uitvoeren van het beleid van de overheid. In grote mate bepalen zorgkantoren aan welke eisen zorgaanbieders moeten voldoen. | De overheid maakt het beleid en het zorgkantoor voert het beleid uit in grote mate worden de kwaliteitseisen bepaald door het zorgkantoor. Je kunt als organisatie niet zonder het zorgkantoor. | De houding van het zorgkantooris bedreigend er moet aan veel eisen worden voldaan wil het zorgkantoor zorg inkopen bij jouw organisatie. Het zorgkantoor **is** veel eisend en bepalen voor het beleid binnen de organisatie. | Door de toegenomen marktwerking is de relatie met het zorgkantoor veel intenser geworden. Er worden afspraken gemaakt betreffende productie en er wordt nauwer samen gewerkt. |
| **Stakeholder: de overheid** |  |  |  |
| De overheid heeft sinds 2005 de marktwerking ingevoerd in de zorg door veranderde wetgeving. Marktordening gezondheidszorg minister schippers 2006 **(Gezondheidzorg, 2006)**  Van volksgezondheid wil nog meer marktwerking in de zorg de intramurale budgetten worden kleiner en extramurale budgetten zullen toenemen. | De overheid maakt en bepaalt het beleid en heeft daarom enorme macht. | De zorg moet goedkoper en efficiënter. De overheid wil dat de kosten van de zorg aanzienlijk minder worden. | De overheid heeft een directe relatie met de zorginstelling. Doordat de overheid het beleid bepaalt wat uitgevoerd moet worden heeft deze invloed op de organisatie en bedrijfsvoering. De organisatie moet sturen op het door de overheid vastgesteld beleid. De organisatie heeft geen invloed op het vastgestelde beleid. De overheid wil lagere kosten voor de zorg en wil hoge kwaliteit t.a.v. de geleverde zorg. Elke organisatie moet een kwaliteitssysteem hebben anders heb je een minder hoog tarief. |
| **Stakeholder: de medewerker zorg thuis** |  |  |  |
| Door de wijzigingen in de wet dat ZZP 1 en 2 en in de toekomst ZZP 3 **(Zorgautoriteit, 2012)**thuis moet blijven wonen is de prognose dat er toename komt van extramurale zorgvragen bij zorg thuis. Ook zal door het langer thuis wonen van zorgvragers de complexiteit van zorgvraag toenemen. | De macht van de zorg thuis medewerker is redelijk groot. De cliënt heeft keuze van organisatie maar niet van medewerker. De medewerker kan bepalen dat de zorg niet geleverd kan worden door bijvoorbeeld te weinig kennis van de medewerker. | De houding van de medeweker ten aanzien van de organisatie is goed. Medewerker heeft zelf gekozen om te werken in de organisatie. Uit het medewerkers tevredenheidonderzoek (ACTIZ 2010)blijkt dat de medewerker in grote mate tevreden is over de werkplek en werkdruk. | Er is een directe constante relatie tussen de klant en de medewerker. Zij werken in de wijk nauw samen met elkaar. De medewerker is verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg rondom de zorgvrager. |
| **Stakeholder: de huisarts** |  |  |  |
| De huisarts komt bij de klant thuis deze neemt waar dat er een zorgvraag ontstaat. De huisarts is vaak verwijzer voor de zorg van de zorgvrager. De huisarts zal als eerste constateren dat de zorgvraag veranderd in complexiteit. De huisarts is een belangrijke spil voor de klant en de medewerker van zorg thuis. | De macht van de huisarts is aanwezig. Hij moet wel de zorgvraag zien en er naar handelen. De huisarts kan besluiten om informatie niet te delen met de zorg thuis medewerker. De medewerker kan niet naar behoren haar werk doen dit heeft invloed op de klant. | De houding van de huisartsen tegenover de organisatie is goed. Gezamenlijk zitten wij in het MOVIT [[2]](#footnote-2)project dit om de samen werking tussen organisatie medewerker en huisarts en apotheek te verbeteren. Zodat er beter wordt afgestemd welke zorg er nodig is. | De huisarts is een belangrijke schakel in het organiseren van de zorg rondom de klant hij is verwijzer en mede bepaler van het beleid wat rondom de zorgvrager wordt afgesproken. |

#### Tabel 1, stakeholder analyse (Mulders, 2010)

### 1.7.1 Uitkomsten Stakeholder analyse

Door de stakeholders analyse blijkt hoe belangrijk de externe partijen zijn en welke invloed zij kunnen hebben. Uit de analyse blijkt dat de stakeholder de huisarts een belangrijke rol heeft ten aanzien het coördineren van zorg thuis. Daarom wordt er in het onderzoek voor gekozen om twee huisartsen te interviewen. De huisarts heeft kennis van zijn klanten en is overkoepelend tussen disciplines zoals apotheek, fysiotherapeut en het woon- zorgcentrum. De huisarts kent alle partijen en is eindverantwoordelijk voor de cliënt. Ook kan de huisarts zijn kennis gebruiken om de zorgvragen van nu en in de toekomst helder te krijgen zodat de cliënt langer thuis kan blijven wonen.

## 1.8 Kwantitatieve bronnen vanuit de organisatie

De beschreven problematiek geldt niet alleen voor locatie Emmaus, maar voor de gehele organisatie WIJdezorg. In deze paragraaf is daarom gekozen om de onderstaande analyse stichtingsbreed uit te voeren. De analyse is van belang om in beeld te hebben wat het op basis van de huidige wachtlijst zou betekenen indien deze cliënten geen indicatie voor verblijf krijgen. De organisatie WIJdezorg heeft dan goed in beeld wat de omvang van de problemen zijn. Ook heeft de organisatie WIJdezorg in beeld wat de benodigde zorg zou moeten zijn voor deze kwetsbare cliëntengroep. In de analyse wordt eerst naar de wachtlijst van de organisatie WIJdezorg gekeken. Hierbij zijn de volgende vragen aan bod gekomen:

1. Wat is de leeftijd van de cliënt?
2. Is er sprake van urgentie?
3. Waarom staat de persoon op de wachtlijst?
4. Ontvangt de cliënt overbruggingszorg?
5. Indien de cliënt niet in aanmerking komt voor verblijf, welke problemen zijn er dan te verwachten?
6. Wat is er nodig om het op te lossen?

#### Grafiek 1, wachtlijst (WIJdezorg, 2011) t.a.v. ZZP 1, 2 en 3

Er staan 91 cliënten op de wachtlijst van WIJdezorg. Van de 91 wachtenden zijn er 46 met ZZP 1,2 of 3. De gemiddelde leeftijd van de cliënten op de wachtlijsten is hoger dan 86 jaar. De grootste groep cliënten staat tussen 0-2 jaar op de wachtlijsten van WIJdezorg. Van deze cliënten zijn 13 cliënten met ZZP 2 of 3 urgent aangemerkt. Zij dienen dringend een plek in een woon- zorgvoorziening te krijgen. Deze dertien cliënten dienen opgenomen te worden omdat zij te maken hebben met gevoel van onveiligheid, valgevaarlijk zijn, de mantelzorger overbelast is, kwetsbaar zijn door wisselende ziektebeelden (COPD, hartfalen) of een slechte visus hebben. Problemen die bij deze cliëntengroep verwacht worden zijn; psychische problematiek, lichamelijke kwetsuren, te kort aan noodzakelijk zorg en begeleiding, ziekenhuis opnamen, overbelasting mantelzorger. Van de cliënten op de wachtlijst ontvangen 58 cliënten overbruggingszorg van WIJdezorg.

**Voor locatie Emmaus betekenen deze cijfers het volgende:**

Er staan zestien cliënten op de wachtlijst. Er staat één cliënt met een ZZP 1 en vier cliënten met een ZZP2 op de wachtlijst. Voor deze cliënten geldt dat zij recht hebben op verblijf in de zorglocatie. Echter, ondanks de toename van cliënten met een hoger zorgzwaartepakket (voor een hoger tarief) neemt het zorgbudget niet meer toe. Het gevolg hiervan is dat deze cliënten in de praktijk geen gebruik kunnen maken van hun indicatie verblijf. Zij zullen in de thuissituatie hun zorg moeten ontvangen. Er zijn elf cliënten met ZZP 3, voor hen geldt dat zij in 2013 nog rechten zouden kunnen ontlenen aan de afgegeven indicatie met verblijf. In 2014 is er een korting op het tarief te verwachten op ZZP 3. Om geen risico op de verwachte korting op ZZP 3 uit te sluiten neemt WIJdezorg de wachtlijst cliënten met deze niet meer op in de organisatie dus ook niet op locatie Emmaus.

## 1.9 DESTEP analyse

De DESTEP analyse is een bedrijfskundig model om de **D**emografische, **E**cologische, **S**ociale, **T**echnologische, **E**conomische en **P**olitieke factoren (DESTEP)op macro -omgevingsniveau te omschrijven die van belang zijn voor het strategisch management (Mulders, 2010). Via de DESTEP wordt bepaald welke factoren van invloed zijn op de complexe zorgvraag.

### 1.9.1 Demografische factoren

In de gemeente Zoeterwoude woonden in 2010 1.450 mensen tussen de 55-74 jaar. Er wonen op dat moment in de gemeente 335 mensen van 75 jaar en ouder. De prognose is dat in 2020, 2.291 mensen tussen de 55-74 jaar en 535 mensen van 75 jaar en ouder in Zoeterwoude wonen. Uit de cijfers is op te maken dat in tien jaar tijd er bijna een verdubbeling plaatsvindt van het aantal mensen van 75 jaar en ouder. In de gemeente Zoeterwoude zal in 2030 het aantal mensen van 75 jaar en ouder oplopen tot 883 (Woonzorgmonitor, 2011).

Alzheimer Nederland bericht dat er een toename komt in Nederland van mensen met het ziektebeeld dementie. Momenteel hebben in Nederland 230.000 mensen een vorm van het ziektebeeld dementie. De verwachting van Alzheimer Nederland is dat het aantal mensen met het ziektebeeld dementie gegroeid zal zijn tot 500.000 in 2050. In de gemeente Zoeterwoude waren in 2010, 109 mensen met het ziektebeeld dementie. De prognose volgens Alzheimer Nederland is dat dit aantal is gegroeid in 2020 tot 185 mensen die lijden aan het ziektebeeld dementie. Dit aantal zal in 2030 opgelopen zijn tot 317 mensen (Alzheimer Nederland, 2012). De reden van de extreme toename van ziektebeeld dementie heeft te maken met twee factoren. De eerste factor heeft te maken met de vergrijzing van de gemeente zoals uit de cijfers is op te maken. De tweede factor heeft te maken met de Gemiva (woon- zorgvoorziening verstandelijk gehandicapten) die in de gemeente gevestigd is (Gemiva, 2012). Volgens Alzheimer Nederland is er een spectaculaire groei van dementie te zien onder de groep mensen die lijden aan het downsyndroom. Het downsyndroom komt veel voor in woon- zorgvoorziening voor verstandelijk gehandicapten.

Uit het verslag gezondheidszorg in cijfers (CBS, 2012) blijkt dat de levensverwachting voor vrouwen in 2011 82,7 jaar en voor mannen 79 jaar. Daarmee is van 2001 tot 2011 de levensverwachting van vrouwen met 2 jaar gestegen en voor mannen is dit 3,2 jaar. De toegenomen levensverwachting heeft met een aantal factoren te maken. In de periode 2001-2010 is het aantal mensen dat aan hart- en vaatziekten overlijdt met 20 procent gedaald (CBS, 2012). Dit komt door betere behandelingen en meer aandacht voor een gezonde levensstijl. In de demografische ontwikkelingen kan worden geconstateerd dat in de periode 2002-2009 een toename is van diabetespatiënten van 29 tot 45 per 10 duizend personen. Een belangrijke factor bij het ontwikkelen van diabetes is overgewicht. Uit een gezondheidsenquête van CBS blijkt dat er een toename is van 9,3 procent naar 11,4 procent van mensen met ernstig overgewicht in Nederland (CBS, 2012).

### 1.9.2 Ecologische factoren

Door de vergrijzing en toename van zorg is het volgens het MVO (Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen) van belang dat er een verbinding is tussen mensen, milieu en bedrijfsvoering. Er moet volgens het MVO een efficiënt en milieubewust gebruik van middelen, grondstoffen en materialen zijn. Het rapport heeft het doel dat deze verbindingen tussen mensen, milieu en bedrijfsvoering gereed zijn in 2035 (MVO, 2011). In de organisatie WIJdezorg is milieu opgenomen in het beleidsplan. Het doel van de organisatie is bijdragen aan een energieverlaging in de organisatie. Dit wordt gedaan door middel van het verlagen van het energieverbruik en vermindering van de uitstoot van CO2, dit wordt toegepast bij nieuwbouw en renovaties. De organisatie maakt tevens gebruik van koude- warmte- opslag. In het kader van energievermindering wordt er rekening gehouden met de woonsituatie van medewerkers en cliënten. Medewerkers kunnen gebruik maken van een fietsplan zodat zij niet met de auto naar het werk komen. De lampen binnen de locatie worden vervangen door spaarlampen en led verlichting.

### 1.9.3 Sociale factoren

Uit cijfers van het Public Health Status and Forecasts (RIVM) blijkt dat één op de drie 75-plussers meerdere chronische ziekten onder de leden heeft (Lucht, 2010). Dit wordt door het RIVM ook wel multimorbiditeit genoemd. Het RIVM verwacht dat door de vergrijzing in Nederland het aantal mensen met multimorbiditeit nog verder zal stijgen. Tevens wordt verwacht dat de zorg hierdoor complexer zal worden. Vooral omdat er meerdere behandelaars bij de verschillende ziektebeelden betrokken zijn (hier wordt in het theoretische kader verder uitleg aan gegeven). Het aantal mensen dat momenteel klachten van dementie heeft wordt geschat op 230.000 mensen. Door de vergrijzing van de bevolking en de toenemende levensverwachting zal dit oplopen tot 500.000 in 2050 (Alzheimer Nederland, 2012). Echter door stijging van de kosten van de zorg koerst de overheid op een ander beleid. Ze hanteert daarbij een zogenaamde ‘verantwoordelijkheidsladder’ dat betekent dat in eerste instantie de burger in de omgeving een oplossing moet zoeken voor hulp of zorgvragen. Professionele hulp en zorg kunnen wel geboden worden maar is niet altijd meer een automatisch recht (VNG). We gaan van een verzorgingsstaat naar een participatiestaat. En dat heeft grote invloed op de cultuur en gewoonte bij de Nederlandse bevolking en binnen de zorginstellingen. Zowel zorginstelling als burgers zullen hun gewoontes en opvattingen moeten aanpassen.



#### Figuur 1 Verantwoordelijkheidsladder (VNG, 2010)

### 1.9.4 Technologische factoren

De technologische factor is een factor waar de organisatie invloed op kan hebben. In toenemende mate wordt in zorginstellingen gebruik gemaakt van zorgtechnologieën. Dit wordt Domotica genoemd. Domotica heeft het domein van huiselijke elektronica. Het woord bestaat uit twee woorden, domus (huis) en tica. Dit woord is afkomstig van informatica, robotica. Door het toepassen van domotica in woningen is het mogelijk dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Ook kan het de werkdruk van de verzorging doen afnemen omdat zorg op afstand geboden kan worden (Nouws, 2005).

Domotica is een goede technologische ontwikkeling om zorg betaalbaar te maken en de efficiëntie te verhogen. Dit komt doordat veel handelingen ook op afstand geregeld kunnen worden. Echter zijn er ook ethische en juridische vragen omtrent het toepassen van domotica (Delpa, M., Freriks, B., Hertog, C., & Niemeijer, A., 2012). In Nederland is de wet op de privacy een groot goed. Binnen de huidige wet op de privacy kunnen veel domoticahandelingen niet worden uitgevoerd. Dit omdat het inzetten van domotica gezien wordt als een vrijheidsbeperkende maatregel. Er is momenteel geen duidelijke ethische en juridische consensus over toepassing van domotica. Voor de cliënt zijn de ontwikkelingen op gebied van domotica in volle gang, hierdoor is het mogelijk dat een cliënt langer thuis kan blijven wonen.

### 1.9.5 Economische factoren

Door de verbeterde economische omstandigheden is de levensverwachting (CBS, 2012) in Nederland de laatste jaren toegenomen met 2 jaar. Volgens het RIVM vinden de meeste mensen in Nederland hun gezondheid het allerbelangrijkst dat zij hebben. Gezondheid is van invloed op de arbeidsparticipatie, het arbeidsverzuim en de arbeidsproductiviteit. Een beter gezondheidsgevoel draagt bij aan de economische groei en speelt een grote rol bij de vermindering van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (RIVM, 2010). In het rapport “Van gezond naar beter” van het RIVM staat beschreven dat niet de zorguitgaven maar het verslappen van het volksgezondheidsbeleid een werkelijke schadepost is voor de economie. In het rapport staat beschreven dat preventie en zorg bijdragen aan de economie. In de tweede helft van de vorige eeuw is veel aandacht besteed aan ziektepreventie zoals cholesterol, bloeddruk en screening op bepaalde vormen van kanker. Volgens het rapport van het RIVM heeft deze preventie bijgedragen aan een stijging van de levensverwachting. De leefstijlverandering van de preventienota heeft nog steeds veel aandacht nodig, omdat de belangrijkste chronische aandoeningen van nu te maken hebben met ongezond leven van mensen. Te noemen zijn: schadelijk alcoholgebruik, obesitas, depressie en roken. De overheid zoekt naar middelen om de zorgkosten in de hand te houden.

### 1.9.6 Politieke factoren

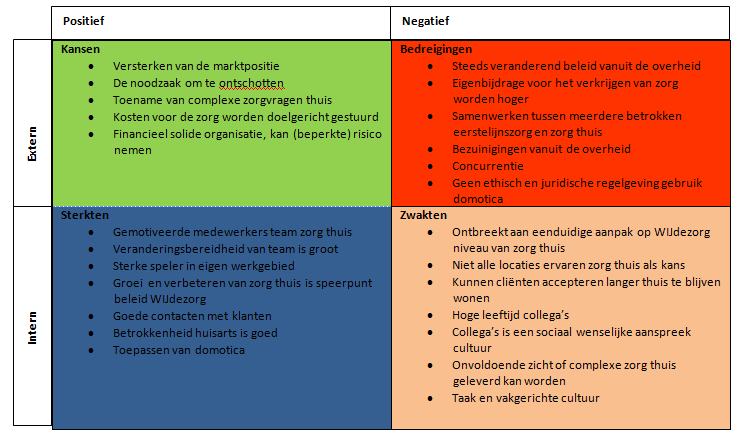
Vanuit het rapport “gezondheidszorg in cijfers” (CBS, 2012) blijkt dat in 2010 de gezondheidszorgkosten met 66 procent zijn gestegen. Dit betekent een gemiddelde stijging van 6 procent per jaar. De oorzaak van de stijging in de kosten zijn zowel prijsstijging van de diensten als het volume van de zorg (CBS, 2012). De overheid wil daarom dat de volumegroei wordt beperkt met 2,5 procent per jaar. Dit doet de overheid door het scheiden van wonen en zorg (VWS, 2012) door te voeren. Dit gebeurt door middel van het overhevelen van de AWBZ taken naar gemeenten en daarbij het toepassen van de kortingen op de budgetten (VWS, 2012). De daardoor onstane leemtes moeten meer door de burgers en zijn omgeving worden opgepakt. Tevens stuurt de overheid aan op verbeteringen in de eerstelijns zorg. De druk op de tweedelijns zorg moet hierdoor afnemen. Op het niveau van de burger en woonomgeving moet de relatie tussen formele en informele zorg worden verbeterd.

### 1.9.7 Uitkomsten Destep-analyse

De levensverwachting van zowel mannen als vrouwen neemt toe, er is sprake van vergrijzing van de samenleving. Volgens het MVO is het noodzakelijk dat er een verbinding komt tussen mensen, milieu en bedrijfsvoering. Met de toename van de leeftijd neemt ook de kans op het krijgen van een of meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) toe. De prognose is dat één op de drie 75-plussers meerdere chronische aandoeningen heeft. Alzheimer Nederland verwacht ten aanzien van de huidige cijfers dat tot 2050 een verdubbeling plaatsvindt van mensen die lijden aan dementie. De ZZP1 en 2 krijgen per 1 januari 2013 geen indicatieverblijf meer en vanaf 1 januari 2014 geldt dit ook voor ZZP3. Dit houdt in dat deze mensen thuis blijven wonen, waar zij hun zorg zullen ontvangen. Door de toename van multimorbiditeit van zowel psychogeriatrische als lichamelijke aard, kan de onderzoeker met enige voorzichtigheid stellen dat de complexe zorgvragen bij zorg thuis zullen toenemen.

## 1.10 SWOT analyse, complexe zorgvraag

De reeds onderzochte theorieën en gegevens worden weergegeven in figuur 1 door middel van een SWOT- analyse. In beeld gebracht worden de positieve en negatieve invloeden die betrekking hebben op de toename van complexe zorgvragen bij zorg thuis. Hierbij zijn de kansen, bedreigingen en de sterkten en zwakten meegenomen die op de organisatie afkomen (Mulders, 2010).



#### Figuur 2, SWOT analyse (Mulders, 2010)

### 

### 1.10.1 Uitkomsten SWOT analyse

Op basis van eerder benoemde gegevens en door de toenemende levensverwachting in Nederland kan worden geconcludeerd dat er een toename zal komen van complexe zorgvragen bij zorg thuis. De externe analyse laat zien dat er bedreigingen zijn, de overheid legt steeds meer de verantwoordelijkheid en de kosten voor de gezondheid terug bij de burger. Tevens kan het niet aanwezig zijn van de juiste ethische en juridische wet- en regelgeving rondom domotica in de toekomst problemen opleveren voor de organisatie. Vanuit de analyse zijn er zowel kansen als bedreigingen voor de medewerker van zorg thuis. Door de verwachte toename van complexe zorgvragen zullen er meer zorgvragen terecht komen bij zorg thuis. Als de organisatie mee gaat in deze ontwikkelingen dan heeft de organisatie een kans om haar marktpositie te verstevigen. Door gebruik te maken van domotica bij zorg thuis zou in een groter gebied zorg geleverd kunnen worden. De medewerkers van zorg thuis zouden door de inzet van domotica wel beter hun efficiëntie kunnen blijven behouden. Vanuit de externe analyse is op te maken dat er een concurrentie is van andere zorgaanbieders in dezelfde markt. De onderzoeker stelt vast dat binnen de doelgroep die lichte zorg ontvangt, er een kwetsbare groep mensen is. Mensen zijn kwetsbaar omdat zij afgezonderd wonen (plattelandsgemeente), of omdat zij geen mantelzorgnetwerk hebben om hen te ondersteunen in het dagelijkse leven. Vanuit de externe analyse stelt de onderzoeker dat het huidig zorg thuisteam gemotiveerd is om de zorgvragen te beantwoorden, er is goed contact met de huidige cliënten. Het aanspreken of feedback geven aan elkaar gebeurt op sociaal wenselijk niveau. Medewerkers vinden het moeilijk om een collega van het team aan te spreken, dit vormt een bedreiging bij zorg thuis. De onderzoeker stelt dat zorg thuis bereid is tot het veranderen van het zorgproces. Een bedreiging aan deze kant zit hem in de hoge leeftijd van medewerkers van zorg thuis. De onderzoeker ziet mogelijkheden in het omgaan met de complexe zorgvragen bij zorg thuis. De interne analyse laat zien dat de huisarts positief betrokken is. Wel moet verder onderzocht worden of er een relatie is tussen complexe zorgvragen en de rol van de huisarts.

## 

## 1.11 Beleid WIJdezorg 1

Binnen de organisatie wordt hard gewerkt om de scheiding tussen wonen en zorg vorm te geven. Het intramurale budget van Wijdezorg per januari 2013 is €19.843.760. Het extramurale budget van Wijdezorg is per januari 2013 €1.975.944. Ten aanzien van vorig jaar is het budget zorg thuis met 3 % toegenomen. De NZa geeft aan dat het financiële effect van extramuraliseren relatief beperkt is (NZa, 2011). Voor intramuraal geldt een daling van 8% ten aanzien van de aanwezige ZZP 1en 2, voor het extramuraal geldt een verhoging van 3%. Dit alles maakt dat er een algehele bezuiniging van 5% plaats vindt in de V&V sector. De 3% verhoging is nodig om de uitbreiding bij de extramurale zorg waar te kunnen maken. Om de daling van 8% intramuraal te halen maakt de organisatie gebruik van de kaasschaafmethode. De organisatie doet dit door afbouw van het aantal zorgplaatsen in de gehele organisatie. Overlijdt een bewoner dan wordt de kamer niet zomaar meer verhuurd aan een nieuwe bewoner. Er wordt door middel van een draaitabel in Excel berekend of het budget toereikend is voor de kosten van een (nieuwe) cliënt. Zo bewaakt de organisatie de productie in de locaties en kan de daling van 8% worden gehaald. Eventuele groei bovenop de gemaakte afspraken bij de extramurale zorg mag alleen als de organisatie kan aantonen dat de groei te maken heeft met demografische redenen (NZa, Voorlopige contracteer ruimte, 2012). Deze demografische redenen zijn, kijkend naar de demografische cijfers van zowel de woonzorgmonitor als de Alzheimer Nederland, aan te tonen voor locatie Emmaus.

De overheid wil de administratieve lasten in de zorg verlichten. Via efficiëntie en digitalisering wenst WIJdezorg de administratieve lasten voor medewerkers te verlagen, zodat zij binnen de geïndiceerde uren meer tijd hebben voor de cliënt. WIJdezorg doet zowel een investering in apparatuur en software als in een opleidingstraject voor alle medewerkers. De investering in apparatuur en software bestaat uit een exact Synergieprogramma. Dit computerprogramma moet een vermindering geven in de administratieve lasten voor medewerkers. WIJdezorg doet mee aan het stimuleringsprogramma “In voor zorg” van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Er is door “In voor zorg” een scan van de huidige situatie van de organisatie gemaakt. Uit de scan komt naar voren dat WIJdezorg vier duidelijke verbeterpunten heeft geselecteerd, te noemen:

* Vergroting zelfsturing medewerkers
* Veranderingsgericht en naar buitengerichte professionals (marktgericht die actief

Samenwerken met stakeholders)

* Ontwikkeling wijkteams
* Lean/ professionaliseren van processen/ terugdringen administratieve lasten

In overleg met het gehele management, inclusief manager zorg en wonen, is besloten om eerst de processen aan te pakken voor het terugdringen van de administratieve lasten. Dit wil men doen door middel van het LEAN principe. Door gebruik te maken van LEAN worden processen beter gestroomlijnd, wat ten goede komt aan de administratieve lastenverlichting binnen de zorg. Komend jaar gaan medewerkers een opleiding volgen in het klantgericht werken en wordt het team gestimuleerd in veranderbaarheid om zo de zorg rondom de cliënt beter te organiseren. Om dit aan te leren wordt het LEAN principe gebruikt.

De organisatie WIJdezorg gaat structureel de leerlingenformatie uitbreiden van 15 BFT naar gemiddeld 46 BFT, waarvan 21 BFT wordt bekostigd uit de intensiveringsmiddelen. Om aan de vraag van specialistische zorg te voldoen hebben alle managers zorg van de betreffende locaties een opleiding gespecialiseerd verzorgende psychogeriatrie (GVP) gevolgd. Komend jaar (2013) volgt op iedere locatie een medewerker de GVP opleiding om zo in het extramurale- en intramurale zorg professioneel om te kunnen gaan met cliënten met het ziektebeeld dementie. In 2013 wordt een pilot gestart ten aanzien van de functie van gespecialiseerd verzorgende somatiek (wijkverpleegkundige). Het doel hiervan is om complexere zorgvragen te kunnen begeleiden in de thuissituatie. In de praktijk zal het zo zijn dat de groep cliënten met een complexe zorgvraag, langer zorg thuis krijgen en af en toe opgenomen wordt in een ziekenhuis en of verpleegafdeling. In de praktijk zullen dus alle cliëntprofielen samenhang van zorg nodig hebben. De groep met lichte zorgindicaties zijn goed te helpen door de reguliere domeinen van Zvw, WMO en extramurale AWBZ. Vanuit de beleidsregel CA-300-469 ( prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2011 (NZa, 2011)) kan een organisatie worden toegelaten om extra prestaties extramurale zorg te leveren. Voor deze prestaties geldt een hoger uurtarief. WIJdezorg heeft in de begroting van 2013 een bescheiden productie opgenomen voor deze prestaties:

* H120 Persoonlijke verzorging speciaal
* H106 Gespecialiseerde verpleging
* H328 Behandeling basissomatiek, psychogeriatrie, verstandelijk gehandicapt en lichamelijk gehandicapt.

De bovengenoemde prestaties zijn opgenomen omdat er een toename wordt verwacht van meer en complexere zorgvragen bij zorg thuis. Om nog beter de zorg in het verzorgingshuis en bij zorg thuis af te stemmen neemt WIJdezorg met ingang van 2012 deel aan het project MOVIT ( Medische zorg Optimalisatie Verzorgingshuizen Implementatie Traject). Het MOVIT project is een programma van ZonMW. Bij dit project zijn verder betrokken het NFU ( Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra), CSO ( Centrale Samenwerking Ouderenorganisaties) en VWS (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Het MOVIT project moet ervoor zorgen dat er een verbetering plaatsvindt in het huidige zorgaanbod. Er is door verschillende rapporten geconstateerd dat er nog te weinig kennis is van goede samenhangende ouderenzorg (MOVIT, 2011). Uit deze onderzoeken blijkt dat de samenwerking tussen verschillende organisaties en disciplines niet voldoende is. Het project MOVIT is al enige tijd gestart in de organisatie. De resultaten van het project zijn:

* Structurele samenwerking en overleg tussen betrokken disciplines
* Betere afstemming van de geneesmiddelenvoorziening
* Zorgleefplan op maat
* Afspraken tussen verzorgende en artsen

Het project MOVIT is in eerste instantie gericht op de intramurale zorg. Echter door de wetswijzigingen en de verschuivingen in de zorg richt het programma zich steeds meer op zorg thuis en de coördinatie van zorg thuis.

## 1.12 Gebruikte bronnen

Voor het verkrijgen van een pluriform beeld heeft de onderzoeker alle kanten volledig belicht. Er zijn meerdere gesprekken geweest met de locatiemanager, de zorgbemiddelaar en de medewerkers zorg thuis. Deze informanten weten wat er op hun afdeling of binnen de locatie speelt. Zij vormen vanuit de verschillende invalshoeken een eigen mening over het product zorg thuis en de toename van complexe zorgvragen. Mocht het zo zijn dat er nieuwe gesprekken zouden worden gevoerd met deze informanten dan zou dit dezelfde informatie opleveren. Voor het pluriforme beeld zijn er zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens van de organisatie en de omgeving gebruikt. De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van de bron MOVIT- project. Dit omdat het MOVIT project wetenschappelijk ondersteund wordt door het NFU (Nationaal programma Ouderenzorg, 2011).

# Hoofdstuk 2 Voorlopige vraagstelling

De voorlopige vraagstelling is gemaakt op basis van het pluriforme beeld in de probleemverkenning. Het onderzoek zal diagnostisch van aard zijn. Het diagnostisch onderzoek wordt ingezet om kennis en inzicht te krijgen in de vraag of de medewerker van zorg thuis de complexe zorgvraag aan kan. Tevens worden er deelvragen geformuleerd. De voorlopige vraagstelling en deelvragen zijn leidend voor het theoretische kader dat verder uitgewerkt wordt in hoofdstuk 4. De doelstelling moet voor de opdrachtgever en de onderzoeker duidelijk zijn.

## 

## 2.1 Voorlopige centrale vraagstelling

*In welke mate beschikt zorg thuis op dit moment over de gevraagde kennis, vaardigheden en beroepshouding, om te voldoen aan de toenemende complexe zorgvragen en waar zitten lacunes?*

## 

## 2.2 Deelvragen

1. Wat wordt verstaan onder complexe zorgvragen?
2. Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding dienen binnen zorg thuis aanwezig te zijn om te kunnen voldoen aan de complexe zorgvragen?
3. Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding zijn op dit moment al aanwezig?
4. Welke kennis, vaardigheden en beroepshoudingaspecten ontbreken op dit moment nog?

# Hoofdstuk 3 Operationaliseren van begrippen

Vanuit de voorlopige vraagstelling zijn onderzoeksbegrippen ontstaan. Deze onderzoeksbegrippen worden aan de hand van literatuur verklaard en gedefinieerd. Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. De bronnen voor het definiëren van de onderzoeksbegrippen komen zowel uit de gebruikte literatuur van het theoretisch kader als van de organisatie waar de onderzoeker werkzaam is. Door het operationaliseren van begrippen kan er geen onduidelijkheid ontstaan over wat de onderzoeker bedoelt met de gebruikte begrippen. Dit zal de leesbaarheid van het onderzoek vergroten.

## 

## 3.1 Complexe zorgvragen

Vanuit het rapport “signalement zorg en wonen” van Dhr. Hopman wordt gesteld dat complexe zorgvragen te maken hebben met de samenhangende zorg. De samenhangende zorg gaat verder dan alleen afstemmen. Het gaat volgens Dhr. Hopman om situaties die langdurig zijn en waarbij 24 uur per dag zorg nodig is. De zorg die nodig is, is zo intensief en complex dat het niet meer verantwoord of doelmatig is om de benodigde zorg te betrekken uit meerdere domeinen (Zvw, AWBZ, WMO). In de NHG (Nederlands Huisarsten Genootschap) standaard wordt gesproken over complexe problematiek bij: ‘een oudere persoon met één of meer van de volgende problemen, die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacie en maatschappelijk isolement (alleen wonen, zonder of met weinig mantelzorg; eenzaamheid). Het gaat expliciet niet alleen om chronische zorg, maar ook om veelvoorkomende klachten/ aandoeningen van ouderen. De onderzoeker kiest ervoor om de definitie van Dhr. Hopman te gebruiken voor het onderzoek. Dit omdat de onderzoeker het idee heeft dat deze definitie het beste aansluit bij het begrip complexe zorgvragen.

## 3.2 Dementie

De gezondheidsraad geeft een klinische definitie van het ziektebeeld dementie. Zij stellen dat bij de diagnostiek van een dementiesyndroom een klinisch onderzoek naar meervoudige cognitieve stoornissen centraal staat. Een cliënt heeft dan minimaal twee van de hieronder beschreven stoornissen:

* stoornissen in het geheugen
* afasie, apraxie, agnosie
* stoornissen in de uitvoerende functies (onder andere plannen maken, doelgericht handelen);
* vertraging van handelen en denken

Hoogleraar Anneke van de Plaats heeft de definitie dementie eenvoudiger omschreven. Zij stelt:

“Dementie is een ziektebeeld dat zich kenmerkt door een geleidelijke achteruitgang van het geestelijk functioneren. Meestal staan geheugenstoornissen hierbij op de voorgrond. Alleen geheugenstoornissen maken iemand nog niet dement, er moet meer aan de hand zijn. Zo is bij dementie het uitvoeren van allerlei dagelijkse vaardigheden gestoord, net als de spraak of het besef van tijd. Het karakter en gedrag van de patiënt kan veranderen en er kunnen stemmingswisselingen optreden. We spreken pas van dementie, als deze problemen samen voorkomen en zo ernstig zijn dat ze het functioneren van een persoon in het dagelijkse leven belemmeren (Plaats, 2008)”. De onderzoeker kiest ervoor om de definitie van Anneke van der Plaats te gebruiken. Dit omdat deze definitie aansluit bij de definitie die de organisatie gebruikt waar de onderzoeker werkzaam is.

## 

## 3.3 Multimorbiditeit

Het begrip multimorbiditeit komt volgens het rapport van de LHV (landelijke Huisartsen Vereninging) door “een combinatie van factoren die elkaar beïnvloeden en waarbij oorzaak en gevolg moeilijk te ontwarren zijn. Bij ouderen betreft het een combinatie van multimorbiditeit, aandoeningen die samenhangen met het ouder worden, beperkingen als gevolg van die ziekten en aandoeningen, kwetsbaarheid en sociale beperkingen (LHV, 2009). Vanuit het rapport van de gezondheidsraad wordt gesteld dat er sprake is van multimorbiditeit “als iemand meerdere, al dan niet gerelateerde medische aandoeningen heeft (Health Council of the Netherlands, 2007)”. De onderzoeker kiest ervoor om de definitie van de LHV te gebruiken tijdens het onderzoek. Dit om twee redenen, de onderzoeker denkt dat deze definitie het best past en de onderzoeker heeft door project MOVIT te maken met de LHV.

## 

## 3.4 Palliatieve zorg

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 2002 een nieuwe definitie opgesteld van palliatieve zorg: “Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual” (Sepúlveda, 2002).Bij palliatieve zorg:

* is niet de genezing van de patiënt het doel, maar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, waardoor het ziekteverloop mogelijk positief beïnvloed kan worden;
* is de dood een normaal, natuurlijk proces, dat niet vertraagd of versneld wordt;
* is er aandacht voor lichamelijke en psychische klachten;
* worden de psychologische en spirituele aspecten in de zorg geïntegreerd benaderd;
* is er emotionele ondersteuning voor de patiënt en zijn naasten om zo actief mogelijk te leven;
* is er emotionele ondersteuning voor de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de patiënt en met eigen rouwgevoelens;
* wordt, indien nodig, vanuit een team zorgverleners gewerkt, zodat aan alle noden van patiënten en naasten tegemoet kan worden gekomen, indien nodig ook na het overlijden van de patiënt (ondersteuning bij verliesverwerking); (Palliatieve zorg, 2013)”

De NHG maakt gebruik van de definitie opgesteld door de WHO. De onderzoeker kiest ervoor om deze definitie te gebruiken in het onderzoek omdat dit een wereldstandaard is. Echter, waar de WHO de term patiënten gebruikt zal de onderzoeker hier de term cliënt hanteren. Dit omdat er binnen de organisatie WIJdezorg niet gesproken wordt over patiënten maar cliënt/cliënten (NHG, 2012).

## 

## 3.5 Competentie

Binnen de organisatie WIJdezorg wordt onder competentie verstaan: “Een competentie is een omschrijving van kennis, vaardigheid en beroepshouding met als oogmerk de inzetbaarheid en resultaatgerichtheid van medewerkers duurzaam te verbeteren”. De onderzoeker is werkzaam in de organisatie WIJdezorg, het onderzoek vindt plaats in de organisatie WIJdezorg. Het is daarom raadzaam om de definitie van competentie te gebruiken zoals het in de organisatie is omschreven. Door gebruik te maken van de definitie van de organisatie kan er geen verwarring ontstaan over de gebruikte begrippen.

## 

## 3.6 Zorg thuis

Volgens het rapport “Toekomstverkenning Zorg thuis: dwarskijkdocument” is de definitie van zorg thuis: “Zorg thuis omvat alle vormen van verpleging, verzorging en begeleiding – en tevens de technische voorzieningen die daarmee samenhangen of daarvoor in de plaats komen – ten behoeve van thuiswonende mensen met gezondheidsproblemen en/of beperkingen. Zorg thuis omvat daarnaast alle informele ondersteuning (hulp van partners, familieleden enzovoorts) en vrijwilligerswerk voor mensen met gezondheidsproblemen en/of beperkingen” (STOOM, 2010). De onderzoeker is van mening dat dit een goede omschrijving is van wat zorg thuis inhoud. Toch kiest de onderzoeker ervoor om de definitie van de organisatie te gebruiken waar het onderzoek plaatsvindt. De organisatie WIJdezorg verstaat onder zorg thuis: “als u dat wilt brengen wij de zorg bij u thuis, zodat u langer zelfstandig kunt blijven wonen”. De dienstverlening bestaat uit: 24-uurszorg, alarmservice, huishoudelijke hulp, algehele lichamelijke verzorging, verpleging en Het Volledig Pakket Thuis (WIJdezorg, 2011). De onderzoeker neemt de definitie van de organisatie over. Zoals eerder benoemd vindt het onderzoek plaats in de betreffende organisatie. De onderzoeksresultaten worden dan uitgelegd op begripsniveau van de organisatie zodat de onderzoeker geen verwarring veroorzaakt over wat wordt bedoeld met zorg thuis.

## 

## 3.7 Medewerker zorg thuis

Er is in de rapporten geen duidelijke definitie te vinden wat wordt verstaan onder medewerker van zorg thuis. Daarom heeft de onderzoeker gekozen voor het definiëren van het begrip wat zij verstaat onder een medewerker van zorg thuis. Een medewerker van zorg thuis biedt verpleging en verzorging aan de cliënt in de thuissituatie op het gebied van woon- en leefomstandigheden, lichamelijk, mentaal welbevinden en participatie. Dit kan zowel tijdelijk als langdurig van aard zijn.

# Hoofdstuk 4 Theoretisch kader

Hieronder volgt het theoretisch kader. Het theoretisch kader is gemaakt door middel van een literatuurstudie. Het theoretisch kader geeft deels of volledig antwoord op deelvraag A, B en D. In het theoretisch kader wordt eerst beschreven wat complexe zorgvragen zijn. De onderzoeker richt zich verder in het theoretisch kader op de meest voorkomende problematieken bij zorg thuis. Te noemen zijn; multimorbiditeit, dementie en palliatieve zorgvragen. Om het beeld compleet te krijgen wordt in de literatuur opgezocht wat de gewenste kennis, vaardigheden en competenties voor de medewerker van zorg thuis zijn, ten aanzien van complexe zorgvragen.

## 4.1 Wat is een complexe zorgvraag

Er wordt van complexe zorg gesproken als er een noodzaak is van samenhangende zorg. Het afstemmen tussen de verschillende disciplines en de cliënt is samenhangende zorg. Samenhangende zorg gaat verder dan alleen afstemmen, het gaat om “situaties die langdurig zijn, waarbij 24 uur per dag zorg nodig is, en die zo intensief en complex zijn, dat het niet meer verantwoord of doelmatig is om de benodigde zorg te betrekken uit meerdere domeinen (ZvW, AWBZ, WMO). Het is in deze gevallen daarom noodzakelijk alle zorg vanuit één hand, onder één verantwoordelijkheid en regie te bieden” (Hopman, 2012). Zoals boven is geschetst zal de zorgvraag bij de cliënten die thuis wonen toenemen. Binnen de reguliere zorg moet de zorgverlener het aanbod en de zorgvraag zo goed mogelijk afstemmen om de complexe zorgvragen te kunnen beantwoorden. Om zorg af te stemmen wordt in het theoretisch kader de wenselijke competentie uitgewerkt door middel van het beroeps profiel zorgkundige. Complexe zorgvragen ontstaan door een combinatie van factoren. Dit betekent dat er soms sprake is van zowel multimorbiditeit - meer dan twee chronische aandoening bij één cliënt- als kwetsbaarheid van dezelfde cliënt. Kwetsbaarheid is een brede term en er wordt mee bedoeld “gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden (Rijdt, 2009)”. Kwetsbaarheid van een cliënt kan te maken hebben met;

* verminderd cognitief functioneren (dementie)
* verminderde longfunctie (COPD)
* slechtziendheid
* depressieve symptomen
* incontinentie
* laag lichaamsgewicht

Als er meer dan twee chronische aandoeningen zijn bij één cliënt dan neemt de kans toe op een depressie. Tevens verhoogt dit de kwetsbaarheid van de cliënt aanzienlijk, volgens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Volgens het LASA- onderzoek (Longitudinal Aging Study Amsterdam) is bij complexe zorgvragen niet goed te ontrafelen wat de oorzaak is van het probleem en wat het gevolg is van het probleem bij de cliënt (Schram, 2008). Bij cliënten met een combinatie van factoren is er in veel gevallen sprake van polifarmacie -het chronisch gebruik van vijf of meer geneesmiddelen per dag- dit brengt voor de cliënt nog meer risico’s met zich mee. In het LASA-onderzoek wordt gesteld dat cliënten met een complexe zorgvraag een minder goede kwaliteit van leven ervaren en er een grotere kans op sterfte is. Complexe zorgvragen kunnen betrekking hebben op de cliënt problematiek, dit noemen we case complexity. Maar het kan tevens betrekking hebben op de problematiek van de zorg, dit noemen we care complexity (LHV, 2009). Case complexity gaat vooral om de medische kant van de complexiteit. Dit omvat de medische behandelingen die ter verbetering en behoud van functionele niveau van de cliënt zijn. Care complexity heeft te maken met de complexiteit van zorg voor zowel de verzorgende als de mantelzorger. Vanuit het beroepsprofiel van de zorgkundige wordt er een goede beschrijving gegeven van case complexity en care complexity.

|  |
| --- |
| ***Case complexity***  • De ziekte: mate van complexiteit medische problemen  • De persoon met de ziekte: meer of minder complexe patiënten en meer/ mindere  mate van (gezondheids)geletterdheid  • De populatie waarvoor zorg wordt verleend: mate van complexiteit populaties  • Het zorgstelsel waarin zorg wordt verleend: mate van complexiteit zorgsystemen |
| ***Care complexity***  • Gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen:  lichamelijk, functioneel, psychisch, sociaal  • Problemen beïnvloeden elkaar en oorzaak en  gevolg lopen door elkaar heen, waardoor het beeld gecompliceerd is  • Wankel of verstoord evenwicht, kwetsbaarheid  • Onvoorspelbaarheid, onzekerheid  • Tempo waarin veranderingen optreden is hoog  • Routines en richtlijnen ‘passen’ niet  • Grote zorgvraag en inbreng van veel verschillende hulpverleners  • Lage (gezondheids)geletterdheid |

#### Figuur 3 Beroepsprofiel zorgkundige, 2012

De onderzoeker gaat verderop in het theoretisch kader in op case complexity. Wat zijn ziektebeelden waarbij zorg thuis problemen ervaren of in de toekomst problemen voorzien. Gezien de landelijke cijfers van Alzheimer Nederland en CBS is vastgesteld dat er een forse stijging is van het aantal cliënten met dementie en mulitmordibiditeit in de gemeente Zoeterwoude. Doordat cliënten langer thuis wonen zal logischerwijs een grotere vraag naar palliatieve zorg komen. De onderzoeker heeft daarom gekozen om verdieping te zoeken in deze drie problematieken. Bij de verschillende behandelde ziektebeelden kan een ander inzicht en/of benaderingswijze nodig zijn van de medewerker. Na het verdiepen in deze problematiek gaat de onderzoeker zich richten op care complexity. Dit wordt gedaan door middel van het kijken naar de competenties die wenselijk zouden zijn voor de medewerkers van zorg thuis.

## 

## 4.2 Multimorbiditeit

Vanuit het lopende onderzoek naar complexe zorgvragen bij zorg thuis, wordt al snel inzichtelijk dat er drie belangrijke fatoren zijn die van invloed zijn op de complexe zorgvragen bij zorg thuis. Als eerste behandelt de onderzoeker multimorbiditeit. Multimorbiditeit kan op alle leeftijden voorkomen, toch wordt het voornamelijk gezien bij ouderen, zo blijkt uit het onderzoek van de gezondheidsraad (Health Council of the Netherlands, 2007). Doordat de vergrijzing van de samenleving snel gaat zal het aantal ouderen met één of meerdere chronische en of psychogeriatrische aandoeningen toenemen. Uit cijfers blijkt dat tweederde van mensen tussen 65-75 jaar meer dan twee chronische aandoeningen hebben die medische behandeling en zorg nodig hebben. Voor mensen van 85 jaar en ouder, heeft 85 procent van de mensen meer dan twee chronische aandoeningen. Het is niet zo dat mensen met meer dan één chronische aandoening meer problemen hebben dan iemand met twee chronische aandoeningen. Er zijn aandoeningen die weinig tot geen invloed hebben op het dagelijks functioneren van de zorgvrager. Of de aandoeningen problemen geven heeft te maken met de ernst van de aandoening. Multimorbiditeit vormt wel een probleem als het de mens beperkt in het dagelijkse functioneren (Health Council of the Netherlands, 2007). Ook vormt het een probleem als dit gepaard gaat met verlies van vitaliteit. Als dit het geval is dan staat de zorgverlening voor de taak te zorgen dat niet alleen de samenhang van zorg als wel de continuïteit gewaarborgd blijft. Toch is dit niet het enige waar de zorgverlener op dient te letten. Door de veelal complexe medische en verpleegkundige zorg dient ook voorkomen te worden dat er een verder verlies is van beperkingen en sociale participatie van ouderen. Hiervoor heeft de zorgverlener extra aandacht en kennis nodig. Om de goede zorg in multimorbiditeitsproblematiek aan te kunnen zegt de gezondheidsraad dat het van belang is dat de zorg adequaat is ingericht. Volgens de gezondheidsraad moeten hiervoor vier zaken worden ontwikkeld (Health Council of the Netherlands, 2007):

* vroegtijdig signaleren van gezondheidrisico’s bij ouderen met multimorbiditeit
* betere regie over de zorg voor deze groep ouderen
* meer specialistische advisering aan de eerste lijn van onder anderen de verpleeghuissector
* beter toepassen van specifieke kennis over complexe multimorbiditeit

De gezondheidsraad vindt het belangrijk dat er afspraken gemaakt worden met alle betrokken partijen. Onder deze partijen vallen beroepsbeoefenaren, organisaties en verzekeraars. Ter ondersteuning van het opzetten van multimorbiditeitszorg doet de gezondheidsraad vier aanbevelingen: De eerste aanbeveling is, “verbeter beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie”: voor zorgverleners is het van belang om makkelijk te beschikken over een toegankelijk en actueel (elektronisch) patiëntendossier. De tweede aanbeveling is, “stimuleer scholing over multimorbiditeit”: om goed gecoördineerde en samenhangende zorg aan ouderen met multimorbiditeit te kunnen geven is het van belang, dat er medische en verpleegkundige kennis komt over multimorbiditeit. De gezondheidsraad pleit voor extra scholing om zo de interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. De scholing zou volgens de gezondheidsraad gaan om vakinhoudelijke onderwerpen, zoals behoud- en herstelmogelijkheden bij ouderen en typische ouderdomsaandoeningen (Health Council of the Netherlands, 2007). Tevens vindt de gezondheidsraad het van belang dat er aandacht komt voor samenwerking en coördinatie van het zorgtraject. Derde punt van de gezondheidsraad is, “ stimuleren van wetenschappelijk onderzoek”. Er is duidelijk aan te tonen dat mede door de vergrijzing er een toename van multimorbiditeit komt. Toch is er maar weinig bekend over de inhoud en de organisatie van multimorbiditeit en zorgverlening. De gezondheidsraad dringt aan om tot een gecoördineerde onderzoeksinspanning te komen om de zorg beter te kunnen geven aan de mensen die multimorbiditeitsproblematiek hebben. Als vierde punt van aanbeveling wordt door de gezondheidsraad aangedragen dat het van belang is dat er aandacht en onderzoek komt naar secundaire preventie[[3]](#footnote-3) van multimorbiditeit. Ook wil de gezondheidsraad dat er in de onderzoeken gekeken wordt naar de mogelijkheden van het ondersteunen van de mantelzorger.

## 

## 4.3 Dementie

Ieder mens is uniek. Volgens het boek de wondere wereld van dementie zijn onze hersenen een groot en heel belangrijk orgaan (Plaats, 2008). Onze hersenen zijn onze bron van: Kennis, bewegingen, emotie, en geheugen. Als er een kleinigheidje in de hersenen gebeurd kan dit enorme gevolgen hebben voor een mens die dit treft. Bij het springen van een bloedvat of aantasting van het hersenweefsel kan het zijn dat iemand één of meerdere functies verliest (Plaats, 2008).

Vanuit het boek “de wondere wereld van dementie”, blijkt dat onze hersenen vanaf het vijfentwintigste levensjaar verschrompelen. Na het behalen van de vijfenzestig levensjaren is er een slijtage waarneembaar in onze hersenen. Dit kun je bij mensen zien doordat iemand minder tegen stress kan of dat deze persoon trager wordt. Na een korte uitleg van het werken van onze hersenen rijst de vraag, wat is dan dementie? Volgens de theorie van Anneke van der Plaats: “Dementie is een ziektebeeld dat zich kenmerkt door een geleidelijke achteruitgang van het geestelijk functioneren. Meestal staan geheugenstoornissen hierbij op de voorgrond. Alleen geheugenstoornissen maken iemand nog niet dement, er moet meer aan de hand zijn. Zo is bij dementie het uitvoeren van allerlei dagelijkse vaardigheden gestoord, net als de spraak of het tijdsbesef. Het karakter en gedrag van de patiënt kan veranderen en er kunnen stemmingswisselingen optreden. We spreken pas van dementie, als deze problemen samen voorkomen en zo ernstig zijn dat ze het functioneren van een persoon in het dagelijkse leven belemmeren (Plaats, 2008)”. Volgens het boek dementie en psychiatrie moet een mens aan minimaal twee van de volgende criteria voldoen:

|  |
| --- |
| * Geheugenstoornissen * Een of meerdere cognitieve functiestoornissen: apraxie (geen handelingen meer kunnen verrichten), agnosie (gestoorde herkenning), afasie (taalstoornis) * Symptomen moeten ‘ernstig genoeg’ zijn |

#### Figuur 4 Dementie en psychiatrie (Hazelhof, 2011)

Niet alle vormen van dementie verlopen op dezelfde manier. Wel is het zo dat in alle gevallen er een proces plaatsvindt waarbij je achteruitgang van de hersenen kunt waarnemen. Je hebt dementievormen die geleidelijk verlopen en je hebt dementievormen die schoksgewijs verlopen. De eerste verschijnselen die je als medewerker kunt waarnemen zijn het niet meer opnemen van nieuwe informatie en/of gedragsveranderingen bij de cliënt. Voor cliënten betekent dit dat zij de controle over dagelijkse dingen verliezen. Cliënten kunnen hierdoor bang, achterdochtig of er boos om worden. Bij cliënten zie je vaak dat de nieuwe dingen moeilijk zijn terwijl de dingen die heel vroeg in hun leven aangeleerd zijn nog makkelijk gaan. Voor de medewerker betekent dit dat zij deze fasen en de verschillende vormen van dementie moeten kunnen herkennen. Als een medewerker in staat is om de vormen en de fasen te herkennen dan is de medewerker goed in staat om de cliënt te ondersteunen en te begeleiden bij het uitvoeren van de dagelijkse dingen. Hierdoor kan het zijn dat een cliënt zolang mogelijk in de bekende en veilige omgeving kan blijven wonen.

De bekendste vormen zijn vasculaire dementie, Parkinson dementie en Alzheimer. De beschrijving van deze ziektebeelden zijn te vinden in bijlage 11.

## 4.4 Palliatieve zorg

Vanuit een meerjarenstudie over palliatieve zorg van onderzoeksinstituut IVA blijkt dat de sterfte aan chronische ziekten en kanker de komende jaren zal stijgen met 0,7% per jaar. Van de cliënten met een chronische aandoening sterft volgens het rapport “Waar wilt u doodgaan?” , van het onderzoeksinstituut IVA, 32% van de Nederlanders thuis. Op basis van deze gegevens kan helaas niet worden vastgesteld hoeveel mensen behoefte hebben aan palliatieve zorg. In 2006 overleden 135.000 mensen in Nederland, 54% van deze mensen overleden aan een niet acute aandoening zoals kanker, CVA, dementie, multimorbiditeit of Parkinson (IVA, 2005). Uit hetzelfde rapport blijkt dat drie van de vier Nederlanders thuis zou willen sterven. Dit heeft vooral te maken met de intimiteit en vertrouwde huiselijke sfeer. Ook is er thuis vaak een partner aanwezig die ondersteuning en continuïteit van zorg kan geven. Is er geen partner en geen mantelzorgnetwerk aanwezig dan wordt het moeilijk om de voorkeur van de cliënt waar te maken. Dit omdat vanuit de NHG wordt gesteld dat palliatieve zorg bij uitstek 24 uur is (NHG, 2012). Volgens het rapport van de IVA, vindt de beslissing om thuis te sterven altijd plaats in kleine kring. Het blijkt ook dat er een enorme sterke wil is om iemand thuis te laten sterven. Dit komt zowel van de kant van de terminale cliënt als van de kant van de familie. Om thuis te kunnen sterven is het wel van belang dat de zorg rondom de cliënt goed geregeld is. In de beginfase kan nog alleen met familie en mantelzorgers worden gewerkt, in de latere fasen moet er steeds meer professionaliteit toegelaten worden zoals huisarts, zorg thuis en andere vrijwilligers. Veel cliënten hebben hier moeite mee omdat zij het gevoel hebben hun autonomie op te geven, zo blijkt uit het rapport. In het rapport komt naar voren dat het voor cliënten belangrijk is dat de situatie beheersbaar en onder controle is. De cliënt “wil er van verzekerd zijn dat alle hulp zonodig bijtijds beschikbaar is. Daarnaast is controle over pijn van het grootste belang”. Voor de cliënt is dus van belang dat er door de medewerker van zorg thuis duidelijke en heldere afspraken gemaakt worden. Als dit gebeurd zal dat bijdragen aan een goede gemoedsrust van de cliënt en de betrokken familie (IVA, 2005). Dit geldt vooral voor de terminale fase wanneer de intensiteit van zorg toeneemt (NHG, 2012). Door de NHG wordt palliatieve zorg als complexe zorg gezien. “Door uiteenlopende en complexe zorgbehoefte is palliatieve zorg bij uitstek multidisciplinair van karakter waarbij professionals en vrijwilligers vaak samenwerken”. Uit onderzoek onder huisartsen blijkt dat de cliënt in de palliatieve fase met gemiddeld vier verschillende zorgverleners te maken heeft. Vroeger had de huisarts te maken met de wijkverpleegkundige, zij coördineerde de zorg. Nu zijn er binnen organisaties meerdere gespecialiseerde medewerkers, volgens het rapport “Huisarts en palliatieve zorg” bemoeilijkt dit de coördinatie van het zorgproces rondom de palliatieve cliënt. Volgens de NHG vergt goede palliatieve zorg een zorgdossier voor de cliënt. Hierin kunnen wensen en behandelingen opgeschreven worden zodat dit voor alle hulpverleners duidelijk is. Dit zal ten goede komen aan de samenwerking tussen professionals mantelzorgers en vrijwilligers. Dit alles creëert voor de cliënt een gevoel van veiligheid. Binnen WIJdezorg wordt gewerkt met een zorgleefplan, dit komt ten goede aan de multidisciplinaire aanpak die nodig is voor de cliënt die palliatieve zorg nodig heeft. De medewerkers van zorg thuis hebben dit stuk onder controle.

## 4.5 Competenties medewerker zorg thuis

Eerder in het theoretisch kader van paragraaf 3.1 en 3.2 is beschreven dat er een toename te verwachten is op de groei van het aantal mensen met een complexe zorgvraag. In het theoretisch kader paragraaf 3.1 en 3.2 is ook vastgesteld dat dit zal leiden tot een grotere zorgvraag bij zorg thuis. Om deze toenemende complexe zorgvragen te beantwoorden moet inzichtelijk gemaakt worden aan welke competenties de medewerkers van zorg thuis zal moeten voldoen. Binnen de organisatie WIJdezorg wordt gewerkt met functieprofielen. In dit document staat beschreven aan welke kennis, vaardigheden en beroepshouding de medewerker van zorg thuis moet voldoen. Het functieprofiel is ingedeeld op niveau, momenteel wordt er bij zorg thuis locatie Emmaus alleen gewerkt met functieprofiel medewerker niveau 2 en 3 (zie bijlage 8). Voor een breed onderzoek naar de gewenste kennis, vaardigheid en competentie wordt gebruik gemaakt van het rapport “beroepsprofiel zorgkundige” (Beroepsprofiel, 2012). Dit omdat de kennis, vaardigheden en beroepshouding beschreven in het rapport “beroepsprofiel zorgkundige”, de gewenste situatie weergeeft van wat de medewerker van zorg thuis zou moeten beheersen aan kennis, vaardigheden en beroepshouding. De beschreven theorie sluit daarmee volledig aan bij de complexe zorgvragen van cliënten uit de wijk. Voor de totstandkoming van het rapport zijn verpleegkundigen, vezorgenden, onderzoeksinstelling NIVEL, beroeps- en brancheorganisaties, zorginstellingen en overheden geraadpleegd. Door de samenwerking van de verschillende partijen schetst het rapport een volledig beeld van wat er in de toekomst nodig is om aan complexe zorgvragen te kunnen voldoen.

Volgens het rapport van de V&V sector “beroepsprofiel zorgkundige” wordt preventie voor de zorgprofessional van groter belang (Beroepsprofiel, 2012). Zorggerelateerde preventie biedt volgens het rapport mogelijkheden om bij chronisch zieken de beperkingen voortkomend uit chronische ziekten te verminderen. In 2011 is er door de WHO een definitie van gezondheid omschreven, ‘The ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges’. Hierbij staat niet de aandoening centraal, maar het vermogen en zelfmanagement van mensen om zich aan te passen wanneer iemand te maken krijgt met uitdagingen op gebied van sociaal, lichamelijk en emotioneel gebied. Volgens het rapport “beroepsprofiel zorgkundige” biedt dit een nieuw perspectief op het handelen van de zorgkundige. Het rapport kijkt naar de toekomst en ziet de zorgkundige in 2020 als “een zorgprofessional met een specifieke bekwaamheid voor het werken met één of enkele omschreven groep(en) patiënten: chronisch zieken (multimorbiditeit), kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten, patiënten die zijn opgenomen voor onderzoek, behandeling of operatie (voorzorg, nazorg, revalidatie), psychiatrische patiënten, mensen met een verstandelijke beperking. De zorgkundige richt zich op het ondersteunen van het zelfmanagement van mensen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven. Zij of hij treft problemen van patiënten aan op vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale functioneren. Deze problemen zijn niet ziekte specifiek, leeftijds- of contextgebonden. De zorgkundige stelt de behoefte aan zorg vast en beschrijft die in een zorgleefplan; biedt de patiënt lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning; voert zorggerelateerde preventie uit; draagt zorg voor informatievoorziening, voorlichting en advies. Werkt samen met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, steunt hen en verwijst hen waar nodig. Signaleert veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt tijdig De zorgkundige werkt in zorgsituaties die in het algemeen relatief stabiel zijn. Het handelen verloopt in die situaties grotendeels volgens (professionele) standaarden en richtlijnen. In instabiele, acute, complexe situaties werkt de zorgkundige onder supervisie van een verpleegkundige, bij wie dan de eindverantwoordelijkheid berust. De zorgkundige heeft voor een of meer voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid”. De resultaten van het handelen van de zorgkundige zullen moeten worden geformuleerd. Hierbij moet preventief gekeken worden naar de te verwachten cliëntenproblemen. Dit betreft “voorkomen van infecties, pijn, ondervoeding, uitdroging, immobiliteit, incontinentie, intoxicatie, maar ook aan het voorkomen van eenzaamheid, somberheid, overbelasting” (Beroepsprofiel, 2012). Er moet tijdig worden gereageerd op gezondheidsveranderingen bij de cliënt. In het rapport “beroepsprofiel zorgkundige”, wordt gesteld dat er zeven competentiegebieden zijn. Deze competenties zijn gebaseerd op de CanMEDS systematiek (Canadian Medical Education Directions for Specialists) de afbeelding van de CanMEDS is te vinden in bijlage 12 (Canada, 2013). De competentiegebieden zijn in dit beroepsprofiel als volgt uitgewerkt:

|  |
| --- |
| **1) Vakinhoudelijk handelen: *de zorgkundige als zorgverlener***  Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:  - Een zorgrelatie aangaan, gebaseerd op vertrouwen, gericht op resultaat  - Oog hebben voor de behoeften van patiënten op het gebied van gezondheid, zorg,  wonen, welzijn en spiritualiteit; ondersteunen van het zelfmanagement  - Het zorgplan of zorgleefplan (mede) opstellen  - Werken volgens standaarden en richtlijnen  - Veranderingen in de gezondheidstoestand signaleren  - Bieden van persoonlijke verzorging  - Psychosociale begeleiding van individuen en groepen  - Verlenen van palliatieve en terminale zorg  - Uitvoeren van risicovolle en voorbehouden handelingen |
| **2) Communicatie: *de zorgkundige als communicator***  Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:  - Gelijkwaardige en respectvolle communicatie met patiënten, naasten en mantelzorg  - Ervaringsdeskundigheid van de patiënt een plaats geven in het geheel van de zorg  - Waarborgen van continuïteit van de zorgverlening  - Met familie/mantelzorgers en vrijwilligers communiceren over hun rol en inzet  - Communiceren met een grote verscheidendheid aan patiënten  - Communiceren over palliatieve zorg en het levenseinde  - Communiceren via de elektronische weg (e-health, zorg op afstand, social media*)* |
| **3) Samenwerking: *de zorgkundige als samenwerkingspartner***  De focus van kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:  - In de samenwerking met professionals, mantelzorgers en vrijwilligers elkaars kwaliteiten benutten  - Intercollegiale samenwerking in een multidisciplinair team  - Coachen van verzorgenden en helpenden  - Optreden als belangenbehartiger van patiënten en hun naasten |
| **4) Kennis en wetenschap: *de zorgkundige als lerende professional***  Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:  - Eigen deskundigheid op peil houden  - Intercollegiale deskundigheidsbevordering en kennisuitwisseling  - Begeleiden van aankomend beroepsbeoefenaren in de zorg  - Communicatievaardigheden, speciaal voor ICT, social media en zorg op afstand |
| **5) Maatschappelijk handelen: *de zorgkundige als gezondheidsbevorderaar***  Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:  - Signaleren van veranderingen in de gezondheidstoestand  - Adviseren over gewenste veranderingen in de leefstijl of volhouden van therapie  - Instructie geven (bijv. bij gebruik hulpmiddelen en instrumenten)  - Respect hebben voor de opvattingen van patiënten en hun naasten over gezondheid en ziekte  - Rekening houden met persoonlijke factoren, wensen en behoeften van groepen mensen, patiënten en hun naasten.  - Kiezen en gebruik maken van voorlichtingsmaterialen  - Versterken van het sociaal netwerk rond een patiënt |
| **6) Organisatie: *de zorgkundige als organisator***  Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:  - Organiseren met kennis van het primaire proces  - De zorg rondom patiënten coördineren en de continuïteit van zorg waarborgen.  - De patiëntveiligheid bewaken  - Bijdrage leveren aan het werk- en leerklimaat binnen de werkeenheid.  - (Gedrags)regels en protocollen in acht nemen, die horen bij de functionele verantwoordelijkheid.  - Werken met het elektronisch patiënten/cliëntendossier als basis voor het handelen van het zorgteam.  - Toepassen ICT en zorg op afstand. |
| **7) Professionaliteit en kwaliteit: *de zorgkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar.***  Het accent bij kennis, vaardigheden en beroepshouding ligt op:  - Reflecteren op het eigen handelen  - Opkomen voor goede werkomstandigheden  - Middelen en materialen zorgvuldig en kostenbewust gebruiken  - Werken vanuit een visie op ‘goede zorg’  - De eigen professionele grenzen bewaken  - Meewerken aan de ontwikkelingen van het vak |

#### Figuur 5 beroepsprofiel zorgkundige (Beroepsprofiel, 2012)

Voor de beschreven competenties geldt niet dat ieder lid van zorg thuis alle competenties helemaal moet beheersen. Het is wel van belang dat medewerkers de competenties voor het primaire proces wel bezitten. Dit zijn de competenties; vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, organisatie en professionaliteit en kwaliteit. De competenties kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen moeten wel aanwezig zijn maar deze hoeven niet door alle leden van het team uitgevoerd te worden. Hier zou een medewerker voor verantwoordelijk voor kunnen zijn. Voor een groot deel van de cliënten bij zorg thuis geldt dat de zorg niet heel erg complex en redelijk stabiel zal verlopen. Een groot deel van de zorg zal dan ook volgens standaarden en richtlijnen verlopen. Het rapport beroepsprofiel (Beroepsprofiel, 2012) stelt dat als de de zorg rondom de cliënt complexer wordt, er samengewerkt dient te worden met een wijkverpleegkundige. De verantwoordelijkheden over de complexe zorgvraag van de cliënt valt dan onder de verantwoording van de wijkverpleegkundige. De reguliere zorg van de cliënt valt onder de verantwoording van zorg thuis.

## 

## 4.6 Topics voor het praktijkonderzoek

In deze paragraaf worden de inzichten weergegeven die uit het literatuuronderzoek zijn gekomen. Deze inzichten vanaf, nu topics genoemd, worden meegenomen naar het praktijkonderzoek voor het beantwoorden van de deelvragen. In een zogenaamd ‘wordle’ worden de topics weergegeven. In bijlage 1 zijn de deelvragen met de bijbehorende topics uitgeschreven.



#### 

#### Figuur 6 wordle

## 

## 4. 7 Mening van de onderzoeker op de gebruikte literatuur

De onderzoeker heeft veel literatuur vanuit verschillende hoeken nageslagen voor het onderzoek naar complexe zorgvragen. Echter niet alle literatuur was van voldoende kwaliteit om te gebruiken voor dit onderzoek. Na het lezen van de literatuur over gewenste vaardigheden, kennis en beroepshouding voor een medewerker van zorg thuis en het vergelijken met de in de organisatie gehanteerde beroepsprofielen lijkt het dat zorg thuis in de goede richting zit. De onderzoeker stelt wel dat bij de medewerkers van zorg thuis de werkelijke kennis, vaardigheden en beroepshouding verder onderzocht dienen te worden. Dit kan echter pas vastgesteld worden na verder praktijkonderzoek. De theorie over complexe zorg heeft antwoord gegeven op deelvraag A.

#### 

**Deelvraag A**

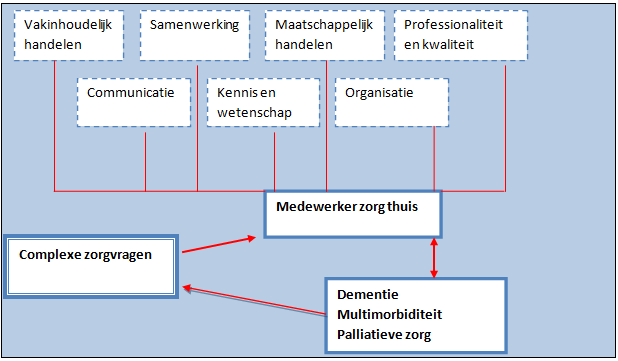
*Wat zijn complexe zorgvragen?*

Deelvraag A is beantwoord vanuit het literatuuronderzoek. In het onderzoek wordt duidelijk dat er meerdere factoren zijn waar rekening mee gehouden dient te worden om complexe zorgvragen te kunnen beantwoorden. Gesteld wordt dat complexe zorgvragen gaan over samenhangende zorg die langdurig is en waarbij 24 uur en uit verschillende domeinen zorg nodig is. Het kan gaan om één of meerdere ziektebeelden bij een cliënt van zorg thuis; dementie, palliatieve zorg, multimorbiditeit.

# Hoofdstuk 5 Conceptueel model

Een conceptueel model helpt om de probleemstelling te analyseren. Het conceptueel model geeft een selectie van variabelen weer en de relatie tussen deze variabelen (<http://www.afstudeerbegeleider.nl/conceptueel-model-scriptie/> , 2012). Het conceptueel model geeft duidelijkheid over de afbakening van het onderzoek naar complexe zorg.

## 5.1 Conceptueel model



#### Figuur 7 Conceptueel model (Versluis, 2012)

In het hierboven geschetste conceptuele model is af te lezen welke factoren van invloed zijn op complexe zorgvragen. De complexe zorgvraag is de afhankelijke variabele in het conceptueel model. De afhankelijke variabele is volledig afhankelijk van de onafhankelijke variabelen: medewerker zorg thuis, dementie, multimorbiditeit en palliatieve zorg. De medewerker heeft competenties nodig om met de (complexe) zorgvragen om te kunnen gaan. De literatuurstudie laat zien dat een onafhankelijke variabele gemeten kan worden door middel van zeven indicatoren. Deze indicatoren zullen dienen als topics bij het uitvoeren van het praktijkonderzoek. De pijlen in het conceptuele model geven aan waar de topics invloed op kunnen uitoefenen in het onderzoek. De lijnen in het conceptuele model geven de onderlinge samenhang weer.

## 

## 5.2 De doelstelling

De primaire doelstelling is om in kaart te brengen over welke kennis, vaardigheden en beroepshouding de medewerkers van zorg thuis moeten beschikken om de complexe zorgvragen te beantwoorden. De huidige zorgvraag bij zorg thuis wordt geïnventariseerd op het gebied van complexiteit. Door middel van het onderzoek is op 1 mei 2013 inzichtelijk:

* met welke veranderingen de medewerkers worden geconfronteerd.
* aan welke eisen de medewerkers moeten voldoen om toenemende complexe zorgvragen thuis te kunnen beantwoorden.
* op welke wijze moet de organisatie WIJdezorg de medewerkers hierin kan ondersteunen.
* in welke mate er sprake is van complexe zorgvragen.
* aan welke randvoorwaarden de organisatie moet voldoen.
* en wat nog meer van belang is voor het beantwoorden van complexe zorgvragen.

Met de uitkomsten van het onderzoek kan door de organisatie worden ingespeeld op het punt waar de zorg nog niet toereikend is. Voor de toekomstige cliënten van WIJdezorg met een complexe zorgvraag in de thuissituatie kan dit betekenen dat zij (langer) thuis kunnen blijven wonen. Dit is conform de wetswijzigingen vanuit de overheid. Na het doen van een ontwerpgerichte aanbeveling zal er een plan van aanpak gemaakt worden. Het onderzoek zal na afronding worden aangeboden aan de opdrachtgeefster Mw. J. van Heiningen.

## 

## 5.3 Definitieve centrale vraagstelling en de deelvragen

De definitieve centrale vraagstelling is tot stand gekomen door het schetsen van een pluriform beeld in de probleemverkenning, het theoretisch kader en het geformuleerde conceptuele model. De deelvragen maken onderdeel uit van de centrale vraagstelling.

## 5.4 De definitieve centrale vraagstelling

*In welke mate beschikt zorg thuis op dit moment over de gevraagde kennis, vaardigheden en beroepshouding, om te voldoen aan de toenemende complexe zorgvragen en waar zitten lacunes?*

## 5.5 Definitieve deelvragen

1. Wat wordt verstaan onder complexe zorgvragen?
2. Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding dienen binnen zorg thuis aanwezig te zijn om te kunnen voldoen aan de complexe zorgvragen?
3. Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding zijn op dit moment al aanwezig?
4. Welke kennis, vaardigheden en beroepshoudingaspecten ontbreken op dit moment nog?

## 5.6 De randvoorwaarden van het onderzoek

* De student/onderzoeker krijgt toegang tot alle benodigde informatie en documenten om het onderzoek goed uit te kunnen voeren.
* De student/onderzoeker heeft de mogelijkheid om contact te zoeken met medewerkers die betrokken zijn bij zorg thuis.
* De student/onderzoeker krijgt vrijheid om bij andere zorginstellingen informatie in te winnen.
* De opdrachtgever, tevens studiebegeleider, Mw. J. van Heiningen is goed bereikbaar per mail of telefoon en is bereid mogelijke vragen en/of dilemma’s met de student/onderzoeker te bespreken.

# Hoofdstuk 6 Plan van aanpak

In hoofdstuk 6 wordt de strategie van het onderzoek besproken en verantwoord. In dit gedeelte komen de deelvragen aan bod, het karakter en type van het onderzoek en de positie van de onderzoeker. Tevens wordt inzichtelijk de verantwoording van het onderzoeksmodel en de gebruikte onderzoeksmethoden. Tot slot de gekozen analyse van de data en de kwaliteitscriteria.

## 

## 6.1 Deelvragen

De volgende vier deelvragen staan centraal in dit onderzoeksrapport:

|  |
| --- |
| 1. Wat wordt verstaan onder complexe zorgvragen? 2. Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding dienen binnen zorg thuis aanwezig te zijn om te kunnen voldoen aan de complexe zorgvragen? 3. Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding zijn op dit moment al aanwezig? 4. Welke kennis, vaardigheden en beroepshoudingaspecten ontbreken op dit moment nog? |

## 6.2 Karakter en type van het onderzoek

Dit onderzoek is volgens de definitiebepaling van Baarda en de Goede (Baarda, 2006) een diagnostisch onderzoek om de probleemstelling complexe zorgvragen thuis in kaart te brengen. Het onderzoek bestaat uit een nulmeting zodat de huidige van stand van zaken bepaald kan worden. Tijdens het onderzoek wordt er ingezoomd op de huidige stand van zaken. In de conclusie wordt tevens aangegeven wat de stand van zaken zou moeten zijn volgens de vrijgekomen gegevens. Het karakter van het onderzoek is deels tot stand gekomen door een literatuurstudie en deels door praktijkonderzoek. Het onderzoek zal plaatsvinden onder zorg thuis medewerkers van WIJdezorg locatie Emmaus. Tevens zullen twee huisartsen deelnemen aan het onderzoek.

## 6.3 Relevantie van het onderzoek

Er is een maatschappelijke en een organisatorische relevantie om het onderzoek uit te voeren binnen de organisatie. Dit door de toenemende levensverwachting van mensen in Nederland en de op hand zijnde wetswijziging ten aanzien van zorg, vergoedingen en verblijf.

## 6.4 Eigen rol als onderzoeker

Omdat ik zelf als manager zorg op de locatie Emmaus werkzaam ben, is bij de uitvoering van het onderzoek zoveel mogelijk rekening gehouden met mijn eigen rol als onderzoeker. Dit om zo objectief mogelijk en naar eer en geweten te kunnen handelen. Mijn werkzaamheden op de locatie maakt dat ik bekend ben met de probleemstelling en tevens op de hoogte ben van wat er speelt bij zorg thuis. Door deze betrokkenheid was het voor mij van belang mij bewust te zijn van mijn eigen ‘kleuring’ ten aanzien van interpretaties en mijn relatie tot de respondenten. Door mij bewust te zijn voor wie het onderzoek is bestemd, ben ik in staat geweest te bepalen welke eigen ervaringen en inbreng wel of niet een rol mochten spelen. Hiervan heb ik geprobeerd zo objectief mogelijk een beschrijving te geven. De literatuurstudie en het gebruik van de (anonieme) enquête hebben hieraan bijgedragen. In mijn rol als interviewer heb ik vooraf veel research gedaan naar de probleemstelling, hierdoor was ik in staat om op voorhand een vragenlijst te maken. Tijdens het interview heb ik mede hierdoor een duidelijke rode lijn kunnen behouden. Ik heb gekozen het interview op te nemen, beide geïnterviewden gingen akkoord met deze voorwaarde. Het opnemen van het interview heb ik gedaan om geen gegevens te verliezen en om een nauwkeurige uitwerking te krijgen van het interview. Tijdens het interview heb ik geparafraseerd wat de geïnterviewde vertelde. Door mijn rol en dagelijkse betrokkenheid bij zorg thuis heb ik ervoor gekozen om het focusgesprek door een gespreksleider te laten doen. Zij is zorgbemiddelaar bij de organisatie en van huis uit maatschappelijk werkster. Zij staat verder af van zorg thuis, maar is wel goed op de hoogte van wet- en regelgeving en wat er speelt bij zorg thuis.

## 

## 6.5 Onderzoekspopulatie

Aan het totale onderzoek hebben 18 respondent meegedaan; 16 medewerkers zorg thuis en twee huisartsen.

**Zorg thuis enquête**

Bij zorg thuis werken 11 vaste medewerkers, 4 oproepkrachten en 1 leerling. Er zijn 16 enquêtes naar de medewerkers van zorg thuis verstuurd. De respons van de enquêtes is 10 enquêtes. Dit is een totale respons van 62,5%. De vaste medewerkers van zorg thuis hebben meegedaan aan zowel de enquête als aan het focusgroepsgesprek.

**Zorg thuis focusgroepsgesprek**

Voor het focusgroepsgesprek zijn alleen de vaste medewerkers uitgenodigd, deze groep respondenten zijn een constante factor binnen zorg thuis en langer dan vijf jaar werkzaam bij zorg thuis. Het vaste team bestaat uit 11 vaste medewerkers. Twee van de 11 respondenten konden helaas niet aanwezig zijn bij het focusgroepsgesprek. Dit betekent dat er 9 vaste medewerkers aanwezig waren tijdens het gesprek. De focusgroepsdiscussie heeft plaatsgevonden in week 5 (2013) om 11:00u. Het gesprek is in overleg met de respondenten opgenomen op een dictafoon. De opname is wegens privacy niet bijgevoegd. De opname kan worden opgevraagd bij de onderzoeker. Het focusgroepsgesprek is woord voor woord uitgeschreven en te vinden in bijlage 7.

**Huisartsen**

De interviews met de twee huisartsen die betrokken zijn bij locatie Emmaus hebben plaatsgevonden in week 14 van 2013, op woensdag 3 april 8:45u. En op vrijdag 5 april 13:30u. De interviews zijn afzonderlijk van elkaar gehouden. Hiervoor is gekozen omdat de huisartsen beiden een eigen praktijk hebben. De huisartsen werken niet samen. De interviews zijn in overleg met de huisartsen opgenomen op een dictafoon. De opnames zijn vanwege privacy redenen niet bijgevoegd. De opname kan worden opgevraagd bij de onderzoeker. Het interview is woord voor woord uitgeschreven en te vinden in bijlage 10.

## 

## 6.6 Onderzoeksmethoden

In deze paragraaf wordt beschreven en verantwoord welke verschillende methoden gehanteerd zijn gedurende het onderzoek. Er wordt gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek, dit gebeurt door middel van een focusgroepsgesprek en een interview. Door de inzet van een enquête wordt er tevens gebruikt gemaakt van kwantitatieve onderzoeksmethode.

### 6.6.1 Literatuuronderzoek

In de eerste fase is gebruik gemaakt van een literatuurstudie met als doel antwoorden te verkrijgen vanuit de literatuur op de deelvragen die als input dienden voor het praktijkonderzoek. Hierdoor kan een deel van de centrale vraag beantwoordt worden. In hoofdstuk 4 theoretisch kader is deze literatuurverkenning opgenomen. Hierbij zijn de gebruikte literatuurbronnen verantwoord volgens de APA richtlijnen, gehanteerd door de Hogeschool in Leiden. Aan het eind van het theoretisch kader zijn de belangrijkste punten, topics genaamd, opgenomen in een ‘wordle’. Een ‘wordle’ is een woordenwolk die direct aangeeft wat de belangrijkste topics zijn die onderzocht en getoetst moeten worden in de praktijk.

### 6.6.2 Praktijkonderzoek

Voor het praktijk onderzoek is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview en survey onderzoek. De vragen voor zowel het interview als de focusgroepsdiscussie zijn tot stand gekomen door de topiclijst. Deze is terug te vinden in bijlage 9. Het semigestructureerd interview is vooral ingezet om antwoord te geven op deelvraag B, C en D. De inzet van deze onderzoeksmethode had als doel vast te stellen over welke kennis, vaardigheden en beroepshouding een medewerker van zorg thuis nu beschikt en wat wenselijk zou zijn. Hiermee wordt inzichtelijk wat de lacune is die opgelost dient te worden.

***Kwantitatief (survey) onderzoek enquête zorg thuis***

Het survey onderzoek is uitgevoerd door middel van een schriftelijke anonieme enquête. Er is voor een anonieme enquête gekozen omdat de onderzoeker leidinggevende is bij zorg thuis. In de rol als onderzoeker heb ik zo proberen te voorkomen dat de vragenlijsten wenselijk ingevuld zouden worden. In bijlage 3 is de enquête voor medewerker van zorg thuis opgenomen. De enquête is door de onderzoeker opgesteld aan de hand van de in het theoretisch kader behandelde beroepsprofiel zorgkundige. De onderzoeker heeft de enquête laten controleren aan haar leidinggevende, tevens opdrachtgever, van het onderzoek op helder taalgebruik. De enquête is gecontroleerd maar niet daadwerkelijk ingevuld. Er is dus geen proef enquête afgenomen, dit is achteraf niet verstandig geweest. Hiermee had misschien voorkomen kunnen worden dat de open vraag in de enquête anders opgesteld had moeten worden. Nu heeft deze verschillende antwoorden opgeleverd soms al dan niet gerelateerd aan het onderzoek. De onderzoeker had gebruik moeten maken van antwoord mogelijkheden. Deze had de medewerker kunnen invullen in het belang dat zij ervaart ten aanzien van complexe zorgvragen thuis.

De enquêtes zijn volgens de planning ( zie bijlage 6), in week 6 van 2013 als document in de postvakken van de medewerkers zorg thuis gedaan. Gelijktijdig is er een tijdelijke brievenbus op het kantoor van zorg thuis geplaatst voor het posten van de enquêtes. In week 7 heeft de onderzoeker tijdens een werkoverleg het invullen van de enquêtes nogmaals onder de aandacht gebracht bij de medewerkers van zorg thuis. Dit was vooraf niet in de planning meegenomen, maar de onderzoeker achtte dit zinvol daar het respons niet voldoende bleek. In week 9 van 2013 heeft de onderzoeker de enquêtes uit de geplaatste brievenbus gehaald. Conform planning zijn in week 11 de gegevens in SPSS (statistiekprogramma) gezet. Bij het invoeren van de gegevens bleek dat de open vraag uit de enquête niet ingevuld was zoals gevraagd werd aan de medewerkers. Er zou voor gekozen kunnen worden de vraag niet mee te nemen in de conclusie. Doordat er punten zijn opgeschreven die van belang zijn voor het onderzoek, kiest de onderzoeker er voor om de belangrijkste punten mee te nemen in het onderzoek. Een analyse van de data heeft in week 14 plaatsgevonden, dit was een week later dan in de planning (bijlage 6) was aangegeven. Dit had te maken met het onderzoek, de onderzoeker had meer tijd nodig om het gewenste resultaat vast te stellen.

Het gebruik van de anonieme enquête heeft er hopelijk voor gezorgd dat de respondenten zo eerlijk mogelijk antwoord hebben gegeven. Om te zorgen dat het respons groot zou zijn, is er voor gekozen om een gesloten enquête te houden. Wel is voor één open vraag gekozen om de respondenten ruimte te geven in wat zij belangrijk achten. De respondenten zijn minder tijd kwijt aan het invullen van een gesloten enquête en hierdoor eerder bereid tot het invullen ervan. Waren alle enquête vragen open van structuur geweest dan was de respons waarschijnlijk lager geweest. De enquête van de medewerkers bestond uit 7 competenties vanuit het beroepsprofiel:

* Vakinhoudelijk handelen ( 6 items)
* Communicatie (4 items)
* Samenwerken (3 items)
* Kennis en wetenschap (3 items)
* Maatschappelijk handelen (4 items)
* Organisatie (7 items)
* Professionaliteit en kwaliteit (4 items

#### 

***Kwalitatief ( interviews) onderzoek***

Er zijn twee interviews onder huisartsen afgenomen. Beide huisartsen hebben langer dan vijf jaar een praktijk in het dorp waar het werkveld van zorg thuis zich bevindt. Beide huisartsen komen dus bij dezelfde cliënten als de medewerkers van zorg thuis. Vanuit de literatuur is duidelijk geworden dat de huisarts de spil is rondom het organiseren van complexe zorg thuis. Vandaar dat de onderzoeker de huisartsen heeft benaderd voor een interview. Beide huisartsen hebben vooraf de vragenlijst toegestuurd gekregen zodat zij op de hoogte waren van het onderwerp en de vragen. Er is één interview afgenomen op het kantoor van de manager zorg op de locatie Emmaus. En er is één interview afgenomen in de praktijk van de huisarts. De tijdsduur van het interview was in beide gevallen rond de 20 minuten. Dit viel binnen de benodigde verwachte tijdsduur van één uur. Als interviewinstrument is op voorhand een vragenlijst samengesteld, deze is opgenomen in bijlage 4. De enquête is gebaseerd op de topiclijst uit paragraaf 4.6. De volledig uitgewerkte topiclijst is te vinden in bijlage 1. Het interview van de huisartsen bestond uit 7 competenties vanuit het beroepsprofiel:

* Vakinhoudelijk handelen ( 1 items)
* Communicatie (2 items)
* Samenwerken (2 items)
* Kennis en wetenschap (1 items)
* Maatschappelijk handelen (1 items)
* Organisatie (1 items)
* Professionaliteit en kwaliteit (2 items)

#### 

***Focusgroepsgesprek***

Het focusgroepsgesprek is gehouden met 9 van de 11 medewerkers van zorg thuis met een vast dienstverband. Voor deze groep is gekozen omdat zij een goed inzicht zouden moeten hebben op de toename van complexe zorgvragen bij zorg thuis. Deze groep medewerkers heeft tevens de enquête ingevuld. Het focusgroepsgesprek heeft plaatsgevonden volgens de planning. Het focusgroepsgesprek is opgenomen maar wegens privacy niet bijgevoegd. De opname kan worden opgevraagd bij de onderzoeker. Het gehele gesprek is woord voor woord uitgeschreven en te vinden in bijlage 7. Het gesprek werd gehouden aan de hand van een vooropgezette vragenlijst. Deze vragen zijn tot stand gekomen vanuit de topiclijst, te vinden in bijlage 1. Er is voor gekozen om het gesprek te laten leiden door Mw. J. Beurze, zorgbemiddelaar en maatschappelijk werkster bij WIJdezorg, zij is door haar dagelijkse werkzaamheden op de hoogte van de toenemende ( complexe) zorgvragen bij zorg thuis. Zij is al geruime tijd werkzaam bij de organisatie en zij is vertrouwd bij het team. Het focusgroepsgesprek vindt plaats in de vergaderruimte van locatie Emmaus. Het gesprek heeft 53 minuten geduurd. Dit is binnen de tijdslimiet van één uur die de onderzoeker had vastgesteld. Het focusgroepsgesprek bestond uit 4 van de 7 beschreven beroepsprofielen competenties. De onderzoeker heeft hiervoor gekozen omdat het bespreken van alle topics niet in één focusgroepsgesprek zouden passen. Ook is hier voor gekozen om het team niet teveel te belasten met terugkomen voor een tweede gesprek en omdat de onderzoeker van mening is dat de gebruikte topics het meest relevant zijn qua opleveren van informatie. Achteraf gezien was het wenselijk geweest toch een tweede focusgroepsgesprek te houden naar aanleiding van de vrijgekomen gegevens uit de gehouden enquête. De onderzoeker had de juiste relevante topics nogmaals kunnen testen en zo nodig uitbreiden. De gebruikte topics zijn:

* Vakinhoudelijk handelen (4 items)
* Kennis en wetenschap (4 items)
* Communicatie (4 items)
* Professionaliteit en kwaliteit (2 items)

## 

## 6.7 Analyse data van de enquête en interview

De onderzoeksresultaten zijn weergegeven in bijlagen 7, 9 en 10. Een samenvatting van de verkregen gegevens zijn te vinden in hoofdstuk 7. Voor de verwerking van de enquête is gebruik gemaakt van het SPSS programma. Dit is een statisch programma dat mogelijkheden biedt om gegevens betrouwbaar te analyseren. Tevens geeft het gebruik van SPSS de mogelijkheid om verschillen en een samenhang tussen de vragen te zien. Bij het weergeven van de resultaten wordt gebruikt gemaakt van kleuren. Om het resultaat inzichtelijk te maken worden de termen “helemaal mee eens” en “mee eens” bij elkaar gevoegd omdat beide termen positief antwoord geven. Hetzelfde geldt voor de termen “niet mee eens” en “helemaal niet mee” eens. Deze termen hebben beiden een negatief antwoord. Als vijf van de tien respondenten een positief antwoord geven op een stelling dan is de competentie voldoende aanwezig bij zorg thuis.

De verwerking van de interviewgegevens gebeurt door middel van het uitschrijven van de opgenomen gesprekken. De uitgeschreven interviews en het focusgroepsgesprek zijn te vinden in de bijlagen 7 en 10. Het focusgroepsgesprek wordt weergegeven in een kleurenschema. Dit ter verduidelijking aan welke competenties wordt voldaan en aan welke niet. Doordat de huisartsen niet hoeven te voldoen aan de gestelde competenties vanuit het beroepsprofiel, is ervoor gekozen om van deze interviews een samenvatting te maken met de belangrijkste punten ten aanzien van complexe zorgvragen thuis.

## 

## 6.8 kwaliteitscriteria

***Betrouwbaarheid***

Het onderzoek moet van goede kwaliteit zijn. “Toevallige fouten in de opzet en uitvoering van het onderzoek kunnen de betrouwbaarheid aantasten” (Verhoeven, 2007). Doordat zorg thuis maar een populatie heeft van 10 vaste medewerkers, kan niet gesteld worden dat op basis van de verkregen gegevens er een betrouwbaar beeld ontstaat dat de medewerker van zorg thuis over voldoende competenties beschikt om complexe zorgvragen te beantwoorden. Hiervoor moet de populatie van groep 1 uit minimaal 100 personen bestaan. Wel kunnen de gegevens door de organisatie van de locatie Emmaus gebruikt worden als richtlijn. Als inzichtelijk is welke competenties de medewerker heeft en welke competenties ontbreken, dan kan hier door de manager zorg op ingesprongen worden zodat de groei bij zorg thuis op een verantwoorde wijze plaats kan vinden. Dit geldt ook voor de interviews, deze worden gehouden met een relatief kleine groep respondenten. Deze groep heeft een visie vanuit hun eigen werkveld. De onderzoeker denkt niet dat de verkregen gegevens in een regio of landelijke perspectief gezien kunnen worden. De betrouwbaarheid ten aanzien van het groepsgesprek is richtinggevend. De gegevens kunnen gebruikt doordat inzichtelijk is welke kennis, vaardigheden en beroepshouding zorg thuis heeft. En of dit voldoende is voor het beantwoorden van de complexe zorgvragen bij zorg thuis. Er wordt in dit onderzoek geen tweede meting uitgevoerd om de betrouwbaarheid ten aanzien van het onderzoek te verhogen. Als de meting niet als betrouwbaar gezien kan worden, dan kan gesteld worden dat het onderzoek niet valide is volgens de theorie van Verhoeven (Verhoeven, 2007). Het onderzoek is wel richtinggevend en kan dus gebruikt worden door de organisatie. Het onderzoek is dus wel bruikbaar voor locatie Emmaus waar het onderzoek heeft plaatsgevonden.

#### 

***Validiteit***

“Betrouwbaarheid garandeert niet dat een meting valide is” (Baarda, 2006). In dit onderzoek is zoveel mogelijk geprobeerd de betrouwbaarheid te waarborgen. Hiermee wordt aan de validiteitseis voldaan. Het gebruik van SPSS en het opnemen en uitschrijven van de interviews draagt hieraan bij. Er is geen gebruik gemaakt van bestaande vragenlijsten voor het praktijkonderzoek. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om de vragenlijsten ( de interviews, het focusgroepsgesprek en de enquêtes) te baseren op de in het theoretisch kader opgenomen “7 competenties” uit het beroepsprofiel. De beschrijving van de onderzoeksmethode, de verantwoording en het inzichtelijk maken van de gemaakte keuzes tijdens het onderzoek dragen bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek.

***Bruikbaarheid en generaliseerbaarheid***

Het onderzoek zou vrij eenvoudig op een andere locatie uitgevoerd kunnen worden. Als zorg thuis op die locatie dezelfde groep medewerkers in dienst heeft ( vijf jaar werkzaam in de zorg, vast dienstverband) zouden de antwoorden van de enquête en de focusgroepsgesprek hetzelfde kunnen zijn. Dit geldt ook voor de interviews met de huisartsen. Er kan gesteld worden dat dit onderzoek voor de organisatie bruikbaar is.

***Wat moet er gebeuren?***

* Overleg met de opdrachtgever over het plan van aanpak en het gebruik van de voorgestelde onderzoekstechnieken.
* Brief opstellen voor medewerkers van zorg thuis, locatie Emmaus en informeren over de enquête.
* Enquêtevragen maken.
* Medewerkers van team zorg thuis informeren tijdens werkoverleg over de groepsdiscussie.
* In het werkoverleg van team zorg thuis een datum en tijd afspreken wanneer de groepsdiscussie plaatsvindt.
* Groepsdiscussie voorbereiden, vragen maken.
* Huisartsen informeren over het onderzoek en een afspraak maken voor een interview.
* Interview vragen maken en voorbereiden.
* Afspraak maken met bestuurder voor het interview ( zij is op de hoogte van het onderzoek).
* Interview vragen maken en voorbereiden.

## 6.9 De afbakening van het onderzoek

In dit onderzoek wordt alleen gekeken naar de vragen: Met welke veranderingen worden de medewerkers geconfronteerd? Over welke kennis, vaardigheden en beroepshouding moeten medewerkers voldoen om toenemende complexe zorgvragen thuis te kunnen beantwoorden? Wat moet de organisatie regelen om de medewerkers te ondersteunen in het beantwoorden van de (complexe) zorgvragen. Het onderzoek richt zich volledig op locatie Emmaus, onderdeel van WIJdezorg. Het onderzoek wordt uitsluitend uitgevoerd onder de in dit document beschreven onderzoeksgroepen. De conclusies en de aanbevelingen worden gedaan op basis van de gegevens opgedaan in locatie Emmaus.

## 

## 6.10 Randvoorwaarden

* De medewerkers van zorg thuis willen deelnemen aan de groepsdiscussie.
* De medewerkers van zorg thuis zijn bereid de enquête in te vullen en te retourneren aan de onderzoeker.
* De bestuurder is bereid om deel te nemen aan het interview.
* De huisartsen zijn bereid deel te nemen aan het interview.
* De onderzoeker krijgt steun vanuit de organisatie voor het uitvoeren en realiseren van het onderzoek.
* De onderzoeker krijgt steun vanuit de opleiding management in zorg en maatschappelijke dienstverlening voor het realiseren van het onderzoek.

## 

## 6.11 Kosten van het onderzoek

De geschatte tijdsinvestering van het onderzoek wordt berekend op 95 uur. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een student van de Hogeschool die afstudeert op dit onderzoek. Tevens is zij manager zorg op de betreffende locatie Emmaus. De student/onderzoeker krijgt ondersteuning van de opdrachtgever en de begeleider van school.

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderzoeksdocument schrijven** | **35 uur** |
| **Interview vragen maken** | 4 uur |
| **Enquête opstellen** | 4 uur |
| **Enquête uitdelen** | Receptie van locatie Emmaus |
| **Interviews afnemen(4 interviews + reistijd)** | 8 uur |
| **Interviews verwerken (4 interviews)** | 16 uur |
| **Enquêtes verwerken (15)** | 8 uur |
| **Groepsdiscussie voorbereiden** | 1 uur |
| **Groepsdiscussie aanwezig zijn** | 1,5 uur |
| **Groepsdiscussie uitwerken** | 1,5 uur |
| **Deelvragen beantwoorden** | 1 uur |
| **Centrale vraag beantwoorden** | 1 uur |
| **Conclusie schrijven** | 4 uur |
| **Aanbeveling schrijven** | 3 uur |
| **Opname extra uren voor onvoorziene situaties** | 5 uur |
| **Totaal geschatte uren voor het uitvoeren en verwerken van het onderzoek** | **93 uur** |

#### Figuur 8 tijdskosten onderzoek

## 6.12 Planning praktijkonderzoek

De gehele planning van het praktijkonderzoek is weergegeven in bijlage 6. Naast de gemaakte tijdsinvestering van het onderzoek zijn er ook kosten gemaakt ten aanzien van het kopiëren, telefoneren en brieven versturen. In dit onderzoek is ervoor gekozen om geen financiële berekening van de kosten inzake het onderzoek te tonen. De onderzoeker van dit document financiert in grote delen haar eigen onderzoek. De financiële informatie is niet relevant voor het onderzoek en de opdrachtgever.

# Hoofdstuk 7 Resultaten van het onderzoek

In hoofdstuk 7 wordt een samenvatting van de onderzoeksresultaten weergegeven en waar mogelijk verklaard. De resultaten worden weergegeven en beschreven op hoofdlijnen. De volledige weergave van de onderzoeksresultaten zijn terug te lezen in de bijlagen 7, 9 en 10 van dit onderzoeksrapport.

#### 

## 7.1 Analyse enquête

#### 

#### Figuur 9 analyse enquête

**Competentie communicatie:**

* Zorg thuis acht zich niet in staat de continuïteit van zorgverlening te waarborgen bij de cliënt.
* Zorg thuis kan tijdens de werkzaamheden niet communiceren via de elektronische weg ( zorg op afstand, mail).

**Competentie samenwerking:**

* Zorg thuis heeft geen multidisciplinaire samenwerking met de huisarts.

**Competentie kennis en wetenschap:**

* Zorg thuis zegt dat het gebruik van beeldtelefoon zal bijdragen aan een grotere efficiëntie.

**Competentie maatschappelijk handelen:**

* Zorg thuis is niet in staat om het sociale netwerk van de cliënt te gebruiken voor het invullen van de zorgvraag.

**Competentie organisatie:**

* Zorg thuis vindt dat WIJdezorg niet voldoende gebruik maakt van domotica.
* Zorg thuis acht zich niet in staat om de cliëntveiligheid te bewaken.
* Zorg thuis vindt niet dat WIJdezorg de administratieve lasten heeft verminderd het laatste jaar.

**Competentie professionaliteit en kwaliteit:**

* Zorg thuis vindt het moeilijk de eigen professionele grens te bewaken.

De open vraag uit de enquête laat zien dat medewerkers verschillend denken in wat zij als belangrijk ervaren om te regelen, om complexe zorgvragen in de toekomst aan te kunnen:

* De medewerkers vinden dat er een medewerker op kantoor aanwezig zou moeten zijn tussen kantooruren om telefoontjes aan te nemen, indicatie aan te vragen, roosters te maken enzovoort.
* Scholing wordt als belangrijk ervaren, ook wordt aangegeven dat het scholingsaanbod breder zou moeten.
* Er zijn een aantal medewerkers die het wenselijk zouden vinden als er stichtingbreed een mobiel verpleegkundig team zou zijn om op terug te vallen.
* De lijnen met de huisartsen moeten korter en er moet structureel overleg komen tussen zorg thuis en huisarts.
* Over de zorg en begeleiding van complexe cliënten moet structureel overleg komen met verschillende disciplines.
* Het wordt ook wenselijk geacht dat er een coördinator zorg thuis komt.

## 7.2 Analyse focusgroepsgesprek:

#### 

#### Figuur 10 analyse focusgroepsgesprek

**Competentie samenwerking:**

Er wordt aangegeven dat vooral de samenwerking tussen de huisarts en zorg thuis ontbreekt. Er is geen multidisciplinair overleg tussen zorg thuis, huisarts en apotheek of andere eerstelijns hulpverleners.

**Competentie kennis en wetenschap:**

Op het gebied van de competentie kennis en wetenschap blijkt dat er teveel verschillende systemen zijn waar de medewerker van zorg thuis van op de hoogte moet zijn. Ook de toename van de verschillende ziektes wordt als moeilijk ervaren. De oorzaken en gevolgen van de verschillende ziekten zijn moeilijk uit elkaar te halen. Over het bijhouden van de deskundigheid wordt ervaren dat er soms achter de feiten aangelopen wordt. Dit, omdat je soms niet de juiste scholing hebt gehad of dat een nieuwe situatie zich ineens voor doet.

**Competentie Communicatie:**

De coördinatie van het zorgproces rondom de cliënt wordt als moeilijk ervaren, dit komt doordat er steeds meer partijen betrokken zijn in en rondom het zorgproces van de cliënt.

**Analyse interview met de huisarts**

***Complexiteit van zorg:***

De huisartsen ervaren dat de zorg complexer wordt, mensen worden ouder en behandelingen steeds beter worden. Ook worden behandelingen steeds vaker ingezet ongeacht leeftijd of gesteldheid van de cliënt. Dit betekent dat mensen langer leven maar ook relatief langer ziek zijn. Het wordt steeds moeilijker om oorzaak en gevolg van het ervaren ziektebeeld uit elkaar te halen. Medische oorzaken zoals multimorbiditeit kunnen een cliënt complex maken maar ook de kwetsbaarheid verhogen van een cliënt. De kwetsbaarheid van een cliënt kan te maken hebben met het ontbreken van een mantelzorger of met multimorbiditeit. Veel cliënten met meer dan drie chronische aandoeningen hebben een grotere kans op polifarmacie, dit betekent dat de cliënt meer dan vijf medicijnen per dag krijgt. Hiermee verhoogt de kans op interactie tussen de verschillende medicijnen. De huisartsen ziet wel zijn rol als de spil in het geheel, de huisartsen zijn ook van mening dat zorg thuis en de huisartsen moeten samen om het proces rondom de cliënt te organiseren. De huisartsen zijn van mening dat wanneer zorg thuis en de huisartsen in gesprek gaan en elkaar durven en kunnen aanspreken dat er dan voldoende mogelijkheden zijn om zorg thuis goed te organiseren. Ook zien de huisartsen mogelijkheden bij preventie van ziekten en levensstijlen.

***Deskundigheid van de medewerker:***

Volgens de huisartsen hebben niet alle medewerkers MBO niveau 4 of HBO niveau 5 nodig maar het zou wel wenselijk zijn dat er iemand binnen een team (wijkverpleegkundige) zou zijn die dit niveau heeft. Medewerker van zorg thuis moet overzicht hebben over de situatie van de cliënt. De medewerker moet een signalerende functie hebben in cliëntsituaties. Tevens denkt de huisarts dat er scholing moet komen voor de medewerkers en dat er gewerkt dient te worden volgens afgesproken protocollen tussen zorg thuis en de huisartsen.

***Samenwerken met verschillende betrokken:***

Om de zorgvragen in de wijk aan te kunnen denken de huisartsen dat er een goede samenwerking met korte lijnen nodig is tussen zorg thuis en de huisartsen. De huisartsen vinden dat de organisatie van zorg thuis de laatste jaren aanzienlijk is verbeterd. De huisartsen zijn van mening dat het wenselijk zou zijn dat er een MDO ( multidisciplinair overleg) voor complexe cliënten zorg thuis komt. Je hebt een MDO overleg, je evalueert met het MDO team en je stelt het plan bij en de cirkel is rond. Om een zorgproces tussen de huisartsen en zorg thuis op te zetten denken de huisartsen dat we gebruik kunnen maken van het MOVIT project. Beide huisartsen zijn deelnemer in het project. De samenwerking intramuraal is al aanwezig, deze moet ook bij zorg thuis worden gebruikt. De huisartsen vinden de samenwerking met de eerste lijn slecht. De cliëntoverdrachten uit het ziekenhuis zijn incompleet of summier. De huisartsen denken niet dat dit door de huisartsen is op te lossen. De huisartsen zijn van mening dat het van groot belang is dat zorg thuis en de huisartsen op goede voet samenwerken. Dit kan door gestructureerd overleg, door gebruik te maken van het MOVIT project, het MDO en korte lijnen.

# Hoofdstuk 8 Conclusies

In hoofdstuk 7 zijn de onderzoeksresultaten beschreven. In hoofdstuk 8 worden aan deze onderzoeksresultaten conclusies verbonden, op grond van deze conclusies worden in hoofdstuk 9 aanbevelingen gedaan. Om de conclusies duidelijk weer te geven wordt er per deelvraag een conclusie gegeven. Uiteindelijk wordt de centrale vraag herhaald en beantwoord.

#### 

## 8.1 Deelvraag B

*Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding dienen binnen zorg thuis aanwezig te zijn om te kunnen voldoen aan de complexe zorgvragen?*

Binnen zorg thuis moeten de zeven beschreven beroepsprofielen competenties aanwezig zijn om (complexe) zorgvragen te kunnen beantwoorden. Het team moet het totaal gestelde competentieniveau waarborgen. Dit betekent dat niet alle medewerkers in dezelfde mate de gestelde en beschreven competenties hoeven te beheersen, zolang de verschillende niveaus elkaar maar aanvullen en er voldoende overlap is.

De medewerkers van zorg thuis moeten in ieder geval in belangrijke mate de competenties vakinhoudelijk handelen, samenwerking, communicatie en organisatie beheersen om het primair proces goed te laten verlopen. Deze competenties kunnen door een medewerker met niveau 3 worden uitgevoerd. De toenemende complexe zorgvragen vereisen dat de overige competenties; kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, professionaliteit en kwaliteit ook binnen het team aanwezig zijn.

## 8.2 Deelvraag C

*Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding zijn op dit moment al aanwezig?*

Binnen zorg thuis zijn de competenties; vakinhoudelijk handelen, professionaliteit en kwaliteit voldoende aanwezig volgens het huidige functieprofiel van WIJdezorg.

#### 

## 8.3 Deelvraag D

*Welke kennis, vaardigheden en beroepshoudingaspecten ontbreken op dit moment nog?*

De competenties; communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen zijn niet voldoende aanwezig binnen zorg thuis.

## 8.4 Centrale vraag

*In welke mate beheerst zorg thuis op dit moment de gevraagde kennis, vaardigheden en beroepshouding om te voldoen aan de toenemende complexe zorgvragen en waar zitten lacunes?*

Op basis van de enquête en het focusgroepsgesprek concludeert de onderzoeker dat bij zorg thuis de volgende competenties voldoende aanwezig zijn: vakinhoudelijk handelen, professionaliteit en kwaliteit. De lacunes in het team zitten in communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap en maatschappelijk handelen. Aan de 7 competentiegebieden liggen criteria ten grondslag. Het team voldoet aan de meeste criteria. De lacunes zitten in de volgende competentie gebieden:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Communicatie** | **Samenwerking** | **Kennis en wetenschap** | **Maatschappelijk handelen** |
| Waarborgen continuïteit van zorgverlening | In de samenwerking met professionals/ mantelzorger/ vrijwilligers elkaars kwaliteiten benutten | Intercollegiale deskundigheidsbevordering en kennis uitwisseling | Versterken van sociaal netwerk van de cliënt |
| Met familie/ mantelzorger/ vrijwilligers communiceren over hun rol en inzet | Intercollegiale samenwerking in multidisciplinair team |  |  |
| Communiceren via elektronische weg |  |  |  |

#### Figuur 11 overzicht lacunes

# Hoofdstuk 9 Aanbevelingen

In hoofdstuk 9 worden de conclusies omgezet naar aanbevelingen. De onderzoeker kiest ervoor om niet per deelvraag de aanbevelingen te doen, maar dit vanuit de centrale vraagstelling te doen. Dit omdat de centrale vraag het hele onderzoek bevat.

***Aanbevelingen***

* Stel een of meerdere wijkverpleegkundigen aan die beschikt over de aanvullende competenties maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap, professionaliteit en kwaliteit (zie voor criteria conclusie deelvraag B)
* Stel de wijkverpleegkundige en de medewerkers in staat om de samenwerking met de huisarts te intensiveren en te professionaliseren. Belangrijke hulpmiddelen zijn het opstellen en/of gebruiken van (gezamenlijke) richtlijnen en protocollen. Het houden van casuïstiekbespreking of multidisciplinair overleg omtrent complexe zorgvragen uit de wijk.
* Regel een samenwerkingsverband met woningcorporaties, collega-zorgaanbieders, welzijns- en vrijwilligersorganisaties et cetera, zodat er ook een aanbod tot stand kan komen dat vooral is gericht op een positieve woon- en leefomgeving, participatie (contact) en mentaal welbevinden.
* Aan de hand van de gezamenlijke analyse van zorg thuis en de huisarts wordt de behoefte aan actuele en aanvullende scholing op het gebied van complexe zorgvragen vastgesteld en planmatig uitgevoerd.
* Op basis van het huidige en het gewenste competentieniveau van het team wordt per medewerker vastgesteld wat de leer- c.q. ontwikkeldoelen van de individuele medewerker is. Op basis hiervan wordt de gewenste scholingsbehoefte geïnventariseerd zowel individueel en als groep (conclusie deelvraag B).

***Aanbevelingen voor de organisatie WIJdezorg***

* Stel een duidelijke visie op waaraan ‘goede zorg’ bij complexe zorgvragen moet voldoen, zodat het gewenste kwaliteitsniveau kan worden bewaakt, vastgesteld en ontwikkeld te kan worden.
* Implementeer de visie in de organisatie.
* Stem af met gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraars (geldverstrekkers) om nieuwe werkwijzen en nieuwe waarderingsgrondslagen met elkaar af te spreken.

***Beroepsprofiel***

* Hanteer het beroepsprofiel zorgkundige want hierin zijn concreet de criteria beschreven waaraan een professional moet voldoen om op een verantwoorde en professionele wijze (complexe) zorg te kunnen bieden. Bovendien geeft het handvatten om de niveaus in de gewenste competenties te bepalen.
* Pas de systematiek van functioneringsgesprekken op dusdanige wijze aan dat de competenties gemeten kunnen worden en de gewenste ontwikkeling kan worden getoetst.

***ICT***

* Laat de medewerkers de huidige administratieve lasten in beeld brengen en vraag hen wat wenselijk is om terug te dringen.
* Stel een werkgroep in van medewerkers van zorg thuis en een ICT medewerker en vraag hen om advies te geven welke ICT toepassingen op de korte en langere termijn te realiseren zijn. De adviezen moeten bijdragen aan het verbeteren van de efficiëntie en de kwaliteit van zorgverlening.

# Hoofdstuk 10 Reflectie

Het laatste hoofdstuk van dit onderzoek bevat een reflectie op de literatuurstudie, het gebruikte conceptueel model in relatie met de verkregen resultaten en conclusies. Heeft de literatuurstudie aangesloten bij het conceptueel model? Is het gebruik van het model nuttig geweest voor het beantwoorden van de centrale vraag?

## 10.1 literatuurstudie en conceptuele model

Voor het beantwoorden van de deelvragen en aansluitend de centrale vraag is de literatuurstudie van groot belang geweest. Zonder de literatuurstudie zou het niet mogelijk zijn geweest om de centrale vraag en deelvragen te beantwoorden. De literatuurstudie heeft een flinke onderbouwing en daarmee kapstok gegeven voor het verdere onderzoek. In de literatuurstudie is duidelijk naar voren gekomen wat complexe zorg inhoudt en welke competenties bij zorg thuis vereist zijn. De grootste belemmering die tijdens de literatuurstudie heeft plaatsgevonden was het kader van alle informatie die al dan wel of niet relevant was.

Tijdens het praktijkonderzoek zijn geen moeilijkheden ervaren. De onderzoeker denkt dat dit komt omdat de literatuurstudie zo compleet is uitgevoerd. Door de duidelijke kapstok vanuit de literatuurstudie was het goed mogelijk om de rode draad vast te houden tijdens de voorbereidingen en de uitvoering van het praktijkgedeelte.

Het gebruik van het conceptuele model is voor de onderzoeker van grote waarde geweest. De onderzoeker was door het conceptuele model in staat om het overzicht te houden over het onderzoek en om de bijbehorende literatuurstudie inzichtelijk te krijgen.

# Bijlage 1 Overzicht onderzochte topics

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderzoeksvraag** | **Topic(s)** |
| 1. **Wat wordt verstaan onder complexe zorgvragen?** 2. **Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding dienen binnen zorg thuis aanwezig te zijn om te kunnen voldoen aan de complexe zorgvragen?** 3. **Welke kennis, vaardigheden en beroepshouding zijn op dit moment al aanwezig?** 4. **Welke kennis, vaardigheden en beroepshoudingaspecten ontbreken op dit moment nog?** | **Enquête en interview**   * Vakinhoudelijke handelen * Communicatie * Samenwerking * Kennis en wetenschap * Maatschappelijk handelen * Organisatie * Professionaliteit en kwaliteit   **Focusgroepsgesprek**   * Vakinhoudelijk handelen * Kennis en wetenschap * Communicatie * Professionaliteit en kwaliteit |

# Bijlage 2 Groepsgesprek met zorg thuis

**Vragen die tijdens de groepsdiscussie centraal staan zijn:**

1. Wat neem je waar met betrekking tot complexiteit van de zorg in vergelijking met de afgelopen vijf jaar?
2. Worden er meer (verpleegtechnische) zorg vaardigheden verricht dan vijf jaar geleden? Wat voor invloed heeft dit op jou als medewerker?
3. Hoe hou je, jouw deskundigheid van de gewenste vaardigheden bij?
4. Sluiten de vaardigheidslessen aan bij de zorgvragen van cliënten die in de wijk wonen?
5. Zijn er aandachtspunten voor het uitvoeren van verpleeg- zorghandelingen bij zorg thuis? Kun je deze benoemen?
6. Over welke vaardigheid of deskundigheid zou je nog meer willen beschikken? Wat heb je nodig? Wat ontbreekt er?
7. Ervaar je als medewerker van zorg thuis administratieve lastendruk? Wat zou hierin kunnen en moeten verminderen?
8. Ervaar je als medewerker van zorg thuis bureaucratie in het uitvoeren van je werkzaamheden? Waar merk je dit aan? Wat zou er moeten veranderen?
9. Krijg je als medewerker van zorg thuis zeggenschap in het uitvoeren van zorg en dienstverlening? Vind je dat noodzakelijk? Is dit voldoende? Kan dit beter?
10. Biedt de organisatie voldoende ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid? Welke verantwoordelijkheden zouden moeten worden vergroot? Wat hebben jullie nodig?
11. Wat zou er ten aanzien van het zorgproces anders geregeld moeten worden?
12. Wat zouden jullie – als gevolg van de toename van (complexe)zorg- nodig hebben om in de toekomst op een verantwoorde wijze zorg te leveren?

# Bijlage 3 Enquête voor medewerkers zorg thuis

Voor je ligt een enquête met stellingen. Deze bestaat uit een lijst met stellingen. Deze lijst met stellingen hebben betrekking op je werkzaamheden die je momenteel uitvoert bij zorg thuis. Met de stellingen wordt onderzocht welke vaardigheden jullie beheersen en welke vaardigheden wenselijk zouden zijn. Dit om in de toekomt nog beter uitgerust te zijn om complexe zorg aan de cliënten zorg thuis te leveren. Vul de stellingen zo eerlijk mogelijk in. Alle antwoorden zullen anoniem verwerkt worden, je hoeft dus geen naam op de ingevulde vragenlijst te schrijven. Bedankt en succes!

**Vakinhoudelijk handelen**

Mijn zorgrelatie met de cliënt is gebaseerd op vertrouwen en gericht op resultaat.

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik heb oog voor de behoefte van de cliënt op gebied van zorg, wonen en welzijn.

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik ben in staat om de cliënt te ondersteunen bij de zelfredzaamheid en het maken van eigen keuzes.

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik ben in staat om veranderingen in de gezondheid van de cliënt te signaleren

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik ben in staat om verantwoord te handelen na verandering in de gezondheid van de cliënt

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik voel mij zeker in het uitvoeren van de risicovolle handelingen en voorbehouden handelingen

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

**Communicatie**

Ik ervaar een gelijkwaardige en respectvolle communicatie met cliënten en mantelzorgers

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik ben in staat om de continuïteit en de deskundigheid van zorgverlening te waarborgen bij de cliënt

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik kan tijdens mijn werk communiceren via de elektronische weg, zorg op afstand, social media, mail

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik ben in staat om met mantelzorg en familie te onderhandelen over hun rol en inzet voor zorg aan de cliënt

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

**Samenwerking**

Ik benut de kwaliteit van het samenwerken met vrijwilligers en mantelzorgers

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Er wordt multidisciplinair samengewerkt met de huisarts van de cliënt

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik ben in staat om als belangen behartiger op te tredenvoor de cliënt en hun naasten

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

**Kennis en wetenschap**

Ik ben in staat om mijn vaardigheden ten aanzien van zorg op peil te houden

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Mijn vaardigheden sluiten aan bij de zorgvragen vanuit de wijk

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Het gebruik van beeldtelefoon (zorg op afstand) zal mijn werkzaamheden efficiënter maken

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

**Maatschappelijk handelen**

Ik ben in staat om een goede instructie te geven aan cliënten over gebruik van hulpmiddelen

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik houd rekening met de persoonlijke wensen en behoefte van de cliënt

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik gebruik voor het invullen van de zorgvraag het sociale netwerk van de cliënt

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

**Organisatie**

WIJdezorg maakt voldoende gebruik van domotica(zorg op afstand, beeldtelefoon)

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik ben in staat om de cliëntveiligheid te bewaken

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

WIJdezorg biedt voldoende leermogelijkheden aan

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

De leermogelijkheid sluit aan bij de kennis en vaardigheden die ik nodig heb om de zorg uit te voeren

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

De administratieve lasten zijn het laatste jaar bij WIJdezorg verminderd

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik heb zeggenschap in de zorg- en dienstverlening

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik krijg van WIJdezorg de ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van mijn werkzaamheden

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

**Professionaliteit en kwaliteit**

Ik kan reflecteren op mijn eigen handelen

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik ben in staan om op te komen voor mijzelf en mijn team voor goede werkomstandigheden

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Ik vind het moeilijk om mijn professionele grens te bewaken

* Helemaal mee eens
* Mee eens
* Neutraal
* Niet mee eens
* Helemaal niet mee eens

Wat zou de organisatie volgens jou moeten regelen om de steeds complexer wordende de zorg thuis te kunnen blijven leveren? Noem vier punten, het belangrijkste punt komt bovenaan, het minst belangrijke punt komt onderaan.

\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

# Bijlage 4 Half gestructureerd interview met twee huisartsen

1. Wanneer vindt u dat er sprake is van complexe zorg?

2. Welke verschillen ziet u met betrekking tot complexiteit van de zorg in vergelijking met de afgelopen vijf jaar?

3. Merkt u een stijging van deze cliëntengroep? Over welke aantallen praten we?

4. Vanuit verschillende onderzoeken is een toename van complexe zorg geconstateerd. Merkt u dit bij het uitvoeren van uw dagelijkse werkzaamheden in de wijk? Zo ja, waar loopt u als huisarts tegen aan?

5. Hoe denkt u dat de zorg rondom zorg thuis cliënten met een complexe zorgvraag beter geregeld zouden kunnen worden?

6. Uit onderzoeken over complexe zorg komt naar voren dat de rol van de huisarts wordt gezien als belangrijkste spil in het organiseren van zorg rondom de complexe zorg cliënt, hoe ziet u dit zelf?

7. Hoe vindt u dat de zorg rondom complexe cliënten bij zorg thuis eruit moet komen te zien? Hoe zou het zorgproces geregeld moeten worden in een ideale wereld?

8. Aan welke competentie en over welke vaardigheden zouden medewerkers van zorg thuis volgens u moeten beschikken om de complexe zorgvraag te kunnen beantwoorden?

9. Uit onderzoek is gebleken dat er niet altijd even goed wordt samengewerkt tussen verschillende eerste lijn hulpverleners, zoals fysiotherapie of specialisten uit een ziekenhuis, hoe ervaart u dit? Wat zou anders moeten? Wat is uw bijdrage daarin?

10. Heeft u invloed op de samenwerking tussen de verschillende eerstelijns hulpverleners?

11. U werkt samen met WIJdezorg locatie Emmaus, welke rol ziet u weggelegd voor het zorg thuis team, als het gaat om samen beter de zorg te organiseren rondom de complexe zorgvraag van de zorg thuis cliënt?

# Bijlage 5 Lijst van afkortingen

**Op alfabetische volgorde**

APA Publication manual of the American Psychological Association

AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

BFT Bruto Formatie

CAK Centraal Administratie Kantoor

CanMeds Canadian Medical Education Directions For Specialists

CBS Centraal Bureau Statistieken

CIZ Centrum Indicatiestelling Zorg

CVZ College voor zorgverzekeringen

DESTEP Demografisch Ecologisch Sociale Technologisch Economisch Politieke factoren

GVP Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatrie

ICT Informatie Communicatie Technologie

LSBK Landelijk Steunpunt Bureau Kruiswerk

MDO Multidisciplinair overleg

MOVIT Medische zorg Optimalisatie Verzorgingshuizen Implementatie Traject

MVO Maatschappelijk verantwoord Ondernemen

NHG Nederlandse Huisartsen Genootschap

NFU Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra

NIVEL Nederlands instituut onderzoek van gezondheidszorg

NZa Nederlandse Zorgautoriteit

PREZO Prestatie in de Zorg

RIVM Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu

SWOT Strengths, Weaknesses, Oppertunities & Threaths

VWS Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

WAO Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering

WHO World Health Organization

WMO Wet Maatschappelijke Ondersteuning

WWS Woningwaarderingsysteem

Zvw Zorgverzekeringswet

ZZP Zorgzwaartepakket

# Bijlage 6 Planning

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Planning 2012/2013** | **November** | **December** | **Januari** | **Februari** | **Maart** | **April** | **Mei** |
| **Plan van aanpak schrijven** |  |  | **31-1-‘13 Inleveren concept PVA** |  |  | **18-4-’13 concept resultaat + verantwoording** | **23-5-’13 eindrapportage** |
| **Enquêtes maken** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Interview vragen maken** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Groepsdiscussie plannen, voorbereiden** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Enquêtes uitdelen** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Groepsdiscussie houden** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Interviews houden** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data verwerken** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Enquête verwerken** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Interviews verwerken** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Deelvragen beantwoorden** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Centralevraag beantwoorden** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Conclusie schrijven** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aanbevelingen formuleren** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Einddocument afleveren** |  |  |  |  |  |  |  |

# Bijlage 7 Uitwerking focusgroepsgesprek

In het uitgewerkte gesprek komt het voor dat zinnen niet lopen zoals wij in Nederland gewend zijn. Dit komt doordat de uitwerking letterlijk is gedaan. In het team zorg thuis zit een medewerker afkomstig uit Thailand, het is dus niet zo dat er taalfouten in het stuk voorkomen, maar een werkelijke weergave van wat er is gezegd.

Het is bij jullie allemaal bekend, het is voor de opleiding van Nicole. En eh..Nicole heeft gevraagd of ik dit gesprek wil leiden. Nou, het is niet mijn dagelijkse werk, maar ik vind het wel leuk om te doen. En eh...Ik heb de vragen voorgeschoteld gekregen van Nicole. En ik heb het even doorgelezen. Ik weet niet of jullie al bekend zijn met de vragen. Is het allemaal nieuw voor jullie? Allemaal nieuw. Oké, ehhh...het gaat over de complexiteit van de zorg en multimorbiditeit. Kennen jullie die termen, complexe zorg en multimorbiditeit? Multimorbiditeit, ik zal even een tekst erbij halen zoals het helemaal officieel beschreven staat. ehm.. Als er meerdere chronische aandoeningen zijn bij een cliënt. Dus als mensen meerdere chronische ziekten hebben. Complexe zorg is als het ook echt afgestemd gaat worden voor de cliënt. Is dat ...samenhang van zorg. De vraag voor het onderzoek van Nicole is Welke vaardigheden beheerst de medewerker van zorg thuis? Jullie dus en welke vaardigheden hebben jullie ten aanzien van complexe zorg nodig en over welke competenties moet de medewerker van zorg thuis beschikken om in de toekomst complexe zorg te kunnen leveren? Nou, daar heeft ze 12 vragen voor ons gemaakt die wij met elkaar gaan proberen te beantwoorden. Iedereen mag gewoon zijn mening zeggen. Je wordt niet afgerekend op je eigen mening. Het is juist heel belangrijk dat je je mening ook tentoonspreidt. We hebben ongeveer een uur de tijd voor de 12 vragen. Ga ook niet al te diep op een bepaalde zaak in bij een bepaalde cliënt. Het gaat meer over de grote lijnen. Hoe het moet worden georganiseerd in de organisatie, ja? Oké, nou dan begin ik maar met vraag 1. Ik denk ook niet dat het nodig is dat ik precies het rijtje af ga. Kom gewoon, komt iemand met het antwoord op de vraag.

1. (2:33min)Wat neem je waar met betrekking tot complexiteit van de zorg in vergelijking tot de afgelopen 5 jaar? Van 2008 tot 2013, wat neem je waar met betrekking tot complexiteit van de zorg in vergelijking met 5 jaar terug. Dus wat is er veranderd? In complexe en zorgvraag. Dat het verhoogd is. Wat is verhoogd? Dat er meer complexe zorg in de loop der jaren bijgekomen is. Meer cliënten. Ja, meer cliënten. Je hebt meer cliënten met complexe zorg en hoe merk je dat? Waaraan merk je dat. Dat merk je al als ze met de vraag komen of je zorg kan komen leveren. Wat er vergeleken met 5 jaar geleden dan al met de cliënt aan de hand is voordat ze de zorg krijgen en langer thuis blijven. Dus ook meer thuis, meer zorg. Ja. Vragen? Kan je daar een voorbeeld van geven, ik bedoel 5 jaar geleden kan ik dan zo zien was het alleen maar wassen en aankleden. Ja, zo'n beetje wel, zo'n beetje wel. En wat kom je dan nu tegen. Nu. De complexe zorg (lachen). In de praktijk, dat is zo'n mooie paraplu hè. Ja, ehhh..Stoma, sondevoeding, terminaal. Terminaal. Ja, dat komt vaak voor. Dat komt meer voor dan 5 jaar geleden. Toen was het incidenteel, nu is het ja, ja. Mooi. Mee eens.

2. (4:35min)Worden er meer verpleegtechnische zorgvaardigheden verricht dan 5 jaar geleden? Ja, eigenlijk geef je al antwoord op die vraag hè. En wat voor invloed heeft dat op jou als medewerker? Dat zijn eigenlijk 2 vragen. Dat moet je kunnen. Wat moet je kunnen? Nou, zoals bijvoorbeeld stoma of sondevoeding of wat dan ook, dat je dat moet kunnen. Ja. Dat je bekwaam bent, of niet alleen bevoegd bent, maar ook bekwaam bent. Er komt steeds een nieuw systeem en dat moet je bijhouden. Als er een nieuw systeem is moeten wij meegroeien. Als geen les, wij niet weten. Als er iets nieuws komt aan de bel trekken voor bijscholing. Ja, die houden we even vast zo hè. Die komt nog. Wat heeft dat voor invloed op jou als medewerker, wat doet dat met jou? Als je dus meer verpleegtechnische handelingen kan en mag doen? Variatie meer. Ja. Ja, meer variatie. Het maakt mij ook interessanter. Ja. Ja, dat lijkt mij ook wel inderdaad. Als ik wat geleerd, dan kan ik gebruiken. Niet in de kast en dan.... Nee, oké. Ja, het maakt het werk gewoon interessanter en leuker. Geldt dit voor iedereen of zijn er ook mensen die zeggen, nou ik vind het eigenlijk iets te hoog gegrepen? Ik ben niet zo goed hoorbaar, mijn stem doet het niet. Ik vind als je iemand wast en aankleed ook al prima, dat is geen probleem. Je werk vind je al interessant ook met wassen en aankleden, wat eigenlijk de basiszorg is vind jij al interessant. Jij hebt niet specifiek de uitdaging nodig van de verpleegtechnische zorg. Ik wil het er wel bij doen, maar het is niet het belangrijkste. Ja, nee, het is geen prioriteit voor jou. Waarbij een ander zegt ik heb het nodig om plezier te houden in mijn werk. Ik vind het heel belangrijk dat er mensen zijn die ?????. Ja, dat de mensen tevreden over je zijn. Ja. Dat is natuurlijk voor iedereen heel persoonlijk. Ik vind het wel heel erg leuk om die dingen wel te blijven doen. Weet je wel, want anders heb je zo dat je weken of een tijd het niet hebt gedaan en je staat er zo inenen voor dat je zoiets hebt van oeh. Ik weet nog wel de eerste keer met een cliënt met een sonde, nou dat was voor mij oeh. De tweede keer had ik al zoiets van dat ik het nu wel weet, weet je wel. Ik denk het is wel goed als je in je werk wat vaker meemaakt, je blijft lekker in die handelingen zitten. je blijft er vertrouwd mee. Je behoudt je vaardigheden. Ja. En je wordt geprikkeld. Het houdt je scherp. Ja, oké. Nou, dat is ook belangrijk. Anders moet je ook weer bedenken hoe het ook al weer zat. Je moet het opzoeken en er over nadenken. ja. Waardoor je weer echt met je werk bezig bent. Ja. Je blijft steeds een beetje bij op die manier. Ja, oké. Want dat is inderdaad de volgende vraag.

3. (7:42min)Hoe hou je je deskundigheid van die gewenste vaardigheden bij? Zelf opzoeken. Zelf opzoeken op de computer, op het internet, of bij een collega navragen, overleggen. Bijscholing. Welke bijscholing krijg je dan? Bijscholing van Nicole. Nee. Vanuit de stichting. ja. We hebben wel eens met sondevoeding extra uitleg gehad en dat geldt misschien nu ook voor stoma. Ook een keer met een cliënt dat we...eigenlijk een beetje tegen de dingen aanlopen. Het is anders. Het loopt nog niet helemaal perfect. Je zegt je loopt achter de feiten aan. Die cliënt zit bij een stomaverpleegkundige en die communicatie is naar mijn idee niet helemaal goed. Nee. En hoe zou je dat kunnen verbeteren? Nou door afspraken te maken met die stomaverpleegkundige en dan met een aantal een keer bij die cliënt, maar dat hebben we nog steeds niet voor elkaar gekregen. Hij is...Er valt volgens mij geen afspraken te maken met die jongen. Hij komt telkens te laat. Ja, ja. Maar goed dat zou het ideaalste zijn. Dat zou het ideaalste zijn, waarbij de stomaverpleegkundige jullie instructies geeft of..ja, omdat het bij haar zo specifiek is. We hebben meer stoma, dus dat is niet zo raar. Ja, dan kan je toch meer vragen aan zo'n stomaverpleegkundige. Dus dat zou inderdaad een voorbeeld kunnen zijn. Verder nog hoe je deskundigheid op de hoogte houdt? Of de gewenste vaardigheden. Korte lijnen met artsen die iets voorschrijven. Maar dat is natuurlijk hetzelfde als met die stomaverpleegkundige of met artsen die iets voorschrijven. Ik denk het wel, ja. Kortere lijnen met de huisartsen. Ik vind wel jammer dat we buiten niet hebben wat ze binnen hebben. Net zoals met Mikulski wel eens ziet en dat je dan met vragen of weet ik veel. Weet je, en dat wij daar best wel met een paar cliënten hebben gehad, waarbij we het toch wel fijn was geweest als je ook eens zo'n uurtje zou hebben. Om wat dingen voor te leggen. Dus de communicatie met de huisarts vind jij heel belangrijk en dat zou beter kunnen worden en hoe zie jij dat voor je? Nou, net zo als wat ze hier hebben. Dat is dan het spreekuur. Dat ze dan binnenkomen en dat je dan gewoon allerlei vragen kan stellen over cliënten en dat met ze bespreken op dat moment. Zijn er anderen die daar nog wat over willen zeggen? Vind ik wel een hele goeie. Nou denk ook aan jullie als ik Ina zie zitten, ja. Nou het is elke maandag. Wij hebben ook cliënten die wel besproken zou moeten worden. Je bedoelt ook een MDO. Nee. Want die komt niet alleen op maandagmiddag met Ina. Volgens mij niet alleen Mikulski, ik zie ook wel andere artsen zitten. Misschien kunnen we dat koppelen. In ieder geval een gesprek met de huisarts om de cliënten door te nemen. Ja,eh. Jullie hebben het net al gehad over de vaardigheidslessen die je krijgt binnen WIJdezorg.

4. (10:52min) Sluiten de vaardigheidslessen aan bij de zorgvragen van cliënten die in de wijk wonen? Sluiten ze aan? Bij meeste wel. Toen wij hebben gehad op de heao. Andere vaardigheden ook. Past goed aan bij de handelingen in de zorg. Je haalt je theorie weer een beetje op. En dan denk je o ja. Daardoor wordt je weer geprikkeld en dan weet je het weer. Er zijn ook wel andere dingen zoals katheters zetten, dan doe je 1x per jaar op de pop. 1x per jaar bij mensen thuis dus dat is niet echt veel. Oké. Op zich wel jammer natuurlijk, als je een grotere klantenkring zou hebben, dan zou de kans. Meer voorkomen denk ik. Een aantal dingen doen bij cliënten de huisarts nog steeds. Vitamine B12 doen wij ook, maar ook bij sommige cliënten doen de assistenten van de huisarts dat. Dat zijn ze zo gewend en dat willen ze niet afstaan. Wil de huisarts dat niet afstaan of willen cliënten liever naar de huisarts toe? Nee, de assistenten denk ik meer hoor. Die komt ... Misschien zou het beter kunnen lopen als je meer gesprekken met de huisarts. Zeker. Zit ik net te bedenken. Ja. Meer overleggen. Ja. Als jullie ook die vaardigheden hebben en ook iets is wat jullie zouden kunnen. Dat je bevoegd en dat kan doen kan ik me voorstellen dat de huisarts zegt nou heel fijn. Ik heb er vertrouwen in, het gaat goed. Dan is dat weer een stukje wat hij niet hoeft te doen of die assistente. Nou die assistente. Ik denk wel dat het samen in overleg moet gaan. Dat als de huisarts het vertrouwen heeft dat WIJdezorg dat goed kan doen. Dat het een beetje geven en nemen is daarin dat je dan steeds een beetje meer zou mogen doen van de huisarts. Ja, want de huisartsenpost in het weekend als je daar belde voor een katheter is het van doe dat maar even zelf. Ja. Want die denken daar weer heel anders over. Ja, maar dat doen wij niet, want dat doen de huisartsen. De kinderen willen vaak dat er door een echte arts wordt gekeken. Ja. Hoe zou je dat beter kunnen krijgen. Het is even een tussenvraagje, want je hebt te maken met de huisarts. Je hebt te maken met de cliënt en je hebt te maken met de mantelzorgers. Om dat een beetje op 1 lijn te krijgen. Even praten, even overleggen met elkaar. Hoe gaan we dat doen? Gewoon bij het intakegesprek. Het intake waarbij je vooraf afspreekt, dat zijn onze taken. Ja. Vindt u het goed dat wij dat doen. Ons team kan dat, vindt u dat goed dat wij dat doen of dat de huisarts dat doet? Zijn de anderen het daarmee eens. Ja. Of vertellen aan de cliënt dat wij dat doen, maar dat beslist zij, de cliënt zelf of de familie. In de thuissituatie mag je natuurlijk altijd zelf de beslissing nemen. Ja. Dat is het verschil met intern. Dat is waar ja. We gaan even naar de volgende vraag.

5. (14:41min) Zijn er aandachtspunten voor het uitvoeren van verpleeg- en zorgvaardigheden bij zorg thuis? Zijn er verbeterpunten voor het uitvoeren van verpleeg- en zorgvaardigheden bij zorg thuis? Met een katheter zetten hoort het bed omhoog te staan. Zodat je een goede houding hebt. Steriel werkveld en dat was niet altijd het geval bij de cliënt in het begin. Ik weet wel dat ik standje hopeloos stond eigenlijk. Ja, dat is waar. Ja. En dan hoor je eigenlijk te zeggen dat kan niet, maar je doet het toch wel. Je merkt wel dat je in een thuissituatie langer doorgaat met aanknoeien zeg maar. Oké. Dat je denkt laten we het nog maar even zus of zo doen. Je geeft niet zo duidelijk een grens aan en waarom doe je dat niet? Ja, dat weet ik niet. Ik denk dat er binnen wat makkelijker spullen voor de hand liggen die je dan pakt of ja. Bijvoorbeeld een lift. Bij iemand die wat zwaarder is of je belt even gauw iemand van joh, geef even gauw een tilletje. Nu sta je daar toch alleen voor. Dan gaat het eerst in de groep, dan wordt het besproken en dan pas ga je. Terwijl als je binnen bent ga je van joh, hupsakee een tilletje en je gaat weer verder. Ik denk dat je thuis wat langer doorgaat met moeilijke zorg geven. En waar loop je tegenaan. Je zegt zelf al het moet eerst over zoveel schijven. Wat is dan de moeilijkste hobbel om te nemen? Nee, ik geloof niet dat er een hobbel is. Dat zie ik niet. Ik denk gewoon dat iedereen zelf wat eerder aan de bel moet trekken. Ja, daar hebben we natuurlijk die ARBO check voor. Ja en daar moet meer gebruik van gemaakt worden. En dat je ook iets aanwijsbaars hebt van zo moet het zijn willen wij goede zorg verlenen. En daar wachten wij nog te lang mee om die ARBO check onder de aandacht te brengen. Want waarom wacht je daar te lang mee? Nou, eigenlijk omdat we daar pas sinds kort meer aandacht aan besteden aan die ARBO check. Het zit nog niet helemaal in het systeem. Daar hebben we al eens over vergaderd en daar moeten we alerter op zijn. Dat je ook met intakegesprek die ARBO check meeneemt, maar ook al kom je alleen voor kousen aantrekken, dat als er meer zorg komt, iemand moet gewassen worden op bed dat er een hoog laag moet komen, dat de drempels uit de badkamer moeten. Dat er doucheschermen verwijderd moeten worden. Dat ze dat al weten vanaf het moment dat ze in zorg komen. Al is het maar om een pleister te plakken. Stemmen jullie dat ook heel goed op elkaar af, want ik me ook voorstellen jullie zitten hier nu met zijn achten, maar de één kan meer hebben dan de ander. Daar kan een cliënt ook misbruik van maken. Ik zeg nu maar wat. Dat gebeurd. Hoe stem je dat af? Hoe ? In een werkoverleg. In ieder geval rapporteren waar loop je tegenaan. En waar loopt een ander tegenaan. Nou jij ook, nou dan gaan we er wat aan doen. Ja. Want zo kan het niet langer. Nee. Is iedereen het daarmee eens of zijn er ook mensen die zeggen van joh..Nee, ik vind wel dat je als groep op één lijn moet blijven. Anders is het hek van de dam. Dat is lastig. Hoe groter het team wordt, zeker als je gaat uitbreiden om die neuzen één kant op te houden. Hoe vaak hebben jullie een werkoverleg? 1x in de maand. Dus er zo maar iets 3 weken kunnen broeden voordat zoiets uitgesproken wordt. Nee. Ik zeg het heel extreem, maar eh...Nou nee. Want het is natuurlijk ook in het belang van de cliënt wel heel erg nuttig om dat heel goed en snel en met elkaar af te spreken. Ik heb zelf besloten om dingen achteraf...nou dat vind ik nou zo raar. Meeste dingen die worden afgesproken schrijven wij op en brengen onder de aandacht. De grootste hobbel die je dan nog eigenlijk krijgt is de familie zelf. Want die zijn vaak zelf zoals bijvoorbeeld een douchedeur dat is een iets vaak ziet dat er prachtig uit en dan loop je er toch tegenaan dat een douchedeur echt iets is dat die heel belangrijk is en alleen al voor het aangezicht dat die er in moet blijven. Ga er dan maar eens voor zitten om uit te leggen dat een douchegordijntje veel praktischer is omdat die opzij kan worden geschoven. En dat is toch een behoorlijke hobbel merk je bij sommige families. Bij andere families wordt dat zo gedaan. Nee, oké, maar dat zijn toch dingen waar je tegen aan loopt. De familie is vaak de grootste hobbel die het dan nog tegenhoudt. Oké, we hebben het gehad over de ARBO check. We hebben het gehad over de familie. Afstemmen met elkaar. Dat is gewoon belangrijk een hele belangrijke aandachtspunten voor het uitvoeren van de verpleeg- en zorgvaardigheden bij zorg thuis.

6. (20:35min) Over welke vaardigheid of deskundigheid zou je nog meer willen beschikken? Wat heb je nog meer nodig? Wat u je nog meer willen leren? Computerkunde. Computercursus. Dat wil ik ook. Want. En die kan Nooij dan geven. Ik zit midden in de wijk en we worden steeds meer geacht om digitaal een aantal dingen te doen. Je aanvraag voor de dagopvang, je krijgt gelijk een antwoord van stuur dat of dat even op. Ja, ik loop daar ook wel eens tegenaan. Het moet er echt tussendoor en dan. Ik vraag het dan wel aan Nooij of aan anderen. Maar ik wil het gewoon zelf kunnen. Ik doe er zelf ook te weinig mee. Ik ben er ook niet mee opgegroeid. Van lieverlee kan ik er zelf wel steeds meer mee, maar daar mis ik gewoon de...Je ziet de generatiekloof met de stagiaires. Ja, digitaal rapporteren zou ik heel graag in willen voeren. Maar misschien moet je de basis hebben, maar dan moet je wel met de computer kunnen omgaan. Ik heb wel een computer maar...Excel... Er gaat teveel tijd in zitten. Het moet vanzelfsprekend zijn en worden. We moeten er dagelijks achter zitten, maar..ik loop er tegenaan. Je voelt je een beetje kwetsbaarder daardoor. Ja. We vragen het allemaal aan Nooij als we stuklopen. Of ik bel Fer. Je hoeft het ook niet allemaal, maar effe dat het er iets uithalen en weer plakken. Ja. Zijn er nog meer vaardigheden waarover je zou willen beschikken? Computer. Dat ligt er aan hoe complex de zorg gaat worden in de toekomst. Ja. Want dan moet je het over meer verpleegvaardigheden gaan hebben. Daar gaan we toch wel naar toe waarschijnlijk in de toekomst, want het is de bedoeling dat de mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Eigenlijk moeten ze gewoon thuis blijven wonen, dus het zou kunnen dat... Het mooiste is natuurlijk dat jullie het hele zorgproces tot het einde toe zouden kunnen leveren. Opvang en zorg.Dan zouden we daar cursussen in moeten krijgen. Wat mis je daar in? Ik weet nog op de Pinksterbloemlaan, die hebben we echt tot het eind..Ik weet wel dat ik op een gegeven moment van...ik vond het wel heel heftig. Wel mooi. Ja, wel mooi, maar ik was wel blij dat je er met z'n tweeën er was weet je. Gewoon het gevoel, ik sta er niet alleen voor. Weet je wel. Welk stuk vond je dan heel zwaar? Nou, vooral echt de wondverzorging. Ik had nog nooit zulke heftige wondverzorging op een gegeven moment wel gehad. Ik dacht deze gaat wel..was te erg. Ja, deze was te erg. Ik vond het heel leuk om te doen. Het was wel heel interessant, maar wel heel blij dat er 1 bij was. Dat je er steun aan had. Kun je ook zeggen dat je dan wat meer over wondverzorging, dat je in de toekomst oké, dat je de deskundigheid zou kunnen uitbreiden? Ik denk dat het hele plaatje zoals die vrouw daar lag is. Hoe dat allemaal ging en dat vond ik heel heftig. Weet je, de pijnen die ze ondanks alles nog had en dat vond ik wel moeilijk. Het gevoel dat je haar soms toch nog pijn deed. Dat vond ik heel heftig om mee om te gaan. Welke steun denk je dat je daar bij nodig zou kunnen hebben? Met collega's. Ik vind het wel jammer dat er toch eigenlijk nooit daarna wat toen wel hadden gezegd van joh dat gaan we doen dat we echt eens een keer een eindgesprek over is. Een evaluatiegesprek. Dat iedereen toch heeft van joh hoe heb je dat ervaren. Wat is er allemaal gebeurd? Het is niet een alledaagse cliënt geweest. En heb je het dan over een gesprek met het team of met de familie erbij? En/ en denk ik. Ja, en/en eigenlijk wel ja. Het ging toen eigenlijk wel zo van ja, de kinderen verder ook nooit meer gezien. Ze kwamen hier ooit eens met een envelopje en eh..Die moesten we gelijk inleveren en (lachen). Ik denk ik gooi het er toch even uit. Dat is toch goed. We hebben er toch mee gezeten. Ik vond alles bij elkaar vond ik..heeft dat volgens mij heel veel werk voor het team gehad. Dat iedereen toch.. Ja, maar doordat je met die ??zorg hebt gehad, sta je toch. Zeker, ja. En de wondverpleegkundige erbij. Het was wel een onwijs goede samenwerking. Maar dat vind ik wel prettiger als je halverwege een proces als je weet dat iemand gaat overlijden dat dan ineens een ander moet komen waar je helemaal uitgerangeerd zo...sorry, bedankt. Maar dat wordt wel bij Activa gedaan. Nou, dat vind ik dus afschuwelijk, dat je het dan niet af kan maken. Dat je het moet overdragen. Ja. Je kan je voorstellen dat in de toekomst, we krijgen waarschijnlijk meerdere zorg thuis cliënten, dat je dan het hele proces van het begin tot het einde. Dat kan een jarenlang proces zijn en het zou natuurlijk het mooiste zijn als je de cliënt van voor tot het eind zou kunnen begeleiden. Ja, ook voor die cliënt. De cliënt vertrouwt je en voor de mantelzorgers. Maar ook voor jezelf als zorgverlener. Ja, ja. Nou eh..we hebben een paar puntjes over deskundigheid benoemt: ICT, digitaal rapporteren, meer deskundigheid bij de palliatieve zorg. Meer deskundigheid in het hele team. Dus een verpleegkundige die op de hoogte is van alle handelingen die er zijn. In de toekomst een wondverpleegkundige, een diabetesverpleegkundige. Ja, je moet hoog inzetten. Het mag ook iemand zijn van deze tijd die alle kennis heeft. ja, er is behoefte aan een verpleegkundige in dit team. Ja. Op den duur dan wel. Ja. Met de groei. Verder nog toevoegingen bij deze vraag. We hadden het over welke deskundigheid of vaardigheid zou je nog meer willen beschikken? Wat heb je nodig of wat ontbreekt er? We hebben al heel wat benoemd. Deskundige ontbreekt er, dat hebben we al. Ja.

7. (27:54min)Ervaar je als medewerker van zorg thuis administratieve lastendruk? Wat zou hierin moeten of kunnen verminderen. Heel veel zegt Hudy. Oké waarom? Nou, ik vind het soms gewoon niet meer in verhouding staan. Want? Omdat je soms heel veel administratief werk hebt voor het beetje zorg dat je verleend. Dat ben ik met je eens. Vanaf het moment van indicatieaanvraag, tot zorgdossiers bijhouden, tot mantelzorgers informeren, bellen met huisartsen wat allemaal gerapporteerd moet worden. Terecht, maar dat neemt alleen maar toe. Klopt. Verantwoording afleggen. Heb je enig idee hoe dat makkelijker zou kunnen? Iemand daar wel eens over nagedacht? Nou ik denk ook door het digitaal rapporteren. Dat je daar al meer mee kan. Misschien ooit eens in de toekomst met een tablet werken of zo. Dat je gelijk alles door kan sturen, vanaf de cliënt al. Dat zou het meest ideaal zijn. Want anders moet je eerst weer naar kantoor en je computer weer opstarten en dan moet je nog even bedenken wat je allemaal gedaan hebt die dag. Precies, nu kan je alles gelijk rapporteren en doorsturen en klaar. De webcam misschien. Oké in ieder geval de administratie digitaal, tablet..meer ideeën? Administratrice. Een eigen administratrice? Secretaresse? Nou ja, secretaresse. Die meeloopt met kantooruren. Iemand die op kantoor zit en meer dat soort dingen doet. Wij doen het allemaal er bij. Er komt wel iets verandering in hoor. Even tussen neus en lippen door. Daar liep ik vaak tegenaan. Dan moet je om 9 uur iemand douchen en dan had je die aan de lijn en dan die aan de lijn. Soms valt het hartstikke mee met de telefoontjes. Maar soms heb je van die dagen, dan gaat die continu. Nou ja en dan moet je het onthouden, je kunt niet gelijk schrijven, want je bent met die cliënt bezig en ja.. En hoe denk je dat dit makkelijker zou kunnen? Dat je zou je kunnen oplossen dat je vanaf 9 uur iemand op kantoor hebt zitten die de telefoon dan kan doen. Dat is wel lastig omdat op kantoor weet je niet wat er altijd aan de hand is. Als bijvoorbeeld de huisarts belt, moet je weten hoe het is. Dat kan niet. Hoe is het nou met hem..eehh...ik weet niet, ben er nog niet geweest. Dat kan toch niet zeggen? Als er goed gerapporteerd is. Op de dag zelf. Vanaf 11 uur neemt de huisarts niet meer op. Je hebt het natuurlijk ook wel over korte lijnen. Ik kan me ook voorstellen dat je zegt als medewerker ik ben nu eenmaal bezig met die cliënt en ik wil het eigenlijk afgerond hebben. Die zorgvraag met de huisarts of de apotheek zodat als je naar huis dat je even weet dat het ook klaar is. Dat is, bedenk ik me, misschien voor iedereen het meest prettiger. Absoluut. Ja. Zeker. Want als je natuurlijk iemand op kantoor hebt zitten, moet die er ook wel weer zoveel dagen zitten. Ik weet het niet, maar wordt die dan niet...(Jij bedoelt dat die er ook vanaf moet weten? ) kwetsbaar of..? Iemand die er vanaf moet weten. Het hoeft niet één zijn die alleen die uren hoeft te zitten, flexibel. Als Nooij de hele dag werkt vanaf 9 uur. We zijn allemaal allround. Ja, dat is waar. Ja. Dus dat één van de teamleden vanaf 9 uur op kantoor zit om dit soort dingen te doen. Ook indicaties aanvragen, er zijn zoveel dingen. En dat hebben we nu wel omdat er leerlingen / stagiaires zijn maar..goed, die zijn er ook niet altijd. Die vragen toch ook weer heel veel organisatorische dingen. Ja, die moet je ook weer begeleiden, meelopen, dingen uitleggen. En dat zou dan ook een antwoord kunnen zijn. Hoeveel tijd gaat er in een indicaties aanvragen zitten? Jeetje, dat is moeilijk. Hangt af van het complexe. Elke dag? Nou niet elke dag. Soms is het 3 per week, soms 1 per dag. Hangt van veel dingen af. Er is niet te zeggen zoveel per week. Ook een tris nakijken hebben we onwijs veel werk aan gekregen. Ja. Hebben jullie ook allemaal last van administratieve werklast? Jawel, gewoon omdat je...jawel. Oké, ook veel in vrije tijd terugkomen om de dingen te kunnen doen die gedaan moeten worden omdat als je een dienst hebt van 7 tot 11 dan red je dat niet. Want dan zit je vol met zorg voor de cliënt. Dus alles wat je daarbuiten moet doen en zeker als je een klein contract hebt en geen lange diensten draait, zeg tot 4 uur, want dan heb je tussendoor nog wel eens wat tijd. Voor anderen die evenveel contactpersonen hebben of contactpersoon zijn, die moeten het ook vaak in hun vrije tijd doen. En dat vinden ook een aantal bezwaarlijk. Ja. En dat zou niet nodig moeten zijn. Nee, duidelijk. Oké, dank je wel.

8. (33:55min)Ervaar je als medewerker van zorg thuis bureaucratie in het uitvoeren van je werkzaamheden? Lijkt een beetje op de vorige vraag. Wat wordt verstaan over bureaucratie? Dat het over meerdere schijven moet, bijvoorbeeld.. Merk je dat? Je bedoelt dat je nu een zorgkantoor hebt en dat het dan via Femmy, via de huisarts en via Nicole moet en via je collega, mantelzorg? Nou, allemaal verschillende schijven die moeten beslissen voordat jij zelf een beslissing kan nemen. Als je nou zegt ik had dat allang geregeld willen hebben, maar nou moet het precies volgens de lijn en daar loop ik tegenaan. Bepaalde indicaties. Als je merkt dat een cliënt meerdere zorg nodig heeft, voordat je dat dan voor elkaar krijgt en dat wordt alleen maar lastiger. Je hebt natuurlijk nu dat alles teruggedraaid wordt om het dan toch voor elkaar te krijgen omdat wij vinden dat een cliënt dat nodig heeft. Soms ben je een maand verder. Voor de dagopvang. Dat is inderdaad bureaucratie. Een cliënt waarvan je eigenlijk ziet dat die dagverzorging nodig heeft morgen en er gaan 4 weken overheen voordat de indicatie is afgegeven. Het is niet van binnenuit, maar met name van buiten zoals CIZ. Ja, inderdaad, dat soort organisaties. Binnen niet. Binnen niet, oké. Want dat kan je natuurlijk ook meemaken. Ja, we gaan het aanvragen en we wachten dan af tot het binnenkomt. Er horen ook tekeningen bij, maar dat vragen we aan een collega. Hebben jullie veel last van de WMO (de gemeente)? Hoe gaat dat, de contacten met de gemeente? Nou, dat loopt niet altijd soepel hoor. Nee, en dat wordt alleen maar lastiger. Ja. Ook omdat hun aan strengere regels zijn gebonden. Natuurlijk. Die ene cliënt die met de traplift heeft aangevraagd. Dat mag niet. Die gebruikte hem niet of zo. Nee, daar hadden ze wel goede redenen voor. Zij weten niet wanneer binnenkort is. Nee, dat was niet de reden hoor. Dat was een ziekte. Als je het tenminste over Knippert hebt. Dat was de ziekte. Ze hebben die specialist gebeld, die gemeente, en die wilde weten wat zijn prognose is. Ja. nu gaan we weer in op één zaak van iemand. Dat moeten we eigenlijk niet doen. Maar dat is dus inderdaad met die WMO, daar lopen we dan toch ook wel tegenaan. Ja. Ook met de huishouding. Dat dingen langer duren? Ja, langer duren en tekort uren ook. Ook dat cliënten niet altijd tevreden zijn en dan zeggen wij ook tegen de cliënt dat ze bij de gemeente moeten klagen. Oh, je moet uitleggen hoe de procedure is. Ja. Ja, wij zijn van WIJdezorg, maar u moet klagen. Als ze een andere aanbieder hebben voor de huishoudelijke verzorging dan moeten ze daar klagen. Het heeft ook te maken dat de andere aanbieder dan goedkoper is. Het heeft ook te maken met de financiën. Ze kijken naar de financiën. Als je zelf ook klaagt, moeten ze daar uiteindelijk wel wat mee gaan doen. We gaan even door naar de volgende vraag.

9. (37:43min)Krijg je als medewerker van zorg thuis zeggenschap in het uitvoeren van zorg- en dienstverlening? Weten jullie wat daar mee bedoeld wordt? Daar heb ik volgens mij nog nooit van gehoord. Wordt er naar je geluisterd? Ja. Mag je meedenken? Ja, absoluut. Is het voldoende of kan het beter? Ik denk dat het beter kan. Het kan nog beter. Je hebt tegenstand. Je hebt het idee dat er wordt geluisterd, maar je vindt dat het beter kan. Vertel. Als je iets constateert bij een cliënt, dat geef je aan. Aan wie? Aan je collega's of wat dan ook. Dan zou er adequater gereageerd kunnen worden. Is dat wat je ook bedoeld? Kan je een voorbeeld geven? Bijvoorbeeld een cliënt loopt niet goed. ja. En het is niet verantwoord dat hij lopend (al is het met ons) naar Emmaus loopt zeg maar. En je geeft dus aan van ik zou dat veranderd willen hebben, want dit gaat zo niet goed. Dan, voordat dat dan zover is dat, dat veranderd is. Dat er een rolstoel komt, of dat er een looprek komt of een stok komt. Dat zijn dan weer afspraken die je maakt met je collega's in een team? Ja en met de mantelzorger. Ja, ik denk dat Nicole bij deze vraag ook een beetje bedoeld of je zeggenschap in de organisatie hebt. Tenminste, zo heb ik hem gelezen. Oh, oké. Dit is meer met betrekking tot de thuiszorg. Dat je vindt als medewerker dat er wat moet gebeuren? Ja. Ik denk dat met deze vraag bedoeld wordt hoe het zit met je zeggenschap in de organisatie zelf. Wordt er naar je geluisterd? Wordt er naar je mening gevraagd? Mag je meedenken als je eens een keer met een idee komt? Op die manier. Er wordt wel naar je geluisterd. Wel geluisterd, Nicole haar deur staat altijd open. (lachen). Lastig. Nu doen we of Nicole er even niet is. Dat is onze eerste leidinggevende, dus daar ga je naar toe. Wordt er dan ook iets mee gedaan naar jullie zin? Ook, maar of dat altijd voldoende is, weet ik nog niet. Het kan dus iets beter? Naar mijn gevoel wel. Wat kan beter? Wat ik pas ook aankaartte, er moet meer op kantoor. Nu zijn er wat stagiaires binnen, nu hebben we iets meer ruimte, maar zo meteen zijn ze weg. Tot de zomer. Jij hebt al nagedacht over het vervolgtraject. Dat heeft ze wel gehoord, daar heeft ze wel naar geluisterd, maar dat is nog niet structureel opgelost. Dat is 1 voorbeeld. Zijn er nog meer voorbeelden of ideeën? Soms komen in notulen dingen voor die al 3 of 4 keer in de notulen hebben gestaan. Waar dan nog geen dingen mee gedaan zijn**.** Die dan telkens weer terugkomen zeg maar. Dan is het in ieder geval goed dat het in die notulen staat, dan kom je er in ieder geval nog een keer op terug. Dan krijg je een beetje het gevoel dat er nog niet zo naar je wordt geluisterd? Nou, niet snel genoeg. Dat zou sneller kunnen. Ja. En ik denk ook, Nicole heeft dus ook bij ons gewerkt. Die weet heel goed wat er in de wijk gebeurt. Waar je het over hebt. Maar Nicole moet natuurlijk weer verantwoording afleggen aan José. Die totaal niet (naar mijn idee) niet het idee heeft wat er nou werkelijk allemaal gebeurd. En dat is ook wel eens jammer. Hoe zou je dat kunnen oplossen, heb je daar wel eens over nagedacht? Ik heb wel eens voorgesteld aan José van nou loop eens een keertje mee. En..afspraak gemaakt? Nee, dat doet ze dan weer niet. Je hebt wel het idee dat je zeggenschap hebt bij je direct leidinggevende, maar hogerop zou het beter kunnen? Ja. Mag ik dat zo kort samenvatten? Ja. Oké goed.

10. (43:00min)Biedt de organisatie voldoende ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid? Welke verantwoordelijkheden zouden moeten worden vergroot? Als je naar jezelf kijkt. Wat heb je nodig? Dat zijn best wel complexe vragen. Als je complexe zorg hebt, krijg je ook complexe vragen. Biedt de organisatie voldoende ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid? Dus je bent bij een cliënt en je ziet van potverdorie nu moet er dat gebeuren. Ik neem die verantwoording. Jij gaf in het begin al aan dat jij dat een keer hebt gedaan. Ik heb dat zonder eigen over leg met collega's gedaan. Die dag daarna hebben we het met z'n tweeën gedaan. Krijg jij dus voldoende ruimte om die verantwoordelijkheid te nemen. Nou ja, ik heb geen tegengas gehoord. Dus ik denk van wel. Ja, dat geloof ik wel dat je die ruimte hebt. Maar later denk ik, ik had ook even met collega's moeten overleggen. Ik had ook echt zo iets van dit kan niet langer en morgen komen we met z'n tweeën. Ik geloof dat de indicatie genoeg was. Je krijgt genoeg ruimte. Je krijgt genoeg ruimte maar achteraf denk ik wel eens overleg even met je collega. Je hoort er nog van. Toen heb ik spontaan gezegd morgen komen er twee. Het is al heel goed, vind ik, dat jij al bij jezelf denkt van ik heb dit gedaan maar, ik zou het eigenlijk eerst met mijn collega's overlegd moeten hebben. Ja. Dat is al een hele goeie toch? Je voelt je dan ook wel gesteund? Ja. Welke verantwoordelijkheden zouden er moeten worden vergroot? Sandra? Zijn er verantwoordelijkheden waarbij je denkt dat zou misschien wel uitgebreid kunnen worden? Heel veel verantwoording als je bij een cliënt bent. Vind je dat prettig dat je die verantwoording hebt? Ik vind het wel prettig, maar ik vind het ook wel genoeg. Je vindt het ook wel genoeg. Je hebt geen behoefte aan meer verantwoordelijkheden? Nee. Nou. Dat is ook een heel duidelijk antwoord, oké. Zijn er mensen die het wel prettig vinden om meer verantwoordelijkheden buiten de zorg en alles wat jullie al doen. Als je er meer tijd voor krijgt. Altijd maar weer die tijd. Ja, maar dat is een groot probleem. En daar lopen we te vaak tegenaan. Wat heb je nodig? Tijd. Sorry, wat zeg je Nooij. Ik bedoel het totale plaatje van de hele zorg hebben wij alle boeken. Wat moeten wij hier dan? Je hebt natuurlijk die complexe zorgvraag, wat in de toekomst hoe langer hoe meer gaat worden. Je zal tegen moeilijkere dingen aan gaan lopen. En daar heb je meer verantwoordelijkheid bij nodig denk ik, om die zorg te kunnen uitvoeren. Daar groei je in mee. De lijntjes waar we het net al over hadden, bijvoorbeeld de huisarts, moeten dan toch korter zijn. Ja. Dat je á la minuut de huisarts kan bellen moet er iets gebeuren of zoiets. Met die verantwoordelijkheid is eigenlijk een hele prettige. Dat jij zelf als zorgverlener die huisarts kan bellen. Dat je niet eerst naar je leidinggevende gaat van kan jij even bellen. Dat zal natuurlijk vaker voor gaan komen met complexe zorg. Ja en ik denk dat het nu nog overzichtelijk is met de grootte van dit team wat een ander doet. Maar als ze gaan groeien, dan denk ik dat het anders gaat worden. Ik denk dat er dan mensen aangewezen moeten worden om die verantwoordelijkheid te hebben. Ja, want anders doet de één wat en de ander denkt o, dat ga ik wel even zo doen. Omdat de communicatie dan (hopelijk niet wegvalt) maar dat zie ik wel gebeuren als het groter wordt en je komt op andere dependances te zitten bij wijze van spreken. Is het ook zo dat als je groter is het dan niet wijzer dat je steeds meer in wijken gaat werken. Daar heb je de verantwoordelijkheid. Stel je gaat groeien naar 100 cliënten. Dan kan je nooit van 100 cliënten weten van hoe of wat. Nee, dan zou een wijkgerichte zorg dan een eh..de lijnen zouden dan korter zijn. Kan je nog meer voordelen noemen? Dat je, je cliënten blijft kennen. Ja. Persoonlijk. Er zitten nu een stuk of 50 cliënten nu denk ik. Dat is genoeg om te overzien. Een cliënt vindt dat ook wel prettig. Ja, de cliënt, dat hoor ik natuurlijk weer als zorgbemiddelaar, vindt het alleen maar prettig om zoveel mogelijk alleen maar dezelfde gezichten te zien. Kan dat niet 4 tot 7 dagen in de week. De mensen hebben dat natuurlijk wel gehad. Dat is al niet meer. Komt ook niet meer. Ik heb ook al gehad dat ik twee weken niet bij bepaalde cliënten ben geweest. Ze denken op zijn minst dat je op vakantie bent geweest of verhuisd bent of zo. De meesten zijn er echt heel erg aan gehecht. Ja. Dat si een puntje wat in ieder geval ook meegenomen zou kunnen worden. We gaan nog even terug naar de vraag: Biedt de organisatie voldoende ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid? Als ik jullie zo hoor krijg ik hieruit de indruk van wel. Welke verantwoordelijkheden zouden moeten worden vergroot? Niet iets specifieks. Nou wat Nooij zei, dat groeit vanzelf mee. Jullie groeien gewoon mee. Hoe meer in de wijk gebeurt, daar groei je in mee. We hebben het ook gehad over het feit dat als we groter gaan worden, misschien wel dubbel zoveel cliënten als dat je nu hebt. Dan meer wijkgericht, wat jij zegt, meer wijkgericht moet werken. Nou, dat lijkt mij prettiger. Ik weet niet hoe anderen daar over denken. Ik denk daar niet anders over. Dan wordt het echt dat je een heel end terug moet gaan bladeren, dan krijg je nog meer tijd om wat te moeten lezen en minder tijd weer voor de cliënten. Ik had nu al, na een vakantie dat je terug moet gaan lezen, dat je denkt wat is hier allemaal gebeurd joh. Er zijn weer nieuwe lijsten bijgekomen, cliënten weg, cliënten erbij. Ik vind het al enorm wat er gebeurd is in een paar weken tijd. Je vindt het wel prettig om het allemaal door te lezen. Nou ja, weet je, ik heb wel altijd het gevoel dat als er een stagiaire loopt dat je even de tijd terug te lezen. Want anders dan mis je gewoon dingen. Je gaat dingen missen. Kom je ineens bij een cliënt en daar keken we altijd tuurlijk nog even in de map terug maar, ...Je komt binnen en je gaat niet gelijk de map zitten lezen? Na de vakantie heb je een uur nodig. Zo van wacht maar even... Bij sommige doe ik het wel echt. Bij sommige waarvan ik weet je wel, waarvan ik weet dat er altijd wel veel dingen gebeuren dat ik denk nou daar moet ik niets van missen. Even kijken of er toch nog iets anders is gebeurd dan weet ik veel wat. Oké. En ook wel bij cliënten waarvan ik zoiets had van nou ja ze hebben wel heel veel dingetjes gehad, laat ik maar even terug kijken. Goed, we gaan verder.

11.(50:46min)Wat zou er ten aanzien van het zorgproces anders geregeld moeten worden? En aan het zorgproces denk ik aan het begin van de zorg het hele laatste stukje. Wat zou er in het zorgproces anders geregeld moeten worden? Dat kan je natuurlijk heel groot maken. Evaluatie, dat schiet er nou wel eens bij in. We hadden het er laatst ook over dat er gelijk een contactpersoon werd aangewezen. Gelijk na een maand iemand komt in zorg en dan weet je nog niet hoe het allemaal gaat redden. Dat er na een maand direct een contactpersoon aangewezen en dat die na een maand of na een paar weken gaat evalueren hoe of de zorg gaat of er meer of minder. Dat missen we nu nog een beetje. Daar willen we wel naar toe. Heel goed. Voor het intramuraal doen we dat natuurlijk ook. Het is heel goed dat we dat extramuraal ook even de puntjes op de i zetten. Voldoe je aan de verwachtingen. Is de zorg nog steeds voldoende, dat kan na 6 weken al totaal anders zijn. Ja. Soms blijf je hangen in de dingen. Van iemand wordt gewassen, dat niet kan en na 6 weken zouden ze dat al makkelijk weer zelf kunnen. Maar omdat het nog zo staat, gaat dat door. Dus evaluatie, palliatieve zorg. Zijn er nog meer dingen in het zorgproces die in het geheel wat anders geregeld zouden kunnen worden? Adequater met dingen hulpmiddelen en zo. Daar moeten we echt veel sneller op ingrijpen want dit kost echt onze rug. Er moet gewoon wat gebeuren. Dus eerder aan zien komen dat er een hoog laag bed moet komen. Aanpassingen in het huis. Daar moet je inderdaad heel erg alert op zijn, want je weet gewoon dat diegenen daar gewoon blijft wonen. Nu zeker. Daar gaan we gewoon van uit. Daar moet je echt vanaf het begin mee aan de slag gaan. Zijn er nog meer dingen in het zorgproces die aangepast zouden kunnen worden? Nagesprek, maar dat hebben we al besproken. Wat Sandra zei. Ja, maar ook een nagesprek voor mensen die gaan verhuizen, zijn overleden of uit zorg gaan. O ja. Ja. En misschien wat ze binnen doen een MDO als dat nodig is, met een huisarts erbij, met de noodzorg erbij, met een fysio of een ergo of noem het maar op erbij. Waarom? We doen het niet meer. We hebben het wel gedaan in het begin. Maar dat is af en toe ook wel nodig. MDO met meer specialistische personen erbij. Nog meer puntjes? Dan gaan we naar de laatste vraag.

12. (53:38min) Wat zouden jullie als gevolg van de toename van de complexe zorg nodig hebben om in de toekomst op verantwoorde wijze zorg te leveren? We hebben al verschillende dingen genoemd vanochtend. We hebben net al een paar puntjes genoemd. Ik zit een beetje te denken aan de communicatie en de administratie wat jullie al benoemden. Meer personeel. Meer vast personeel. Ja. We werken heel veel met mensen met een nul uren contract en ik zeg niet dat ze hun werk niet goed doen, maar toch is het anders. Dat zou ik wel uitgebreid willen zien. Wat is anders? Die zijn toch minder betrokken bij het hele gebeuren. Betrokkenheid vind jij heel belangrijk voor de zorg bij een cliënt? Ja, absoluut. Heel erg belangrijk. Als je in vaste dienst dan ja, dat ligt toch anders. Gevoelsmatig denk ik. Ze nemen er ook geen taken bij, waardoor ze ook dingen missen denk ik. Ja. Verder nog mensen die wat kunnen aanvullen in wat zouden jullie als gevolg van de toename van de complexe zorg, als dat uitgebreid wordt, nodig hebben om in de toekomst op verantwoorde wijze zorg te leveren? Cursussen en opleidingen,bijscholing. Gediplomeerd personeel. Daar zat ik ook aan te denken. Een specialistische...Als je dan ook wel eens ziet dat je met een dag, dan kan je met genoeg mensen staan maar het is nu toch wel een paar keer voorgekomen dat je alleen bent met een stagiaire of mensen die nog geen stoma doen of nog niet zwachtelen of mensen die nog geen insuline spuiten dat je er daar met 3 van loopt of zo. Dan is het 's morgens een beetje van o dit kan ik niet, die kan dat niet en , dat mag ik niet. Het is wel belangrijk dat het hele team belangrijke handelingen en vaardigheden in getraind wordt. Nooij, je was even stil. Ja, ik ben aan het luisteren. Wat heb jij nog nodig in de toekomst voor de complexe zorg? Computercursus? Nee, gewoon doorgaan. Gewoon inzetten, kracht. Gewoon doorgaan. Iets nog waardoor het makkelijker zou kunnen worden? Gewoon doorgaan met wat we doen, wat we hebben geleerd. Meer informatie waar je weet waar je wat kan halen. Ik zit ineens te denken. Het is misschien wel leuk om een cijfer te geven aan jullie team en waar je naar toe wil. Ik bedoel, we willen altijd het hoogste cijfer, die 9 of die 10, te bereiken. Dat is er misschien nog niet helemaal, maar wat voor cijfer geven jullie je ...team. Dat is bij mij al een 10. Ik vind een 8 (volmondig ja). Wat vind jij. Een 7. een 8, een 8, een 7, ook een 8, een 8-, O jij ook een 8. Ik denk dat het gelijk zit aan het kleinschalige. Ja. Dat is wat wij dus nu hebben. Maar of wij die 8 kunnen handhaven als wij gaan groeien, dat betwijfel ik. Wat heb je nodig om die 8 te behouden? Als wij gaan groeien om die 8 te behouden denk ik iemand die bij het team die een stuk organisatie regelt. Dus ook iemand die de tijd heeft om de boel te sturen. Oké. Nou half twaalf, heel erg bedankt. Toch binnen het uur.

Einde groepsgesprek 58:05 min.

# Bijlage 8 Functiebeschrijving

**Afdeling** : Zorg

**Rapporteert aan** : Manager Zorg

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Functienaam** | **FWG categorie** | **FWG-niveau** |
| 01 | Gespecialiseerd Verzorgende | PP |  |
| 02 | Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV-er)[[4]](#footnote-4) | PP |  |
| 03 | Verpleegkundige (niveau 4) | PP |  |
| 04 | Medewerker niveau 3 | PP |  |
| 05 | Medewerker niveau 2 | PP |  |
| 06 | Medewerker niveau 1 | PP |  |

**Functiereeks** : Verzorgenden

Kern van de functiereeks verzorgenden:

**Het verlenen van zorgdienstverlening aan cliënten, zowel intra- als extramuraal, op basis van een zorgleefplan, waarbij aspecten Algemene Dagelijkse Levensbehoeften (ADL), verzorging, verpleging en huishoudelijke zorg een rol spelen**

Plaats in de organisatie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Raad van toezicht | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Raad van bestuur | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Centraal kantoor | |
|  |  |  |  |  |
|  | Locatiemanager | |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Manager zorg | |  | Manager wonen | |
|  |  |  |  |  |
| * Planner[[5]](#footnote-5) * Praktijkopleider * **Gespecialiseerd Verzorgende** * **EVV-er[[6]](#footnote-6)** * **Verpleegkundige (niveau 4)[[7]](#footnote-7)** * **Medewerker niveau 3** * **Medewerker niveau 2** * **Medewerker niveau 1** * Activiteitenbegeleider * Medewerker groepsverzorging * Assistent groepsverzorging | | | |  |

*Situatieschets*

*Leiding ontvangen*

De medewerkers van het team Verzorging leggen verantwoording af aan de manager zorg. Op sommige locaties wordt de manager zorg operationeel ondersteund door EVV’ers. De verzorgenden (niveau 3) hebben een taak in de dagelijkse begeleiding van de medewerkers niveau 2,1, leerlingen en stagiaires.

**Resultaatgebieden:**

1. **Verzorgende en verplegende werkzaamheden**: het verzorgen en verplegen van de cliënt op basis van een zorgleefplan en geldende instructies en protocollen, hetgeen leidt tot een (verbetering van) het welbevinden van de cliënt.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kernactiviteiten: | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| * Draagt zorg voor de dagelijkse verzorging van cliënten conform zorgleefplan en verricht werkzaamheden gericht op het psychisch, somatisch en sociaal welbevinden van de cliënt. | x | x | x | x | x | x |
| * Begeleidt bewoners bij het uitvoeren van ADL- activiteiten als toiletbezoek, douchen/wassen en drogen, aan- en uitkleden, uiterlijke verzorging, het helpen bij eten en drinken. | x | x | x | x | x | x |
| * Draagt zorg voor goede voedsel en drankverstrekking aan cliënten met inachtneming van de dieetvoorschriften. |  |  |  |  | x | x |
| * Verricht verzorgende werkzaamheden als het aanbrengen van steunkousen, zwachtelen, temperatuur en pols opnemen, medicijnen klaarzetten en zo nodig oraal toedienen, oog-, neus- en oordruppels en –zalven aanbrengen. | x | x | x | x | x\* | x\* |
| * Verricht verpleegtechnische handelingen binnen de mogelijkheden van bevoegd- en bekwaamheid. | x | x | x | x | x\* |  |
| * Schakelt behandelaars in en assisteert behandelaars bij het verrichten van verpleegtechnische handelingen binnen de mogelijkheden van bevoegd- en bekwaamheid. |  | x | x | x |  |  |
| * Schakelt behandelaars in en assisteert behandelaars bij het verrichten van complexe verpleegtechnische handelingen binnen de mogelijkheden van bevoegd- en bekwaamheid | x |  |  |  |  |  |
| Beoordelingscriteria: |  |  |  |  |  |  |
| * Bijdrage aan de kwaliteit van zorg | x | x | x | x | x | x |
| * Bijdrage aan de tevredenheid van cliënten | x | x | x | x | x | x |
| Functie onderscheidende kenmerken |  |  |  |  |  |  |
| * Assisterende rol |  |  |  |  | x | x |
| * Verricht werkzaamheden in bereikbare dienst. |  |  | x |  |  |  |
| * Werkt met cliënten met relatief de grootste zelfredzaamheid. |  |  |  |  | x | x |
| * Beperkt deel van het takenpakket |  | x |  |  |  |  |
| * Gericht op zorg, met geringe terugval op manager zorg, doorzien van verbanden in de geleverde zorg. |  | x | x | x |  |  |
| * Gericht op complexe zorg, met geringe terugval op manager zorg, doorzien van verbanden in de geleverde zorg |  |  |  |  |  |  |

1. **Huishoudelijke werkzaamheden**: het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden volgens de geldende instructies en protocollen, die leidt tot een verzorgde woonomgeving van cliënten.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kernactiviteiten: | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| * Verricht huishoudelijke werkzaamheden |  |  | x | x | x | x |
| * Draagt zorg voor het onderhoud van het interieur van woon/leefruimten van cliënten. Onderhoudt incidenteel algemene ruimten en toiletten. | x | x | x | x | x | x |
| * Draagt zorg voor het verzamelen en distribueren van wasgoed, linnengoed en kleding. | x | x | x | x | x | x |
| Beoordelingscriteria: |  |  |  |  |  |  |
| * Opgeruimde en hygiënische ruimten | x | x | x | x | x | x |
| * Bijdrage aan de tevredenheid van cliënten | x | x | x | x | x | x |
| Functie onderscheidende kenmerken |  |  |  |  |  |  |
| * Belangrijk onderdeel van totale takenpakket. |  |  |  |  | x | x |
| * Assisterende rol |  |  |  |  |  | x |

1. **Bijdragen aan het zorgleefplan**: Het zorgleefplan is de beschreven dienstverlening aan de cliënt. Het zorgleefplan moet steeds opgesteld, bijgesteld en geëvalueerd worden om uitvoering mogelijk te maken.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kernactiviteiten: | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| * Raadplegen en uitvoeren van het zorgleefplan. | x | x | x | x | x | x |
| * Signaleren van discrepantie tussen zorgleefplan en uitvoering door verandering in gezondheid of welbevinden van de cliënt. | x | x | x | x | x | x |
| * Leveren van input om het zorgleefplan bij te stellen. |  |  |  | x | x |  |
| * Zorgleefplan opstellen, bijstellen en evalueren en het plannen van de daaruit voortkomende acties. | x | x | x | x | x\* |  |
| * Coördineren en plannen van meerdere zorgleefplannen. Ondersteunt het team bij de uitvoering. | x | x | x | x | x\* |  |
| * Opstellen, bijhouden en registreren van gegevens in het zorgdossier. | x | x | x | x | x\* |  |
| * Schrijft overdrachten bij ondermeer overplaatsing of ontslag. | x | x | x | x | x\* |  |
| * Is aanspreekpunt voor en/of geeft gerichte informatie en instructie aan de medewerkers. | x | x | x | x | x\* |  |
| * Ziet toe op juist gebruik en naleving van middelen, materialen en protocollen. | x | x | x | x | x\* |  |
| * Verricht CIZ aanvragen in meer complexe zorgsituaties (verpleeghuisafdeling) | x | x |  |  |  |  |
| * Is aanspreekpunt / contactverzorgende voor en/of geeft gerichte informatie aan behandelaars. | x | x | x | x | x\* |  |
| * Is aanspreekpunt / contactverzorgende voor en/of geeft gerichte informatie aan de cliënt, de familie. | x | x | x | x | x |  |
| Beoordelingscriteria: |  |  |  |  |  |  |
| * Bijdrage aan de kwaliteit van zorgleefplan | x | x | x | x | x | x |
| * Bijdrage aan de tevredenheid van cliënten | x | x | x | x | x | x |
| Functie onderscheidende kenmerken |  |  |  |  |  |  |
| * Terugvalmogelijkheid op manager zorg is relatief kleiner | x | x |  |  |  |  |
| * Terugval mogelijk op verzorgenden niveau 3 |  |  |  |  | x | x |
| * Op basis van toerbeurt (afwisseling met collega’s) |  |  | x | x |  |  |
| * Verricht werkzaamheden in bereikbare dienst |  | x | x | x |  |  |

1. **Operationeel leidinggeven en coördineren:** Mens-, proces en resultaatgericht management/aansturing op basis van de uitgangspunten van WIJdezorg, zodanig dat het team op effectieve en efficiënte wijze functioneert.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kernactiviteiten: | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| * Motiveert medewerkers en spreekt medewerkers, leerlingen en stagiaires aan op gedrag en uitvoering van werk. |  | x |  |  |  |  |
| * Coachen van collega’s/leerlingen/stagiairs op basis van kennis psychogeriatrie en somatiek/verpleegtechnische | x |  |  |  |  |  |
| * Regelt en stimuleert samenwerking. | x | x | x | x |  |  |
| * Fungeert als functioneel aanspreekpunt. | x | x | x | x |  |  |
| * Voert werkoverleg met de medewerkers binnen het team |  | x |  |  |  |  |
| * Coacht, begeleidt medewerkers, leerlingen en stagiaires op verpleegtechnische zorg (gericht op somatiek). | x |  | x |  |  |  |
| * Coacht en begeleidt medewerkers. Leerlingen en stagiaires vakinhoudelijk. | x | x | x | x |  |  |
| * Signaleert problemen binnen het team en doet oplossingsvoorstellen | x | x | x | x |  |  |
| * Plant en bewaakt dagelijkse werkzaamheden van de teamleden. Signaleert knelpunten en gebreken en neemt maatregelen binnen eigen bevoegdheid en gericht op de dagelijkse continuïteit. | x | x | x | x |  |  |
| * Kan ondersteunen bij het opstellen van dienst- en taakroosters. | x | x | x | x |  |  |
| * Vervangt de manager zorg bij afwezigheid |  | x |  |  |  |  |
| Beoordelingscriteria: |  |  |  |  |  |  |
| * Geïnformeerde medewerkers | x | x |  |  |  |  |
| * Goed lopende dagelijkse uitvoering van werkzaamheden | x | x | x | x |  |  |
| * Bijdrage aan deskundige medewerkers | x | x | x | x |  |  |
| * Bijdrage aan gemotiveerde medewerkers | x | x |  |  |  |  |
| Functieonderscheidende kenmerken |  |  |  |  |  |  |
| * Terugvalmogelijkheid op manager zorg is relatief kleiner | x | x |  |  |  |  |
| * Dag-, avond- of weekendoudste op basis van toerbeurt (afwisseling met collega’s) |  |  |  | x |  |  |
| * Dagoudste op basis van aanwezigheid | x | x | x |  |  |  |
| * Verricht werkzaamheden in bereikbare dienst |  |  | x |  |  |  |

1. **Overige werkzaamheden:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kernactiviteiten: | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| * Regisseert het aanbod van zorg en leefomstandigheden en bewaakt dit | x |  |  |  |  |  |
| * Levert een bijdrage aan een structurele verbetering van systemen, kwaliteit en cultuur rond het aanbod van zorg- en leefomstandigheden door de instelling/organisatie | x |  |  |  |  |  |
| * Behandelt overstijgende complexe zorgvragen op eigen vakgebied | x |  |  |  |  |  |
| * Kan, afhankelijk van ervaring en kennis, worden belast met extra taken van de manager zorg en/of wonen evenals bijvoorbeeld ten behoeve van de planning, materiaal voorziening. |  |  |  | x |  |  |
| * Levert zo mogelijk een bijdrage aan de dagbesteding c.q. activiteitenbegeleiding van cliënten. |  |  |  | x | x | x |
| Beoordelingscriteria: |  |  |  |  |  |  |
| * Mate van bereidheid om een bijdrage te leveren |  |  |  | x | x | x |
| * Kwaliteit van de bijdrage |  |  |  | x | x | x |

\*Uitsluitend bij juiste certificering geldig binnen WIJdezorg

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Functiespecifieke competenties:** | **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** |
| * Klant- en servicegericht | A | A | A | B | C | C |
| * Kwaliteitsbewustzijn | A | A | B | B | C | C |
| * Samenwerken | A | A | B | B | C | C |
| * Besluitvaardig |  |  | B |  |  |  |
| * Coachen en ontwikkelen | A |  |  | C |  |  |
| * Inlevingsvermogen | B | B |  |  | B | C |
| * Kritisch |  |  |  | B | B | C |
| * Leiderschap |  | C | C |  |  |  |
| * Plannen, organiseren en control | B | B | B | B |  |  |
| * Resultaatgericht |  |  |  | B | C | C |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kennis en vaardigheden:** | **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** |
| * Opleiding MBO niveau 1 (zorghulp) |  |  |  |  |  | x |
| * Opleiding MBO niveau 2 (helpende zorg en welzijn) |  |  |  |  | x |  |
| * Opleiding MBO niveau 3 (verzorgende) | x | x |  | x |  |  |
| * Opleiding MBO niveau 4 (verpleegkundige) |  |  | x |  |  |  |
| * Opleiding MBO gespecialiseerd verzorgende PG (GVP) | x |  |  |  |  |  |
| * Opleiding MBO | x |  |  |  |  |  |
| * BIG registratie |  |  | x |  |  |  |
| * Ervaring | x | x | x |  |  |  |
| * Aanvullende opleiding: leidinggeven, EVV (niveau 4) of plannen | x | x |  |  |  |  |
| * Eventueel IG of AG |  | x |  | x |  |  |
| * Kennis van de sociale kaart (in de wijk) en onderhouden van contacten met relevante organisaties | x |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FWG-Gezichtspunten:** | **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** |
| * Kennis |  |  |  |  |  |  |
| * Zelfstandigheid |  |  |  |  |  |  |
| * Sociale vaardigheden |  |  |  |  |  |  |
| * Risico’s, verantwoordelijkheden en invloed |  |  |  |  |  |  |
| * Uitdrukkingsvaardigheid |  |  |  |  |  |  |
| * Bewegingsvaardigheid |  |  |  |  |  |  |
| * Oplettendheid |  |  |  |  |  |  |
| * Overige functie-eisen |  |  |  |  |  |  |
| * Inconveniënten |  |  |  |  |  |  |
| **FWG-niveau** |  |  |  |  |  |  |

# Bijlage 9 Enquête verwerkt in SPSS.

| **Mijn zorgrelatie met de cliënt is gebaseerd op vertrouwen en gericht op resultaat** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 5 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| Mee eens | 5 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik heb oog voor de behoefte van de cliënt op gebied van zorg, wonen en welzijn** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 3 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| Mee eens | 7 | 70,0 | 70,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben staat om de cliënt te ondersteunen bij de zelfredzaamheid en het maken van de eigen keuzes** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 3 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| Mee eens | 7 | 70,0 | 70,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben in staat om veranderingen in de gezondheid van de cliënt te signaleren** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 3 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| Mee eens | 7 | 70,0 | 70,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben in staat om verantwoord te handelen na verandering in de gezondheid van de cliënt** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 9 | 90,0 | 90,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik voel mij zeker in het uitvoeren van de risicovolle handelingen en voorbehouden handelingen** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 9 | 90,0 | 90,0 | 90,0 |
| Niet mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ervaar een gelijkwaardige en respectvolle communicatie met cliënten en mantelzorgers** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 8 | 80,0 | 80,0 | 90,0 |
| Neutraal | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben in staat om de continuïteit en deskundigheid van zorgverlening te waarborgen bij de cliënt** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 4 | 40,0 | 40,0 | 50,0 |
| Neutraal | 5 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik kan tijdens mijn werk communiceren via de elektronische weg, zorg op afstand, social media, mail** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 3 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| Neutraal | 3 | 30,0 | 30,0 | 60,0 |
| Niet mee eens | 4 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben in staat om met mantelzorg en familie te onderhandelen over hun rol en inzet voor zorg aan de cliënt** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 2 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| Mee eens | 4 | 40,0 | 40,0 | 60,0 |
| Neutraal | 3 | 30,0 | 30,0 | 90,0 |
| Niet mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik benut de kwaliteit van het samenwerken met vrijwilligers en mantelzorgers** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 6 | 60,0 | 60,0 | 60,0 |
| Neutraal | 4 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Er wordt multidisciplinair samengewerkt met de huisarts van de cliënt** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 2 | 20,0 | 20,0 | 30,0 |
| Neutraal | 4 | 40,0 | 40,0 | 70,0 |
| Niet mee eens | 3 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben in staat om als belangen behartiger op te treden voor de cliënt en hun naasten** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 9 | 90,0 | 90,0 | 90,0 |
| Helemaal niet mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben instaat om mijn vaardigheden ten aanzien van zorg op peil te houden** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 8 | 80,0 | 80,0 | 90,0 |
| Neutraal | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Mijn vaardigheden sluiten aan bij zogvragen vanuit de wijk** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 7 | 70,0 | 70,0 | 70,0 |
| Neutraal | 3 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Het gebruik van beeldtelefoon (zorg op afstand) zal mijn werkzaamheden efficiënter maken** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 4 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| Neutraal | 5 | 50,0 | 50,0 | 90,0 |
| Niet mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben instaat om een goede instructie te geven aan cliënten over gebruik van hulpmiddelen** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 8 | 80,0 | 80,0 | 80,0 |
| Neutraal | 2 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik houd persoonlijk rekening met de persoonlijke wensen en behoefte van de cliënt** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 4 | 40,0 | 40,0 | 40,0 |
| Mee eens | 6 | 60,0 | 60,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik gebruik voor het invullen van de zorgvraag het sociale netwerk van de cliënt** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 2 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| Neutraal | 6 | 60,0 | 60,0 | 80,0 |
| Niet mee eens | 2 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **WIJdezorg maakt voldoende gebruik van domotica ( zorg op afstand)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Neutraal | 4 | 40,0 | 40,0 | 50,0 |
| Niet mee eens | 4 | 40,0 | 40,0 | 90,0 |
| Helemaal niet mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben in staat om de cliëntveiligheid te bewaken** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 3 | 30,0 | 30,0 | 30,0 |
| Neutraal | 6 | 60,0 | 60,0 | 90,0 |
| Niet mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **WIJdezorg biedt voldoende leermogelijkheden aan** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 7 | 70,0 | 70,0 | 80,0 |
| Neutraal | 2 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **De leermogelijkheid sluit aan bij de kennis en vaardigheden die ik nodig heb om de zorg uit te voeren** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 7 | 70,0 | 70,0 | 80,0 |
| Neutraal | 2 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **De administratieve lasten zijn het lasten jaar bij WIJdezorg verminderd** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Neutraal | 1 | 10,0 | 10,0 | 20,0 |
| Niet mee eens | 4 | 40,0 | 40,0 | 60,0 |
| Helemaal niet mee eens | 4 | 40,0 | 40,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik heb zeggenschap in de zorg- en dienstverlening** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 5 | 50,0 | 50,0 | 50,0 |
| Neutraal | 5 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik krijg van WIJdezorg de ruimte voor het nemen van professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van mijn werkzaamheden** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 8 | 80,0 | 80,0 | 80,0 |
| Neutraal | 2 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik kan reflecteren op mijn eigen handelen** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 8 | 80,0 | 80,0 | 90,0 |
| Neutraal | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik ben in staat om op te komen voor mijzelf en mijn team voor goede werkomstandigheden** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Helemaal mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| Mee eens | 6 | 60,0 | 60,0 | 70,0 |
| Neutraal | 3 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

| **Ik vind het moeilijk om mijn professionele grens te bewaken** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Mee eens | 2 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| Neutraal | 6 | 60,0 | 60,0 | 80,0 |
| Niet mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 90,0 |
| Helemaal niet mee eens | 1 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 100,0 |  |

#### 

| **Ik kan tijdens mijn werk communiceren via de elektronische weg, zorg op afstand, social media, mail \* Het gebruik van beeldtelefoon (zorg op afstand) zal mijn werkzaamheden efficiënter maken \* WIJdezorg maakt voldoende gebruik van domotica ( zorg op afstand) Crosstabulation** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Count | | | | | | |
| WIJdezorg maakt voldoende gebruik van domotica ( zorg op afstand) | | | Het gebruik van beeldtelefoon (zorg op afstand) zal mijn werkzaamheden efficiënter maken | | | Total |
| Mee eens | Neutraal | Niet mee eens |
| Helemaal mee eens | Ik kan tijdens mijn werk communiceren via de elektronische weg, zorg op afstand, social media, mail | Niet mee eens | 1 |  |  | 1 |
| Total | | 1 |  |  | 1 |
| Neutraal | Ik kan tijdens mijn werk communiceren via de elektronische weg, zorg op afstand, social media, mail | Mee eens | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Neutraal | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Niet mee eens | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Total | | 1 | 2 | 1 | 4 |
| Niet mee eens | Ik kan tijdens mijn werk communiceren via de elektronische weg, zorg op afstand, social media, mail | Mee eens | 1 | 0 |  | 1 |
| Neutraal | 0 | 1 |  | 1 |
| Niet mee eens | 0 | 2 |  | 2 |
| Total | | 1 | 3 |  | 4 |
| Helemaal niet mee eens | Ik kan tijdens mijn werk communiceren via de elektronische weg, zorg op afstand, social media, mail | Neutraal | 1 |  |  | 1 |
| Total | | 1 |  |  | 1 |

# Bijlage 10 Uitwerking interview huisarts 1

Het interview is woord voor woord uitgewerkt in spreektaal. De geïnterviewde huisarts is van Poolse afkomst en gebruikt daarom niet altijd zinnen die voor Nederlanders gewoon zijn. Hierdoor lijkt het of er tekstueel fouten gemaakt zijn in de grammatica, dit is echter niet het geval.

**Wanneer vindt dat er sprake is van complexe zorgvraag?**

Bij bejaarden…als ik de bejaarden niet zou kennen, zou het iedere keer een complexe zorgvraag zijn. Omdat er zoveel problemen verborgen kunnen zijn, dat af en toe sta ik toch verbaasd.

(Nicole: de oorzaak en gevolg is ook heel moeilijk vast te stellen hè?) Ja, je moet observeren en je moet vragen. Van vragen word je niet altijd wijzer. Ze voelen vaak niet goed meer. Dus dat is best moeilijk. (Nicole: ik vind zelf heel moeilijk daarbij ook nog dat heel veel mensen last van eenzaamheid hebben en dat, dat ook problemen kan ontwikkelen waarvan je niet weet of het werkelijk lichamelijk is of dat het geestelijk is). Ja.

**Welke verschillen ziet u met betrekking tot complexe zorg in vergelijking met de afgelopen 5 jaar.**

Het is steeds ingewikkelder vind ik en waarom. De patiënten zijn niet ingewikkelder om zichzelf, maar de verwachting naar mij en naar zorgverlener is veel hoger. De kwaliteitseisen zijn veel hoger. Als ik kijk naar 5 jaar geleden ten aanzien van de bejaarden was de houding vooral van de specialisten van

‘ach, dat is een oude man of vrouw. Wij laten dat zitten. Wij doen geen bepaalde ingreep of bepaalde behandelingen of bepaalde operaties.’ Maar nu lijkt er een nieuwe stroming. Want alles bij ouderen praktisch evengoed alles gedaan wat bij jongere patiënten ook wordt gedaan. Af en toe heb ik daar moeite mee en ook vraagtekens. (Nicole: nou dat hoor je wel meer, er zijn ook wel rapporten die er over verschijnen. Dus eigenlijk zegt u van “er is een toename, maar ook omdat mensen geen nee willen horen van dat er niets meer aan te doen is). Ik heb de indruk dat vroegere specialisten gebruiken hun gezonde verstand en de specialist durfde nee zeggen of bepaalde technische mogelijkheden niet vertellen en tegenwoordig laat de specialist het vooral aan de patiënt over. De patiënt beslist wat hij wil en wat hij niet wil. (Nicole ”en mensen Googlelen ongelofelijk veel”) zonder te beseffen, zonder inschatting te maken wat gevaarlijk of niet gevaarlijk is. (Nicole: over welke aantallen praten we als we over Zoeterwoude praten? Hoeveel complexe zaken heeft u ongeveer? 3000 cliënten ) Ongeveer 75% van die groep, een paar 100 (kijkt na), totaal 227 75+. Ze zijn niet allemaal complex. Er zijn mensen die komen nooit en er zijn mensen die lopen de deur plat.

**Vanuit verschillende onderzoeken is een toename van complexe zorg geconstateerd. Merkt u bij het uitvoeren van uw werk in de wijk, wat merkt u daarvan?**

In de wijk merk ik persoonlijk niet zoveel. (Nicole: voor u is het niet veel ingewikkelder geworden?) Nee, want de thuiszorg neemt heel veel werk uit mijn handen. (Nicole: dus u loopt eigenlijk nergens tegenaan met de zorg?) Nee. Ik heb de indruk ook, sinds echt pas de laatste jaren dat de organisatie van de thuiszorg is verbeterd. Is vloeiender geworden. Ik heb pas een paar terminale patiënten begeleid en het organiseren van de zorg is nooit zo gemakkelijk geweest als nu is gegaan.

**Hoe denkt u dat de zorg rondom deze cliënten geregeld zou moeten worden?**

Ik denk zelf, wij hebben die bijeenkomst van MOVIT, en ik denk op zo’n manier moet het geregeld worden. Wij denken zelf alleen aan Emmaus, maar ik verwacht in de toekomst dat alle vanaf een bepaalde leeftijdsgroep dat alle patiënten worden op zo`n manier worden besproken. Via een mdo bedoelt u? Ja. (Nicole: ja dat denk ik ook. En kortere lijnen via met huisarts denk ik). Dat is de toekomst en ik zie dat zitten. (Nicole: ja, ik zie dat ook zitten, dat ben ik helemaal met u eens).

**Uit dezelfde onderzoeken komt naar voren dat u als huisarts als spil gezien wordt. Hoe ziet en ervaart u dat zelf?**

Zwaar af en toe, zwaar. (Nicole: maar u ziet dan zelf ook dat u hoofd bent van de casus?) Ja en niet. Als ik mij passief ga gedragen, dus niet actief, Als ik de zijlijn kies, dan zou ik daar niets van merken. Als ik dat zou doen, betekent het voor mij persoonlijk, dat de zorg gaat lijden. Dat wordt kwalitatief minder. Ik kan ook kiezen voor de actieve houding, dus wel werken met thuiszorg of een andere organisatie, dat vraagt natuurlijk veel meer engagement. En dan kan ik inderdaad die belangrijke rol vervullen. Ik vind dat, dat de toekomst is. Ik denk niet dat huisartsen kunnen ontkomen aan die rol als ze kwaliteit willen leveren.

**Hoe vindt u dat de zorg rondom de complexe zorg cliënten thuis er uit zou moeten zien? Dus in een ideale wereld, wat zou er dan eigenlijk gedaan moeten worden?**

Nou, eigenlijk die schema’s die hebben wij. Dat is eigenlijk zoals de MOVIT. De verdeling van de rollen. Ik vind zelf belangrijk.. ik heb zelf gedacht het hoeft niet allemaal vlekkeloos te verlopen. Het kan ook af en toe conflictsituaties tussen groepen die zorgen voor hun patiënten ontstaan. Waarom, omdat dat ons wakker houdt. (Nicole: ja, dat denk ik ook en je moet met elkaar in gesprek blijven) Als wij ons allemaal fantastisch en geweldig vinden dan durven wij niet op een bepaald moment te zeggen van nou dat kunnen we beter. Het moeilijkste is invulling geven en zo’n project starten. Ik zie in mijn eigen praktijk bijvoorbeeld bijna sinds 8 jaar ben ik bezig met het project diabetes. Het lijkt in het begin, het is zomaar…. En je tovert dat en de zorg gaat rollen enzovoort en dat is niks minder waar. Het begon pas na een jaar of 5 goed te functioneren die rol. Het kost zo ongelofelijk veel tijd. (Nicole: processen kosten altijd veel tijd. Het is met vallen en opstaan, zo werkt dat ook, Ik vind het wel fijn zoals bij MOVIT je kan wel zeggen ik vind dit fijn of dat fijn. Dat vind ik wel prettig. Als wij wat fout doen, vind ik het heel normaal als mensen naar mij toekomen van joh, dat loopt niet zo lekker. Ik denk ook dat het zo werkt).

**Dan kom ik op de medewerkers. Wat vind u eigenlijk aan welke competenties en over welke vaardigheden moeten bezitten om complexe zorg thuis te kunnen leveren?**

Dat is een moeilijke vraag. Omdat bijvoorbeeld in de praktijk minimale eis is HBO niveau. Dat is onze organisatie. Ik moet jou zeggen dat ik zie het verschil of iemand is MAVO of HBO opgeleid. (Nicole: dat is ook zo). Dat zijn gewoon een soort intellectuele grenzen. (Nicole: denkkaders, mensen hebben andere denkkaders). Ik denk zelf dat als wij een integrale zorg willen organiseren, dan kunnen wij niet verwachten dat iedereen HBO is opgeleid. Voor de groep die lager is opgeleid, moeten toch permanente nascholing en protocollen komen. (Nicole: dus u zou eigenlijk adviseren dat iemand boven hun komt te staan een wijkverpleegkundige met HBO niveau. Ja. Dat is ook wel de richting waar wij op denken inderdaad. Het is altijd fijn om dat van u te horen want u loopt daar tegenaan.

**Uit onderzoek is ook gebleken dat er niet altijd even goed wordt samengewerkt met ziekenhuizen en eerstelijns fysiotherapeuten en met name van ziekenhuizen komen natuurlijk wel patiënten van terug waar medicijnen niet van kloppen. Hoe ervaart u dat? Wat zou daar anders in kunnen?**

Als iemand uit het ziekenhuis komt, is de overdracht traagjes. (Nicole: Summier?) Nee, nog minder. Vaak helemaal geen overdracht. Of een briefje en in die brief staan nog fouten. Ik zou niet weten hoe dat verbetert kan worden, omdat de specialist weinig heeft gevonden. Ik vind zelf dat de specialisten hebben het te druk en ze draaien productie, maar ze kunnen niet de kwaliteit garanderen. Ik bedoel niet direct de behandelingskwaliteit maar bij ontslag en dit soort processen. (Nicole: een specialist belt u nooit op en mw. Huppeldepup komt thuis en daar moet dat en dat gebeuren. Dat zou misschien wel wenselijk zijn?) Bellen is één, maar overdragen.. En niet denken aha die patiënt hoort, patiënten horen vaak ineens op zaterdagochtend dat ze op zaterdagmiddag naar huis gaan. (Nicole: Zonder medicijnen, noem het allemaal maar op). Zonder ontslagbrief, (Nicole: u heeft geen invloed op die samenwerking tussen artsen en specialisten in het ziekenhuis?) Op regionaal niveau wordt daar over sinds altijd vergaderd. Er wordt over vergaderd ( Nicole: en verder komen ze niet. Zonde, want daar is veel te halen denk ik). Ik heb ook nagedacht hoe kan dat, maar het is simpel. Ze hebben te intensief de specialisten en ze redden het niet qua tijd. Dat is mijn verklaring. Ze redden het gewoon niet. (Nicole: ze moeten teveel productie draaien?) Ja, en ze werken ook heel veel met studenten en specialisten in opleiding. Ik heb dat ook ervaren toen ik patiënt was, toen ik in het plaatselijk ziekenhuis was. Dat loopt totaal langs elkaar heen. Er is totaal geen overzicht. Ze weten eigenlijk niet van elkaar wat ze doen. (Nicole: zonde is dat) Wij moeten denken over ons, Zoeterwoude. Niet proberen om een ziekenhuis te veranderen, omdat we dat niet kunnen. Zonde van de energie. (Nicole: ik zelf zat nog te denken als je een wijkverpleegkundige hebt, zou je die wel misschien met die specialisten meer in verbinding kunnen brengen, zodat je een kortere lijn hebt). Specialist krijgen ze niet aan de telefoon, zijn assistente. (Nicole: ja, dat is waar). Ik kreeg ook geen specialist aan de telefoon. Ik draag mijn vragen over aan de assistente en dan wordt ik gebeld door of de assistente of de specialist als hij het niet is vergeten. Dan bel ik nog een keer. Dat kost veel tijd.

**U werkt samen met Wijdezorg locatie Emmaus. Welke rol ziet u weggelegd voor het zorg thuisteam als het gaat om samen beter de zorg te organiseren rondom de complexe zorgvraag bij cliënten thuis?**

Meer gestructureerd overleg. (Nicole: en kortere lijnen) ja, en kortere lijnen. (Nicole: daar moeten we in de MOVIT met elkaar voor om de tafel denk ik, ik denk dat daar een hele win-win is voor beide partijen denk ik.)

***Uitwerking interview met huisarts 2***

In dit interview wordt getutoyeerd dit omdat de huisarts niet met U aangesproken wenst te worden.

**Wanneer vind je dat er sprake is van complexe zorg?**

Wanneer er of sprake is van meer medische problemen, waarbij het wel afhangt van het soort medische probleem of het complex wordt. Of als er bepaalde kwetsbaarheden zijn bij een persoon die het ook complex maken. Soms kan dat zijn dat er geen mantelzorgers zijn er omheen dat kan het al complexer maken. Puur om je dag al geregeld te krijgen of als er sprake is van iemand die een bijzondere persoonlijkheid heeft waardoor het lastig wordt. Ik vind het een lastige

(Nicole: het is natuurlijk ook lastig de complexe zorg. Het heeft ook vaak te maken dat het uit Domeinen komt. Het is niet alleen maar lichamelijk of alleen maar geestelijk natuurlijk. Je hebt natuurlijk veel meer dingen. Je hebt ook al heel vaak te maken met specialisten waar je… dat maakt de zorg natuurlijk nog wel complexer voor jullie als huisarts. ) Ja, voor ons maakt het dat complex omdat je zeker bij ouderen vaak de overdracht ontbreekt uit het ziekenhuis vandaan. Of als de overdracht er is dat die summier is of verschillend is ten opzichte van wat er aan de apotheek is overgedragen, wat er aan ons wordt overgedragen en wat er aan de thuiszorg of familie wordt overgedragen. Dat dat allemaal niet hetzelfde is. (Nicole: Dat zou nog beter moeten? Daar zou nog veel te halen zijn volgens jou?) Ja, dat wel. (Nicole: ja, dat denken wij ook. Dat zien wij in huis natuurlijk ook wel). En ik denk inderdaad als dat, als EPD komt, dat dat voor ons een heleboel scheelt. Dat je kan lezen wat er nou daadwerkelijk afgesproken is in plaats dat er ergens staat dat er telefonisch gebeld is voor dit en dat vervolgens de een zegt ja nee, volgens mij klopt dit niet en dat je de bakster van de apotheek ziet en dat je denkt er mist een pilletje. Waar is het pilletje, moet die wel, moet die niet. Daar moet je weer achteraan gaan bellen. (Nicole: en ik denk dat je telefonisch heel gauw, sommige stofnamen lijken heel erg op elkaar, dus je kan ook heel gauw een verkeerd pilletje misschien kan de apotheek voorschrijven, denk ik als je echt op papier hebt is het heel anders). Het moet ook eigenlijk wel hè. Het moet ook wel op recept. Ik werk nooit met apotheek telefonisch. (Nicole: oké, je hebt gelijk). **(3:29 min**)

**Welke verschillen zie je met betrekking tot de complexiteit van zorg in vergelijking met 5 jaar geleden? Je bent 8 jaar huisarts zei je net tegen me.**

Ik niet zo heel veel nog, nee. Ik denk dat dat ook inherent is aan de plek waar ik zit. Het enige verzorgingshuis dat wij eigenlijk hebben zijn jullie. En de mensen die zorg nodig hadden tot nog toe hebben we altijd ondergebracht in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis. (Nicole: Dat gaat nog wel veranderen, maar nu nog niet). Nu merk ik nog niet. Het enige dat ik nog gemerkt heb is dat de zorgverzekeraars erg stimuleren dat wij ouderenzorg meer gaan ondersteunen. Door de POA somatiek er bij te gaan betrekken. Je ziet vaak vanuit de zorgverzekeraar een aanbod komen van modules die je zou kunnen gaan doen, waardoor je weet: O, nu gaat wat gebeuren. (Nicole: jij zit redelijk in een jonge wijk nog, toch?) Ik heb nog niet zo heel veel ouderen. Het is als met de Rijndijk als mensen ouder zijn, er zijn niet zoveel voorzieningen voor ouderen dus die trekken daar allemaal weg. Dat zal dus straks anders worden denk ik. Nu trekken mensen allemaal weg. (Nicole: wij denken ook wel dat er een toekomst komt van mensen die thuisblijven, ook als ze terminaal zijn. Voorheen kwamen mensen natuurlijk al veel eerder in een verzorgingshuis, maar iemand gaat voor de laatste 3 maanden niet meer naar een verzorgingshuis. Nee, en nou terminale zorg hebben wij natuurlijk wel heel veel ervaring mee met mensen die jong ziek zijn. Maar echt ouderen die palliatief zijn, die wonen al niet meer thuis. (Nicole: dat gaan we wel krijgen inderdaad. Dus je kan ook niet echt uitspraken doen over welke aantallen het zijn, waar dat je denkt dat het over gaat?) . Nee, ik heb het opgezocht omdat ik die vraag had gezien. Het komt op je pad en je doet het. Ik ga niet zitten tellen: o, heb ik er nu meer dan mijn buurman. Nou waarschijnlijk de getallen waar ik op uit kwam. Ze maken een onderscheid tussen Multi morbiditeit en kwetsbaarheid. (Nicole: dat is ook al een heel verschil hoor.) Dat is ook een heel verschil ja. Maar het is denk ik wel altijd als er mulitimorbiditeit van meer dan 3 is dan kom je ook altijd wel dat mensen heel (Nicole: kwetsbaar zijn). Dat sowieso, dat kom je altijd al bijna terecht in polyfarmacie en dan ben je er al. (Nicole: ja, daar worden ze al heel kwetsbaar van, zeker als ze thuiswonend zijn ook nog.) Ja. Bijna niemand die ouder is en multimorbiditeit heeft, ondervindt daar een beperking van. Je kan bijna niet dat soort dingen tegelijkertijd hebben zonder dat je daardoor ook beperkingen hebt. Ik zat er dus ook al heel snel aan. Waar ik op uit kwam is 65 tot 75%. Mensen van 65 – 75 jaar heeft ⅔ 2 ziektes, waarvan 1 of meer chronische ziektes. Boven de 85 jaar is dat al 85%. (Nicole: dat klopt ook wel met de cijfers die ze uit de rapporten hebben gehaald, die ik gelezen heb wel ja.) Boven de 65 is ongeveer 20% kwetsbaar en daar valt dan onder laag gewicht, laag longvolume, verminderd cognitief functioneren, verminderd visie gehoor en continentie en depressieve klachten. Onder de 75 is dat 10%. Boven de 90 is dat 40%. Ik had hoger gedacht. (Nicole: oké, dus het is niet zo dat als je ouder wordt dat je dan nog kwetsbaarder wordt doordat je meer dingen hebt.) Jawel, want als je boven de 65 zit dan zit je op 20%, boven de 90 op 40%, maar dat is alleen maar kwetsbaar nog. Er is natuurlijk bijna niemand denk ik die wel kwetsbaar is, maar geen ziekte heeft. Er is niemand van boven de 90 die niks heeft. (Nicole: die zijn er echt heel weinig) Heel weinig. Die zie ik dan dus ook heel weinig. Boven de 65 schatten ze dat 11% en kwetsbaar en mulitimorbiditeit heeft. (Nicole: dat is ook al een behoorlijk cijfer 11%) En boven de 65, ik vind dat nog niet zo heel oud. (Nicole: het begint inderdaad redelijk jong). Wat je natuurlijk ziet is dat al mensen leven wel langer, maar zijn ook langer ziek. (Nicole: maar dat komt ook omdat de genezingsprocessen natuurlijk ook, ze hebben steeds meer technieken en steeds meer.. mensen worden ook steeds ouder. Dus dan ga je ook steeds meer in het ziektebed omdat je zo veel meer behandelingen kunt aangaan, kan je ook veel langer blijven leven. Dus ben je ook langer ziek in verhouding.) Daar komt het wel op neer. (Nicole: uiteindelijk wel, kwaliteit van het leven is dan wel discutabel dan. Of het wenselijk is dat je dan wel langer leeft, maar ook langer ziek bent.)Ik denk het voor veel oude mensen niet. Ik zie niet heel veel oude mensen waarvan ik denk die zijn nog blij en gelukkig. (Nicole: ik ken er wel een paar). Misschien zijn dat ook wel de mensen die niet bij mij komen hoor, dat kan. (Nicole: we hebben hier 1 mevrouw die heeft zzp2 en die zal hier wel nooit in huis mogen wonen en die loopt als een kieviet. Die is 96 en ik moet echt hard lopen om haar bij te houden. Ik denk niet eens dat ze pillen heeft. Dus dat is dan zo’n uitzonderingsgeval van…) Maar heeft ze er ook nog zin in? (Nicole: ja geweldig. Die gaat nog feestjes en die gaat nog hier heen en daar heen. ) Dat is dan ook het type mens dat veel bezoek krijgt. (Nicole: gaat veel op bezoek) Gaat veel zelf weg. (Nicole: ja, ze is nog compleet mobiel. Ik denk dat ze nog zou kunnen fietsen. Ik weet niet of ze dat nog doet, maar ze zou het wel kunnen. Ze zijn er wel maar … als wij zien wat hier in huis zit vergeleken met 10 jaar geleden. 10 jaar geleden had je weinig bewerkelijk. Ook minder rolstoelers, meer mensen die toch redelijk mobiel waren en nog naar het dorp konden lopen. Nu zijn ze allemaal compleet afhankelijk bijna.) **(9.40min**)

**Vanuit verschillende onderzoeken is een toename van complexe zorg geconstateerd. Merk je dat bij het uitvoeren van je werk in de wijk, wat merk je daarvan?**

Je zei het net al een beetje, nog niet echt. Nee, nog niet echt. Al is het ook wel zo dat een heel stuk van de verhoudingen in de praktijk veranderd is, waarbij mijn collega die deed de kaderopleiding tot ouderengeneeskunde. Dus die heeft zich heel erg gericht op de ouderenzorg. Nu is dat natuurlijk gestopt. Dus dat is dan lastig om te zeggen of het nu dan meer is omdat het echt meer is of omdat het meer is omdat hij het niet meer doet. Ik weet het niet. (Nicole: dat is ook lastig). Ik vind het lastig om dat ook te zeggen. (Nicole: want dat is toch wel een hele specifieke opleiding dat kader). Ja, dan ben je helemaal gespecialiseerd in de ouderengeneeskunde. Ik denk als je jaren achtereen de praktijkcijfers zou uitdraaien met uitgesplitst wat je nou de hele dag, dat je daar dan ook wel meer zicht op hebt. (Nicole: Wat voor functie heeft het en wat voor nut heeft het? Het is administratief best wel veel werk denk ik.) Ja, dus ik doe dat niet. En dan, ga je dan zeggen ik doe dat een beetje te veel dus dat doe ik niet meer. Zo werkt dat niet. Je gaat gewoon af op de zorgvraag die er is. Je probeert te anticiperen op dingen waarvan je denkt dat het zin heeft om hier tijd in te investeren om te voorkomen dat er problemen komen. (Nicole: in preventie moet er ook wel meer gebeuren, denk ik ook wel. Ik denk dat daar nog wel een soort uitdaging ligt. Maar ook vanuit de overheid denk ik dat daar wel meer preventie vanuit mag gaan. Denk je ook niet?) Ja, meer preventie en ondersteuning. (Nicole: dat kost een hoop geld dat preventie). **11:39min**

**Hoe denk je dat de zorg rondom de zorg thuis cliënten met een complexe zorgvraag beter geregeld zou kunnen worden?**

Kortere lijntjes. Kortere lijntjes met het zorg thuisteam. Het is gewoon prettig als je weet wie er bij de mensen thuis komt. Gelukkig is het wel zo dat er bijna altijd een map ligt. Dat je in de map ook dingen kan opschrijven. Ik vraag me wel eens af of het wel gelezen wordt als ik wat opschrijf. Dat is dan altijd een tweede. Kortere lijntjes. Daar zijn ze in de thuiszorg wel op aan het anticiperen. (Nicole: Ik denk dat daar ook wel wat winst zit.) Ik denk dat dat wel wat rust in de wijk geeft. Het begint nu wel te komen. (Nicole: bij ons is nu wel de vacature eruit voor een wijkverpleegkundige. Het is wel een interne vacature, maar hij gaat er wel uit.) **12:36min.**

**Uit dezelfde onderzoeken komt naar voren dat de huisarts als spil gezien wordt. Zie jij dat ook zo?**

Ja, al vind ik dat wel een lastige rol. En dat heeft met name te maken dat regelgeving zo vaak veranderd, dat je de ene week linksom moet kijken of je een rolator vergoed kunt krijgen en volgende week weer rechts, 100.000 formulieren en administratieve dingen. Waarbij het lastig is om allemaal bij te houden waar je voor wat moet zijn. Ik heb eigenlijk helemaal gen zin om me daar mee bezig te moeten houden hoe ik iemand nou (Nicole: het beste kan bedienen en zorg.. je moet eigenlijk afwachten wat de zorgverzekeraar wenst te vergoeden en..) daar kan je dan weer mee verder. Daar zakt mijn broek af en toe vanaf. (Nicole: dat kan ik me echt voorstellen). Extreme situatie: iemand is terminaal, al heel lang, dan toch weer een beetje opkrabbelt, slechter dan een jaar, te horen krijgt uw bed mag niet meer. (Nicole: dat gaat helemaal nergens over. Alsof die mensen het prettig vinden om in het bed te liggen in de kamer), uitgekleed, uitgemergeld, geen grammetje meer aan het lijf. Ik dacht op een gegeven moment echt “ik ga een foto maken van die man en sturen naar degene die heeft gezegd uw jaar is voorbij en dan voorstellen dat het zijn vader is.” Dan nog een keer op een kajuitbedje van de Ikea, want die mensen hebben geen geld. Dat zijn de dingen waar ik me echt heel erg …. Maar dat zou dan iets zijn wat de kinderen kunnen regelen maar dat doen wij dan. (Nicole: aan de andere kant, als je dan net zegt er zijn ook mensen die hebben geen kinderen of geen mantelzorgers.) Dat doen wij het dus. (Nicole: maar het is dus wel weer een taak voor jou erbij). Ja, dat komt er inderdaad dan bij. **14:40min.**

**Hoe vindt u dat de zorg rondom de complexe zorg cliënten thuis er uit zou moeten zien? Dus in een ideale wereld, hoe zou dat er volgens jou uitzien?**

Hoe bedoel je de vraag. (Nicole: nou, de zorg rondom de complexe zorgcliënten die moet natuurlijk ingevuld worden, samen met de thuiszorg en met de HAP, de apotheek en misschien zelfs wel fysio. Hoe zou jij denken als je in een ideale wereld, geen kosten en geen zorgverzekeraars bij betrokken zijn. Hoe zou dat er dan uitzien?) Ik denk dat dat er uit zou zien dat je een soort MDO hebt voor die mensen. Dat je een plan maakt van wie doet wat, een zorgbehandelplan, met wie wanneer wat doet. Wanneer wordt er geëvalueerd, wanneer worden dingen bijgesteld. (Nicole: cyclisch werken) Ja, dat er een soort gezamenlijke informatie iets is waar iedereen zijn stukje in zet en wat je ook… Als ik bij iemand thuis kom ga ik niet 3 bladzijdes oeverloze tekst doorkijken met allerlei wel of niet plantjes water geven. Dat interesseert mij op zo`n moment niet. Dus ik lees het dat niet door. Maar dat het veel overzichtelijker is. Dat de informatie die ik nodig heb veel overzichtelijker is en dat je veel meer tijd hebt om dat goed te kunnen doen, denk ik. (Nicole: ik kan me daar wel een heel eind in vinden inderdaad). **16:10min.**

**Aan welke competenties en over welke vaardigheden zouden medewerkers van zorg thuis volgens jou moeten beschikken / bezitten om complexe zorgvraag van de toekomst te kunnen leveren?**

Daar zat ik dus net al aan te denken, want dat zijn mensen die individueel werken, waar eigenlijk nooit iemand bij is om te kijken of en hoe dat dan gaat. Nou doet bij niemand dat bij mij ook niet meer bij, dus wat dat betreft.. Ik krijg ook nooit feedback over hoe je dingen dan doet. Ik denk dat daar veel scholing voor nodig is. Wat ik heel fijn zou vinden is als er mensen zouden zijn die net van wat meer aanpakken weten als dat ze weten hoe ze een sok moeten aantrekken. Dat er mensen zijn die een overzicht hebben. Die zicht hebben op en een signalerende functie hebben, die ook nog met een schuin oog naar de partner kunnen kijken. (Nicole: die kunnen ondersteunen en weten wanneer ze mensen zelf hun gang moeten laten gaan, maar ook kunnen zeggen van oh, hier moet ik ingrijpen want dit gaat fout.) Ja, ook signaleren. Zodat ze ook een beetje mee kunnen bewegen wanneer iemand iets nodig heeft, in plaats van ik kom hier mijn briefje afwerken en …. Ik heb zelf in mijn geneeskunde als verzorgende bij ACTIVITE gewerkt, in de merenwijk in de zorg. Dan schrik je daar best wel van waar je dan op losgelaten wordt, toen al. Het is dan dat ik met gezond verstand al een eind kom, maar eigenlijk heb ik niet eens een opleiding hiervoor gehad. Ik mag het dan wel doen alleen maar omdat ik dan een geneeskunde student ben. (Nicole: ja, heel bijzonder eigenlijk). Ja, maar wel schrikken. Ik weet niet hoe dat nu is. We zijn nu natuurlijk wel 15 jaar verder of zo. Ik dacht ik schrik daar wel van. (Nicole: ze lopen nu wel meer mee. Ik ben ook gewoon losgelaten toen ik ging werken bij Thuiszorg Groot Rijnland. Je hebt je diploma behaald, dus het zal allemaal wel goed zijn. Ik kreeg een briefje mee en de complexe en alles mocht je in één keer doen. Zonder dat je een maand of twee meegewerkt hebt. Dat is nu niet meer zo. Dat kan ook gewoon niet. Je moet toch wel weten of iemand goed kan wassen en tegenwoordig op de basisopleiding leren ze niet allemaal goed te wassen meer, want ze denken dat leren ze wel in de praktijk. Dat is een spanningsveld tussen school en de praktijk. ). Want dan ben je heel erg afhankelijk van degene van wie je het dan leert, of die het wel goed doet. **18:44min**.

**Uit onderzoek is ook gebleken dat er niet altijd even goed wordt samengewerkt met ziekenhuizen en eerstelijns fysiotherapeuten en met name van ziekenhuizen komen natuurlijk wel patiënten van terug waar medicijnen niet van kloppen. Wat zou daar anders in kunnen en moeten en wat is daar jouw eigen bijdrage in?**

Mijn eigen bijdrage vooralsnog is mensen zo min mogelijk, en dan heb ik het over de complexe ouderen, zo min mogelijk naar het ziekenhuis te sturen. Om dat zo veel mogelijk te voorkomen. Ik merk dat bijna alle mensen er slechter uitkomen als dat ze er in gaan, bijna altijd. Ik denk dat wat heel erg zou helpen, ik heb daar nooit feedback over gehad, maar dat je zelf de overdracht goed doet. Dat daar denk ik ontbreekt het ook vaak aan. Zeker als het complexe zorg is dan heb je zelf bijna niet eens je dossier goed op orde en up-to-date. En wat wij doen is op het moment dat Mw. van S. terugkomt, de brief lag toevallig hier, maar ik kwam hier al met stoom uit mijn oren aan. De dochter belt mij met de vraag of wij de medicatie over willen nemen. Ja, dat is leuk, maar ik zou niet eens weten wat. Ik ga meteen het ziekenhuis bellen. Deze mevrouw zit hier nu thuis, wat verwacht je nu precies. Hoe zit het met dit? Dus ik ga er dan achteraan bellen. Ja, dat helpt dan voor die ene patiënt. Ik laat het er dan niet bij zitten. Het kost mij wel heel veel tijd. Ik spreek dan iedere keer de desbetreffende dokter er op aan. Zou u alstublieft een overdracht willen schrijven, want ik kan nu helemaal niks. (Nicole: je weet natuurlijk niet wat er gebeurd is, wat ze aan medicijnen er afgehaald hebben, wat ze erbij gestopt hebben.) Als ik dat dan al weet, klopt het vaak niet. (Nicole: slordig inderdaad. Maar vind je dat je invloed hebt op de samenwerking of zeg je van dit is mijn bijdrage en hier kan ik het mee?). Nee, niet dat ik als enige huisarts hier invloed op heb. Nee, ik probeer het alleen voor individuele patiënten zo goed mogelijk te regelen. Dus wat wij eigenlijk standaard proberen te doen is contact zoeken als iemand uit het ziekenhuis komt. (Nicole: er is toch ook zo`n regionaal over leg van huisartsen?) Ja, dat is een pilot. Daar gaan ze 1 juli mee beginnen. Dat is met elektronisch verwijzen en de doelstelling daarvan is om de lijnen tussen de huisartsen en de specialisten kleiner te maken. Het idee is dan dat het terug dan ook… dat wij naar hun verwijzen, maar ook dat de terug verwijzing op dezelfde manier gaat gebeuren. Nee, ik heb niet zo`n zicht op de verwijzing van andere artsen naar het ziekenhuis. Het zou ook heel goed zo kunnen zijn dat een deel van de huisartsen ook slecht verwijst. Dat daarmee ook de motivatie om vanuit het ziekenhuis naar ons te verwijzen ook niet zo groot is. (Nicole: maar op zich is het wel de intentie om het in te steken van jongens er moet wat gebeuren, want zo kan het niet. Er zit wel beweging in. Dat vind ik alleen maar goed.) Ja. **21:56min**.

**Je werkt samen met Wijdezorg locatie Emmaus. Welke rol zie je weggelegd voor het zorg thuisteam als het gaat om samen beter de zorg te organiseren rondom de complexe zorgvraag bij cliënten thuis?**

Ik heb nog geen ervaring met jullie thuiszorgteam. Ik weet alleen dat meneer de Boer op de prio dat zijn kousen uit moeten en dat er dan niemand komt. ( Nicole: Hij wordt ook al gedoucht). Dat is het enige dat ik dacht, voor wie heeft hij dan thuiszorg. Ik was me niet zo bewust dat jullie.. Ja, nu dan wel maar. (Nicole: We hebben nu de afspraak ook gemaakt, ook na aanleiding van dat je dat de vorige keer zei in het MDO van ja, ik weet soms gewoon niet wie er in zitten. We hebben nu afgesproken dat wanneer er bij ons een nieuwe cliënt in de zorg komt, altijd een mail naar de huisarts. Wij zitten daar in de zorg. Weet je, ik vind jullie weten het, wij weten het en dan is het gewoon duidelijk. Ik denk dat we zo met kleine stapjes steeds verder moeten.) Dat is inderdaad ook ons onderdeel van de TRAZAG een pagina met wie zit er in. Gewoon een a4-tje met wie is de fysiotherapeut, welke specialist loopt iemand bij, wie is de thuiszorg, wie is vast aanspreekpunt (Nicole: maatschappelijk werker), welke hulp? Dat je gewoon weet dat iedereen weet die moet je hebben voor dat.

**23:34min**

#### 

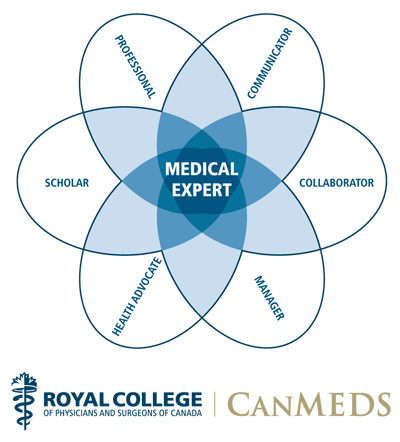
# Bijlage 11 Uitwerking vormen dementie

**Vasculaire dementie:** heeft te maken met de bloedvaten in de hersenen, er kan sprake zijn van een niet-bloedig of een bloedig CVA (Cerebrovasculair accident) in de hersenen.( in het verdere stuk wordt alleen gesproken over bloedig CVA maar hierin de plaats kan net zo goed onbloedig geschreven worden). De symptomen van deze vorm van dementie zijn wisselend dit komt omdat het afhankelijk is van waarvan de bloeding of onbloedig plaats heeft gevonden. Vasculaire dementie kenmerkt zich door het schoksgewijs verloop. De hersenen gaan op moment van een bloeding achteruit doordat een deel van de hersenen wordt aangetast. Later in het revalidatie proces kunnen er delen van functies hestellen. Andere delen van hersenen kan ook functies overnemen. Mensen met een vasculaire dementie zijn nog wel in staat om dingen aan te leren. Medewerkers moeten deze cliënten ondersteunen maar ook stimuleren om zelf de ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) weer op te pakken. Deze groep cliënten kan zich mits er niet te vaak bloedingen zijn in de hersenen zich met ondersteuning lang redden thuis (Hazelhof, 2011).

**Parkinson dementie:** Deze vorm kan optreden bij mensen in een vergevorderd stadium van parkinson. Het is een sluipende vorm van dementie. Cliënten die deze vorm hebben zijn gauw vermoeid en hebben opstart problemen met namen bij het uitvoeren van de ochtend ADL. Kernmerken van Parkinson dementie zijn: tremoren (bibberen), ongewilde bewegingen, spierstijfheid. Door het voorover lopen en schuifelen hebben mensen met dit ziektebeeld veel valgevaar en zijn zij niet in staat tot het laatst toe thuis te blijven wonen. De cliënt met Parkinson dementie heeft weinig tot geen eigen ziekte inzicht (Hazelhof, 2011).

**Alzheimer:** heeft een geleidelijk verloop. Eerst zijn er subtiele veranderingen in het vergeten en psychisch functioneren. Meestal begint Alzheimer met angstklachten, achterdocht, depressie of heeft de cliënt veel lichamelijke klachten die niet te verklaren zijn. Bij Alzheimer zijn vier stadia desoriëntatie van plaats en tijd, duidelijke geheugenachteruitgang, voordurende beweging, vegeteren. De oorzaak van Alzheimer is nog niet geheel duidelijk, wel wordt er geconstateerd dat de volume van de hersenen afneemt. De hersenen zijn niet meer in staat om verbindingen te maken dit komt doordat er in de hersenen tau-eiwit om de neurofibrillaire tangels zit. Dit maakt dat een cliënt met de ziekte Alzheimer niet meer in staat is om dingen aan te leren van de ADL. De cliënt zal steeds verder weg zakken in verliest steeds meer zijn eigen identiteit. Voor medewerkers is het belangrijk om cliënten met het ziekte beeld te kunnen ondersteunen en te begrijpen (Hazelhof, 2011).

# Bijlage 12 CanMEDS Afbeedling

[](http://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&docid=OJ6KbPlPU6AZHM&tbnid=GlAjTnisAilCmM:&ved=0CAUQjRw&url=http://www.royalcollege.ca/resources/aboutcanmeds&ei=tw2aUaTYCeG_0QX4r4EY&bvm=bv.46751780,d.d2k&psig=AFQjCNEKpUGiWUCX7xrHtA3XQdjYNU6u5w&ust=1369136947414511)

# (Royal College, 2013)Bijlage 13 Bibliografie

ACTIZ. (2011). *Benchmark in de zorg.* Utrecht: ACTIZ.

ACTIZ. (2006). *Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan.* Utrecht: ACTIZ.

Baarda, D. B., &. Goede, M. P. M. (2006). *Basisboek methoden en technieken.* Houten: Noordhoff uitgevers Groningen.

Depla, M., Freriks, B., Hertog, C., & Niemeijer, A. ( 2012). Toezichthoudende domotica. Amsterdam: VUmc.

Drs. Lambregts, J. G. (2012). *Beroepsprofiel zorgkundige.* Utrecht: V&V 2020 Deel 2 Beroepsprofiel zorgkundige.

Hazelhof, T. G. (2011). *Dementie en psychiatrie.* Amsterdam: Reed Business.

Health Council of the Netherlands. (2007). *Multimorbiditeit bij ouderen.* Den Haag: Gezondheidsraad.

Hersey, P. B. (2008). *Management of organizational behavior.* New Jersey: Prentice Hall.

Hoenderkamp, J., Keser, G. (2010). *De kanteling. Verantwoordingsladder.* Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Hopman, A.M. (2012). *Signalement zorg en wonen.* Diemen: College voor zorgverzekeringen.

Kunneman, H. (2007). *Thuiszorg in transitie.* Zaandam: Stolwijkgrafax.

LSBK. (2009). *Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk geschiedenis*. Opgeroepen op 2012, van LSBK: www.lsbk.nl/geschiedenis.

Mulders, M. (2010). *101 management modellen.* Groningen: Noordhoff uitgever.

MVO. (2011). *Visie op maatschappelijk verantwoord ondernemen en de gezondheidszorg.* Amersfoort: Milieuplatform, MVO Nederland, NIGZ, ZonMw.

Nationaal Programma Ouderenzorg. (2011). *MOVIT.* Leiden: MOVIT.

Nederlandse Huisarsten Genootschap. (2012). *Huisarts en palliatieve zorg 'Fijn dat u er bent, dokter...'.* Utrecht: NHG.

NIVEL. (2009). *Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief.* Utrecht: NIVEL.

Nouws, H. (2005). *Huiselijk en Vertrouwd.* Utrecht: NIZW Zorg.

NZa. (2011). *Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg 2011.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa. (2012). *Voorlopige contracteer ruimte.* Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid en Sport.

Onderzoeksinstituut IVA. (2005). *Waar wilt u doodgaan? Keuze en overwegingen.* Tilburg: Onderzoeksinstituut IVA.

Plaats, A. van. (2008). *De wondere wereld van dementie.* Amsterdam: Reed Business.

Rijdt, V. van. (2009). *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis.* Utrecht: Nederlandse Huisarsten

RIVM. (2010). *Van gezond naar beter.* Den haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Schram, M. W. (2008). *Multimorbiditeit: de nieuwe epidimie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

STOOM. (2010). *Toekomstverkenning Zorg Thuis:.* Amsterdam: Pricewaterhouse Coopers.

Velde, C. van. (2008). *E-Health en domotica in de zorg.* Utrecht: Prismant.

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkmethoden en technieken voor het hoger onderwijs.* Amsterdam: Boom onderwijs.

Vilans. (2011). *Het geeft rust en vertrouwen.* Utrecht: Buurtzorg Nederland.

VWS. (2012). *Scheiden van wonen en zorg.* Den Haag: Ministerie van Voklksgezondheid Welzijn en Sport.

VWS. (2012). *Uitwerking extramuraliseren lichte zorgzwaartepakketten.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid en Sport.

WIJdezorg. (2011). *Strategisch vastgoedplan.* Zoeterwoude: WIJdezorg.

Witteveen, R. (2012). De wijkzuster komt terug. *Hart van Nederland*. (SBS. 6, Interviewer)

Zoeterwoude, G. (2011). *Woonzorgmonitor.* Zoeterwoude: Gemeente Zoeterwoude.

Zorgautoriteit, N. (2012). *Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Engelse bronnen

Hersey, P. B. (2008). *Management of organizational behavior.* New Jersey: Prentice Hall.

Lucht, F. van der., Polder, J.J. (2010). *Towards better health.* Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment.

Mintzberg, H. (2011). *Organisatie structuren.* Amsterdam: Pearson education.

Niemeijer, A. F. (2010). *Ethical and practical concerns of surveillance Technologies in residential care for people with dementia of intellectual disabilities.* International Psychogeriatrics,4, 1-14.

Sepúlveda, C. M. (2002). Palliative Care: The World Health. *Journal of Pain and Symptom Management 24* , pag. 92.

Wijbenga, A. (2008). *Health care for the elderly with multimorbidity.* The Hague: Health Counsil of the Netherlands.

Zwetsloot, D. P. (2012). *EU Perspectives on the regulatuion of psychosocial risk management.* Hoofddorp: Netherlands Foundation for Applied Scientific Research, TNO.

Geraadpleegde Websites

ACTIZ. (2011). *In voor zorg*.*Zorg op afstand voor ouderen in de thuiszorg*: <http://www.invoorzorg.nl/>

Afstudeerbegeleider.nl (2012). *Conceptueel model scriptie*: <http://www.afstudeerbegeleider.nl/conceptueel-model-scriptie/>

Alzheimer Nederland. (2012). *Alzheimer Nederland*. <http://www.alzheimer-nederland.nl/>

Centraal bureau statistiek (2012). *Gezondheidszorg in cijfers:* [*http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2012/2012-c156-pub.htm*](http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/publicaties/archief/2012/2012-c156-pub.htm)

CIZ. (2007). *www.CIZ.nl*. <http://www.ciz.nl>.

College voor Zorgverzekeringen. (2011). *Zorg voor innoveren*. <http://www.zorgvoorinnoveren.nl>.

Gemiva. (2012). *Gemiva - SVG Groep*. <http://www.gemiva-svg.nl>.

n.d. (2013). *Royal College of physicians and surgeons of Cananda*. <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>.

Palliatieve zorg. (1997-2013). *www. palliatievezorg.nl*. <http://www.palliatievezorg.nl>.

Perspekt. (2003). *Perspekt keurmerk in de zorg*. <http://www.perspektkeurmerk.nl>.

RIVM in opdracht van College voor Zorverzekeringen. (2012). *KiesBeter.nl*. <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/overkiesbeter>.

Interne bronnen

In voor zorg. (2012). *Rapportage scan WIJdezorg.* Utrecht: Vilans.

Versluis, N. (2012). Buurtzorg; net als het kruiswerk van vroeger? *Buurtzorg; net als het kruiswerk van vroeger?* Langeraar, Nederland: Nicole Versluis.

WIJdezorg. (2011). *Strategisch vastgoedplan.* Zoeterwoude: WIJdezorg.

1. Babyboomgeneratie: demografische term, hierin wordt verwezen naar de geboortegolf die optrad na de tweede wereldoorlog 1940-1945 [↑](#footnote-ref-1)
2. MOVIT Medische zorg Optimalisatie Verzorgingshuizen Implementatie Traject [↑](#footnote-ref-2)
3. Secundaire preventie houdt in dat risicogroepen extra voorlichting krijgen om veelvoorkomende problemen te voorkomen. [↑](#footnote-ref-3)
4. Locatieafhankelijk: inzet in situaties van meer complexe zorg, bv verpleeghuiszorg [↑](#footnote-ref-4)
5. Locatieafhankelijk als een aparte functie gerealiseerd [↑](#footnote-ref-5)
6. Zie voetnoot 1 [↑](#footnote-ref-6)
7. De verpleegkundige wordt ingezet voor met name de bereikbare dienst (wettelijke verplichting). Het takenpakket van de verzorgende (niveau 3) behoort tot de werkzaamheden. [↑](#footnote-ref-7)