“Wat is uw zorgvraag?”

Christelijke Hogeschool Ede.
Opleiding verpleegkunde.
Meesterproef, 4 MST, 2011.

Opdrachtgever: R. d. Jong (zorgondernemer,
stichting Opella, locatie de Nudehof.
Docent begeleider: M. Visscher

Marlot van Westrenen, 070651
Saskia van de Steeg, 070330
Mariëlle Veenendaal, 080026

Woord vooraf

Met veel plezier en door hard gewerkt te hebben, ligt hier voor u het eindresultaat van ons onderzoek naar de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Dit vanuit een opdracht van stichting Opella locatie de Nudehof te Wageningen. Dit verslag bevat informatie die van belang is bij de zorgvraag van de oudere somatische cliënt.

Wij hebben ons vanaf januari 2011 tot en met juni 2011 bezig gehouden met dit onderzoek. Doel van het onderzoek is geweest om in kaart te brengen wat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt precies inhoudt. Om vervolgens vanuit deze resultaten aanbevelingen te schrijven voor verzorgingshuis Nudehof te Wageningen, gericht op verbetering in het omgaan met de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Deze aanbevelingen zijn bedoeld voor zowel het verzorgend personeel als het management van de Nudehof. Wij hopen dat deze aanbevelingen het beoogd resultaat behalen in de praktijk.

Allereerst gaat onze dank uit naar Robert de Jong, zorgondernemer van verzorgingshuis de Nudehof te Wageningen. Hij was bereid ons te helpen met het onderzoek. Zo nodig konden wij terugvallen op Robert tijdens het gehele onderzoek. Verder willen wij Carin Oosterman, zorgondernemer van somatisch verpleeghuis de Halderhof te Bennekom, bedanken voor de gastvrijheid in de Halderhof. Zij was bereid ons te helpen met de interviews in de Halderhof en heeft ons geadviseerd over geschikte respondenten voor de interviews. Beide hartelijk dank hiervoor.

Ook willen wij Marjet Visscher bedanken voor het begeleiden van het onderzoeksproject. Zij heeft ons het gehele project bijgestaan en gestimuleerd. Bedankt voor uw bijdrage.

Tot slot willen we alle geïnterviewde cliënten van de Nudehof en de Halderhof bedanken voor hun meewerking aan de interviews en hun bijdrage aan het onderzoek.

Vierdejaars HBO-V studenten,

Mariëlle Veenendaal
Saskia van de Steeg
Marlot van Westrenen

Samenvatting

Dit onderzoek is gedaan voor stichting Opella, locatie Nudehof te Wageningen. Het onderzoek is gericht op de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Een veelbesproken onderwerp in de maatschappij van nu. De vergrijzing is een feit en de levensverwachting neemt toe. Dit betekent dat er een toename zal zijn in chronische zieken en geriatrische zorgvragers met somatische aandoeningen. In dit onderzoek ligt de focus op de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Het onderzoek heeft als doel aanbevelingen te doen naar de praktijk hoe het verzorgend personeel, van stichting Opella locatie Nudehof, om kan gaan met deze zorgvraag.

In dit kwalitatieve onderzoek is literatuurstudie gedaan naar de zorgvraag van de oudere somatische cliënt, het verschil in verpleeghuis en verzorgingshuis, kwaliteitszorg en de rol van de (hbo) verpleegkundige bij het verlenen van zorg bij de oudere somatische cliënt. Verder zijn er semi gestructureerde interviews gehouden met tien cliënten van verzorgingshuis de Nudehof te Wageningen en tien cliënten van somatisch verpleeghuis de Halderhof te Bennekom om de zorgvraag van de oudere somatische cliënt in kaart te brengen.

De resultaten die gehaald zijn uit de semi gestructureerde interviews zijn verwerkt met behulp van een labelstructuur. Deze labelstructuur is voortgekomen uit de literatuurstudie, topiclijst en verkregen antwoorden van de cliënten. Er is gekozen voor de volgende vijf kernlabels: zorgvraag, aanleiding tot opname, kwaliteitszorg, bejegening en de rol van de verpleegkundige. De resultaten van de Nudehof en de Halderhof zijn hierin gescheiden om later te kunnen vergelijken. In de Nudehof is gebleken dat het merendeel van de clienten volledig hulp nodig heeft bij de ADL, als antwoord op de zorgvraag. Cliënten hebben wel moeite met het afhankelijk worden en niet meer kunnen uitvoeren van activiteiten waar voorheen ze veel plezier aan beleefden. De helft van de cliënten benoemde zich zelfstandig prima te kunnen vermaken. Een derde van de geïnterviewde cliënten van de Nudehof gaf aan opgenomen te zijn ten gevolge van een CVA. De helft gaf aan dat aanleiding van opname reuma of andere gewrichtsproblemen en een helft heeft benoemd gevallen te zijn, waardoor onveilige situaties ontstonden. Ruim de helft van de cliënten vertelde zich te “berusten in het lot” en een periode meegemaakt te hebben van wennen en aanpassen. Wat betreft kwaliteitszorg is gebleken dat de cliënten het moeilijk vonden om deze term te erkennen. Wel gaf ongeveer de helft aan dat verbeterpunten op het gebied liggen van bejegening van de cliënten. Kreten als “ik kom zo” en een gehaaste werkhouding van verzorgenden/verpleegkundigen wordt als heel vervelend ervaren. Het merendeel is tevreden over de zorg in de Nudehof en benoemden als verbetermogelijkheden: het zo min mogelijk inzetten van “onbekend” personeel zoals uitzendkrachten.

In de Halderhof is gebleken dat merendeel van de geïnterviewde cliënten geheel ADL afhankelijk is van de verzorging, als antwoord op de zorgvraag/hulpvraag. Ongeveer een derde van de cliënten gaf aan dat aanleiding van opname hart en vaatziekten is. Een cliënt is opgenomen door gevolg van epilepsie en een cliënt door reuma. Een derde van de geïnterviewde cliënten vertelde thuis gevallen te zijn en hetzelfde aantal vertelde mobiliteitsbeperkingen te hebben. De helft van de cliënten in de Halderhof benoemde zich te “berusten in het lot” en niet te hoge eisen te willen stellen aan de verzorging. De helft van de cliënten gaf aan dat hij of zij niet deelneemt aan activiteiten en twee cliënten hebben gezegd een zinvolle dagbesteding te missen en zich eenzaam te voelen. Ook

in de Halderhof wisten cliënten de term kwaliteitszorg niet te benoemen. Wat betreft de bejegening vertelden twee cliënten hier tevreden over te zijn en ruim de helft stoort zich aan de houding van jonge leerlingen, verzorgenden en stagiaires. Twee cliënten gaven aan dat ze als kind werden behandeld. Bij de helft van de cliënten in de Halderhof wordt de verpleegkundige herkend en als positief ervaren.

Vanuit de resultaten van de interviews en literatuurstudie zijn aanbevelingen geschreven voor de Nudehof die gebruikt kunnen worden in de praktijk of eventueel vervolgonderzoek. Deze aanbevelingen hebben betrekking op de onderwerpen die bij de literatuurstudie gebruikt zijn: zorgvraag, somatische zorgvraag, verpleeghuis vs. verzorginghuis en de rol van de hbo verpleegkundige. In de zorgvraag is het belangrijk dat er oog is voor de gehele cliënt. Zowel voor het somatisch als het psychosociaal functioneren van de oudere somatische cliënt en het algehele welzijnsgevoel. Het is belangrijk om te waken voor hospitalisatie en eenzaamheid van de cliënt. In de aanbeveling met betrekking tot het verschil van verpleeghuis en verzorginghuis staan de vervaagde grenzen tussen deze huizen centraal. Over de kwaliteit van zorg zijn de meeste cliënten tevreden. Onbekend verplegend personeel en leerlingen/stagiaires worden vaak als onprettig ervaren. Er is aanbevolen om voor dit personeel betere begeleiding te verzorgen en voor onbekende krachten betere inwerking. De aanbevelingen in de categorie rol van de hbo verpleegkundige is voornamelijk gericht op de bejegening van de oudere somatische cliënt. Cliënten voelen zich niet altijd even respectvol behandeld en vinden dat verpleegkundigen werkdruk overbrengen in de vorm van een gehaaste werkhouding. Hierbij is de aanbeveling om als verpleegkundige en/of verzorgende bewust te zijn van je eigen werkhouding. Zorg voor rust in de benadering naar de cliënt, beleefde houding en creëer ruimte voor een gesprek met de cliënt.

Deze aanbevelingen moeten er toe leiden dat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt beter wordt begrepen, zodat de zorg die verleend wordt bij deze cliënten zo goed mogelijk aansluit bij deze zorgvraag.

De zorgvraag van de oudere somatische client is een veelzijdige vraag, die vraagt om een veelzijdig antwoord.

Inhoudsopgave

Woord vooraf		2
Samenvatting		3
1. Inleiding		7
1.1	Aanleiding	8
1.2	Probleemstelling	8
1.3	Doelstelling	8
1.4	Centrale vraagstelling	8
1.5	Deelvragen	8
1.6	Begrippen	9
2. Methode		10
2.1	Typering onderzoek	10
2.2	Dataverzameling	10
2.3	Data-analyse	11
2.4	Rapportage	11
2.5	Betrouwbaarheid	12
2.6	Validiteit	12
2.7	Steekproef	12
3. Literatuurstudie		14
3.1	Zorgvraag van ouderen	15
	3.1.1Verpleegproblemen bij de oudere somatische cliënt	15
	3.1.2 De zorgvraag van de oudere somatische cliënt	17
	3.1.3Conclusie	18
3.2	Verzorgingshuis vs. verpleeghuis	19
	3.2.1 Definitie van verzorgingshuis en verpleeghuis	19
	3.2.2 Overheidsbeleid en wet & regelgeving	19
	3.2.3 Het verschil in verzorgingshuis en verpleeghuis	21
	3.2.4 Grenzen vervagen	21
	3.2.5 Conclusie	22
3.3	Kwaliteitszorg	23
	3.3.1 Eisen	23
	3.3.2 Veranderde eisen: kwaliteit en doelmatigheid	24
	3.3.3 Leidschendamafspraken	25
	3.3.4 De invloed van wetten	25
	3.3.5 De wet BIG	26
	3.3.6 Conclusie	26
3.4	Rol van de hbo verpleegkundige	27
	3.4.1 De rol van de verpleegkundige	27
	3.4.2 Vraaggerichte zorg	28
	3.4.3 De rol van de hbo verpleegkundige	29
	3.4.4 De meerwaarde van de hbo verpleegkundige	32
	3.4.5 Conclusie	33
4. Resultaten		34
4.1	Resultaten van de Nudehof	34
	4.1.1 Zorgvraag	35
	4.1.2 Aanleiding tot opname	37
	4.1.3 Kwaliteitszorg	39
	4.1.4 Bejegening	40

4.1.5 Rol van de verpleegkundige 41
4.2 Resultaten van de Halderhof 42
4.2.1 Zorgvraag 43
4.2.2 Aanleiding tot opname 44
4.2.3 Kwaliteitszorg 45
4.2.4 Bejegening 47
4.2.5 Rol van de verpleegkundige 48

5. Conclusie en aanbevelingen 49
5.1 De deelvragen 49
5.1.1 Deelvraag 1: *Wat houdt een somatische zorgvraag in?* 49
5.1.2 Deelvraag 2: *Wat is het verschil in zorgvraag in een verzorgingshuis en verpleeghuis van de oudere somatische cliënt?* 50
5.1.3 Deelvraag 3: *Hoe kan kwaliteitszorg verleend en gewaarborgd worden aan De oudere somatische cliënt?* 51
5.1.4 Deelvraag 4: *Wat is de rol van de hbo verpleegkundige bij aansluiting van De oudere somatische cliënt?* 51
5.2 De conclusies bij de centrale vraagstelling 52
5.3 Aanbevelingen 53

6. Discussie 56
6.1 Methode en proces 56
6.2 Resultaten 57

7. Visie 58

8. Literatuurlijst 60

9. Bijlagen 62
9.1 Bijlage: Zorgzwaartepakketten
9.2 Bijlage: Topiclijst
9.3: Bijlage: Competentiebeschrijvingen

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Dit onderzoek en tevens afstudeerproject (meesterproef) is gedaan voor stichting Opella, locatie de Nudehof te Wageningen. Het onderzoek staat in het kader van de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Een maatschappelijk relevant en veel besproken onderwerp. Idenburg & v. Schaik (2010) hebben onderzoek gedaan naar ontwikkelingen in de zorg. Hierin worden een aantal trends beschreven voor de komende 15 jaar. De cliënt wenst meer maatwerk; Oftewel "zorg op maat" passend bij de zorgvraag. De vergrijzing is een feit, de generatie babyboomers komt eraan. In 2025 zal het grootste deel van de bevolking bestaan uit senioren (60 tot 80 jaar). Het maximum ligt in 2040 wanneer 24% van de bevolking boven de 65 zal zijn. De levensverwachting neemt toe. Nu is de levensverwachting voor vrouwen 82,3 jaar en voor mannen 78,3 jaar. Naar verwachting neemt dit nog eens met zes jaar toe tot 2050. Met deze stijging in leeftijd neemt ook het aantal chronisch zieken toe (in 2020 lijdt 55% van de bevolking aan één of meerdere chronische ziekten). Hartfalen (40%), dementie (38%) en de gevolgen van een beroerte (37%) zullen de grootste problemen zijn. Diabetes, osteoporose en de gevolgen van overgewicht zullen ook aanzienlijk toenemen.

"Het ziektebeeld van de komende jaren wordt bepaald door de grote groep van vooral oudere mensen met een of meerdere chronische ziekten. Het zorgaanbod zal zich richten op deze zorgconsumenten en hun specifieke behoeften, die steeds meer te relateren zijn aan lichaamsgewicht en geestelijke gesteldheid"(Idenburg, & v. Schaik, 2010).

Deze veranderingen maken de toekomst van de gezondheidszorg zoals wij die kennen onzeker. Idenburg & v. Schaik (2010), beschrijven drie toekomstscenario's voor Nederland in 2025. In het eerste scenario blijft het sociale stelsel behouden. In het tweede scenario wordt er flink gesneden in de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en in het derde scenario zien we een maatschappelijk tweedeling ontstaan tussen arm en rijk: goede zorg is alleen nog te koop.

Stichting Opella (een zorgorganisatie met 11 locaties op de Veluwe) ziet deze ontwikkeling en onzekerheid niet als bedreiging maar als uitdaging, zo beschrijft K. Hazelaar, bestuurder van Opella, in het meerjaren ondernemingsplan (2009-2013). Een uitdaging om de cliënt centraal te stellen en producten en diensten te ontwikkelen die het meest aansluiten bij de vraag van de cliënt. De focus moet komen te liggen op het welbevinden en niet op de ziekte van de cliënt. In de visie van Opella staan autonomie, zelfstandigheid en luisteren naar de cliënt centraal.

Opella is gericht op groei en ontwikkeling en daarbij steeds actief opzoek naar de cliëntvraag;
"Wij nemen de vraag van de cliënt als uitgangspunt. Wij luisteren goed naar alle vragen van onze cliënten en richten antwoorden zo in dat deze voldoen aan de vraag. Het doel is om goed en dus serieus op de vraag van de cliënt in te kunnen gaan en hen erbij te betrekken om onze zorg, diensten en service te ontwikkelen. Uitgangspunt hierbij is de cliënt van vlees en bloed" (Hazelaar, 2009).

In aansluiting op deze ontwikkelingen heeft Opella regio zuid (Wageningen) in het ondernemingsplan (2010-2013) zich tot doel gesteld zich te ontwikkelen tot “Dé zorgaanbieder van ketenzorg in de regio.” Dit zal gebeuren aan de hand van zeven doelstellingen. Één van deze doelstellingen gaat over de mogelijkheid tot ontwikkeling van een verpleeghuisunit somatiek binnen verzorgingshuis de Nudehof. In de Nudehof is al een verschuiving in de zorgvraag merkbaar. Cliënten met zorgzwaarte pakket (ZZP) 1 en 2 worden niet meer opgenomen, cliënten met ZZP 3 en 6 komen steeds meer voor. Hierdoor neemt de zorgzwaarte toe en is er een verandering in de zorgvraag merkbaar. Het is nog niet geheel duidelijk wat deze zorgvraag precies inhoudt.

De focus in dit onderzoek is dan ook op de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Wat houdt deze zorgvraag precies in? Door middel van literatuurstudie en interviews met oudere somatische cliënten is hier onderzoek naar gedaan. Naar aanleiding daarvan zijn aanbevelingen geschreven als antwoord op de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. De cliënt staat immers centraal!

1.2 Probleemstelling

De Nudehof is een verzorgingshuis dat van herkomst gericht is op het leveren van laagcomplexe zorg. Door de huidige verschuiving van de zorgzwaarte worden er naar verwachting steeds meer cliënten opgenomen met een meer complexe (somatische) zorgvraag. Onduidelijk is wat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt in de praktijk precies inhoudt.

1.3 Doelstelling

Begin juni 2011 hebben wij door middel van onderzoek vanuit verpleegkundig perspectief aanbevelingen gedaan omtrent de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Deze aanbevelingen kunnen door de Nudehof gebruikt worden voor de ontwikkeling van een beter passend zorgaanbod voor de oudere somatische cliënt.

1.4 Centrale vraagstelling

Wat is de zorgvraag van de oudere somatische cliënt met zorgzwaartepakket (ZZP) 3 verzorging en verpleging (VV) of lichamelijk gehandicapt (LG) of ZZP 6 VV?

1.5 Deelvragen

1. Wat houdt een somatische zorgvraag in?

2. Wat is het verschil in zorgvraag in een verzorgingshuis en in een verpleeghuis van de oudere somatische cliënt?

3. Hoe kan kwaliteit van zorg verleend en gewaarborgd worden bij de zorgverlening aan de oudere somatische cliënt?

4. Wat is de rol van de hbo verpleegkundige bij aansluiting op de zorgvraag van de oudere somatische cliënt?

1.6 Begrippen

Verzorgingshuis	Zorginstelling; van oudsher ingericht voor de opvang en zorgverlening aan oudere zorgvragers met een laagcomplexe zorgvraag.
Verpleeghuis	Zorginstelling; van oudsher ingericht voor de opvang en zorgverlening aan (oudere) zorgvragers met een hoogcomplexe somatische dan wel psychogeriatrische zorgvraag.
Verpleeghuisunit	Afdeling binnen een zorginstelling die verpleeghuiszorg aanbiedt (zorginstelling is hier van herkomst niet op ingericht).
Laagcomplex	Een zorgvraag die thuis en in een verzorginghuis te behandelen is (ZZP 1, 2 en 3) zonder regelmatige tussenkomst van andere disciplines.
Hoogcomplex	Een zorgvraag gekenmerkt door veelal multipathologie, die niet meer thuis te behandelen valt en vraagt om de betrokkenheid van verschillende disciplines en deskundigheidsniveaus.
ZZP	Zorgzwaartepakket; de geïndiceerde zorg (door het centrum indicatiestelling zorg (CIZ)) die een cliënt mag ontvangen wordt omschreven en gewogen in een zorgzwaartepakket (variërend in grondslag en oplopend van 1 t/m 10).

2. Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is vormgegeven. Benoemd wordt het type onderzoek, de dataverzamelingsmethode, de data-analyse en de rapportage. Vervolgens komen de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek aan de orde. Tot slot wordt de steekproef weergegeven.

2.1 Typering onderzoek

Het onderzoek is tweeledig van aard. Het gaat deels om deskresearch, in de vorm van literatuurstudie. Het andere deel van het onderzoek zal bestaan uit semi gestructureerde interviews, dit is kwalitatief van aard. Vanuit de vraagstelling is de keuze voor kwalitatief onderzoek tot stand gekomen, omdat met het onderzoeken van de zorgvraag van de oudere somatische cliënt de vraag van de cliënt centraal staat. Beide onderdelen van het onderzoek dragen bij om antwoord te geven op de centrale vraagstelling en deelvragen.

Typerend voor kwalitatief onderzoek is dat het gaat om de ervaringen, belevingen of opvattingen van mensen, uitgedrukt in woorden (Hunink, 2000). In de interviews zal er aandacht besteed worden aan de ervaringen, belevingen en opvattingen van de oudere somatische cliënt om de zorgvraag van de cliënt zo volledig mogelijk in beeld te brengen.

2.2 Dataverzameling

De dataverzamelingmethode zal bestaan uit twee onderdelen: deskresearch en semi gestructureerde interviews.

Deskresearch: In dit onderdeel is literatuurstudie uitgevoerd. In de literatuurstudie is er gezocht naar de betekenis en inhoud van de zorgvraag van de oudere somatische cliënt en het verschil in deze zorgvraag in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Ook is er aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg voor de oudere somatische cliënt. Daarbij wordt gekeken naar de rol van de hbo verpleegkundige bij het verlenen van zorg aan de oudere somatische cliënt. Kortom het literatuuronderzoek in het onderdeel deskresearch is bedoeld om de zorgvraag van de oudere somatische cliënt zo volledig mogelijk in beeld te krijgen en te kijken wat de verpleegkundige hierin kan betekenen.

Semi gestructureerde interviews: Er zijn twee groepen oudere cliënten geïnterviewd met behulp van semi gestructureerde interviews. De eerste groep bestond uit tien oudere somatische cliënten van de Nudehof. De tweede bestond uit tien oudere somatische cliënten van verpleeghuis de Halderhof te Bennekom.

In dit onderzoek is gekozen voor het houden van semi gestructureerde interviews. Een semi gestructureerd interview is van toepassing wanneer er gevraagd wordt naar ervaringen en motieven van respondenten. Gevoelige onderwerpen worden aangesneden en de beleving van de respondenten staat centraal (Billiet, 2005).

Bij een semi gestructureerd interview liggen de onderwerpen vast, maar het doorvragen niet. Van te voren is er nagedacht welke onderwerpen aanbod komen. Er is vrijheid om van de vraagvolgorde of -formulering af te wijken als dat beter uitkomt (Baarda, de Goede e.a. 2005). In deze vorm van open interview wordt er gewerkt met een zogenaamde topiclijst. Vanuit elk topic wordt een open vraag gesteld die geen mogelijke antwoord categorieën

of richting bevat (Billiet, Waege, 2005). Van de interviewer wordt daarom een actieve luisterhouding verwacht, zodat deze kan doorvragen en aansluiten bij wat de respondent heeft geantwoord. Door middel van door te vragen wordt er vastgehouden aan het onderwerp, en wordt de respondent uitgenodigd tot nadere verdieping of verheldering, zodat er tot de kern van de beleving wordt gekomen (Evers, 2007).

Om de subjectiviteit te beperken bij een semi gestructureerd interview, wordt het gesprek opgenomen en een topiclijst aangehouden (Verhoeven, 2008). De topiclijst is samengesteld naar aanleiding van de literatuurstudie.

Door middel van semi gestructureerde interviews wordt er bij de oudere somatische cliënten gevraagd, aan de hand van de topiclijst, wat hun zorgvraag precies inhoudt. Om interpretaties te beperken zal er veel doorgevraagd worden zodat de cliënt zelf met eigen woorden de zorgvraag kan benoemen.

2.3 Data-analyse

De interviews zijn opgenomen. Daarnaast zijn er aantekeningen gemaakt tijdens de interviews, waar plek was om non-verbale communicatie en emoties te vermelden. Dit om samen met de opnames een volledig mogelijk beeld te krijgen van het interview. De interviews werden vervolgens verdeeld in verschillende labels (onderwerpen) om deze te kunnen analyseren. Om de intersubjectiviteit te verkleinen zijn de analyses nagekeken door een tweede onderzoeker. De analyse werd zo nodig gecorrigeerd of aangevuld. Na de analyses is de vraagstelling beantwoord.

Data verzamelen en data-analyseren hebben elkaar afgewisseld. Als er gegevens zijn, worden deze geanalyseerd en vervolgens zal er, mede op basis van de analyseresultaten, de volgende data verzameling ronde worden ingezet. Die data worden weer geanalyseerd, vervolgens worden er weer data verzameld etcetera. Op het verzamelen van gegevens ligt in de beginfase van het onderzoek de nadruk. In de eindfase ligt de nadruk op het analyseren van gegevens. (Baarda, De Goede e.a. 2005)

2.4 Rapportage

Een kwaliteitseis van wetenschappelijk onderzoek is de verantwoordingsplicht van de onderzoeker. Door te beschrijven op welke wijze het onderzoek is opgezet en uitgevoerd, is het voor anderen inzichtelijk hoe er aan de gegevens is gekomen (Hunink, 2000).

Er is een onderzoeksontwerp geschreven. Het uitschrijven van het onderzoeksrapport is gedaan aan de hand van een opgestelde inhoudsopgave. Dit geeft structuur en overzicht voor het schrijven van het onderzoeksrapport (Baarda, De Goede e.a. 2005).

2.5 Betrouwbaarheid

“Onder betrouwbaarheid van onderzoek wordt verstaan, de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten”(Verhoeven, 2008).

Betrouwbaarheid van een semi gestructureerd interview berust niet op objectiviteit. De uitkomsten van elk interview is een persoonlijk verhaal en dus subjectief. Het verhaal van de respondenten is steeds een product van een interpretatie (Billiet, 2005). Om de subjectiviteit te beperken bij een semi gestructureerd interview is in dit onderzoek het gesprek opgenomen en een onderwerplijst aangehouden (Verhoeven, 2008). Daarbij zijn de interviews uitgeschreven, om samen met de opnames als dataverzameling te fungeren.

Om de betrouwbaarheid te vergroten is er gebruik gemaakt van de “peer evaluation” methode. Dit wil zeggen dat collega-onderzoekers elkaar feedback gaven over de onderzoeksopzet, dataverzameling en analyses (Plochg, 2007).

2.6 Validiteit

Bij validiteit gaat het om de afwezigheid van systematische fouten. Dit zijn fouten als resultaat van een meting, die afwijken van de werkelijkheid. Het gaat er dus eigenlijk om, meet ik wat ik weten wil of is de weergave vertekend door verstorende factoren? (Verhoeven, 2008).

Om de validiteit van het onderzoek te vergroten zijn de interviews en gesprekken opgenomen en uigeschreven. Ook is er in de samenwerking gebruik gemaakt van de “peer evaluation”. Dit vergroot tevens de betrouwbaarheid van het onderzoek.

In het onderzoek is er gebruik gemaakt van een semi gestructureerd interview. Dit is een open interview met behulp van een topiclijst, waar alle ruimte voor eigen inbreng van de respondent is. Om de interviews zo valide mogelijk te maken, hebben de onderzoekers zoveel mogelijk doorgevraagd om het achterliggende antwoord te verkrijgen. Zo werden sociaal wenselijke antwoorden en interpretaties van de onderzoeker zoveel mogelijk vermeden.

2.7 Steekproef

De steekproef voor de semi gestructureerde interviews bestond uit tien cliënten binnen de Nudehof op een populatie van 93 cliënten. Het betrof oudere somatische cliënten die momenteel in aanmerking komen voor verpleeghuiszorg. In deze populatie zijn dat cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) 6 verzorging en verpleging(VV), ZZP 3 VV en een lichamelijk gehandicapt(LG) grondslag. Aangezien de Nudehof nog een beperkt cliëntbestand heeft van oudere somatische cliënten die in aanmerking komen voor verpleeghuiszorg, werden ook oudere somatische cliënten betrokken met een midden complexe zorgvraag (ZZP 3 VV).

De cliënten werden benaderd in overleg met de evv (eerste verantwoordelijk verzorgende) die goed op de hoogte is van de zorg van de cliënt. De populatie van de Nudehof is gevarieerd.

Er wonen ook een aanzienlijk aantal cliënten met een PG (psychogeriatrische) grondslag binnen de Nudehof, en een aanzienlijk aantal cliënten met een laag complexe zorgvraag (ZZP 1 en 2). De laatste twee groepen cliënten kwamen niet in aanmerking voor de interviews omdat zij niet tot de doelgroep van verpleeghuiszorg behoren. Een steekproef van tien cliënten is naar verwachting voldoende om een goed beeld te krijgen van de zorgvraag en de beleving hier omtrent van de oudere somatische cliënt met een meer complexe zorgvraag binnen de Nudehof. Een steekproef bij tien cliënten op een populatie van ongeveer 20 cliënten die aan de inclusiecriteria voldoen is voldoende representatief.

De steekproef van de semi gestructureerde interviews in de Halderhof te Bennekom, een somatisch verpleeghuis van stichting Opella, bestaat eveneens uit tien cliënten op een populatie van ongeveer 75 cliënten (in totaal binnen de Halderhof). Op de afdeling waar de interviews afgenomen worden (waar alleen langdurige zorg geboden wordt) verblijven 24 cliënten. Dit zijn oudere somatische cliënten met een complexe zorgvraag. Het gaat hier om cliënten met een ZZP 6 VV. Deze cliënten zijn benaderd in overleg met de evv of met de teamcoach, daar zij goed op de hoogte zijn van de zorg voor de cliënt. Opnieuw is gekozen voor een steekproef van tien cliënten. Op een populatie van 24 cliënten geeft dit een representatief beeld en is er sprake van verzadiging.

3. Literatuurstudie

In de literatuurstudie wordt er deels antwoord gegeven op de centrale vraag en de deelvragen van het onderzoek. De resultaten van de interviews zullen ook een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de vragen.

In de literatuurstudie is in het eerste hoofdstuk te lezen wat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt inhoudt. Er wordt aandacht besteed aan zowel de inhoud van deze zorgvraag als de problemen waarmee de oudere somatische cliënt geconfronteerd wordt. In het tweede hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het verschil in zorgvraag van de oudere somatische cliënt in een verzorgingshuis en een verpleeghuis. Er wordt gekeken naar wat precies het verschil is tussen een verpleeghuis en verzorgingshuis is en/of er ook verschil is in de zorgvraag van de geïndiceerde oudere cliënten die daar verblijven.

In de ouderenzorg wordt er steeds meer gestreefd naar verantwoorde zorg. Dat wil zeggen dat ernaar gewerkt wordt om goede zorg te verlenen aan de oudere zorgvrager, waardoor de kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat kwaliteitszorg inhoudt en hoe de overheid de wetgeving inricht om de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Tot slot wordt aandacht besteed aan de rol van de hbo verpleegkundige. In dit hoofdstuk wordt toegelicht wat de rol van de hbo verpleegkundige is bij het verlenen van zorg bij de oudere somatische cliënt. Er is ook aandacht voor de verschillende beroepsrollen van de hbo verpleegkundige en de manier waarop zij deze in kan zetten.

3.1 Zorgvraag van ouderen

De laatste tijd is er een grote toename geweest onder de ouderen, 65-plussers, in Nederland. In 2005 bestond 14 % van de Nederlandse bevolking uit 65-plussers. Men verwacht dat dit in 2020 19 % van de bevolking betreft. Met de vergrijzing ontstaat ook een stijging in het aantal chronisch zieken. Momenteel lijdt een kwart van de Nederlandse bevolking aan een chronische ziekte (ongeveer 4,5 miljoen mensen). Onder de 65 plussers lijdt ongeveer de helft aan één of meerdere chronische ziekten, veelal is er sprake van multipathologie (Brown, 2010).Om deze reden ligt de nadruk van de overheid op het beleid betreffende ouderenzorg. Het is belangrijk dat de oudere “zorg op maat” kan krijgen. Voor “zorg op maat” is het belangrijk te weten waar de zorgbehoeften van de ouderen liggen en wat daarbij de zorgvraag is. Wat vindt de oudere somatische cliënt zelf belangrijk in de zorg?

In dit hoofdstuk zal aan het begin de veelvoorkomende verpleegproblemen van de oudere somatische cliënt besproken worden, aansluitend wordt besproken wat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt precies inhoudt.

3.1.1 Verpleegproblemen van de oudere somatische cliënt

“Oud” is een ruim begrip. De vraag die hierbij gesteld kan worden is wanneer iemand oud is. Over het algemeen spreken we van een oudere wanneer iemand de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt. Er is een groot verschil in de vitale net gepensioneerde oudere van 65 en de verpleeghuis bewoner met multimorbiditeit van 80 jaar (Brown 2010). De geriatrische patiënt of de oudere somatische cliënt kent de volgende kenmerken (Lagaay 2007). Er is sprake van een verwevenheid in problematiek op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied, de gebieden beïnvloeden elkaar en zorgen veelal voor een beperking in de zelfredzaamheid en een verminderd gevoel van welbevinden. Vaak heeft de patiënt meerdere ziektebeelden (multipathologie). Deze beelden hebben invloed op elkaar. Vaak leveren alle op zich zelfstaande symptomen en beperkingen bij elkaar een complex beeld op met moeilijk definieerbare klachten. Multidisciplinaire werken is zeer belangrijk. Bij de geriatrische cliënt komt polyfarmacie regelmatig voor. Dit wil zeggen dat de patiënt meerdere geneesmiddelen naast elkaar gebruikt. Hiervan zijn meerdere definities. De gezondheidsraad (2008)geeft de volgende definitie: *“Het gelijktijdig gebruik van drie of meer geneesmiddelen die bedoeld zijn voor langdurig gebruik, ongeacht of dit gebruik terecht is of niet.”* De oudere heeft meer kans op nadelige bijwerkingen van bepaalde medicatie. Zo kunnen bijvoorbeeld benzodiazepines leiden tot valgevaar. Door de verminderde werking van bepaalde orgaangroepen bestaat er meer risico op intoxicatie, ook zijn er interacties tussen bepaalde soorten medicatie die nadelige gevolgen kunnen hebben. De geriatrische cliënt kent vaak een atypische presentatie van de klachten. Incontinentie of een delier kunnen bijvoorbeeld wijzen op een urineweginfectie. De groep oudere somatische cliënt is niet onder een noemer te vatten. Wel is duidelijk dat er veelal sprake is van een complexe en veelzijdige zorgvraag.

Hieronder worden een aantal (veelvoorkomende) verpleegproblemen onder de oudere somatische cliënt besproken. Deze verpleegproblemen zijn opgedeeld in een groep functionele beperkingen en psychische problemen. Per verpleegprobleem wordt uitgelegd hoe je als zorgverlener hiermee om kan gaan.

Functionele beperkingen.

Bij de oudere somatische cliënt is er regelmatig sprake van functionele beperkingen. Habets (2007) beschrijft de volgende meest voorkomende functionele beperkingen. Dit zijn beperkingen die zonder een juiste benadering van grote invloed kunnen zijn op het gevoel van welbevinden van de cliënt.

Vallen; 30% van de ouderen valt tenminste één keer per jaar. 6% van deze valpartijen leidt tot botbreuken. Het vallen kan door verschillende redenen veroorzaakt worden, van een lichamelijke beperking, verkeerd schoeisel, onwel worden, tot het naast de stoel gaan zitten. Vallen kan verstrekkende gevolgen hebben voor de patiënt, niet alleen op lichamelijk gebied. De cliënt kan zich ook niet veilig meer voel en angst hebben om zich alleen te verplaatsen. In de interventies om valpartijen te voorkomen is het goed om zowel te kijken naar de intrinsieke factoren als de extrinsieke (omgevings)factoren.

Incontinentie; incontinentie is een groot probleem, de volgende definitie wordt gebruikt: *“Het ongewild verlies van urine en of ontlasting, dat objectief aantoonbaar is en dat leidt tot hygiënische of sociale problemen”(*International continence society, 1976). Incontinentie is vaak een verborgen probleem, wat gepaard gaat met schaamte en sociale problemen, mede hierdoor wordt de diagnose vaak laat gesteld (Brown, 2010). Het is van belang om het type incontinentie vast te stellen om ook de meest passende interventie in te kunnen zetten; er kan sprake zijn van aandrang of urge incontinentie, inspanning of stress incontinentie, overloop incontinentie, functionele incontinentie, reflex of fecale incontinentie. De verzorgende of verpleegkundige kan gebruik maken van bepaalde anamnese vragen of de cliënt een blaasdagboek bij laten houden wat een beter beeld geeft van het probleem.

Obstipatie; Carpenito (2008) geeft de volgende definitie voor obstipatie: *“Ophoping van feces in de dikke darm die een infrequente defecatie en harde, droge ontlasting tot gevolg heeft.”* Brown (2010) adviseert het gebruik van de stoelgangtypologie van de universiteit van Bristol in combinatie met het bijhouden van een dagboek (stoelgang en voedingspatroon) om het probleem en de juiste interventie vast te kunnen stellen.

Immobiliteit met alle gevolgen van dien, het mobiliseren van ouderen is zeer belangrijk (Habets, 2007).

Zintuigbeperkingen; onlosmakelijk verbonden met de ouderdom. Daardoor niet minder belangrijk. Slechthorendheid leidt tot een probleem in de communicatie, het is allereerst van belang om de juiste diagnose en oorzaak vast te stellen. Slechtziendheid, dit kan samenhangen met een verminderde beeldvorming (voorkant oog) of waarneming (achterkant oog).

Psychische problemen

Door de vergrijzing is ook een toename merkbaar in de psychische problematiek. Verzorgenden en verpleegkundigen hebben hier een signalerende en begeleidende rol in. Vaak wordt de problematiek niet op tijd herkend.

Delirium; Het delirium wordt vaak niet herkend door verpleegkundigen/verzorgenden (in 33 tot 66% van de gevallen). Ouderen met dementie hebben een verhoogd risico tot het krijgen van een delirium. Gezien de

verwarring van de beide beelden wordt bij dementie het delirium zelfs in 88% van de gevallen niet herkend. Ook wordt een delirium snel verward met een depressie of een psychose (Gelderen, 2003).

Angststoornissen; Angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornis onder ouderen, volgens Nevid e.a. (2008). Bij 1 op de 10 volwassenen boven de 55 is geconstateerd dat ze aan een angststoornis lijden.

Depressie; Ongeveer 15% van de bevolking lijdt op enig moment aan een depressie (Nevid e.a. 2008). Ook depressies worden vaak niet tijdig herkend, de oudere wordt gezien als somber, eenzaam, dement, in de rouw of als klager.

De mate van functionele beperkingen en/of psychische problemen is voor iedere somatische cliënt anders. Wel zal de zorgvraag van de oudere somatische cliënt afgestemd zijn op de problematiek die hij of zij ervaart.

3.1.2 De zorgvraag van de oudere somatische cliënt

Om te bepalen wat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt is, is het belangrijk om duidelijk voor ogen te hebben over wat een zorgvraag precies inhoudt. De nationale raad van de gezondheidszorg geeft als definitie: *“Door de cliënt zelf of door zijn omgeving geuite zorgbehoefte”*(www.rvz.net).

Kenmerkend voor geriatrische cliënten of oudere cliënten is de hoge leeftijd en het feit dat ze vaak meerdere aandoeningen hebben die elkaar beïnvloeden. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden in somatische, psychiatrische en psychogeriatrische aandoeningen.

Op somatisch gebied, bij de oudere somatische cliënt, gaat het om chronische aandoeningen, waardoor een aantal kenmerken die gelden voor de zorgcategorie chronisch zieken ook van toepassing zijn (Pool e.a., 2001). De zorgvraag van de oudere somatische cliënt zal vaak te maken hebben met de chronische (somatische) ziekten waaraan hij of zij lijdt. In de zorgvraag van de oudere somatische cliënt is veel diversiteit. Dit komt omdat iedere cliënt anders is en anders met zijn of haar problematiek omgaat.

De oudere somatische cliënt heeft veel te maken met chronische somatische aandoeningen. Dit is de reden waarom er in deze zorgcategorie ook veel chronisch zieken bevinden. In het boek ‘*Oog op de toekomst’* (Pool e.a., 2001) wordt de volgende definitie gegeven aan chronische zieken: *“Chronische zieken zijn mensen met één of meerdere lichamelijke aandoeningen, waarmee zij hoogstwaarschijnlijk de rest van hun leven mee te maken hebben. Hun klachten zijn ten dele wel te verlichten, te verminderen of anderszins te behandelen, maar de ziekte zelf is meestal niet te genezen.”*

De Noord-Amerikaanse commissie van chronisch ziekten definieert een chronische ziekte als volgt: *“Alle gebreken en afwijkingen van het normale die één of meer van de volgende kenmerken hebben: ze zijn permanent, leiden tot blijvende invaliditeit, worden veroorzaakt door onomkeerbare pathologische veranderingen, vragen speciale training van de patiënt, gericht op revalidatie, en vereisen naar verwachting langdurige controle, observatie en zorg.”* (Adriaansen, 2002).

Ondanks dat alle oudere somatische cliënten andere aandoeningen hebben, is er een algemene zorgvraag te definiëren. De oudere somatische cliënt heeft behoefte aan informatie in elke fase van zijn of haar leven en

eventueel ziekteverloop. Deze informatie gaat vooral over de klachten die de cliënt heeft van zijn of haar ziekte, over de behandeling die hij of zij ondergaat en de regelingen waarop zij beroep kunnen doen om het leven aangenamer te maken. Daarnaast heeft de oudere somatische cliënt behoefte aan praktische en emotionele ondersteuning, om te kunnen omgaan met lichamelijke en mentale beperkingen die gepaard gaan met de aandoening. Een oudere somatische cliënt heeft meestal ondersteuning nodig bij het herstellen en herzien van zijn of haar zelfbeeld, psychosociale begeleiding is daarom ook nodig. Een veelvoorkomend probleem bij oudere somatische cliënten is dat zij in een sociaal isolement komen. Begeleiding bij het bijhouden van sociale contacten is daarom ook gewenst. Verder zitten oudere somatische cliënten vaak met vragen over bijvoorbeeld de dagindeling, inrichting van woonomgeving, gevolgen voor gezinsleven, werk en vrije tijdsbesteding. (Pool e.a., 2001)

Sinds de jaren tachtig van de twintigste eeuw bepaalt de burger in toenemende mate zelf de inrichting van haar of zijn levens-, woon- en recreatievormen. De eigen zorgvraag hangt steeds meer af van de persoonlijke opvattingen over zorg. “Zorg op maat” of“laaggestuurde zorg” zijn daarop een antwoord. Om“zorg op maat” te kunnen leveren wordt gevraagd om aan te sluiten op de zorgvraag van de oudere somatische cliënt, vraaggerichte zorg. Wat het precies inhoud en hoe de verpleegkundige daar het beste bij kan aansluiten, wordt in hoofdstuk rol van de hbo verpleegkundige beschreven.

3.1.3 Conclusie

In de aanleiding wordt gesproken over de toekomst van de ouderenzorg. De vergrijzing zal toenemen en met deze leeftijdsverhoging zal het aantal chronisch zieken en ouderen met somatische problemen ook toenemen. Dit betekent dat er een verschuiving van de zorg optreedt en dat ook dat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt zal veranderen. Samengevat wordt er in dit hoofdstuk gezegd dat de oudere somatische cliënt steeds meer te maken zal hebben met *multipathologie*.Dat heeft tot gevolg dat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt steeds meer gevormd zal worden door verschillende somatische klachten, behorende bij de (verschillende) veelal chronische ziekte(n) die de oudere somatische cliënt ondervindt. Bij ouderen is het kenmerkend dat klachten vaak atypisch overkomen en daarom moeilijk te signaleren zijn. Somatische klachten kunnen op psychosociaal gebied tot uiting komen en omgekeerd. Dit betekent dat de zorgvraag van de oudere somatische cliënt niet alleen gericht is op die somatische klachten, maar dat psychosociale begeleiding ook nodig is. De focus ligt dus niet alleen om de somatische problematiek, maar ook op de geestelijke gezondheid van de oudere somatische cliënt.

Naast de somatische vraag en eventueel psychosociale vraag kan de oudere somatische cliënt ook te maken hebben met verschillende functionele beperkingen. Ook deze beperkingen kunnen leiden tot een zorgvraag. Belangrijk is dat er geluisterd wordt naar de zorgbehoeften van de oudere somatische cliënt, die voornamelijk bepalend zijn voor de zorgvraag. Hierop aansluitend kan een passend zorgaanbod ontwikkeld worden. Deze zorg wordt “zorg op maat” genoemd ofwel “vraaggerichte zorg”.

In het volgend hoofdstuk worden de instellingen belicht waar de oudere somatische cliënten verblijven, het verzorgingshuis en verpleeghuis. Ook is er aandacht voor overheidsbeleid en wet- en regelgeving op dit gebied. Waar kan de oudere somatische cliënt terecht met zijn of haar zorgvraag? Wat is het verschil in de instellingen?

3.2 Verzorgingshuis vs. Verpleeghuis

In Nederland zijn verschillende instellingen waar oudere cliënten kunnen verblijven en zorg kunnen ontvangen. Het gaat om verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Wat is het verschil in deze instellingen? Welke instelling past het beste bij de zorgvraag van de oudere somatische cliënt?

In dit hoofdstuk wordt op de voorgaande vragen ingegaan. Om deze vragen te beantwoorden is er eerst een definitie gegeven van een verzorgingshuis en verpleeghuis. Vervolgens komt wet- en regelgeving en overheidsbeleid aan bod. Dit verklaart al grotendeels het verschil in cliënten (en zorgvraag) die opgenomen worden in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Tot slot is er aandacht voor de verschuiving in de zorgvraag en het zorgaanbod, grenzen vervagen, transmuralisering en multidisciplinaire integratie zijn steeds meer een feit.

3.2.1 Definitie van het verzorgingshuis en verpleeghuis

De definitie die door de Rijksoverheid wordt gebruikt voor een verzorgingshuis is: “*U kunt in het verzorgingshuis wonen en hulp krijgen bij het wassen, naar bed gaan, aankleden en eten. Een verzorgingshuis kan u voor intensieve zorg of zware medische behandelingen naar een verpleeghuis verwijzen”.* (Rijksoverheid, 2011).

Het verpleeghuis wordt gedefinieerd als: *“Een verpleeghuis is een instelling voor mensen die verzorging, verpleging of revalidatie nodig hebben die zij thuis of in het verzorgingshuis niet (voldoende) kunnen krijgen.”* (Schippers 2007).

Ook bestaat de mogelijkheid om de expertise van het verpleeghuis in te zetten in een andere setting zoals het verzorgingshuis of thuis. De behandelaars van het verpleeghuis zijn dan eindverantwoordelijk (Rijksoverheid, 2011). Hier beginnen de grenzen te vervagen. Welk overheidsbeleid ligt hieraan ten grondslag? Welke wet- en regelgeving? Waar kan de oudere somatische cliënt terecht met zijn of haar zorgvraag? Is bovenstaande definitie van het verzorgingshuis nog terecht?

3.2.2 Overheidsbeleid en wet en regelgeving

In de ouderenzorg zijn er meerdere wetten actief. Hieronder is een beschrijving gegeven van twee wetten: de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). De WMO richt zich voornamelijk op ondersteuning in de autonomie van de cliënt thuis, verstrekking van hulpmiddelen en huishoudelijke zorg. De AWBZ daarentegen houdt zich bezig met de vergoeding van bijzondere ziektekosten die buiten de zorgverzekeringswet (ZVW) vallen. Het bekostigen van verblijf in een instelling (op basis van een indicatie) is daar een voorbeeld van.

Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).

Na de tweede wereldoorlog is het ouderenbeleid ontwikkeld. Deze is gebaseerd op soevereiniteit en solidariteit (Lange, 2009). Vanaf 1970 is de overheid bezig met een beleid wat zoveel mogelijk gericht is op de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de ouderen. Zorgvoorzieningen zouden aanvullend aanwezig moeten zijn. Vanaf 1990 komt daar de participatie aan de maatschappij bij; ouderen zijn soevereine en volwaardige burgers ook als op enig moment belangrijke hulpbronnen voor een zelfstandig bestaan wegvallen (monitor ouderenbeleid 2008). Wanneer het niet meer lukt, komt solidariteit om de hoek kijken.

Solidariteit moet niet gezien worden als een eenzijdige hulpbron van bovenaf maar meer als een wederkerigheid, dienstverlening vanuit de samenleving. Dit is een ommekeer met vroeger; de oudere werd opgenomen in een bejaardenhuis en geacht om zich terug te trekken uit de samenleving.

De oudere wordt nu gezien als burger en niet meer als arme of zieke. De WMO, ingevoerd op 1 januari 2007, heeft tot doel dat alle burgers kunnen deelnemen aan de maatschappij en waarnodig in eerste instantie hulp ontvangen vanuit het eigen sociale netwerk en steun via hun gemeente.

Wat een gevaar is vanuit deze visie en het doel van de WMO is dat hulp en zorg van kinderen en mantelzorgers een verplichting wordt. In de huidige maatschappij past dit beeld niet, geen zorg kunnen geven is niet egoïstisch, geen warmte een aandacht geven wel (Kamp, 2009).

De inzet van het WMO (gemeente)loket heeft tot doel de cliënt persoonlijk te adviseren en breed te ondersteunen. Deze staat ter discussie. In de praktijk zien we dat het WMO loket zich nog voornamelijk richt op het verstrekken van de voorheen door de wet voorzieningen gehandicapten (WVG) hulpmiddelen, huishoudelijke hulp en uiteindelijk een aanvraag bij het centrum indicatiestelling zorg (CIZ). De maatschappelijke steun ter bevordering van de zelfredzaamheid en participatie wordt gemist (Bergen, 2009).

Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)

Het ministerie van volksgezondheid welzijn en sport (VWS) is verantwoordelijk voor het beleid rond de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Op de website van de rijksoverheid (2011) is daarover het volgende beschreven: de AWBZ vergoedt de medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen, en die zelf bijna niet te betalen zijn. Om AWBZ zorg te ontvangen is een indicatie nodig. Vanaf 2009 ontvangen alleen de meest kwetsbare mensen een AWBZ indicatie. Deze indicatie wordt aangevraagd bij het CIZ, dit is een onafhankelijke instelling. Wanneer een cliënt een beschermende woonomgeving nodig heeft wordt er een indicatie afgegeven voor zorg met verblijf. Op dit moment zijn dat 260.000 mensen in Nederland (Nederlandse zorgautoriteit, NZA, 2011). Ons zorgstelsel is verdeeld in verschillende sectoren, één daarvan is de verpleging en verzorging (V&V); in deze sector komen we voornamelijk ouderen en chronisch zieken tegen. In de V&V sector zijn verschillende mogelijkheden, thuiszorg (zorg zonder verblijf, het volledig pakket thuis (VPT) is hier een nieuwe mogelijkheid in), verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg en het steeds meer opkomende kleinschalig wonen (college van zorgverzekeringen, CVZ, 2011).

Vanaf 1 januari 2010 gaat de bekostiging van de zorg op basis van zorgzwaarte pakketen (ZZP). Het zorgzwaarte pakket wordt bepaald naar aanleiding van de zorgvraag en de (medische) voorgeschiedenis van de cliënt. Het CIZ geeft een indicatie af voor het meest passende pakket. In het pakket staat het cliëntprofiel, met de daarbij passende zorgbehoefte beschreven, ook het aantal geïndiceerde uren zorg staat hierin; het gaat hierbij om een gemiddelde van tijd. De zorgaanbieder maakt afspraken over de invulling en levering van de zorg, dit wordt vastgelegd in het zorg(leef)plan. Deze moet minimaal eenmaal per jaar geëvalueerd en bijgesteld worden met de cliënt (wettelijk verplicht).

In het zorgplan van de cliënt zijn gemaakte afspraken vastgelegd. Het gaat om doelstellingen, wensen en contactgegevens. Er zijn tien zorgzwaarte pakketen, oplopend in zorgzwaarte en tijd (volledige beschrijving van de ZZP’s in de bijlage). Waar komt de cliënt met de ZZP indicatie met verblijf terecht, in het verzorgingshuis of verpleeghuis?

3.2.3 Het verschil in verzorgingshuis en verpleeghuis

Het verschil in verzorgingshuis en verpleeghuiszorg heeft te maken met de toekenning (Nederlandse zorgautoriteit, 2009). De instelling moet erkenning hebben om productieafspraken te kunnen maken voor het leveren van de functie verblijf met behandeling. De toelating wordt beschreven in de wet toelating zorginstellingen (WTZI). Verpleeghuizen hebben deze erkenning van oudsher l, verzorgingshuizen daarentegen niet. Wanneer een verzorgingshuis, in de huidige vorm, een aantal cliënten heeft die eigenlijk in aanmerking komen voor verblijf met behandeling, worden dit toelatingsvreemde ZZP’s genoemd. Het zorgaanbod sluit niet goed aan bij de zorgvraag. Het verpleeghuis krijgt een hoger tarief uitgekeerd voor de geleverde zorg. In het verpleeghuis ontvangt de cliënt medische zorg van de instelling (de functie behandeling is geïndiceerd). Dit wil zeggen dat de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijke arts is. Wanneer er een behandeling nodig is, van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of een psycholoog, wordt dit geregeld in de instelling. Er is (specialistische) verpleegkundige zorg aanwezig. In het verzorgingshuis behoudt de cliënt de eigen huisarts en de eigen apotheek. Wanneer de cliënt een rolstoel nodig heeft wordt deze aangevraagd via de gemeente (WMO). Het verzorgingshuis kan daardoor meer gezien worden als een verplaatste thuissituatie.

3.2.4 Grenzen vervagen

Er is een verschuiving van de zorgvraag en zorgzwaarte. Dit wordt gestimuleerd door de overheid, maar komt ook door de meer vitale oudere van vandaag. Zo is er in de thuiszorg een groei te bemerken van ongeveer 10% (www.artsennet.nl, 2009). Dit terwijl het verzorgingshuis te kampen heeft met minder aanmeldingen en een toename van zorgzwaarte. Waar cliënten met een indicatie ZZP 1 en 2 eerst in het verzorgingshuis opgenomen werden, blijven zij nu thuis met thuiszorg. Naar verwachting zal het verzorgingshuis steeds meer de functie van een verpleeghuis krijgen. Om de cliënt het best te helpen met zijn of haar zorgvraag is het antwoord transmurale zorgverlening (Schijndel, 2011).

Het leveren van doelmatige en kwalitatieve zorg wordt losgekoppeld van een instelling/voorziening. Waar de laatste jaren veel “horizontale” fusies hebben plaatsgevonden (soort zoekt soort), ontstaan nu ook steeds meer “verticale” samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeg of verzorgingshuizen of samenwerking tussen huisartsen en thuiszorginstellingen). Op deze manier wordt ketenzorg steeds meer en feit en heeft de cliënt zo min mogelijk hinder van de transities in de zorg. Door de zorgkloof (spanning tussen de grote vraag en het steeds meer beperkte aanbod) zal de private sector ook steeds groter aandeel krijgen. Zo gaat de ontwikkeling voort naar een steeds meer vraaggestuurde zorg met een daarbij passend zorgaanbod.

3.2.5 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de verschuiving van de zorgvraag een feit is. Het verzorgingshuis is van herkomst meer gericht op het leveren van laag complexe zorg. In het verpleeghuis worden cliënten opgenomen met een meer complexe zorgvraag. Vanuit de overheid wordt het zo lang mogelijk thuis wonen gestimuleerd, ondermeer door de WMO. Alleen de meest kwetsbare ouderen komen in aanmerking voor een AWBZ indicatie met de functie verblijf. Cliënten met een ZZP 1 en 2 worden thuis verzorgd. Cliënten met hogere ZZP’s gaan of naar het verzorgingshuis of naar het verpleeghuis. Om verpleeghuiszorg te kunnen bieden moet de instelling daarvoor toelating hebben, dit is geregeld in het WTZI. Transmurale zorg en multidisciplinaire samenwerking zijn zeer belangrijk. Het zorgen over de muren van de instelling heen en gebruik maken van elkaars kwaliteiten en expertise om een zo goed mogelijk antwoord te kunnen geven op de zorgvraag van de ouderen somatische cliënt.

Waar grenzen vervagen en zorgvraag en aanbod elkaar aan het zoeken zijn is het van groot belang dat er kwaliteitszorg verleend wordt (Boot e.a., 2005). Kan de kwaliteit van zorg nog gewaarborgd worden in deze turbulente periode op de “zorgmarkt”? Het volgende hoofdstuk zal op deze vraag aansluiten.

3.3 Kwaliteitszorg

In de hedendaagse zorg is onder andere door bezuinigingen en de verschuivende zorgvraag de kwaliteitszorg in de ouderensector onder druk komen te staan. Dit terwijl het één van de belangrijkste aspecten is in het verlenen van goede zorg (Boot e.a., 2005). Één van de vragen van het onderzoek is hoe kwaliteitszorg gewaarborgd kan worden. Om goed inzicht te krijgen in het begrip kwaliteitszorg is gekeken naar de definitie van kwaliteitszorg.

Iedereen weet wat bedoeld wordt met kwaliteit, maar het is nogal lastig om precies aan te geven wat dit inhoudt. De definitie van de Amerikaanse arts Donabedian, een van de grondleggers van de kwaliteitskunde in de gezondheidszorg, omschrijft kwaliteit van zorg als volgt: “Kwaliteit is de mate van overeenkomsten tussen criteria voor goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)” (Vermeij e.a. 2006).

In Nederland zijn twee wetten van kracht die de kwaliteit van de zorg moeten waarborgen. Eén voor de zorginstellingen en één voor een groot deel van de professionals in de zorg. In deze wetten is beschreven aan welke criteria de zorginstellingen moeten voldoen om de juiste kwaliteit te leveren die aansluit bij de zorgvraag van de cliënt. Iedere zorginstelling in Nederland valt onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet bevat geen gedetailleerde normen, maar stelt juist globale eisen aan de zorg en heeft de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling als uitgangspunt. De instellingen moeten de globale eisen die in de wet worden gesteld, zelf nader uitwerken. Voor de individuele beroepsbeoefenaren is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) van kracht. Deze wet bewaakt en borgt de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Beide wetten stellen dat bewust met de kwaliteit van zorg moet worden omgegaan.

3.3.1 Eisen

Wanneer een cliënt de keuze moet maken tussen verschillende zorgaanbieders, zal de cliënt waarschijnlijk niet kijken naar het aantal cliënten dat per jaar door die zorgaanbieder wordt behandeld. Maar eerder naar het soort zorg dat wordt gegeven. Kortom: de kwaliteit van de zorg. Daarom moet de zorgaanbieder kunnen aangeven hoe het staat met de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd.

Het uitgangspunt vormt daarbij de Kwaliteitswet Zorginstellingen die sinds 1996 van kracht is en voor alle zorginstellingen geldt. In die wet zijn vier verschillende criteria vastgelegd:

1. Verantwoorde zorg. Dat wil zeggen van goed niveau, zorg die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is.

2. Op kwaliteitgericht beleid. Dat betekent een goede organisatie van de werkzaamheden, die onder meer tot uiting komt in een goede interne communicatie en voldoende en capabel personeel. Verder moet duidelijk zijn wie welke werkzaamheden uitvoert en wie daarvoor verantwoordelijk is. Ook zijn instellingen verplicht in hun kwaliteitsbeleid de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties te verwerken.

Een eis van een wat andere orde is, dat voor patiënten die gedurende een etmaal of langer in een instelling verblijven, geestelijke verzorging beschikbaar moet zijn.

3. Ten derde dienen zorginstellingen een kwaliteitssysteem op te zetten. Centraal in een kwaliteitssysteem staan altijd de expliciet geformuleerde normen waaraan een instelling (of koepelorganisatie) zelf vindt dat ze zou moeten voldoen. Een kwaliteitssysteem moet regelmatig getoetst worden door de instelling of door een andere organisatie, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

4. De Kwaliteitswet eist dat zorginstellingen een jaarrapport over de kwaliteit van de zorg in hun instelling uitbrengen. In dit verslag legt de instelling verantwoording af over het gevoerde kwaliteitsbeleid en de kwaliteit van de verleende zorg. Daarbij moet specifiek aandacht worden besteed aan de betrokkenheid van patiënten bij het kwaliteitsbeleid, aan de frequentie waarin en de manier waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvindt en aan de manier waarop de instelling met klachten en meldingen van patiënten en consumenten omgaat. Het verslag moet voor 1 juni aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het regionale patiënten/consumenten- platform (RPCP) en de minister van volksgezondheid worden verstuurd.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op naleving van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Omdat in de wet geregeld is dat de eerste verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg bij de instellingen ligt, beoordeelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg dan ook vooral de manier waarop een instelling de eigen kwaliteit bewaakt. Daarnaast heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de bevoegdheid om maatregelen te nemen tegen een instelling die op het gebied van kwaliteit tekortschiet. In deze zogenoemde aanwijzing geeft de minister een termijn aan waarbinnen aan de gestelde eisen moet zijn voldaan. Daarnaast heeft de IGZ ook de mogelijkheid om direct in te grijpen. Dat laatste kan echter alleen wanneer er sprake is van direct gevaar voor cliënten. Tenslotte kan de overheid bij algemene maatregel van bestuur nadere kwaliteitsregels stellen, als blijkt dat de kwaliteit van de zorg in een bepaalde sector onvoldoende is (Abvakabo, 2005).

3.3.2 Veranderende eisen: kwaliteit en doelmatigheid

In het regeerakkoord van 1998 is vastgesteld dat de kwaliteit van de zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de hulpverleners. De overheid, zorgaanbieders, verzekeraars, cliënten- en patiëntenorganisaties hebben de zogenoemde Leidschendamafspraken gemaakt om te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid. Ook verpleegkundigen zijn gehouden aan deze afspraken.

3.3.3 Leidschendamafspraken

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van het medisch handelen is een essentieel onderdeel van het medisch zorgproces. De toenemende complexiteit van het medisch handelen, de schaalvergroting van de instellingen en het steeds kwetsbaarder worden van patiëntenpopulaties maken een groeiende aandacht voor kwaliteit van zorg noodzakelijk. De verschillende partijen in het veld hebben dit herkend en onder andere in 1990 vastgelegd in de Leidschendamafspraken. De overheid heeft dit benadrukt in de Nota Kwaliteit van Zorg en de daaraan gerelateerde activiteiten.

Een blijvende verbetering van de kwaliteit van zorg is gewaarborgd als de instelling een goede infrastructuur voor kwaliteitszorg heeft. Een geïsoleerde activiteit is minder effectief dan een activiteit die deel uitmaakt van een kwaliteitssysteem, opgezet rond het primaire zorgproces. Dit is onder andere neergelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze stelt in artikel 4, lid 2 dat de zorgaanbieder zorg dient te dragen voor een op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens over de kwaliteit van zorg. Kwaliteit kan echter op zeer veel verschillende manieren bekeken en gemeten worden. Dit bemoeilijkt de toetsing van de resultaten van de registratie aan de gewenste toestand van kwaliteit van zorg. Het is daarom wenselijk dat goede, gestandaardiseerde meetinstrumenten voor de kwaliteit van zorg ontwikkelt en onderhouden worden (Boote, 2005).

3.3.4 De invloed van wetten

In een aantal wetten is vastgelegd wat de rechten en plichten zijn van degene die zorg nodig heeft en van degene die zorg biedt. De wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen bieden samen het raamwerk voor verantwoorde zorg vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en met vakbekwaamheid als rode draad. Met de wet BIG is ook titelbescherming en de registratie van verzorgenden en verpleegkundigen geregeld. Tevens is er nu duidelijkheid over de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen, en is er tuchtrecht voor verpleegkundigen. Met de invoering van deze wetten is duidelijk geworden dat verpleegkundigen hun praktijkvoering niet meer kunnen baseren op traditie en gewoontes. Verpleegkundige zorgverlening dient getoetst te worden aan wetenschappelijke inzichten en standaarden, omdat dit de meeste kans biedt op de gewenste resultaten.

Samenwerking tussen verplegingswetenschappers, opleiders en verpleegkundigen in de praktijk wordt daarom steeds belangrijker. Maatschappelijke veranderingen in verband met de noodzakelijke doelmatigheid van de gezondheidszorg worden overal in de wereld benadrukt. Verpleegkundigen moeten veel meer dan vroeger anticiperen op de grote veranderingen in de maatschappij en de gezondheidszorg. De gelijktijdige toename van de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen en van de druk om kosten te besparen, zorgt er volgens de International Council of Nurses (1998) voor dat de verpleegkundige beroepsgroep in toenemende mate haar bestaansrecht moet aantonen.

De problemen waar de maatschappij en de gezondheidszorg mee worstelen, vragen om een geïntegreerde aanpak van zorg, voorlichting en behandeling door verschillende disciplines.

De zorg draait niet meer om het aanbod van verpleegkundigen maar om de vraag van de cliënt. Daarom volstaat een solitaire, deskundige verpleegkundige ook niet meer. Dit type verpleegkundige hoort thuis in een maatschappij die gebaseerd is op, wat de Swaan (1989) noemt “de bevelshuishouding”. Een samenleving die is veranderd van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding vraagt om een ander type hulpverlener. De huidige samenleving vraagt om verpleegkundigen die samen met de cliënt zijn doelen realiseert (Pool e.a.,2004).

3.3.5 De wet BIG

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) moet de kwaliteit bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. De wet is ook bedoeld om cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners.

Apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen zijn verplicht zich te registeren in het BIG-register. Alleen zorgverleners die in het register staan mogen een beschermde titel voeren zoals die in de wet staat genoemd.
De inspectie houdt toezicht op de opleidingsverplichting die medische beroepsbeoefenaren hebben om hun vakkennis op peil te houden. Daarnaast controleert de inspectie de naleving van artikel 40 uit de Wet BIG. Daarin staat onder andere staat dat een individuele medische beroepsbeoefenaar verantwoorde zorg moet leveren en aan kwaliteitsbewaking moet doen (Inspectie voor de gezondheidszorg).

3.3.6 Conclusie

Uit de literatuur komt naar voren dat kwaliteitszorg goede zorg is van goed niveau die zich wendt tot de zorgvraag van de cliënt. Van belang is dat de zorg is afgestemd op de reële zorgvraag van de cliënt en dat deze voldoet aan de professionele standaarden die zijn vastgelegd in de wet en in richtlijnen. Ook wordt uit bovenstaande duidelijk dat de wet aan cliënten het recht geeft op een goede kwaliteit van zorg die aansluit bij de zorgvraag. Niet alleen bij de individuele geneeskundige behandeling maar in alle relaties tussen cliënten en zorgaanbieders in de gehele keten van zorg. De cliënt kan door middel van de wetgeving gemakkelijker kiezen voor de zorgaanbieder die bij hem en zijn zorgvraag past (Abvakabo 2005).

In het volgende hoofdstuk wordt gekeken naar de rol van de verpleegkundige, hoe kan zij met haar professie een antwoord geven op de zorgvraag van de oudere somatische cliënt? Wat is de rol van de hbo verpleegkundige in de zorg voor de oudere somatische cliënt? Hoe kan zij de kwaliteit van zorg en leven behouden en bevorderen?

3.4 De rol van de hbo verpleegkundige

Oudere somatische cliënten of geriatrische cliënten lijden veelal aan één of meerdere chronische ziekten.Voor het verplegen van de chronische zieken en geriatrische cliënten zijn speciaal voor de verpleegkundigen competentiebeschrijvingen ontwikeld (zie bijlage). Van de verpleegkundigen wordt verwacht dat zij zich houden aan deze competentiebeschrijvingen. In dit hoofdstuk staat beschreven wat de rol van de verpleegkundige is bij het verzorgen van de oudere somatische cliënt.

In het eerste hoofdstuk is te lezen wat de rol verpleegkundige inhoudt bij de zorg van de oudere somatische cliënt. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen hbo verpleegkundigen en mbo verpleegkundigen. In het hoofdstuk “zorgvraag van de oudere somatische cliënt” is gesproken over “vraaggerichte zorg”, het antwoord op “zorg op maat”.Wat houdt die vraaggerichte zorg nou precies in en wat is de rol van de verpleegkundige hierin?Vervolgens is de rol van de hbo verpleegkundige meer uitgelicht aan de hand van de vijf rollen. Aansluitend wordt er verteld wat de waarde van de hboverpleegkundige is in het beantwoorden van de zorgvraag van de oudere somatische cliënt.

3.4.1 De rol van de verpleegkundige

In de zorg voor de oudere somatische cliënt heeft de verpleegkundige meerdere taken. De prioriteit van de verpleegkundige taken wordt door iedereen ergens anders gelegd.

Pool en Lambregts (1999) geven aan dat het belangrijk is dat de verpleegkundige het leven boven de ziekte van de oudere somatische cliënt uittilt. Dat wil zeggen dat er geluisterd wordt naar de nood van de patiënt en hier de gegeven zorg op wordt toegespitst, oftewel belevingsgerichte zorg. Dit is vaak wel een combinatie van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt en de professionele deskundigheid van de verpleegkundige. Alles wat de cliënt vanuit zijn ervaringsdeskundigheid ervaart is niet op te lossen vanuit het zorgaanbod. Daarom is een professionele deskundigheid nodig om de juiste zorg te kunnen leveren. (Pool en Lambregts, 1999).

Kruk (2007) daarentegen geeft de prioriteit aan de attitude van de verpleegkundige naar de oudere somatische cliënt toe. In het verleden had de verpleegkundige een negatieve attitude naar de oudere cliënten toe. Dat had een negatief effect in de relatie van de verpleegkundige met de cliënt. De laatste jaren is deze attitude van de verpleegkundige positiever geworden, wat zich weer vertaalt in meer cliëntgericht gedrag. Dit is te merken in de communicatie met de cliënt, het verstrekken van informatie, het bespreken van emotionele problemen, het tonen van belangstelling en het tegengaan van hospitalisatie. Een positieve attitude van de verpleegkundige helpt ook mee om de autonomie van de oudere somatische cliënt te behouden (Kruk, 2007).

De hbo verpleegkundige en de mbo verpleegkundige hebben in de zorg voor de oudere somatische cliënt veel taken die overeenstemmen. Een voorbeeld is dat zowel de hbo verpleegkundige als de mbo verpleegkundige niveau 4 in een verpleeghuis bijna altijd functioneren als zorgcoördinator van één of meerdere cliënten. Dit wordt vaak EVV-er (Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige) genoemd, of pb-er (persoonlijk begeleider) (Adriaansen, 2002).

In de zorg voor de oudere somatische cliënt worden veelal verschillende diensten en disciplines ingezet. Het is een combinatie van informele zorg, sociale diensten, medische diensten, thuiszorg en huisartszorg. Voor de verpleegkundige, en vooral de evv-er, ligt hier de taak om deze zorg onderling af te stemmen en te coördineren/regisseren. (Pool e.a., 2001).

Uiteraard wordt er van de verpleegkundige verwacht dat zij de zorg leveren aan de oudere somatische cliënt die aansluit bij hun persoonlijke zorgvraag. Dit wordt ook wel als “zorg op maat” gedefinieerd. Het leveren van deze zorg wordt daarom ook “vraaggerichte zorg” genoemd.

3.4.2Vraaggerichte zorg

Vraaggerichte zorg voor ouderen veronderstelt zorgzame aanwezigheid bij de cliënt. Het veronderstelt een betrokkenheid die het toelaat de oudere te kennen en te begrijpen (Adriaansen, 1998).

De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) heeft in 1997 samen met Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) een project “vraaggerichte zorg: maat voor kwaliteit” uitgevoerd.Dit om erachter te komen wanneer cliënten gebruik maken van de gezondheidszorg. Met behulp van literatuurstudie en gesprekken met de oudere cliënten hebben zij een onderzoek uitgevoerd. In de literatuur over het patiëntenperspectief, de literatuur geschreven vanuit het patiëntenperspectief en de gesprekken met cliënten kwamen vier thema’s naar voren. Deze vier thema’s, hieronder weergegeven, vormden in het project de basis voor de uitwerking van het onderwerp vraaggerichtheid (Pool en Lambregts, 1999).

1. De wens van cliënten om bij ziekte of handicap de eigen zelfstandigheid te behouden.
2. De zorg en behandeling worden als goed ervaren als hij niet alleen aansluit op ziekte maar ook bij de manier leven van een cliënt.
3. Ieder mens is een uniek individu. Als een hulpverlener dus “zorg op maat” wil leveren moet hij zich dus verdiepen in de cliënt en zijn vragen.
4. Gelijke toegang, vraaggerichte zorg moet er voor iedereen zijn in de samenleving en niet alleen voor mensen met een goed inkomen.

Bovenstaande vier thema’s geven ideeën over hoe de gezondheidszorg “vraaggerichter” kan functioneren. Aan deze ideeën liggen vier uitgangspunten ten grondslag over de plaats die de mens in de samenleving inneemt: zelfbeschikking, de cliënt als burger, individuele diversiteit en rechtvaardige verdeling. Deze uitgangspunten hebben gevolgen voor onze visie op zowel de gezondheidszorg als organisatie, als op het individuele contact tussen cliënten en verpleegkundigen. Het referentiekader vraaggerichtheid geeft de uitgangspunten en hun gevolgen weer (zie tabel 1.)

Tabel 1. (Pool en Lambregts, 1999)

Visie op de plaats van het individu in de samenleving	**Visie op het zorgsysteem**	**Visie op de levering van zorg**
1. Zelfbeschikking	a. Cliënten hebben medebeslissingsrecht over de (her)inrichting van het zorgsysteem.	b. Zorg en behandeling komen tot stand in een samenwerkingsrelatie tussen cliënt en professional, waarbij de cliënt uiteindelijk zelf bepaalt wat er wel en niet met hem gebeurd.
2. De cliënt als burger	a. Het zorgsysteem is op de hele mens gericht, waarbij de cliënt de eenheid is van financiering en organisatie.	b. Zorg en behandeling zijn ondersteunend voor de invulling van de eigen bestaanswijze.
3. Individuele diversiteit	a. Het zorgsysteem levert een divers en flexibel aanbod.	b. De cliënt krijgt voldoende informatie en ondersteuning bij het maken van een keuze voor zorg of behandeling.
4. Rechtvaardige verdeling	a. Zorgsysteem en financieel stelsel zijn zo ingericht dat iedereen daadwerkelijk aanspraken heeft op de zorg en behandeling die hij nodig heeft.	b. Aanbieders maken in gelijke omstandigheden geen onderscheid naar sekse, etnische afkomst, geloof, klasse, leeftijd en inkomen.

Deze tabel kan een leidraad bieden in de zorg die de verpleegkundige levert aan de oudere somatische cliënt. Belangrijk is om deze vier thema's als oogpunt te houden om "vraaggerichte zorg" te kunnen leveren. Dit is tevens belangrijk bij het waarborgen van de kwaliteit van zorg. Een onderwerp waar de hbo verpleegkundige zich onder anderen mee bezig houdt.

3.4.3 Rol van de hbo verpleegkundige

De hbo verpleegkundige werkt aan de hand van vijf rollen te weten: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. In elke rol zijn taken weggelegd voor de verpleegkundige die zorg verleent aan de oudere somatische cliënt. Hieronder zijn per rol de verpleegkundige taken in het kort weergegeven. De uitgebreide competentiebeschrijvingen staan weergegeven in de bijlage (Pool e.a., 2001).

Zorgverlener

De hbo verpleegkundige zal zich onderscheiden van andere verpleegkundigen en verzorgenden door met meer diepgang de complexe zorgvragen van de oudere somatische cliënt tegemoet te treden.

Zij maakt daarbij gebruik van haar kennis van de normale veroudering en de pathologische veroudering. Deze kennis en vaardigheden zijn nodig om een totaalbeeld in ruimte en tijd te koppelen aan de betekenis die de oudere somatische cliënt daaraan hecht.

De hbo verpleegkundige denkt proactief en verleent zorg vanuit de levensloopperspectief van de cliënt. Zij zal vooral zorg verlenen in situaties die als complex en onvoorspelbaar worden beschouwd of in situaties waarin de nadruk ligt op preventie en GVO.

De hbo verpleegkundige verwezenlijkt alle voorkomende aspecten van de zorgverlening binnen het primaire proces, zodanig dat deze voldoen aan professionele kwaliteitseisen.

Daarbij is het belangrijk dat de hbo verpleegkundige de volgende zorg verleent om tegemoet te komen aan de zorgbehoeften van de oudere somatische cliënt:

- Ondersteuning bij het vinden van een veranderde levensstijl
- Informatie verstrekken over technieken, behandelingsinzichten en sociale wettelijke regelingen
- Ondersteuning bij het in stand houden van het eigen netwerk
- Zorg en hulp op de juiste tijd en de juiste plaats
- Aandacht voor persoonlijk betekenisverlening en verlangens
- Erkenning en gebruik van ervaringsdeskundigheid

Regisseur

In de rol van regisseur treedt de hbo verpleegkundige bij de oudere somatische cliënt op als coördinator of casemanager. De oudere somatische cliënt heeft de eigen regie nog in handen. Als er sprake is van meervoudige problemen ondersteunt de hbo verpleegkundige de cliënt in het behoud van de regie en vult aan in de zelfzorgbeperking. De hbo verpleegkundige realiseert bewust en doordacht de zorg voor de continuïteiten en richt zich op het coördineren en afstemmen van bestaande en wenselijke zorgverlening op basis van haar kennis van het zorgaanbod en zorgprogramma’s. Zij is verantwoordelijk voor het adequaat samenstellen en in stand houden van een op de zorgvrager of groep zorgvragers toegesneden pakket van verschillende soorten zorg, hulp en diensten.

Om eenduidigheid en voldoende afstemming te bereiken levert de hbo verpleegkundige als consulent een inhoudelijke bijdrage in situaties waarbij verschillende hulpverleners betrokken zijn. De hbo verpleegkundige draagt medeverantwoordelijkheid voor de onderlinge samenwerkingsverbanden, zowel binnen als buiten de eigen discipline. Zij heeft een signalerende taak met betrekking tot bijzondere gebeurtenissen of ontwikkelingen.

Ontwerper

In de rol van ontwerper leveren hbo verpleegkundigen een bijdrage aan het ontwikkelen van multidisciplinaire programma’s en zijn zij in staat de verpleegkundige discipline te vertegenwoordigen in het uiteenzetten van doelen en inspanningen.

De hbo verpleegkundige schetst nieuwe methoden, technieken en systemen, geïnspireerd op huidige en toekomstige ontwikkelingen in de samenleving en de gezondheidszorg.

Bij oudere somatische cliënten heeft het verpleegkundig handelen als doel om met zo weinig mogelijk ingrijpende middelen een behandelingsprogramma op te stellen en uit te voeren dat gericht is op zo veel mogelijk functieherstel. Daarnaast speelt bij deze zorgcategorie kwaliteit van leven een belangrijke rol bij het vaststellen van het verpleegbeleid voor de individuele zorgvrager. De hbo verpleegkundige is verantwoordelijk voor het realiseren van professionele zorgverlening die past binnen de unieke situatie van de zorgvrager en die zowel op wonen als op zorg is gericht.

Coach

Bij oudere somatische cliënten speelt de duur van de zorgrelatie een belangrijke rol. De onomkeerbaarheid en het doormaken van perioden van terugval, verbetering en verslechtering, trekken een zware wissel op zorgverleners. In de begeleiding van deze zorgverleners besteedt de hbo verpleegkundige in de rol van coach hier aandacht voor door goed te luisteren en de problematiek van de zorgverlener te onderkennen en te bespreken. Daarbij coacht de hbo verpleegkundige zijn of haar collega’s in het implementeren van een nieuw verpleegbeleid. Daarnaast heeft ze als coach een rol de samenwerking binnen het team te stimuleren en te bemiddelen bij conflicten.

De hbo verpleegkundige draagt zorg voor een omgeving waarin –blijvend- geleerd kan worden, waarin de principes van “evidence-basednursing” worden toegepast en intercollegiale toetsing plaatsvindt.

Beroepsbeoefenaar

In de rol van beroepsbeoefenaar zal de hbo verpleegkundige de belangen van de oudere somatische cliënt behartigen. Bijvoorbeeld door maatregelen te vragen voor verschillende problemen die zich voordoen in de praktijk. Daarbij werkt de beroepsbeoefenaar mee aan de beroepsinnovatie binnen de somatische zorg. De hbo verpleegkundige is in staat zich te profileren en werkt mee aan de ontwikkeling van functieprofielen voor de verpleegkundigen werkzaam op het gebied van somatische zorg. De verpleegkundige werkt tevens mee aan deskundigheidsbevordering van zichzelf en de collega’s binnen de somatische zorg.

De hbo verpleegkundige kan zich als lid van een vakbond op de hoogte stellen van ontwikkeling op het specialistische vakgebeid van de somatische verpleegkunde en anderen in gelegenheid stellen hiervan gebruik te maken.

3.4.4 De waarde van de hbo verpleegkundige

Door de scherpe budgettering in de ouderenzorg, wordt er steeds meer gekozen voor de inzet van lager geschoold personeel. Het gaat dan om functie niveau 2 (helpenden) en functieniveau 3 (verzorgenden). Door het toenemende aantal ouderen met een complexe zorgvraag is verpleegkundige expertise harder nodig (Kraakman, 2009). De hbo verpleegkundige zal in het uitoefenen van verschillende functies een grote waarde hebben in het vergroten van de kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg voor de oudere cliënt. Zo zal haar signalerende functie belangrijk zijn in acute situaties op de werkvloer. Zij kan het team van helpenden en verzorgenden coachen zodat zij meer zelfstandig te werk kunnen gaan. Ook kan zij een brug slaan tussen management en de werkvloer, de communicatie met artsen verbeteren en beleid vertalen naar de werkvloer. Ook zal zij een grote rol spelen in het innoveren en implementeren van de laatste ontwikkelingen vanuit de verplegingswetenschap en ook zo de kwaliteit van zorg vergroten.

Door voortgaande ontwikkelingen in de zorg is beroepsvereniging verpleging & verzorging Nederland momenteel bezig met het herschrijven van de beroepsprofielen van verzorgenden en verpleegkundigen. In de verzorging en verpleging is een verschuiving en herschikking van taken noodzakelijk. Dit heeft een tweeledige oorzaak; de verschuiving en toename in de zorgvraag en de verwachte schaarste in hulpverleners (de komende 15 jaar is er behoefte aan 470.000 extra hulpverleners.) Het gebrek aan onderscheid tussen een mbo en hbo verpleegkundige wordt inmiddels breed erkend. Het verpleegkundig beroep wordt inmiddels op twee niveaus uitgeoefend; verpleegkundige (artikel 3, wet BIG) en verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG). Steeds meer taken en verantwoordelijkheden zullen onder de bevoegdheid van de verpleegkundig specialist vallen, zoals het voorschrijven van bepaalde medicatie en verpleegartikelen, indicatiestelling en het zelfstandig uitvoeren van bepaalde verpleegtechnische handelingen.

De nadruk zal voor de verpleegkundige meer komen te liggen op multidisciplinaire samenwerking, preventie en leefstijlbegeleiding, het gebruik maken van wetenschappelijk onderzoek, het interveniëren in morele dilemma’s, en zeker zal de verpleegkundige zich richten op het welzijn van de cliënt (Lambregts, 2010). Ook volgens J. v. Veen (2011), zal de hbo verpleegkundige meerwaarde hebben in de ouderenzorg en vooral op het gebied van coaching van lager opgeleide collega’s (medewerkers met functieniveau 2 en 3 hebben een beperking in competenties die nodig zijn voor het verlenen van hoogcomplexe zorg). Het is aan de zorginstellingen om de hbo verpleegkundige ook een functie aan te bieden met een daarbij passend salaris.

Het werken in de ouderenzorg is niet aantrekkelijk bij hbo verpleegkundigen. Dit door het wat stoffige imago van de ouderenzorg, onvoldoende stagebegeleiding en een onduidelijk carrière perspectief (Most, 2009). Met de ontwikkeling van het profiel hbo verpleegkundige gerontologie en geriatrie is in ieder geval een duidelijk kader aangegeven in wat de hboverpleegkundige kan betekenen in de ouderenzorg. De hbo verpleegkundige zal ook meer van zichzelf mogen laten horen (Veen, 2011).

Het is tijd voor de hbo verpleegkundige om haar taak en verantwoordelijkheid in de ouderenzorg op zich te nemen.

De waarde zit in het overstijgend functioneren en dat kan in alle rollen. Zij is nodig in het luisteren naar de zorgvraag van de oudere somatische cliënt en het formuleren van een antwoord daarop in een multidisciplinaire samenwerking.

Goumans (2010) schrijft het volgende: “*Hbo verpleegkundigen gerontologie en geriatrie onderscheiden zich van andere verpleegkundigen doordat zij de zorgvragen van ouderen met meer diepgang benaderen.”*

Er wordt momenteel veel geëxperimenteerd met de inzet van hbo verpleegkundigen in de ouderenzorg in verschillende functies. Er is een aparte website gemaakt voor studenten, verpleegkundigen en werkgevers met informatie en vacatures (www.HBO-VGG.net).

3.4.5 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien dat de verpleegkundige “vraaggerichte zorg” levert om aan te sluiten bij de zorgvraag van de oudere somatische cliënt, het leveren van “zorg op maat”. In het hoofdstuk “zorgvraag van de oudere cliënt” is het belang hiervan beschreven.

Het belang van de hbo verpleegkundige in de zorg voor de oudere somatische cliënt is dat zij competent is op meerdere vakgebieden. In de zorgverlening aan de oudere somatische cliënt zoekt de hbo verpleegkundige meer diepgang in de complexe zorgvraag. Dit is belangrijk om een goed beeld van de zorgvraag te vormen.

De hbo verpleegkundige speelt een rol in de coaching en begeleiding van collega’s van een lager functieniveau. Zij zal hen helpen om meer zelfstandig te kunnen werken en om actief op zoek te gaan naar de zorgvraag van de cliënt. De hbo verpleegkundige is een schakel tussen de verschillende disciplines en draagt informatie over.

Daarnaast heeft de hbo verpleegkundige oog voor detail en vernieuwende methodes. Met de onzekere toekomst van de gezondheidszorg, is zij innovatief bezig om multidisciplinair producten en diensten te ontwikkelen die aansluiten bij de vraag van de cliënt en verantwoord zijn in de maatschappelijke ontwikkeling. Zo bewaakt zij de kwaliteit van zorg.

In het volgende hoofdstuk komen de cliënten aan het woord. De resultaten van de interviews. Hoe formuleren de ouderen hun zorgvraag? Wat verstaan zij onder een goede kwaliteit van zorg? Wat verwachten zij van een verpleegkundige of verzorgende?

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die verkregen zijn uit de interviews, gedaan binnen de Nudehof en de Halderhof met oudere somatische cliënten. De interviews zijn gehouden aan de hand van een topiclijst, die samengesteld is vanuit de literatuurstudie. De interviews zijn opgenomen, om deze later geheel uit te kunnen schrijven en de aandacht tijdens het interviewen op de cliënt te kunnen richten. Uit de geluidsopnamen en de uitgewerkte interviews zijn de resultaten beschreven aan de hand van een labelstructuur. Deze labelstructuur is ontstaan vanuit de topiclijst, de literatuurstudie en de verkregen antwoorden. Bij het samenstellen van de labelstructuur is kritisch gekeken naar de relevantie voor het onderzoek. Resultaten die niet of weinig bijdragen aan het beantwoorden van de centrale vraagstelling en deelvragen zijn daarom niet vermeld. Er is gekozen voor vijf kernlabels, namelijk; zorgvraag, aanleiding tot opname (ziektebeelden, functionele beperkingen), kwaliteitszorg (onder kwaliteitszorg zijn de resultaten beschreven van wat de cliënten antwoordden op de vragen wat er goed gaat en waar verbetering mogelijk is in de zorgverlening, gezien dit veelzeggend is over de kwaliteit van zorg), bejegening (een “extra” label, gezien dit een belangrijk thema is geweest in de interviews, en dit inzicht geeft op de omgang met de cliënten in het beantwoorden van de zorgvraag.) en de rol van de verpleegkundige. Onder deze kernlabels zijn een aantal sublabels beschreven.

De resultaten van de Nudehof en de Halderhof zijn apart verwerkt, gezien de twee populaties ook beschreven zijn als aparte onderzoeksgroepen. Het verschil in resultaten helpt bij het beantwoorden van een van de deelvragen, met betrekking tot het verschil in verzorgingshuis en verpleeghuis. Tevens is dit verschil goed om inzicht te krijgen in de realiteit omtrent de beschreven verschuiving van de zorgzwaarte. Eerst volgen hieronder de resultaten van de Nudehof, vervolgens de resultaten van de Halderhof. Ieder hoofdstuk begint met een samenvatting van de resultaten. Daarna wordt een uitgebreide beschrijving van de verkregen resultaten gegeven.

4.1 Resultaten van de Nudehof

In de Nudehof gaf het merendeel van de geïnterviewde cliënten aan volledig ADL afhankelijk te zijn als antwoord op de vraag betreffende zorgbehoefte/hulpvraag. Een derde van de cliënten is daarbij rolstoel afhankelijk en niet in staat om zelfstandig transfers te maken. Bij het onderwerp zinvolle dagbesteding en deelname aan activiteiten vertelden bijna alle cliënten deel te nemen aan de activiteiten in huis en zij zijn daar positief over. Cliënten hebben wel moeite met het afhankelijk worden en het niet meer kunnen uitvoeren van activiteiten waar zij voorheen plezier aan beleefden. De helft van de cliënten gaf aan zich ook goed zelfstandig te kunnen vermaken. De meeste cliënten in de Nudehof hebben kinderen. Het contact werd door de cliënten beoordeeld als goed. De kinderen spelen vooral een rol in de sociale ondersteuning van de cliënten. Bij de helft van de cliënten bieden de kinderen ook hulp in de huishoudelijke of persoonlijke verzorging.

Op de vraag naar de aanleiding tot opname en het ziektebeeld antwoordden een derde van de cliënten te zijn opgenomen vanwege de gevolgen van een CVA. Ongeveer de helft van de cliënten vertelde dat dit kwam door de beperkingen die zij ervaren ten gevolge van reuma of andere gewrichtsproblematiek.

De helft van de cliënten sprak over een val wat leidde tot onveilige situaties waardoor zij niet meer zelfstandig thuis konden wonen. Hetzelfde aantal cliënten benoemde een tekort in het zelfzorgvermogen, op huishoudelijk gebied of in de persoonlijke verzorging als beperking wat een opname noodzakelijk maakte. Cliënten gaven aan “in het lot te berusten” zij hebben een periode van wennen en aanpassen doorgemaakt en benoemen woorden als “het moet,” ongeveer de helft van de cliënten sprak hierover.

Op de vraag naar kwaliteitszorg antwoordde het merendeel van de cliënten dat zij de kwaliteit van zorg goed vinden. Zij zijn over het algemeen tevreden over de zorgverlening. Vooral de maaltijden en belangstellende houding van de verzorgenden werden als prettig beleefd. Als verbetermogelijkheden spraken cliënten over de inzet van oproep en uitzendkrachten. Cliënten hadden moeite met het ervaren van de werkdruk van de verzorgenden en het tekort aan personeel.

Het thema bejegening is uitgebreid aan bod gekomen in de interviews. Cliënten storen zich aan bepaalde uitingen en de beroepshouding van de verzorgenden. De helft van de cliënten benoemde het lang moeten wachten op zorg na een alarmering als storend. De verzorgenden antwoorden veelal met “ik kom zo”, dit is ruim te interpreteren. Cliënten ervaren de gehaaste werkhouding van de verzorgenden als onprettig, ongeveer de helft van de cliënten gaven dit aan. Een derde van de cliënten gaven aan heel tevreden te zijn over de beroepshouding van de verzorgenden.

Twee cliënten (her)kent een verpleegkundige. De helft van de cliënten vertelde vriendelijkheid, een luisterend oor, behulpzaamheid en het in staat zijn een gesprek te voeren de belangrijkste eigenschappen te vinden bij een verzorgende of verpleegkundige.

Hieronder volgt een meer uitgebreid overzicht van de resultaten, weergegeven in de hiervoor vermelde kern en sublabels.

4.1.1 Zorgvraag

In deze paragraaf geven de cliënten antwoord op wat hun zorgvraag inhoudt. Dit aan de hand van de sublabels, de concrete zorgbehoefte/hulpvraag. Er is gevraagd naar de dagbesteding en behoefte aan activiteit van cliënten. Reden hiervoor is dat het welzijnsaspect een steeds belangrijker rol gaat spelen in de zorgverlening. Als laatste wordt aandacht besteed aan de familie van de cliënt en hoe zij een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de zorgvraag van de cliënt. Zeker gezien de opkomende schaarste van professionele zorgverleners, een belangrijke partner in deze.

Zorgbehoefte/hulpvraag

Acht van de tien cliënten gaven aan geheel ADL afhankelijk te zijn, zij ontvangen hulp en ondersteuning bij alle persoonlijke verzorging; wassen, aan en uitkleden, transfers en eetmomenten. Zo blijkt uit de volgende citaten:

> *“Ze moeten me overal bij helpen; bij wassen en aankleden natuurlijk. Nou ja en de hele verzorging natuurlijk. O, ja en eten natuurlijk.”*

“Ja, alles wordt voor je gedaan, en het lukt ook allemaal niet meer, je kunt bij wijze van spreken nog geen papiertje van de grond oprapen, en een kopje koffie of thee drinken daar moet je ook al mee oppassen, want je kan soms al geen kopje meer in de hand houden, die kommen zijn zo zwaar, en de ene keer bibbert mijn hand heel erg, en de andere keer is het minder.”

Daarbij zijn drie van deze acht cliënten rolstoelafhankelijk en worden geholpen met een tillift. Daarover vertelden de cliënten het onderstaande:

“Ja, ze moeten me helpen met die tillift hé, en dat vind ik voor het personeel toch ook wel lastig hoor, want ja, het moet natuurlijk, maar, ja want dat is ook best zwaar hoor.”

“Ja, toen kon ik geloof ik ook al niet lopen, toen zat ik geloof ik ook al aan een rollator, of in een stoel, ja niet zo’n grote, maar wel een stoel, ja.”

Twee van de tien cliënten is gedeeltelijk ADL afhankelijk, deze hulp varieert van hulp bij het wassen en aankleden tot toiletgang. Één cliënt vertelt over een moment van zorg in de nacht:

“Ja, met om naar bed gaan. En ’s nachts, ik moet soms drie keer per nacht naar de wc en ik heb zo’n wc-pot naast mijn bed staan, en dan komen ze me helpen.”

<u>Zinvolle dagbesteding en deelname aan activiteiten</u>

Acht van de tien cliënten vertelden deel te nemen aan de activiteiten in huis, variërend van het gezamenlijk koffie drinken in de zaal, handwerken, bingo of het gezamenlijk warm eten. Cliënten zijn hier positief over. De cliënten benoemden het moeilijk te vinden dat zij activiteiten die zij vroeger plezierig vonden om te doen, nu niet meer kunnen uitvoeren.

“Ja, ik ga naar het koffie drinken en eten in de zaal”.

“Ik vind het jammer, dat ik niet meer kan knutselen.”

“Ja, bingo en handwerk, maar dat kan ik niet meer, met de ogen, ik vind het jammer, want dat heb ik altijd graag gedaan, zulke dingen moet je allemaal afstaan.”

“Wat ik op het ogenblik heel plezierig vind zijn die drie dames, die van de Halderhof hierheen zijn gekomen. Als ondersteuning van allerlei activiteiten. En dat is heel fijn, want ik ben nogal een activiteitenmens.”

Vijf van tien cliënten gaven aan dat zij zich ook goed zelf kunnen vermaken, zij kijken graag tv, lezen of puzzelen;

“Ja, hier heb ik genoeg, zelfs teveel privacy, maar dat is helemaal niet erg, want ik kan me heel goed vermaken, ik heb mijn tv. ik heb mijn boekjes, ik heb mijn planten allemaal.”

“Ik puzzel heel graag en heb altijd puzzelboekjes.”

“En ik lees trouw, ik krijg: “Trouw”, trouw elke morgen.”

Twee cliënten gaven aan een zinvolle dagbesteding te missen of niet te durven vragen om begeleiding hierin. Één cliënt geeft aan het prettig te vinden naar buiten te gaan met vrijwilligers.

“En er is hier wel een hoop te doen beneden, maar ik ga er nooit naar toe. En weet je waarom, ik hoor het niet en dan heb ik weer zuster nodig die mij naar beneden rijdt en weer naar boven haalt. Dat wil ik niet, daar val ik ze niet mee lastig.”

“Nou weet u wat ik wel leuk vond, van de week, was er een groep vrijwilligers of studenten, en die gingen met ons naar buiten, dus toen gingen we lekker naar de markt en hebben we daar koffie gedronken, heerlijk koffie met slagroom.”

Familieparticipatie

Acht van de tien cliënten heeft kinderen. Bij zeven van de acht is het contact goed, bij één wat minder. De familie doet veelal sociale activiteiten met vader of moeder. Vier van de zeven cliënten met kinderen biedt ook ondersteuning bij de zorgtaken, dit kan zijn in de persoonlijke verzorging en op huishoudelijk gebied, hieronder zijn een aantal cliënten aan het woord over het contact met de kinderen”

“ Ja, net als mijn dochter, die doet altijd het wasgoed hoor, al het beddengoed, dus ik hoef nooit te zeggen, ik ben weer wat kwijt, en ik doe vaak een spelletje met de kinderen. Ja, we gaan ook wel eens een eind wandelen, en niet vaak hoor, maar een eind wandelen.”

“Mijn dochter doet de was altijd. En als ik wat boodschappen nodig heb, dat doet mijn dochter allemaal.”

“Ik heb maar één zoon en die woont in Assen, dus die komt ook niet vaak. Maar daar staat de telefoon en dan bel ik even.”

4.1.2 Aanleiding tot opname

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de voorgeschiedenis van de cliënten. Waardoor zijn zij opgenomen in de instelling. Wat is het ziektebeeld en tegen welke functionele beperkingen liepen of lopen zij aan? Dit geeft inzicht in het ontstaan van de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Als laatste een sublabel wat te maken heeft met de beleving van de opname (“berusten in het lot.”)

Ziektebeelden

Er werden verschillende ziektebeelden benoemd. Drie van de tien cliënten gaf aan dat een CVA de aanleiding was tot opname. Één cliënt zei daarover het volgende:

“Omdat ik een herseninfarct heb gehad, en toen woonde we nog zelfstandig, met mijn man samen zijn we toen hier gekomen na Klimmendaal.”

Veelal worden ook slijtageklachten of reuma genoemd als aanleiding tot opname, vier van de tien cliënten benoemen dit. Één cliënt vertelde:

“Omdat ik niet kan lopen, Ik heb geen heup. Ik ben twee keer geopereerd. Twee keer aan een nieuwe heup. Die zat niet goed.”

Niet alle cliënten waren duidelijk in het aangeven van een ziektebeeld, wel werd er veel een functionele of praktische beperking benoemd als aanleiding tot opname.

Functionele beperkingen

Vallen wordt regelmatig benoemd als aanleiding voor opname, vier van de tien cliënten benoemen dit. De val leidde vaak tot een beperking of een onveilige situatie waardoor een opname noodzakelijk werd.

“En toen viel ik ook vaak thuis.”

“Nou dat, zal ik je vertellen, ik woonde daar, en toen ben ik gevallen, en toen heb ik een poosje in het ziekenhuis gelegen, en toen ben ik hier gekomen, want ik heb hulp nodig met wassen.”

Vier cliënten geven aan dat het te gevaarlijk werd om alleen thuis te wonen, het volgende citaat ondersteund dat;

“Ja gewoon, met dingetjes als gas en zo, het was een beetje te gevaarlijk.”

Vier van de tien cliënten geven aan dat zij niet meer alleen thuis kunnen wonen, doordat zij niet meer voor zichzelf of het huishouden konden zorgen.

“Ik kon niet meer thuis zijn alleen, ik kon niet eten koken wassen en aankleden, niets.”

“Omdat ik het thuis niet meer kon doen alleen, vonden ze, ik dacht van wel. Als ik goed nadenk niet.”

“Berusten in het lot”

Vier van de tien cliënten geven aan in het “lot” te berusten, zij geven aan het afhankelijk zijn erg moeilijk te vinden, tegen het wonen in het verzorgingshuis op gezien te hebben en een periode van wennen en aanpassen door gemaakt te hebben. Woorden als het “moet” en het moeite hebben met het aangeven van verbetermogelijkheden wijzen op berusting.

“Ja, ik ga niet zo snel zitten klagen, alleen dat afhankelijk zijn vind ik moeilijk.”

“Ja, dat een ander alles moet doen, en dan kun niets meer, ik vind het erg dat ik alles niet meer kan, dat een ander veel moet doen, het is ook fijn, dat die mensen er zijn, maar dat je het zelf niet meer kan, het is moeilijk om dat over te geven.”

“Ja, je moet er in berusten, het is je portie wat je krijgt en daar moet je het mee doen.”

4.1.3 Kwaliteitszorg

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de cliënten tegen kwaliteitszorg aan kijken. Gezien de cliënten het lastig vonden om deze vraag te beantwoorden is er gevraagd naar de goede kanten van de zorgverlening en de verbetermogelijkheden. Ook dit zegt veel over de kwaliteit van zorg.

Acht van de tien cliënten gaven aan dat de kwaliteit van zorg goed is. Twee van de tien cliënten begreep niet goed wat het begrip inhoudt.

“Ik moet eerlijk zijn, ik heb nog nooit wat meegemaakt dat ik dacht, van dat kan anders, of dat moet anders, echt niet.”

“Vind ik wel ja, dat de zorg van kwaliteit is.”

Cliënten geven wel duidelijk aan er wat goed gaat in de zorgverlening en waar verbetering mogelijk is in de zorg.

Wat gaat goed?

Alle cliënten geven aan over het algemeen heel tevreden te zijn over de zorg.

“Ik vind het buitengewoon, fantastisch!”

Waarover de cliënten tevreden zijn, zijn uiteenlopende redenen, de zorgverlening wordt over het algemeen goed benoemd, vier van de tien cliënten benoemen het eten als goed, twee van de tien geven de luisterende en belangstellende houding van de verzorgenden aan als waardevol;

“Ja, wat moet ik zeggen, ik, ze leven echt wel met je mee, en als je iets mankeert, dat ze om de haverklap komen kijken hé. Ik heb over de verzorging niets te klagen hoor, en over het eten niet, dat is goed.”

“Ik kan mijn hart luchten.”

Verbeterpunten in de zorgverlening

Cliënten vertelden dat zij veel moeite hebben met de komst en het ontvangen van zorg van verzorgenden van het uitzendbureau of anderen “onbekende” krachten, zeven van de tien hebben hier last van of moeite mee.

“Die oproepkrachten, dan lig ik weleens tot tien uur in bed en kan niet meer naar een activiteit.”

“Je mist de anderen hé, daar ben je al aan gewend, en daar praat je eens mee, en die anderen staan een beetje te stuntelen nog.”

“En het ergste vind ik dat de zusters het weer over vakantie hebben, want ja die tijd breekt aan. Dat we weer uitzendbureaus krijgen. Dat is niet prettig hoor.”

De cliënten ervaren de werkdruk van de verzorgenden. De cliënten vertellen dat er een tekort aan personeel is. Zes van de tien geven dit aan. Hoe dit tekort ontstaat, bereikt de cliënten op verschillende manier, via de verzorgenden zelf of via de media.

“Nou ik vind wel dat de schoonmaak, maar dat is ook tijdgebrek, dat ze de kamers wat vaker mogen doen. Zoals ze de vloeren doen, ik ben helemaal niet zo pietepeuterig, maar zoals die vloeren er wel eens uitzien. Dat vind ik niet netjes. Maar ja dan zeggen ze weer ja mevrouw te kort aan personeel of te kort aan geld, daar draait alles natuurlijk om.”

“Ja, de zusters, zijn erg druk en ik wou dat daar eens wat aan gedaan kon worden. Alles, huishoudelijk, en verpleging, alles wat er maar gedaan moet worden, ja, ze moeten meer tijd hebben.”

Verder werden als verbeterpunten genoemd; de tijd nemen voor een gesprek, door twee van de tien cliënten, de schoonmaak van de appartementen en algemene ruimtes door twee van de tien cliënten en privacyschending, het naar binnen lopen tijdens de zorg bijvoorbeeld eveneens door twee van de tien cliënten.

4.1.4 Bejegening

Veel cliënten storen zich aan de uitingen en de beroepshouding van verzorgenden. In deze paragraaf worden enkelen van deze uitspraken beschreven. Bejegening is een belangrijk onderwerp voor cliënten, wanneer zij zich onheus bejegend voelen is het gevoel van welzijn naar verwachting ook lager. Cliënten vertelden veelvuldig over de onbekenden die komen.

Cliënten gaven aan regelmatig te moeten wachten op antwoord en opvolging van een alarmering. Zes van de tien cliënten vertelden hier moeite mee te hebben, de verzorgende zegt dan veelal “Ik kom zo” dit “zo” is een ruim begrip aldus de cliënten. De volgende citaten illustreren dit;

“Ja, ik kom zo, ik ben bezig, en dat snap ik ook, maar dan duurt het zo lang soms.”

“Ja, en dan zeggen ze, we komen er zo aan, maar dat zo, dat ken ik inmiddels, dat duurt altijd nog eventjes.”

Ook de gejaagde werkhouding “snel, snel” werd opgemerkt, vier van de tien cliënten gaven dit aan.

“Niet dat gejaagde van tegenwoordig. Dat gejaagde gedoe is ook niet leuk, het moet allemaal snel, snel.”

Drie van de tien cliënten gaven aan, het gebruik van de telefoon/pieper door de verzorgende als storend te ervaren.

“Ik merk nu al dat als de zuster bij me is, dat ze drie keer gebeld wordt. dan zeg je maar weer niks.”

“Dan ben ik het net aan het uitleggen en dan gaat die telefoon weer. Nou gestoord voel ik me dan.”

Cliënten benoemden ook heel tevreden te zijn over de houding/bejegening van de verzorgenden. Drie van de tien cliënten zagen dit als positief.

“Omdat ze allemaal erg hun best doen, ik kan niet zeggen, die hoeft me niet meer te komen helpen hoor, ze zijn me allemaal even lief.”

“Het zijn allemaal lieve meiden hoor, en ze helpen me goed.”

4.1.5 Rol van de verpleegkundige

Hieronder staat weergegeven hoe de cliënten een verpleegkundige zien. Wat zij belangrijke eigenschappen en competenties vinden in een zorgverlener.

Twee van de tien cliënten (her)kennen een verpleegkundige en gaven aan de komst van een verpleegkundige prettig te vinden. Hierover zeggen twee cliënten het volgende:

“Ik weet niet of dat verpleegkundigen zijn, ik denk wel dat er verpleegkundig personeel bij zit. Maar of die nou komt zonder dat je ze roept dat weet ik niet hoor. Of alleen bij noodgevallen.”

“*Verpleegkundigen weten heel veel. Ik zou ze graag meer willen zien. Ik heb daar meer vertrouwen in dan verzorgenden.”*

Eigenschappen en of competenties

De ideale verzorgende of verpleegkundige is vriendelijk, volgens vijf van de tien cliënten. Zij kan goed luisteren, is behulpzaam en kan een gesprek voeren. De laatste eigenschappen werden drie keer genoemd. Hierover werd het volgende gezegd door drie cliënten:

“Niet dat ze een beetje kwaad zijn of zo, maar dat zijn ze nooit hoor, maar dat zal ik heel erg vinden.”

“Ik houd van gezelligheid, dus als er iemand binnenkomt en kletst vind ik dat gezellig. Een goed humeur aan chagrijnen heb je niets aan.”

“De zusters die altijd hier zijn die weten natuurlijk de weg en die kennen je. Daar kun je eens een keer mee lachen en een keer mee kletsen. En dat heb je niet met degene die maar heel af en toe een keer komt van het uitzendbureau of zo.”

Tot zover de resultaatbeschrijving van de interviews die uitgevoerd werden in de Nudehof. In het volgende hoofdstuk de resultaten van de interviews die gehouden zijn in de Halderhof. Inleidend een samenvatting van de verkregen resultaten, daarna volgt een meer uitgebreide beschrijving van de resultaten.

4.2 Resultaten Halderhof

In de Halderhof antwoordde het merendeel van de geïnterviewde cliënten geheel ADL afhankelijk te zijn op de vraag naar zorgbehoefte/hulpvraag. De cliënten zijn rolstoelgebonden en voor transfers afhankelijk van een tillift. Er is een verdeeld beeld in dagbesteding en in deelname aan activiteiten. De helft van de cliënten gaf aan niet deel te nemen aan activiteiten, een derde van de cliënten leest graag en twee cliënten nemen wel deel aan activiteiten. Twee cliënten vertelde een zinvolle dagbesteding te missen en zich eenzaam te voelen. De familieparticipatie in de Halderhof werd als volgt omschreven: twee cliënten hebben nog een partner. De meeste cliënten hebben kinderen. Bij de helft van de cliënten met kinderen verloopt het contact goed en zijn de kinderen met name betrokken bij sociale activiteiten. De andere helft van de cliënten met kinderen gaf aan weinig contact te hebben met de kinderen. Op de vraag naar aanleiding tot opname en het ziektebeeld antwoordde een derde van de cliënten te zijn opgenomen ten gevolge van een probleem aan het hart en vaatstelsel (een CVA, een hersenstaminfarct en vaatvernauwingen). Één cliënt heeft epilepsie en één cliënt heeft reuma. Een derde van de cliënten is thuis gevallen en hetzelfde aantal cliënten hebben mobiliteitsbeperkingen wat heeft geleid tot een opname. De helft van de cliënten in de Halderhof besprak het gevoel van “berusting in het lot”, omtrent de opname, zij nemen het zoals het komt en stellen niet te hoge eisen meer.

Het thema kwaliteitszorg was moeilijk voor de cliënten, veelal wisten cliënten niet wat de term inhield. De helft van de cliënten vertelde dat het momenteel erg rommelig is op de afdeling wegens de interne verhuizing van units. Twee cliënten zijn tevreden over de kwaliteit. Op de vraag wat er goed gaat antwoordde het merendeel van de cliënten tevreden te zijn over de zorgverlening. De helft van de cliënten benoemde de inzet en hulp van de (vaste) verzorgenden als positief. Als verbeterpunten zijn aangegeven het ervaren van de werkdruk van verzorgenden en het lange wachten na een oproep, de helft van de cliënten benoemde dit als onprettig. De uitspraak “ik kom zo” bij een alarmering wordt veel gehoord, dit is een ruim begrip aldus de cliënten. Een derde van de cliënten gaf aan het liefst geholpen te worden door een vaste verzorgende.

Het onderwerp bejegening is uitgebreid aan bod geweest tijdens de interviews. Een klein aantal (twee) cliënten vertelde tevreden te zijn over de bejegening, twee cliënten vonden de bejegening voor verbetering vatbaar maar konden niet concreet aangeven wat er verbeterd kon worden. Ongeveer de helft van de cliënten stoort zich aan de houding van jonge verzorgenden of leerlingen, cliënten benoemde het gebrek aan ervaring of het tutoyeren als storend. Twee van de tien cliënten gaf aan zich wel eens als kind behandeld te voelen. Een derde van de cliënten hadden moeite met het beantwoorden en de opvolging van oproep.

De verpleegkundige is bekend bij de helft van de cliënten in de Halderhof en zij waarderen haar als positief. Cliënten vertelden eigenschappen als vriendelijkheid, beleefdheid en een respectvolle houding het meest belangrijk te vinden in een verzorgende of verpleegkundige.

Hierna volgt een meer uitgebreide beschrijving van de resultaten die verkregen zijn binnen de Halderhof. De resultaten zijn beschreven volgens de in de inleiding vermeldde kern en sublabels.

4.2.1 Zorgvraag

In deze paragraaf geven de cliënten antwoord op wat de zorgvraag aan hen inhoudt. Dit aan de hand van verschillende sublabels, de concrete zorgbehoefte/hulpvraag. Er is gevraagd naar de dagbesteding en behoefte aan activiteit van cliënten, dit omdat het welzijnsaspect een steeds belangrijker rol gaat spelen in de zorgverlening. Als laatste wordt aandacht besteed aan de familie van de cliënt en hoe zij een bijdrage leveren aan het beantwoorden van de zorgvraag van de cliënt. Zeker gezien de opkomende schaarste van professionele zorgverleners, een belangrijke partner in deze.

Zorgbehoefte/hulpvraag

Acht van de tien cliënten vertelden geheel ADL afhankelijk te zijn, zij krijgen volledig hulp met wassen en aankleden, met de eetmomenten, medicatie en het naar bed gaan. Deze acht cliënten gaven aan niet meer te kunnen lopen en zij zijn voor transfers afhankelijk van een tillift. Één cliënt is zelfstandig en één cliënt krijgt gedeeltelijk hulp. Hieronder een aantal citaten:

“Ik kan helemaal niets meer ik ben tot het puntje van mijn neus verlamd.”

“Ja, met wassen en aankleden en eten enz. Het eten kan nooit beter zijn, als je thuis hebt natuurlijk hé. Ja, als ik ga staan dan zak ik door de benen.”

“Omdat ik niet meer kan lopen. En de afwas en zo”

“Ik probeer zoveel mogelijk mijzelf te redden,ja, ik probeer het. Nee, dat doe ik allemaal zelf, en eerst wel hulp met het douchen, maar dat doe ik nu ook weer zelf, ja dat is een voorrecht.”

Zinvolle dagbesteding en deelname aan activiteiten

Vier van de tien cliënten vertelden niet deel te nemen aan activiteiten. Drie cliënten gaven aan graag te lezen. Twee cliënten vertelden deel te nemen aan de activiteiten in huis, en hier plezier in te hebben. Twee cliënten voelden zich eenzaam en hebben meer behoefte aan contacten. Vier cliënten vertelden het volgende:

“Nee, ik heb veel geschreven vroeger, maar dat kan ik niet meer, en veel gepuzzeld. En nu lees ik nog wat, in de krant. Nee, dat is net kinderspel. Ouderen worden vaak weer gezien al kinderen.”

“Ja, schilderen, maar daar bak ik niet zo veel van hoor, en gister was er een film en de gym.”

“Eigenlijk doe je niets hé. Een beetje zitten en kijken.”

“Ik zou wel wat meer contacten willen want ik voel me eenzaam.”

Familieparticipatie

Twee van de tien cliënten hebben nog een partner. Het contact met de partner is bij één cliënt goed en frequent, bij de andere cliënt is de partner zelf opgenomen in een PG verpleeghuis. Zeven van de tien cliënten heeft kinderen. Bij drie van de zeven cliënten met kinderen verloopt het contact goed, de contactmomenten bestaan met name uit sociale activiteiten of bezoekmomenten. Vier van de zeven gaven aan dat er weinig contact is met de kinderen, veelal omdat zij zelf druk zijn met het werk of het eigen gezin. De drie van de tien cliënten wie geen kinderen hebben krijgen af en toe bezoek van een broer of zus of ander familielid.

> *“Ja, die komen vaak, twee dochters, vier kleinkinderen. Ja, ik ga straks weer met de zonnebloem mee, met mijn jongste dochter. Ja, dat is een vakantie week. Ja, we gaan wel eens wandelen en naar Ede.”*

> *“En mijn vrouw heeft Alzheimer, en die zit hier (Breukelderhof) al bijna 6 jaar. Een zoon, van 51, Nee, nee, soms zegt hij wel van ik kom dan en dan en dan zie ik hem helemaal niet.”*

> *“Mijn dochter heeft het zo druk. Die komt weleens maar ja zij heeft natuurlijk haar eigen leven. Ik wil haar ook niet tot last zijn. En de kleinkinderen ach ja, je weet hoe dat gaat.”*

> *“En ik dacht ik kan mijn broer en zijn gezin ook niet tot last zijn, en dat wil ik ook niet. Ik schrijf met mijn zus, zij woont in Spanje, en werkte voorheen in Spanje.”*

4.2.2. Aanleiding tot opname

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de voorgeschiedenis van de cliënten. Waardoor zijn zij opgenomen in de instelling. Wat is het ziektebeeld en tegen welke functionele beperkingen liepen of lopen zij aan? Dit geeft inzicht in het ontstaan van de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Als laatste een sublabel wat te maken heeft met de beleving van de opname (“berusten in het lot.”)

Ziektebeelden

De meeste cliënten konden niet duidelijk aangeven wat hun ziektebeeld is. Het niet meer alleen kunnen zijn wordt vaak genoemd als aanleiding voor de zorgvraag. Één cliënt geeft aan reuma te hebben en één cliënt geeft aan epilepsie te hebben. Drie van de tien cliënten hebben problemen met het hart en vaatstelsel, daarvan heeft één cliënt een CVA doorgemaakt, één cliënt een hersenstaminfarct en geeft één cliënt aan last te hebben van vaatvernauwingen.

> *“Ik heb een hersenstaminfarct gehad.”*

> *“En ik heb al jaren epilepsie en dat heb ik nog.”*

> *“Die C.V.A. heb ik gekregen. Ja, omdat hier de behandeling beter was hé, het was beter aangepast.”*

Functionele beperkingen

Drie van de tien cliënten gaven aan thuis te zijn gevallen, dit was een aanleiding tot opname. Drie van de tien cliënten vertelden thuis al niet meer te kunnen lopen, de mobiliteitsbeperking veroorzaakte de zorgvraag.

> *“Oh, dat was vrijdag, tegen de avond, ik wilde eten klaar maken in de keuken, en toen viel ik in een keer in de keuken achterover, ja en dat gebeurde vaker hoor.”*
>
> *“Ik was eerst gevallen thuis, tegen de servieskast, en dat was ook niet veilig, toen heb ik even op de Rustenburg gewoond.”*
>
> *“Ik kon niet meer alleen wonen want ik kan niet lopen”.*
>
> *“Met alles want mijn benen doen het niet”.*

De val of mobiliteitsbeperking leidde tot gevaarlijke situaties in huis. Cliënten die alleen kwamen te staan, spraken met name van “praktische zelfzorgtekorten”, als boodschappen doen. De twee cliënten die een CVA doormaakte werden acuut opgenomen.

> *“Mijn vrouw is overleden, dus ik zat alleen thuis. En dan kwam er een hulp eens in de week en gingen we naar de Albert Heijn. En dan kocht ik zelf van die pakjes voor in het warme water. Nou de kinderen vonden dat ik dat niet goed genoeg deed. Dat ik er niet op lette dat het schimmelig was soms. En ik ben geen moeilijker eter, dus ik at dat allemaal op. Ze vonden dat ik er niet beter uit ging zien.”*

“Berusten in het lot.”

Vijf van de tien cliënten benoemden te “berusten in het lot”, zij zien de opname als noodzakelijk. Zij vinden het lastig om verbeterpunten aan te geven. Zij nemen het zoals het komt.

> *“Nee hoor, je neemt het zoals het is.”*
>
> *“Ja, verder heel goed hoor, ach je moet het ermee doen hé, het kan niet anders.”*
>
> *“Ik heb geen verlangens verder, dat kan niet. Het leven is om.”*
>
> *“Ach je moet niet teveel eisen stellen.”*

4.2.3 Kwaliteitszorg

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de cliënten tegen kwaliteitszorg aan kijken. Gezien de cliënten het lastig vonden om deze vraag te beantwoorden, is er gevraagd naar de goede kanten van de zorgverlening en de verbetermogelijkheden. Ook dit zegt veel over de kwaliteit van zorg. Zes van de tien cliënten gaven aan niet te weten wat de term kwaliteitszorg inhoudt. Vier van de tien cliënten vertelden dat het op het moment erg rommelig is of dat zij moeten wennen aan de nieuwe afdeling of nieuwe zusters (er heeft net een verhuizing plaatst gevonden van

een aantal afdelingen binnen de Halderhof). Twee van de tien cliënten gaven aan tevreden te zijn over de kwaliteit van zorg.

“Dat is wel goed alleen voor de zusters die hier vast werken.”

“Goed. Het is nu een beetje rommelig, maar dat komt door de verhuizing.”

Wat gaat goed.

Acht van de tien cliënten vertelden over het algemeen wel tevreden te zijn over de zorgverlening. Vijf van deze acht benoemden hierbij tevreden te zijn over het werk en de inzet van de verzorgenden. Over het algemeen wordt de inzet van vast personeel meer gewaardeerd. Twee van de tien cliënten gaven aan tevreden te zijn over de maaltijden. Daarover vertelden de cliënten het onderstaande:

“ Het gaat wel goed alleen die invalkrachten zijn vreselijk.”

“Ze kijken wel naar je, ze helpen je altijd met alles. Ja, gaat goed en met het naar bed brengen gaat het allemaal goed.”

“De maaltijden, ja die zijn wel lekker.”

Verbeterpunten in de zorgverlening.

Vier van de tien cliënten gaven aan last te hebben van de werkdruk van de verzorgenden, zij moeten veelal lang wachten voordat een alarmering opgevolgd wordt. Daarbij storen drie van de tien cliënten zich aan het antwoord van de verzorgenden; “Ik kom zo” of “Wij komen zo” zijn veel gehoorde uitspraken. De cliënten vertelden dan vaak nog lang te moeten wachten. Één van de vier gaf aan het jammer te vinden dat er geen tijd is om een praatje te maken. Drie van de tien cliënten benoemden dat zij het liefst een vaste verzorgende hebben voor de zorgverlening. Één cliënt geeft aan dat de opleiding voor leerlingen verbeterd zal moeten worden. De cliënt doelt hierbij op de bejegening van de leerlingen. De volgende citaten passen hierbij:

“En als je belt ook, dan duurt het heel lang voor ze er zijn Ja dat is vreselijk, en dan zeggen ze, ja ik kom zo, maar dat werkt niet, en dat zijn van die dingen, in de praktijk blijkt dat niet te kunnen.”

“Betere voorbereiding van de studentes, zal ik maar zeggen, vooral aan die etiquette.En aan de afspraken houden, en niet zeggen ik kom er aan, en dat kan ik ook wel zeggen, en ze weten niet eens wat ze zeggen, het enige wat ze zeggen is o.k. ja en dat kent zoveel uitdrukkingen.”

“Druk, druk, druk. Dat vind ik vervelend. Nee, er is geen tijd voor een praatje.”

Twee van de tien cliënten spreken over de verhuizing naar Machtella, dit is het nieuwe somatisch verpleeghuis van Opella, dat nu gebouwd wordt, einde van dit jaar, zij kijken er naar uit om weer een appartement voor zichzelf te hebben.

> *“Dan heb ik weer een plekje voor mezelf, en de radio en tv. en mijn eigen programma’s kijken.”*

4.2.4 Bejegening

Wat opviel is dat veel cliënten zich storen aan de uitingen en de beroepshouding van verzorgenden. In deze paragraaf worden enkelen van deze uitspraken beschreven. Bejegening is een belangrijk onderwerp voor cliënten, wanneer zij zich onheus bejegend voelen, is het gevoel van welzijn naar verwachting ook lager.

Twee van de tien cliënten vertelden tevreden te zijn over de bejegening. Twee van de tien cliënten gaven aan dat de bejegening wel verbeterd kan worden, hierbij geven zij niet aan wat er verbeterd zal kunnen worden.

> ***“****De bejegening kan beter ze zijn niet altijd even netjes.”*

Vier van de tien cliënten vertellen niet tevreden te zijn over de beroepshouding van vooral de jongere zusters, leerlingen of stagiaires, zij missen ervaring of tutoyeren de cliënt.

> *“Ja, en het gros van de zusters is ook jonger, hier en dat is soms lastig.”*

> *“Ja, maar die kinderen zijn ook opgevoed. En ze spreken iedereen met jij en jou aan, en dat is oeh, en dan geef ik ze een veeg uit de pan hoor, die snotneuzen, en dan zeg ik hoe ben je opgevoed? Mensen van 60 of 70 jaar ouder.”*

Twee van de tien cliënten noemden dat zij als een kind behandeld worden, zij ervaren dat er om hen gelachen wordt en over hen heen gepraat.

> *“Als je als mens wordt behandeld. Dat je niet een oud mens bent, want dat ben ik niet. Ik ben wel oud, maar niet zoals sommige mensen denken. We zijn volwaardige oude mensen.”*

> *“Laatst deed er iemand nog wat lacherig ik zeg dat moet je niet doen. Je moet geen oude mensen uitlachen. Dan hebben ze mij te pakken hoor, dat wil ik niet.”*

Het opvolgen en beantwoorden van alarmeringen is problematisch voor drie cliënten, medecliënten worden genoemd als “excuus” voor het wachten. Twee cliënten vertelden het volgende:

> *“Dat het allemaal maar eerlijk mag gaan .Dat ze je niet altijd afbekken met we komen zo, we komen straks. En dat straks als ze dat zeggen, dan komen ze nooit, en daar kunnen ze ook niets aan doen hoor, want ze zeggen ook vaak, er zijn nog 13 wachtende voor u.”*

“Ja, en ik heb het zo nodig hoor, ja en dan zeggen ze en de buren hé. Ja, maar daar kan je toch ook niets mee.”

4.2.5 Rol van de verpleegkundige

Hieronder staat weergegeven hoe de cliënten een verpleegkundige zien. Wat zij belangrijke eigenschappen en competenties vinden in een verzorgende of verpleegkundige.

Vijf van de tien cliënten (her)kennen een verpleegkundige, en zij zijn enthousiast over de inzet en deskundigheid van verpleegkundigen. De evv wordt ook positief benoemd door een cliënt.

“Die zijn veel vaardiger en weten precies wat ze moeten doen en hoe ze met iemand moeten omgaan.”

“ Hadden we die hier maar”.

“Ja, dat kan je wel merken, dat sommige wel een stapje hoger zijn, en dan heb ik dat toch liever. Maar ja, alles went.”

“Dat ligt niet aan hier en aan de leidsters, zeg maar aan de evv-ers, want die doen wel goed werk.”

Eigenschappen en of competenties.

Vier van de tien cliënten heeft geen uitspraken gedaan over de verwachting met betrekking tot eigenschappen of competenties. Vier van de overige zes cliënten gaven aan met name vriendelijkheid, beleefdheid en respect van belang te vinden in de houding van een verzorgende of verpleegkundige.

“Vriendelijkheid, dat is voor ieder mens goed. En behandel een ander net zo als je zelf behandeld wil worden. En respect hebben voor de ander.”

“Beleefd blijven.”

Één cliënt geeft aan kennis van de geschiedenis belangrijk te vinden.

“Weten wat de oude garde beleefd heeft, ja, wij hebben alles opgebouwd.”

Hiermee eindigt de resultaatbeschrijving. In het volgende hoofdstuk de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. Hoe helpen deze resultaten van de interviews en antwoorden van de cliënten bij het beantwoorden van de centrale vraagstelling en de deelvragen? Er worden aanbevelingen gegeven ten behoeve van de praktijk en de opdrachtgever om zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij de zorgvraag van de oudere somatische cliënt.

5. Conclusies en aanbevelingen

In de conclusies wordt antwoorden gegeven op de centrale vraagstelling en de deelvragen. Deze antwoorden zijn tweeledig; Een deel is beantwoord vanuit de literatuurstudie. Het tweede deel is beantwoord met de resultaten die verkregen zijn uit de interviews met de oudere somatische cliënten in de Nudehof en de Halderhof. De resultaten van beide instellingen zijn apart verwerkt. Zo zijn er ook verschillen en overeenkomsten in de conclusies van beide instellingen. In de conclusies zijn overeenkomsten en verschillen in de literatuur en resultaten beschreven. Eerst is antwoord gegeven op de deelvragen. Om daarna de centrale vraag te beantwoorden. In onderstaande paragraven worden eerst de deelvraag of centrale vraag herhaald om deze daarna te beantwoorden.

5.1 De deelvragen

5.1.1 Deelvraag 1: *Wat houdt een somatische zorgvraag in?*

Het aantal chronisch zieke ouderen neemt toe door vergrijzing en verwachte leeftijdsstijging. De literatuur laat zien dat een somatische zorgvraag zich kenmerkt door multipathologie. Dit betekent dat de zorgvraag ontstaat uit verschillende somatische klachten die voortkomen uit verschillende ziekten en de daarbij horende functionele beperkingen. De uiting van klachten is vaak atypisch wat signalering moeilijk maakt. De somatische klachten kunnen op psychosociaal gebied tot uiting komen en omgekeerd. Het is dan ook van belang om bij een somatische zorgvraag niet alleen oog te hebben voor de somatische beperkingen van de cliënt, maar ook voor het psychosociaal functioneren.

Uit de interviews blijkt dat er geen eenduidig antwoord gegeven kan worden over het somatische aspect van de zorgvraag. Wat voor de cliënten de aanleiding tot opname was, of het daaraan ter grondslag liggende ziektebeeld levert een veelzijdig beeld op. Hart en vaatziekten en gewrichtsproblematiek werden het meest genoemd als ziektebeelden. Vallen en de gevolgen daarvan of het ontstaan van onveilige situaties zijn regelmatig genoemd als functionele beperking. Het niet meer “alleen” kunnen zijn en voor zichzelf kunnen zorgen is vaak ook een aanleiding tot opname. Dit laatste wijst op een zorgvraag op psychosociaal gebeid (eenzaamheid en angstgevoelens). Dat cliënten geen eenduidig beeld kunnen geven over de “somatische” aanleiding tot opname kan te maken hebben met de multipathologie of de atypische uiting van klachten, zoals ook beschreven is in de literatuur. Uit de interviews blijkt dat cliënten geen volledig inzicht hebben in hun eigen ziektebeeld. Cliënten geven duidelijk aan wanneer zij niet meer thuis kunnen wonen en wat hieraan ten grondslag lag. Voorafgaande klachten of doorgemaakte ziekten, lijken dan niet op de voorgrond te liggen. Bij een somatische zorgvraag, blijkt voor de cliënten het “somatische” aspect dan ook niet het voornaamste te zijn. Wat meer lijkt te leven, zijn de beperkingen die daaruit voortkomen. Des te meer reden, om bij een somatische zorgvraag rekening te houden met het gehele functioneren van de cliënt en zijn algehele gevoel van welbevinden.

5.1.2 Deelvraag twee: ***Wat is het verschil in zorgvraag in een verzorgingshuis en in een verpleeghuis van de oudere somatische cliënt?***

In de literatuur is er gezocht naar het verschil tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Het verzorgingshuis is van origine meer gericht op het leveren van laag complexe zorg. In het verpleeghuis worden cliënten opgenomen met een complexere zorgvraag. Alleen de meest kwetsbare ouderen komen nog in aanmerking voor een AWBZ indicatie met verblijf. Alleen cliënten met een hogere ZZP indicatie worden nog opgenomen in het verzorgingshuis of verpleeghuis. Het verpleeghuis verleent zorg met een eigen team van (specialistische) behandelaars. Zij leveren dan ook de functie behandeling (geregeld in de WTZI).

Er is sprake van transmuralisering, het verzorgingshuis maakt steeds meer gebruik van de expertise van het verpleeghuis. Zorgvraag en aanbod zijn beiden in beweging. Grenzen zijn aan het vervagen, zowel voor cliënten als voor zorgverleners.

Vanuit de resultaten van de interviews blijkt deze verschuiving van zorgzwaarte of zorgvraag een feit te zijn. Hetzelfde aantal cliënten binnen het verzorgingshuis en het verpleeghuis geven aan volledig ADL afhankelijk te zijn. Het verschil zit in de mobiliteit van de cliënten. In de Nudehof is een derde van de cliënten rolstoelgebonden en afhankelijk van een tillift. In de Halderhof is dit het merendeel van de cliënten. Ook is er een verschil in de indicatiestelling. Binnen de Halderhof hebben alle cliënten een ZZP 6 VV indicatie. Binnen de Nudehof is dit iets meer dan de helft van de geïnterviewden. De overigen cliënten hebben een ZZP 3 VV/LG indicatie. Dit verklaart het verschil in mobiliteit.

Wat opvalt vanuit de interviews, is dat er een verschil is in het antwoord op de zorgvraag op gebied van welbevinden van de cliënt. In de Nudehof wordt meer gebruik gemaakt van het aanbod aan activiteiten en is de familie meer betrokken bij de zorgverlening dan in de Halderhof. In de Halderhof geeft een aantal cliënten aan geen zinvolle dagbesteding te hebben, of zich eenzaam te voelen. Immobiliteit is er mede de oorzaak van dat er niet deelgenomen kan worden aan activiteiten. Verder blijkt dat zowel in de Nudehof als in de Halderhof antwoorden werden gegeven, die mogelijk wijzen op hospitalisatie. De cliënten gaven aan “in het lot te berusten.” Woorden als “het moet” en het zich aanpassen aan de omstandigheden die horen bij een opname in een instelling wijzen hierop.

Vanuit de literatuur ontstaat het beeld, dat de zorg voor somatische cliënten met een meer complexe zorgvraag beter zal zijn in het verpleeghuis, doordat er meer middelen en meer specialistische hulp beschikbaar is. Ook zal de zorgvraag daar complexer zijn. Beiden lijken in de interviews ontkracht te worden, zoals ook zal blijken uit hieronder beschreven conclusies. De zorgzwaarte is vergelijkbaar en de cliënten lijken over het algemeen meer tevreden met de complete verzorging in de Nudehof. Vanuit de resultaten kan dan ook geconcludeerd worden dat er geen verschil is in de zorgvraag in een verzorgingshuis en verpleeghuis. Er is wel een verschil in het antwoord op die vraag.

5.1.3 Deelvraag drie: ***Hoe kan kwaliteitszorg verleend en gewaarborgd worden aan de oudere somatische cliënt?***

Vanuit de literatuur kan geconcludeerd worden dat instellingen in het verlenen en waarborgen van kwaliteitszorg rekening hebben te houden met de kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet speelt in op de eigen verantwoordelijkheid van de instelling. De wet stelt daarbij wel een aantal eisen; verantwoorde zorg, een op kwaliteit gericht beleid, kwaliteitssystemen en een jaarverslag. Wanneer de instelling aan deze eisen voldoet wordt de kwaliteit van zorg inzichtelijk gemaakt. Een andere belangrijke wet is de wet BIG, deze wet regelt de bevoegd en bekwaamheid van een groot aantal zorgverleners en daarmee de “kwaliteit” van het handelen van de zorgverleners. Dit is een bescherming voor cliënten tegen ondeskundig handelen. Beide wetten zijn bedoeld om de kwaliteit van de verleende zorg zoveel mogelijk te waarborgen.

Vanuit de resultaten van de interviews kan geconcludeerd worden dat cliënten van zowel de Nudehof als de Halderhof niet goed begrijpen wat de term kwaliteitszorg inhoudt. In de literatuur worden wetten besproken om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Doordat cliënten geen antwoord kunnen geven op de vraag wat kwaliteitszorg inhoudt, hebben zij waarschijnlijk ook geen inzicht in de daaraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving. De vraag is of dit überhaupt nodig is? Cliënten kunnen, na doorvragen, goed verwoorden wat op het moment goed gaat in de zorg en waar verbetermogelijkheden liggen. Zo geven de cliënten van beide instellingen aan over het algemeen heel tevreden te zijn over de zorgverlening en met name de inzet van vaste verzorgenden erg te waarderen. De verbeterpunten die cliënten aangeven hebben allen te maken met inzet van personeel en de werkdruk die cliënten ervaren bij de verzorgenden. De inzet van oproep en uitzendkrachten, leerlingen en stagiaires wordt veelal niet gewaardeerd. De cliënten zijn erg gehecht aan de vaste verzorgenden. Zij kennen de gewoonten van de cliënten en zijn meer toegankelijk voor een gesprek. Door beleving van tijdsdruk van de verzorgenden, bij cliënten lijkt de kwaliteit van zorg minder te worden. In ieder geval heeft dit invloed op het welzijnsgevoel. Cliënten ervaren een tekort aan personeel en zouden het prettig vinden als er meer tijd is voor persoonlijke aandacht in de vorm van een gesprek. Kwaliteitszorg kan volgens cliënten verleend worden door de inzet (hoeveelheid/kwaliteit) en beroepshouding van het verzorgend en verplegend personeel.

5.1.4 Deelvraag vier: ***Wat is de rol van de hbo verpleegkundige bij aansluiting op de zorgvraag van de oudere somatische cliënt?***

In de literatuur vervult de hbo verpleegkundige een veelzijdige rol in de zorgverlening voor de oudere somatische cliënt. Zij levert vraaggerichte zorg, en is bekend met de vier thema’s die daarbij horen; zelfbeschikking, de cliënt als burger, individuele diversiteit en een rechtvaardige verdeling. De hbo verpleegkundige werkt vanuit vijf rollen, namelijk; zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Zo is zij competent op meerdere vakgebieden. De hbo verpleegkundige zoekt de diepgang in de zorgvraag van de oudere somatische cliënt. Zij kan in de functie van zorgcoördinator of evv veel betekenen in de coaching van lager geschoolde collega’s. Ook op het gebied van samenwerking en communicatie (tussen verschillende lagen in de organisatie) speelt zij een grote rol. Zij is innovatief bezig en werkt aan de deskundigheidsbevordering van zichzelf en anderen. Dit om de kwaliteit van zorg en leven voor de oudere somatische cliënt te verbeteren.

De cliënt is ten alle tijde het uitgangspunt van handelen. De cliënten gaven in de interviews aan in de meeste gevallen geen verpleegkundige te (her)kennen. In de Halderhof kende de helft van de cliënten wel een verpleegkundige zij waren enthousiast over de houding en deskundigheid van de verpleegkundige. In de Nudehof waren dit twee cliënten. Cliënten vinden het met name belangrijk dat verzorgenden en/of verpleegkundigen goed luisteren, vriendelijk, behulpzaam, respectvol en beleefd zijn en een gesprek kunnen voeren. Waar de literatuur een flinke functie weergeeft voor de hbo verpleegkundige lijken de cliënten niet te beseffen wie zij is, of wat zij kan doen. Cliënten hebben meer belang bij een “lieve” verzorgende of verpleegkundigen.

In de interviews is het onderwerp bejegening aan bod geweest, hoe staat het met de beroepshouding van de “lieve” verzorgenden of verpleegkundigen? Cliënten gaven aan, regelmatig te moeten wachten, nadat zij gebeld hebben voor hulp. Er wordt geantwoord met “ik kom zo” en dan duurt het vaak nog lang voordat er hulp komt. De gejaagde/gehaaste werkhouding verdient ook aandacht. Alles moet “snel, snel,” dit wordt als onprettig ervaren. In de Nudehof heeft een derde van de cliënten moeite met het veelvuldig gebruik/afgaan van de telefoon/pieper van de verzorgenden. In de Halderhof gaf de helft van de cliënten aan niet tevreden te zijn over de houding van jonge (onervaren) verzorgenden, leerlingen of stagiaires. Zij komen niet respectvol over en tutoyeren de cliënten. Twee cliënten voelden zich als kind behandeld. De beroepshouding is nog niet naar tevredenheid van de cliënt. Hier is een coachende rol voor de hbo verpleegkundige weggelegd.

5.2 Conclusies bij de centrale vraagstelling

Wat is de zorgvraag van de oudere somatische cliënt (met een zorgzwaartepakket (ZZP) 3 verzorging en verpleging (VV) of lichamelijk gehandicapt (LG) of 6 VV?

Tot slot antwoord op de centrale vraag. De zorgvraag van de oudere somatische cliënt is veelzijdig en complex. Veelal is er sprake van multipathologie bij deze doelgroep, gecombineerd met een of meerdere functionele beperkingen en een verhoogd risico op psychische klachten. De volgende definitie van zorgvraag is gekozen: *“Door de cliënt zelf of door zijn omgeving geuite zorgbehoefte.”*

De oudere somatische cliënt ervaart een zelfzorgtekort (een beperking in de ADL). Hierdoor heeft de cliënt persoonlijke en huishoudelijke zorg nodig. De oudere somatische cliënt heeft een vraag op welzijnsgebied en een zinvolle dagbesteding. Ondersteuning in en deelname aan activiteiten waar de cliënt plezier aan beleeft, zijn daar onderdeel van. Participatie van familie en hun waar mogelijk betrekken in de zorgverlening hebben een positief effect op het welzijnsgevoel van de cliënt. De aanleiding tot de zorgvraag is divers. Het kan gaan om een CVA, maar ook een valincident wat thuis heeft plaatsgevonden. Ook gevoelens van eenzaamheid en angst worden benoemd. Hieruit blijkt dat in de beleving van de ouderen de “somatische” vraag geen prioriteit heeft. Zoals ook blijkt uit de literatuur is het van belang, om vanuit een holistische visie naar de cliënt te kijken. De cliënt heeft veelal ook behoefte aan psychosociale begeleiding. De cliënt behoeft een vriendelijke verzorgende, die luistert en de tijd neemt. De cliënt heeft behoefte aan persoonlijke aandacht en een gesprek en ervaart een gejaagde werkhouding als onprettig.

De inzet van onbekende krachten wordt niet gewaardeerd. Persoonlijke betrokkenheid die zich ook uit in de beroepshouding gaan boven begrippen als kwaliteitszorg en deskundigheidsniveau. De cliënt wil benaderd worden als volwaardig mens en wil serieus genomen worden in zijn vraag.

Wordt de zorgvraag nog wel uitgesproken door de cliënt? In beide instellingen lijkt het zorgaanbod nog leidend te zijn en niet de zorgvraag van de cliënt. De cliënten lijken zich te conformeren aan de cultuur en werkwijze van de instelling. Dit kan wijzen op hospitalisatie.

In de definitie wordt gesproken over een geuite zorgbehoefte. De oudere somatische cliënt heeft moeite met het uiten van zijn/haar behoefte. In het antwoord op de vraag, is de cliënt niet op zoek naar termen als kwaliteitszorg, of wat het deskundigheidsniveau is van de zorgverlener die komt. Terwijl de verbeterpunten die de cliënten aangeven alles te maken hebben met kwaliteitszorg en de inzet van “deskundige” zorgverleners met een goede beroepshouding. Wat is de zorgvraag? Hoe wordt er gevraagd, of gezocht naar de zorgvraag? Het is een samenspel tussen vraag en aanbod. De vraag behoeft een professioneel antwoord. Een antwoord dat alleen gegeven kan worden, door een goed contact tussen de cliënt en de deskundige zorgverlener. In de zin van een gesprek vanuit een vraaggerichte visie.

Na het beschrijven van resultaten en conclusies, komt het tot het geven van aanbevelingen. Hoe kan de opdrachtgever gebruik maken van de verzamelde gegevens? Wat zijn goede vervolgstappen om meer aan te kunnen sluiten bij de zorgvraag van de oudere somatische cliënt?

5.3 Aanbevelingen

Vanuit de literatuur, resultaten en conclusies worden een aantal aanbevelingen gedaan voor de praktijk en/of vervolgonderzoek.

Zorgvraag

Zoals blijkt uit de beschreven conclusies is de verschuiving van zorgzwaarte een feit. Wat hierbij het meest van belang is de oudere somatische cliënt als volwaardig mens te benaderen. Rekening houdend met alle gebieden. Naast de somatische zorgvraag dient er ook oog te zijn voor psychosociale begeleiding en het algehele gevoel van welzijn. Het zorgaanbod lijkt nu nog meer leidend te zijn als de zorgvraag. Iets wat blijkt uit de uitingen van cliënten die wijzen op hospitalisatie. Het meer vormgeven en aandacht besteden aan een vraaggerichte/belevingsgerichte visie en werkmethode, helpen om meer actief aan te sluiten bij de zorgvraag van de cliënt. Dit kan plaatsvinden door middel van training en coaching in visie en benadering.

Somatische zorgvraag

Tijdige signalering van klachten is zeer belangrijk om toename of verergering van klachten voor te zijn. Dit om in een vroeg stadium in te kunnen spelen op de zorgvraag van de cliënt. De expertise van de hbo verpleegkundige kan hierbij ingezet worden. Zij is deskundig in het herkennen en uitvragen van complexe beelden.

Multidisciplinaire samenwerking buiten de grenzen van de eigen instelling is belangrijk om de zorgvraag van de cliënt vanuit verschillende deskundigheidsgebieden te bekijken en het antwoord zo passend mogelijk te maken. Ook de samenwerking met eerstelijns behandelaars (huisartsen, apothekers, maar ook fysiotherapeuten en psychologen) zijn essentieel waar het gaat om cliënten met een indicatie zonder behandeling. Om samen de kwaliteit van zorg te waarborgen..

Verzorgingshuis vs. Verpleeghuis

Vanuit de deskundigheid van de onderzoekers zal de inzet van meer specialistische behandelaars (vanuit het verpleeghuis) en de inzet van hulpmiddelen in een passende omgeving, de kwaliteit van leven voor de cliënten verhogen.

Vervolgonderzoek naar het aansluiten op de zorgvraag en hoe het verzorgingshuis het beste antwoord kan geven op een meer complexe zorgvraag is wenselijk. Of het starten van een verpleeghuisunit somatiek het antwoord is op de zorgvraag, is in dit onderzoek niet voldoende duidelijk geworden.

Kwaliteitszorg

Om een betere kwaliteit van zorg te kunnen verlenen zal de inzet van oproep en uitzendkrachten tot een minimum moeten worden beperkt. Daarbij moeten zij een betere begeleiding ontvangen van vaste medewerkers. Het lange wachten na een oproep voor hulp verdient ook aandacht.

Op het gebied van bejegening is verbetering mogelijk. De gejaagde werkhouding van de verzorgenden, het overbrengen van werkdruk en antwoorden als “ik kom zo” na een oproep voor hulp worden niet gewaardeerd. Een rustige werkhouding en het maken van concrete afspraken over de opvolging van een oproep kunnen verbetering bieden.

De rol van de hbo verpleegkundige

Voor de hbo verpleegkundige is een mooie rol weggelegd in het beantwoorden van de zorgvraag van de oudere somatische cliënt; bij de vroegsignalering van klachten, zij herkent vaak meer complexe ziektebeelden. Zij coacht haar collega’s in het actief zoeken naar de zorgvraag van de cliënt, en het aanpassen van de beroepshouding. Het uitstralen van rust en de cliënt met rust te benaderen zijn daar een voorbeeld van.

Zij innoveert en implementeert nieuwe ontwikkelingen in de zorg en heeft zo invloed op de kwaliteitszorg en het beleid hier omtrent. De aanbeveling is dan ook om zeker in de zorg voor cliënten met een complexe somatische zorgvraag een hbo verpleegkundige in te zetten.

Vervolgonderzoek

De aanbeveling is dan ook om vervolgonderzoek te doen naar:

Hoe kan een vraaggerichte/belevingsgerichte visie meer gestalte krijgen bij de zorg voor de oudere somatische cliënt? Hoe wordt de zorgvraag meer leidend?

Vervolgonderzoek naar het fenomeen hospitalisatie. Hoe ontstaat dit? Wat is de invloed op het al dan niet uitspreken van de zorgvraag? Hoe kan het voorkomen worden?

Hoe kan het aanbod in een verzorgingshuis meer passend gemaakt worden om aan te sluiten bij de zorgvraag van de oudere somatische cliënt met een complexe somatische zorgvraag (ZZP 6 VV)?

In het volgende hoofdstuk, discussie zal kritisch gekeken worden naar het verloop van het onderzoek, het proces, de methode en de verkregen resultaten. Wat droeg bij aan het zoeken naar de antwoorden en wat was minder effectief? Hoe is het uiteindelijke resultaat?

6. Discussie

In de discussie wordt gekeken naar het verloop en de resultaten van het onderzoek. Tijdens het proces zijn er tegen een aantal knelpunten aangelopen die van invloed waren op de resultaten van het onderzoek. Hieronder is een beschrijving gegeven van deze knelpunten. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op het verloop van het proces en de onderzoeksmethode. In de tweede paragraaf staan de resultaten “ter discussie.”

6.1 Proces en methode

Terugblikkend op het proces kan daarover gezegd worden dat het definiëren van de probleem en doelstelling en het formuleren van de centrale vraagstelling en deelvragen veel tijd hebben gekost. De onderzoekers zagen dit in eerste instantie als verloren tijd. Nu kan geconcludeerd worden dat dit juist ten bate van het onderzoek is geweest. Het onderzoek heeft meer focus en diepgang gekregen door het goed samenstellen van het onderzoeksvoorstel. Het onderzoek bestond uit twee delen namelijk literatuurstudie en semi gestructureerde interviews met oudere somatische cliënten in de Nudehof en in de Halderhof. Tijdens de literatuurstudie was het voor de onderzoekers van belang om steeds te zoeken naar het verband met de onderzoeksopzet. Door kritisch te kijken naar de relevantie van de literatuurstudie is het voor de onderzoeker en de lezer duidelijker wat de lijn in het rapport is.

Voordat de onderzoekers startten met de interviews is er een topiclijst samengesteld. Deze topiclijst is vooraf niet doorgenomen met de scriptiebegeleidster. Hierdoor is de topiclijst waarschijnlijk minder volledig en doordacht. Dit is een aandachtspunt voor de onderzoekers om in eventueel volgend onderzoek langer bij deze stap stil te staan en hier ook feedback op te vragen. De scriptiebegeleidster heeft de tip gegeven om voor het starten met de interviews op zoek te gaan naar een goede definitie van de term “zorgvraag” dit is vooraf wel gebeurd en heeft de focus van de interviews meer aan laten sluiten bij de centrale vraagstelling.

De interviews zijn afgenomen in drie dagen, een dag in de Nudehof en drie dagen in de Halderhof. De interviews in de Nudehof zijn volgens planning verlopen. De interviews in de Halderhof hebben een dag langer geduurd. De situatie in de Halderhof was wat onrustig. Dit gezien er een verhuizing had plaatsgevonden (intern) van cliënten tussen de verschillende afdelingen. Hierdoor was het lastiger om geschikte respondenten te benaderen. Tijdens het interviewen is het de onderzoekers opgevallen dat de cliënten in de Halderhof meer moeite hadden met het beantwoorden van de vragen als de cliënten in de Nudehof. Dit kan verschillende oorzaken hebben bijvoorbeeld de communicatieve vaardigheden van de interviewer (met name op het gebied van vraagstelling en doorvragen). Maar ook de onrustige situatie binnen de Halderhof alsmede de zorgzwaarte en of cognitieve toestand van de cliënten. Door deze soms beperkte respons zijn er ook minder bruikbare resultaten verworven.

Wat ook opviel is dat verschillende begrippen zoals kwaliteitszorg en deskundigheidsniveau moeilijk begrijpbaar waren voor de geïnterviewden.
Dit was merkbaar door de reactie die de geïnterviewden hierop gaven. Zoals ook in de resultaten aangegeven, gaven een aantal geïnterviewden aan de vraag niet te begrijpen en hier geen antwoord op te kunnen geven.

Hieruit is de conclusie te trekken dat er beter rekening gehouden had kunnen worden met de doelgroep en de vraagstelling. De vragen hadden “makkelijker” geformuleerd kunnen worden zodat dit beter begrijpbaar was voor de geïnterviewde. Hier ligt ook een rol voor de interviewer om op de juiste manier door te vragen en de vragen zo nodig toe te lichten.

6.2 Resultaten

De data analyse is goed verlopen; Het opnemen en later uitschrijven van de interviews heeft positief bij gedragen aan het proces. Hierdoor zijn de resultaten goed duidelijk geworden. De ordening aan de hand van kritisch gekozen kern en sublabels werkte positief bij de uitwerking van de resultaten. Wat hier uit bleek is dat bepaalde interviews meer resultaat gaven als andere. Dat kan te maken hebben met de persoonlijkheid van de cliënt, de manier van vraagstelling van de interviewer en de omstandigheden tijdens het interview.

De resultaten van de interviews laten overeenkomsten zien met de literatuurstudie. Zo is de verschuiving in zorgzwaarte daadwerkelijk merkbaar. De beperkingen en multipathologie die in de literatuur duidelijk zijn beschreven kwamen ook in de interviews naar voren.

In de conclusies komt duidelijk naar voren dat het somatische aspect van de zorgvraag niet het meest essentieel is. Het is van belang om vanuit een holistische visie naar de cliënt te kijken. De onderzoekers zijn tevreden over deze conclusie. Wat ook veelvuldig aan bod kwam is het in het lot berusten en het fenomeen hospitalisatie. Hier liggen nog vragen. Hoe komt het dat de cliënten hun zorgvraag niet duidelijk weer kunnen geven? Ligt hospitalisatie hier werkelijk aan ten grondslag? Het leidende zorgaanbod. De macht of afhankelijkheidspositie in de zorgrelatie. Ook kan het zijn dat er in de interviews niet goed met de vraag is omgegaan. Door middel van doorvragen is er wel een antwoord verkregen.

Alle vragen zijn beantwoord, er zijn hiaten, vragen en openingen die ruimte laten voor vervolgonderzoek. Met name het thema hospitalisatie is interessant. Ook het onderzoek naar het implementeren van een meer vraaggerichte of belevingsgerichte visie zal mooie resultaten kunnen opleveren.

7. Visie

In de ouderenzorg hebben wij, de onderzoekers, een beeld kunnen vormen van de hedendaagse zorg. Alledrie hebben wij ervaring in de ouderenzorg van zowel somatische als psychogeriatrische cliënten. Samen zijn wij het er over eens dat de zorgzwaarte steeds zwaarder en complexer wordt in de ouderenzorg. Wij hebben gemerkt dat personeelstekort steeds meer voorkomt waardoor een stukje deskundigheid vaak ingeleverd moet worden. Er zijn minder verpleegkundigen op de werkvloer aanwezig, wat wij erg jammer vinden. Juist de deskundigheid van de verpleegkundige is nodig in de ouderenzorg, omdat de zorg ook intensiever en complexer wordt. Ook missen wij de begeleiding van collega’s, trainingen en klinische lessen, wat valt onder het vakgebied van de hbo verpleegkundige. Wij zouden hier graag verandering in zien zodat de kwaliteit van de ouderenzorg verbeterd wordt. Wij vonden het daarom prettig om aanbevelingen te kunnen doen naar de Nudehof toe omdat dit probleem door hen wordt herkend.

Tijdens het onderzoek zijn wij meerdere dingen tegengekomen die ons (nog) meer aan het denken hebben gezet dan hiervoor. Zo valt het ons op dat in de literatuur voornamelijk gesproken wordt over “vraaggerichte zorg” en/of “belevingsgerichte zorg”. De ervaring is dat dit in de praktijk nog een stap te ver is. De ouderen die geïnterviewd zijn vonden het moeilijk aan te geven wat zij graag zouden willen. Hierbij is opgemerkt dat de ouderen nog teveel op het aanbod gefocust zijn door antwoorden als: “ja, maar dat kan allemaal niet”. Op dit gebied vinden we dat er toch een stap genomen moet worden om dichterbij de “zorg op maat” te komen. Wij vinden het belangrijk dat de ouderen gericht zijn op wat zij zouden wensen vanuit de zorgvraag en niet op wat er kan van het zorgaanbod.

Door middel van de interviews met de oudere cliënten hebben wij ons bewust gemaakt hoe de zorg vanuit het oogpunt van de cliënt eruit ziet. Wij zijn meerdere onderwerpen anders gaan bekijken zoals bejegening, loze beloftes en hospitalisatie. Daarbij hebben wij gemerkt dat veel ouderen eenzaam zijn, vooral diegene zonder familiecontacten.

Waar wij ons bewust van zijn geworden tijdens het onderzoek is dat de ouderen veel waarde hechten aan de bejegening. Er is aangegeven dat vooral leerlingen en stagiaires zich onbeleefd gedragen. De cliënt vindt het belangrijk dat ze op een vriendelijke en respectvolle manier behandeld wordt. Wij zijn benieuwd waardoor dit komt en hoe dit voorkomen kan worden. Ligt het aan leeftijd, opleiding en/of opvoeding?

Ook gaven cliënten aan dat er vaak:”ik kom zo” gezegd wordt door het verzorgend personeel. Wij herkennen dit met zijn drieën ook vanuit de praktijk. Het is een fenomeen wat vaak voorkomt met de werkdruk en haast van nu. Bij de ouderen is dit wat hen het meest irriteert, wat voor ons begrijpelijk is. Wij weten van onszelf dat wij dit ook wel eens gedaan hebben en waren het er over eens dat het beter is een tijdslimiet te zeggen, dan “ik kom zo”. Wij hebben ervaren dat het voor de ouderen heel belangrijk is om hier houvast aan te hebben.

Het meest bijzondere wat ons is opgevallen en aan het denken heeft gezet is de hospitalisatie van de ouderen. In de “vraaggerichte zorg” hebben we al gemerkt dat de ouderen zich voornamelijk aanpassen op het zorgaanbod. In de Halderhof konden de cliënten nog minder aangeven van wat ze zouden willen als bij de Nudehof. Hospitalisatie lijkt hier aan ten grondslag te liggen.

Het lijkt erop dat de ouderen zich “berusten in het lot” en daarom niets of weinig meer verlangen. Zij leven naar het zorgaanbod en passen zich daar aan. Zo “sluipt” de hospitalisatie erin bij de ouderen. Het heeft ons met name door de interviews aan het denken gezet. Het is moeilijk te begrijpen dat mensen zich zo aangepast hebben en daardoor het moeilijk vinden aan te geven wat zij echt willen. Dit herkennen wij ook uit de praktijk van de ouderenzorg. Wij zien om ons heen steeds meer ouderen hospitaliseren. Maar het belangrijkste is de vraag hoe dit doorbroken kan worden? Wat moet er gedaan worden om toch richting de ‘vraaggerichte zorg’ te gaan.

Kortom wij zijn het samen over eens hoe de ouderenzorg van nu loopt en wat wij anders zouden willen zien. Maar het belangrijke is hoe de toekomst van de ouderenzorg eruit gaat zien. Hoe zit het met het deskundigheidsniveau? Blijven verpleegkundige in de ouderenzorg bestaan om de kwaliteit van zorg te bewaken? Wat doen we met de oudere somatische cliënt met een meer complexe zorgvraag? Wat is een meerwaarde van een verpleeghuis? Welke kant gaan we op met bejeging? Wat hebben oudere cliënten nodig? Wat voor rol gaat technologie spelen in de ouderenzorg? Allemaal onderwerpen die belangrijk zijn voor de toekomst en die wat ons betreft niet vergeten moeten worden. Blijf de zorg vanuit het oogpunt van de cliënt bekijken en voorkom hospitalisatie. Wij passen ons aan bij de cliënt en niet andersom. Zo zorgen we er samen voor dat de kwaliteit van de ouderenzorg behouden blijft.

8. Literatuurlijst

Literatuur:

Verhaar, J. (2008),*Projectmatig werken.* eerste druk, derde oplage. Purmerend: Boom onderwijs

Verhoeven,N (2008),*Wat is onderzoek.* Tweede druk, derde oplage. Purmerend: Boom onderwijs

Wijk, J. Van (2007), *Succesvol afstuderen.* Eerste druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

Plochg T. e.a. (2007), *Handboek gezondheidszorgonderzoek.* Eerste druk. Houten:BohnStafleu van Loghum

Bakker E. e.a. (2009),*Onderzoek in de gezondheidszorg.* Eerste druk. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers,

Pool A., (2004) . *Met het oog op de toekomst.*Twaalfde druk.Utrecht:NIZW

Zorgen voor kwaliteit, (2001)Abvakabo FNV, Brochure Abvokabo

Pool, A. en Lambregts, J. (1999), *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken.* Eerste druk. Utrecht:Lemma

Adriaansen, M. (2002), *Verplegen van chronische zieken, lichamelijk gehandicapten en revaliderenden, niveau 5*. Eerste druk. Houten: BohnStafleuvanLoghum

Kruk, T. van der e.a. (2007), *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*. Eerste druk. Den Haag: Lemma

Hunink, G.H. e.a. (2000), *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening.* Eerste druk. Utrecht/Zutphen:Thiememeulenhoff

Billiet J., Waege H. (2005),*Een samenleving onderzocht: methoden van sociaal-wetenschappelijkonderzoek.*Antwerpen: De Boeck

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede en J. Teunissen (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.*Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.

Evers J., (2007) *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde,* Den Haag: Lemma

Coole de M. &Verlaan T. (2009). *Ouderzorg met toekomst.* Eerste druk. Amsterdam: SWP

Brown S., (2010) *Ouderenzorg.* Eerste druk. Amsterdam: Pearsoneducation

Nevid J.S., (2008) *Psychiatrie in de verpleegkundige.* Zesde editie. Amsterdam: Pearsoneducation

Idenburg P.J. & Schaik v M. (2010) *Diagnose 2025.* Derde druk. Den Haag/Maarn: Scriptum

Vermeij T., e.a. (2006) *De verpleegkundige als ontwerper.* Eerste druk. Utrecht/Zutphen: Thiememeulenhoff

Internet:

http://lhv.artsennet.nl/LHVhandreikingen.htm

Handreiking complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis, 2009. Bezocht op: 10 januari 2011, artikel ontvangen van een beleidsadviseur van Opella.

http://www.nursing.nl/verpleegkunde/specialismen/delier/article/2664/checklist-voorkomen-en-verminderen-delier geraadpleegd op: 12 februari 2011.

www.ouderenpsychiatrie.nl verschillende artikelen en PDF bestanden gedownload. Geraadpleegd op: 12-02-2011.

http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartebekostiging geraadpleegd op: 10-01-2011.

Artikelen:

CVZ (college voor zorgverzekeraars) (2011). *“Gebruikersgids verpleging en verzorging 2011.”* Te downloaden via: www.cvz.nl en www.rijksoverheid.nl

Actize.a (oktober 2007). *“Kwaliteitskader verantwoorde zorg”* te downloaden via: http://www.agora.nl/Portals/31/publicaties/oktober_2007_kwaliteitskader_verantwoorde_zorg_Actiz.pdf geraadpleegd op: 04-02-2011.

NZA (2011) *Beleidsregel CA-452, prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakket.”*http://www.nza.nl/137706/142055/CA-452.pdf geraadpleegd op: 04-02-2011.

http://www.ethicas.nl/page2/page3/vraaggestuurd2.html *“Vraaggestuurde zorg.”*geraadpleegd op: 26-04-2011.

http://www.btsg.nl/infobulletin/transmuralisering.html *“Transmurale zorgverlening- zorgverlening zonder grenzen.”*geraadpleegd op: 26-04-2011.

http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-verschil-tussen-een-verzorgingshuis-en-een-verpleeghuis.html geraadpleegd op: 26-04-2011.

http://zorgzwaarte-pakket.nl/index.php/verpleeg-verzorg geraadpleegd op: 26-04-2011.

http://www.rvz.net/cgi-bin/find_p.pl, geraadpleegd op 6-05-2011

“Stimulans ouderenzorg door hbo-verpleegkundigen.” (2010) http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/actueel/nieuws/artikel/item/stimulans-ouderenzorg-door-hbo-verpleegkundigen/ geraadpleegd op 14-05-2011.

“*Aantal studenten verpleegkunde groeit.”*(Nursing 2011) http://www.nursing.nl/leren-en-loopbaan/opleidingen/nieuw/6740/aantal-studenten-verpleegkunde-gegroeid geraadpleegd op 14-05-2011.

Kraakman, T e.a, *“Hbo verpleegkundigen in de ouderenzorg.”*2009. folder met praktijkvoorbeelden, geinniteerd door Actiz en Vilanshttp://www5.vilans.nl/Site_Webwinkel/docs/PDF/HBOVerpleegkundigenINT.pdf geraadpleegd: 14-05-2011.

Most, v.d. M (2009), *“Een nieuwe verpleegkundige in de ouderenzorg”* Tijdschrift voor verpleegkundigen, 2009, nr 9. Pag. 20 t/m 21.

Kluijver, B (2011), *“De Kwaliteit van het zorgpersoneel moet omhoog”* Tijdschrift voor verpleegkundigen, 2011, nr 1. Pag 24 t/m 26.

9. Bijlagen

9.1 Zorgzwaarte pakketten

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 1 VV — **Beschut wonen met enige begeleiding**

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft enige begeleiding nodig, in een beschutte woonomgeving, omdat ze niet meer helemaal zelfstandig kan wonen.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* vooral behoefte aan enige begeleiding op het gebied van het nemen van besluiten, het komen tot oplossingen, deelname aan het maatschappelijk leven, het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven. De begeleiding bestaat uit toezicht of stimulatie. Betreffende het uitvoeren van complexere taken kan ook overname van zorg nodig zijn.

De cliënten hebben in het algemeen weinig ondersteuning nodig ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies.* Vanwege bijvoorbeeld eenzaamheid of lusteloosheid kan bij deze cliënten af en toe behoefte bestaan aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van motivatie, geheugen en denken en het psychosociaal welbevinden.

Ten aanzien van *ADL* zijn de cliënten meestal zelfstandig. Zij kunnen wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie betreffende kleine verzorgingstaken en wassen en kleden, zodat de cliënt zich goed blijft verzorgen.

Ten aanzien van *mobiliteit* zijn de cliënten in het algemeen redelijk zelfstandig. Betreffende het verplaatsen buitenshuis, het lopen van korte afstanden, kunnen cliënten wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie (bijvoorbeeld door aan te geven hoe ergens te komen).

Bij deze cliënten is geen sprake van *verpleging*.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is bij de cliënten vaak stabilisatie.

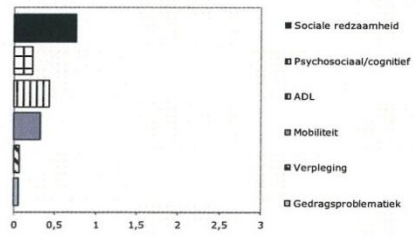
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert meestal langzaam.

De *zorgverlening* is volgens afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend in de nabijheid te leveren.

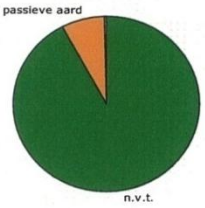
De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening. Dit kan ook een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/aandoening zijn.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:
De 'lichte' bewoner in het verzorgingshuis.

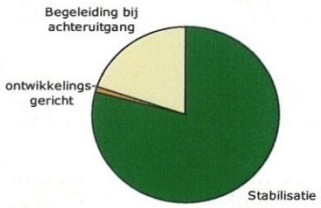
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 3,0 tot 5,0 uur
	ja	ja	nee			

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
Nachtdienst: oproepbare wacht.
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar, of voortdurend in de nabijheid.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 2 VV — Beschut wonen met begeleiding en verzorging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep kan niet meer zelfstandig wonen en heeft vanwege vooral somatische problematiek dagelijks behoefte aan begeleiding en verzorging in een beschutte woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* in het algemeen weinig ondersteuning nodig. Met name kan behoefte bestaan aan toezicht of stimulatie betreffende deelname aan het maatschappelijk leven en besluitnemings- en oplossingsvaardigheden. Bij het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven kan ook behoefte bestaan aan het overnemen van zorg. Er kan sprake zijn van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven.

De cliënten kunnen ten aanzien van alle *psychosociale/cognitieve functies* af en toe behoefte hebben aan hulp, toezicht en sturing, met name vanwege beperkingen met betrekking tot geheugen en denken, concentratie en motivatie.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten betreffende de kleine verzorgingstaken, het wassen en het aan- en uitkleden dagelijks behoefte aan hulp. Betreffende eten en drinken en de toiletgang bestaat bij de cliënten soms behoefte aan toezicht en stimulatie.

Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten betreffende het verplaatsen binnenshuis soms hulp nodig (voor veel cliënten is bijvoorbeeld een rollator voldoende). Voor het verplaatsen buitenshuis hebben cliënten (naast eventueel de hulp van een rollator) behoefte aan toezicht en stimulatie.

In een beperkt aantal gevallen is sprake van *verpleegkundige* aandacht.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek* en ook geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

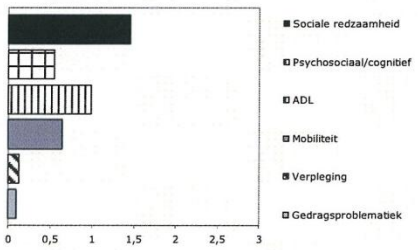
De *aard van het begeleidingsdoel* is bij deze cliënten vaak stabilisatie of begeleiding bij achteruitgang. De zorgbehoefte kan in de tijd wisselend van aard zijn en er is behoefte aan zorg op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is op afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmerings-systeem) of voortdurend in de nabijheid te leveren. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening en soms een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/ aandoening.

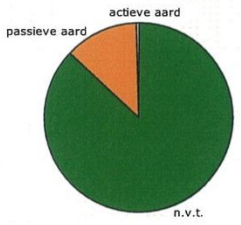
Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- De 'gemiddelde' bewoner van het verzorgingshuis (kan eventueel ook in het verpleeghuis wonen).
- Tijdelijk verblijvenden in het verzorgingshuis ten behoeve van herstel na bijvoorbeeld ziekenhuisopname of als gevolg van een tijdelijk falend cliëntsysteem.

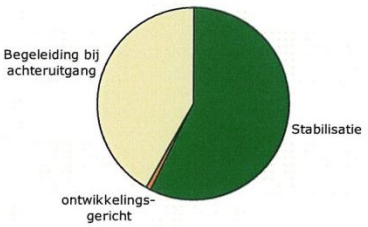
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 5,5 tot 7,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar of voortdurend in de nabijheid.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 3 VV — Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege omvangrijke somatische problematiek behoefte aan begeleiding en vooral ook intensieve verzorging, in een beschutte woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van *sociale redzaamheid* hulp nodig betreffende deelname aan het maatschappelijk leven, besluitnemings-/oplossingsvaardigheden, uitvoeren van eenvoudige taken en dagelijkse routine. Betreffende de communicatie is veelal toezicht of stimulatie nodig. Betreffende het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijke leven moet vaak overname van zorg plaatsvinden. Er is vaak sprake van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven.

De cliënten hebben vanwege het verlies aan geestelijke spankracht ten aanzien van verschillende *psychosociale/cognitieve functies* vaak hulp, toezicht of sturing nodig; het betreft concentratie, geheugen en denken, motivatie en psychosociaal welbevinden.

Ten aanzien van *ADL* hebben de cliënten op verschillende terreinen hulp nodig, het betreft de kleine verzorgingstaken, de zorg voor tanden, haren, nagels en huid, het wassen en kleden en de toiletgang. Bij het eten en drinken is vaak toezicht en stimulatie nodig.

Ten aanzien van *mobiliteit* binnenshuis en het bewegen/maken van transfers (opstaan/zitten, in/uit bed) hebben cliënten regelmatig behoefte aan hulp. Betreffende de mobiliteit buitenshuis is vaak hulp of overname van zorg nodig.

Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende *verpleegkundige aandacht* vereist.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is bij deze cliënten gericht op begeleiding bij achteruitgang of op stabilisatie.

De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren en wordt op meerdere momenten per dag geboden.

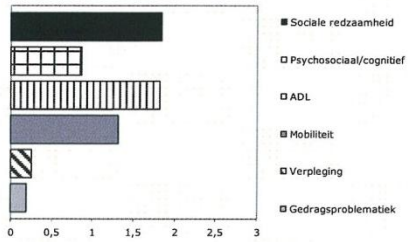
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening.

Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- Bewoners somatische meerzorg in het verzorgingshuis.
- Lichte somatische bewoners in een verpleeghuis.

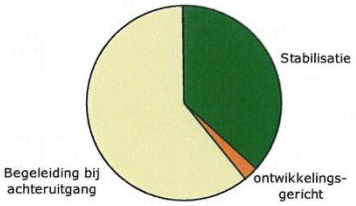
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 9,5 tot 11,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 4 VV — Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging in een beschutte omgeving. De reden hiervoor kan verschillend zijn.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* betreffende veel aspecten hulp nodig, zoals bij de communicatie, het nemen van besluiten, communicatie en het uitvoeren van taken. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven.

De cliënten hebben ten aanzien van alle *psychosociale/cognitieve functies* behoefte aan hulp, toezicht of sturing, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot met name denken en geheugen, oriëntatie en concentratie.

Ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* hebben de cliënten veelal toezicht en stimulatie nodig, omdat de cliënt beperkingen heeft waardoor er ondersteuning nodig is bij kleine verzorgingstaken, wassen en kleden.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* veelal toezicht of stimulatie nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich beperkt zelfstandig bewegen. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is in het algemeen hulp of overname van zorg nodig.

Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende *verpleegkundige aandacht* vereist.

Bij deze cliënten kan sprake zijn van enige *gedragsproblematiek* waarbij af en toe hulp, toezicht of sturing nodig is. Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard.

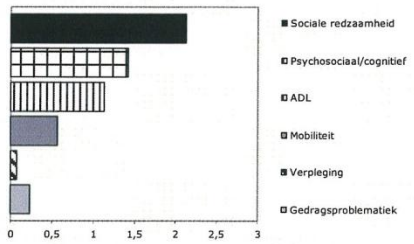
De *aard van het begeleidingsdoel* heeft vaak betrekking op begeleiding bij achteruitgang, maar kan ook stabilisatie zijn. De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een psychogeriatrische ziekte/aandoening, maar kan ook somatisch zijn (zie voorbeelden).

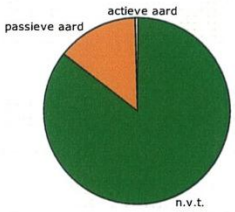
Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- Cliënten met een matig dementieel syndroom.
- Bewoners met PG meerzorg in het verzorgingshuis.
- Cliënten die door ouderdom een verzorgingsbehoefte hebben gekregen naast reeds bestaande langdurende psychiatrische problematiek.
- Personen die in samenhang met de fysieke verzorgingsbehoefte extra begeleiding nodig hebben vanwege ernstige zintuiglijke beperkingen (doof- en/of blindheid op latere leeftijd).

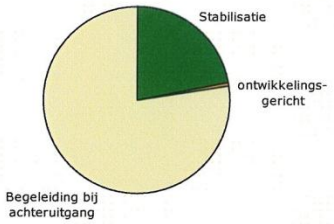
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 11,0 tot 13,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschut wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 5 VV — Beschermd wonen met intensieve dementiezorg

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege ernstige dementiële problematiek behoefte aan intensieve begeleiding en intensieve verzorging, in een beschermende woonomgeving. De cliënten zijn (bijna) geheel zorgafhankelijk.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen greep meer op hun eigen doen en laten.

Ze hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie en geheugen en denken. Er is sprake van volledige desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon.

Ten aanzien van *ADL* is betreffende alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en het kleden.

Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich zeer beperkt zelfstandig bewegen, buitenshuis kan dat helemaal niet.

Als gevolg van de kwetsbare gezondheid is *verpleegkundige aandacht* noodzakelijk (o.a. voorkomen van decubitus en infecties).

De cliënten kunnen soms *gedragsproblematiek* vertonen. Dit betreft dan met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.

Bij een deel van de cliënten komt *psychiatrische problematiek* voor, vooral passief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.

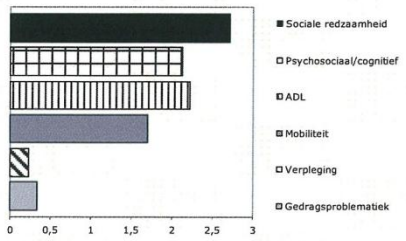
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

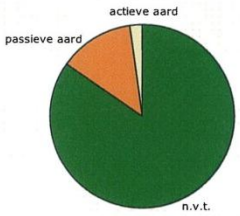
Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- Cliënten met een ernstige mate van dementie zonder veel gedragsproblematiek.

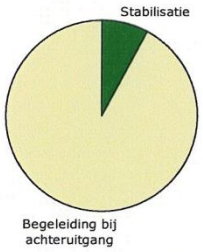
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 16,5 tot 20,0 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 6 VV — Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft vanwege ernstige somatische beperkingen op veel momenten van de dag behoefte aan begeleiding, intensieve verzorging en verpleging, in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* een begeleidingsbehoefte betreffende het begrijpen wat anderen zeggen, het begrijpelijk maken naar anderen. Soms is hierbij toezicht en stimulatie nodig. Betreffende de overige aspecten van sociale redzaamheid is in het algemeen hulp bij of overname van zorg nodig, hieronder vallen initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexe taken. De cliënt is niet zijn zelfregie kwijt.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies*, betreffende concentratie, motivatie en psychosociaal welbevinden, vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig, vanwege een combinatie van fysieke en psychische moeilijkheden (zoals snel vermoeid, minder controle over armen en benen, vertraagd denkvermogen).

De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* in het algemeen overname van zorg nodig. Betreffende eten en drinken kan toezicht en stimulatie in sommige situaties voldoende zijn (de cliënt is meestal goed in staat om zelf te bepalen welke hulp nodig is en hoe hij die hulp wil krijgen).

De cliënten hebben zowel binnenshuis- als buitenshuis op het gebied van *mobiliteit* overname van zorg nodig (vaak met behulp van een rolstoel).

De cliënt heeft continu behoefte aan *verpleegkundige aandacht* (o.a. wondverzorging, pijnbestrijding).

Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake.
Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard (bijvoorbeeld depressiviteit).

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang maar kan ook gericht zijn op stabilisatie.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.

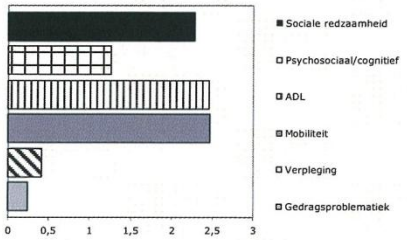
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak snel.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening.

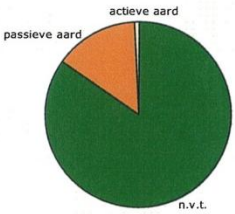
Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- Cliënten met ernstige somatische beperkingen (bijvoorbeeld blijvend hersenletsel, Parkinson, chronisch hartfalen, spierziekte).
- Cliënten met complexe ziekten in een nog niet vergevorderd stadium en/of zonder gedragsproblematiek.

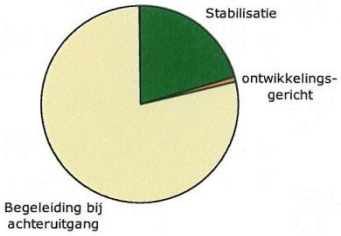
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 16,5 tot 20,0 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen
Nachtdienst: wakende wacht
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 7 VV — Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft op grond van een chronische ziekte specifieke begeleiding nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, communiceren, zelfstandig besluiten nemen, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven. Deze cliënten hebben behoefte aan een vaste structuur en hulp bij het organiseren van de dag.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht of sturing en begeleiding nodig, omdat er onder andere sprake is van beperkingen op het gebied van oriëntatie, geheugen en denken, concentratie en motivatie. Daarnaast kan extra begeleiding nodig zijn om familieleden te leren omgaan met de veranderde persoon.

De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* veel hulp nodig. Met name bij kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid en bij het wassen kan ook behoefte zijn aan overname van zorg.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* binnenshuis veelal hulp nodig. Ten aanzien van mobiliteit buitenshuis is overname van zorg nodig (er is altijd een begeleider nodig). *Verpleging* is nodig om de chronische ziekte in de gaten te houden en eventueel passende maatregelen te nemen.

Er is bij deze cliënten vaak sprake van *gedragsproblematiek*, waardoor in die situaties vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig is. De aard van de gedragsproblematiek is divers, maar reactief gedrag met betrekking tot interactie en verbaal agressief gedrag komen in veel situaties voor. Een deel van de cliënten vertoont *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij geleidelijke achteruitgang. De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De zorgverlening is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.

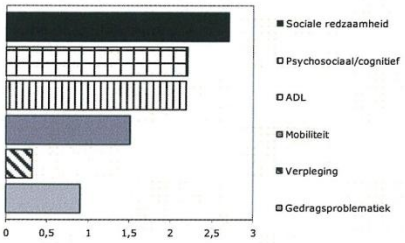
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening dan wel een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

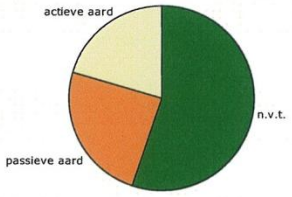
Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- Volwassenen met ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel.
- Cliënten met een ernstige mate van dementie in combinatie met gedragsproblemen (vooral voorkomend bij jong dementerenden).
- Mensen met de ziekte van Korsakov.
- Ouderen met complexe lichamelijke problematiek in combinatie met actieve psychiatrische problematiek.
- Ouderen die als gevolg van doofblindheid op latere leeftijd specifieke zorg nodig hebben.

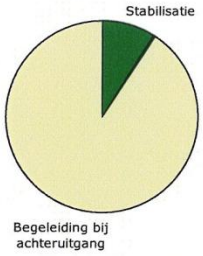
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 20,0 tot 24,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 8 VV — Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep heeft op grond van een ernstige somatische aandoening/ziekte behoefte aan specifieke en zeer intensieve verzorging en verpleging in combinatie met begeleiding in een beschermende woonomgeving.

De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Deze begeleiding komt voort uit beperkingen die de ziekte met zich meebrengt en meestal niet uit het ontbreken van zelfregie. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dagstructurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven.

De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* overname nodig als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie en motivatie. Mede vanwege veranderingen in karakter en persoonlijkheid kunnen ook de partner en/of kinderen behoefte hebben aan begeleiding.

De cliënten hebben ten aanzien van alle aspecten van *ADL* ten gevolge van hun specifieke aandoeningen/ziektes minimaal hulp dan wel overname van zorg nodig.

De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit*, zowel binnenshuis als buitenshuis, behoefte aan hulp of overname.

De cliënten hebben ten gevolge van de specifieke aandoeningen/ziektes continu behoefte aan veel (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* (voorkomen van decubitus, infecties, longontsteking).

Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang van de zorgsituatie.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct te leveren.

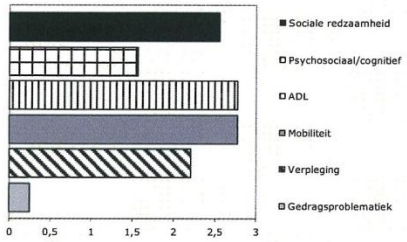
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is een somatische ziekte/aandoening.

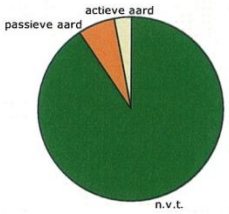
Voorbeelden van cliëntgroepen zijn:

- Cliënten in de laatste (terminale) fasen van de ziekte, zoals Huntington, ALS, MS of zware reuma.
- Cliënten met Korsakov in een fase van volledige zorgafhankelijkheid.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 24,5 tot 29,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag direct aanwezig.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 9 VV — Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging

Cliëntprofiel

Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. In aansluiting hierop is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfssituatie (meestal 2-6 maanden) met een therapeutisch leefklimaat. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van co-morbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit en complicaties. In de profielomschrijving wordt een onderscheid gemaakt tussen cliënten die voorafgaand aan de revalidatie nog geen behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep A) en cliënten die reeds behandeling in combinatie met verblijf ontvingen (groep B).

Afhankelijk van het type revalidatie verschilt de begeleiding bij de *sociale redzaamheid*. De begeleiding is primair gericht op het weer oppakken van allerlei zaken (groep A) of op het leren omgaan met de nieuwe situatie (groep B). De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* nogal eens hulp, toezicht en sturing nodig, met name als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie.

Bij cliëntgroep A is ten aanzien van de *ADL* in het begin veelal sprake van overname van zorg. In de loop van de tijd neemt deze zorgbehoefte meestal af. Bij de overgang naar huis is de vereiste advisering en instructie nodig. Bij cliëntgroep B komt deze ADL-overname bovenop de zorg die de cliënt al ontving. Deze extra zorgbehoefte neemt in de loop van de tijd meestal af.

Ten aanzien van de *mobiliteit* hebben de cliënten met name in het begin hulp nodig (groep A) of extra hulp bovenop de reeds bestaande ondersteuning (groep B). Betreffende het verplaatsen buitenshuis en binnenshuis is vaak sprake van overname. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek grotendeels (groep A) of substantieel (groep B).

In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig, die gedurende de herstelperiode zal afnemen.

Bij deze cliënten is meestal geen (groep A) of soms (groep B) sprake van *gedragsproblematiek* en meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.

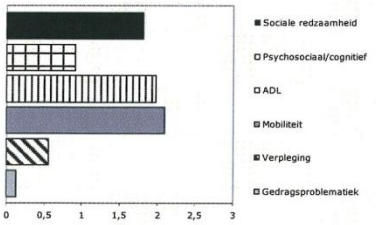
De *aard van het begeleidingsdoel* is ontwikkelingsgericht. De cliënt beschikt over een bepaalde mate van belastbaarheid, leerbaarheid en trainbaarheid zodat op herstel gerichte behandeldoelen kunnen worden bereikt. Voor cliëntgroep A zijn de behandeldoelen erop gericht, dat de cliënt op verantwoorde wijze zelfstandig kan wonen (thuis of in het verzorgingshuis). Voor cliëntgroep B zijn de behandeldoelen gericht op het zo veel mogelijk bereiken van het oude niveau van functioneren. Voor hen is het niet meer mogelijk om op verantwoorde wijze zelfstandig te wonen.

De cliënten hebben een tijdelijke behoefte aan (extra) behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren. Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.

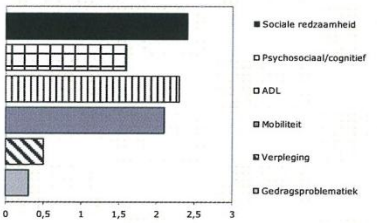
Het *beperkingenbeeld* in het kader van de revalidatie verandert relatief snel.

De *dominante grondslag* voor cliëntgroep A is een somatische ziekte/aandoening. Bij cliëntgroep B is sprake van een somatische of psychogeriatrische ziekte/aandoening, in combinatie met een revalidatiesituatie.

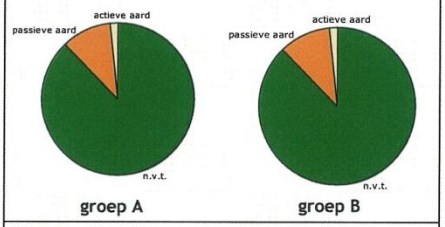
Gemiddelde scores beperkingen (A)



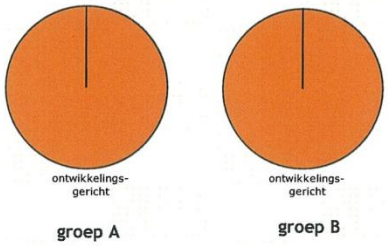
Gemiddelde scores beperkingen (B)



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 18,0 tot 22,0 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd verblijf.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging 2011

ZZP 10 VV — Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep verblijft kortdurend (doorgaans niet langer dan drie maanden) in het zorghuis in verband met een naderend overlijden, in een situatie van beschermd verblijf.

In verband met de terminale fase van het leven is er sprake van een intensieve zorgbehoefte ten aanzien van *psychosociale/cognitieve functies*, de *sociale redzaamheid*, de *mobiliteit* en de *ADL*. In het algemeen is sprake van noodzaak tot overname van zorg op al deze aspecten. De mate waarin de cliënt beperkingen ondervindt op het gebied van psychosociaal welbevinden kan sterk verschillen. De begeleiding is gericht op zowel de cliënt als zijn naasten (verwerking).

Bij deze cliënten is in veel gevallen (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* aan de orde.

Er is bij deze cliënten meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is begeleiding in de terminale fase van het leven.

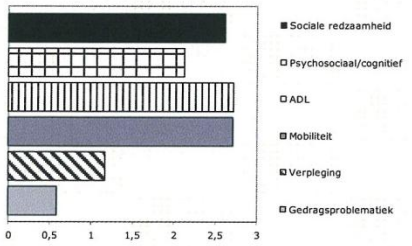
Bij deze cliënten kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.

De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid of 24 uur per dag te leveren.

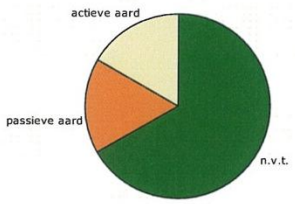
Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert eigenlijk niet tijdens de verblijfsperiode, er blijft sprake van zeer veel stoornissen.

De *dominante grondslagen* voor dit cliëntprofiel kunnen zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/ aandoening zijn.

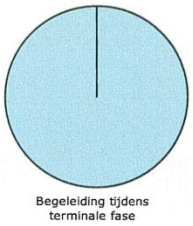
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 26,5 tot 32,5 uur
	ja	ja	ja			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd wonen.
Nachtdienst: wakende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid of 24 uur per direct aanwezig.

9.2 Topiclijst

Topiclijst voor het afnemen van de semigestructureerde interviews

In de topiclijst komen de onderwerpen aan bod die waar interview met de cliënten over zal gaan. Er is sprake van een semigestructureerd interview, waarin de interviewer doorvraagt op de aangeven topics en open vragen. De belevingen en ervaringen van de cliënten staan centraal. Met de uitkomsten van de interviews kunnen de centrale vraag en deelvragen gedeeltelijk beantwoord worden.

Inleiding: vertel het doel van het interview en waar de gegevens voor gebruikt worden. Vraag toestemming om het interview op te nemen. Vertel hoeveel tijd het interview ongeveer in beslag zal nemen. Vertel dat de gegevens anoniem verwerkt zullen worden.

Zorgvraag:

Wat is de zorgvraag van oudere somatische cliënten in de Nudehof en in de Halderhof? Welke beperkingen ervaren zij waardoor zij opgenomen werden? Welke zorg ontvangen de cliënten? Is dit ook werkelijk de vraag van de cliënten? Welk verschil is merkbaar in de 2 instellingen?

Wat is de aanleiding voor uw verblijf/opname hier?

- Ziektebeeld?
- Hoe komt het dat thuis wonen niet meer haalbaar was?

Wat is uwzorgvraag?

- Welke zorg wordt concreet gegeven?
- Welke zorg zou u idealiter willen ontvangen?

Hoe ervaart u de zorgverlening?

- Wat gaat goed, wat minder goed?
- Wat zal u anders willen zien?

Kwaliteitszorg:

Wat merken de cliënten van de eisen en normen rond kwaliteitszorg hoe is de beleving rond dit onderwerp?

Wat verstaat u onder kwaliteitszorg?

Hoe vindt u de kwaliteit van zorg hier?

Wat doet de instelling om u kwaliteitszorg te bieden?

Deskundigheidsniveau, zorgverleners:

Wat merken de cliënten van de verschillende zorgverleners die zij tegen komen? Wat vinden zij zelf belangrijk? Hoe kijken zij tegen de verpleegkundige aan?

Welke zorgverleners komt u tegen?

Wat vindt u belangrijk in een zorgverlener?

- Bepaalde eigenschappen/bepaalde competenties?

Om goede zorg te verlenen, moeten afspraken (zorgplan/afstemming met cliënten) gemaakt worden, hoe gaat dat?

Hoe vindt u de contactmomenten met de zorgverleners?

- Zijn er voldoende contactmomenten?

Hoe worden afspraken met u gemaakt?

- Worden gemaakte afspraken nagekomen?

Ruimtevooreigeninbreng:

Heeft u zelf nog ideeën of tips waar wij het nog niet over gehad hebben, maar die u wel van belang vind voor ons?

Hartelijk dank voor uw deelname aan het interview!

9.3 Competentiebeschrijvingen

Competentiebeschrijvingen zorg voor chronisch zieken

Rol: Zorgverlener

Domein: Zorg
Domeinspecificatie: Zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden

Competentiebeschrijving
Om zorgvragers in de beginfase van het leven met een chronische ziekte te helpen zich aan te passen aan de gevolgen hiervan ondersteunt de verpleegkundige hen op een professionele wijze.

Situatiebeschrijving
Op een verpleegafdeling van een academisch ziekenhuis waar patiënten regelmatig voor onderzoek en een diagnosestelling komen, treffen verpleegkundigen regelmatig patiënten in de beginfase van een chronische ziekte. Zij bemerken dat patiënten in de beginfase van een chronische ziekte. Zij bemerken dat patiënten met reumatische artritis, multiple sclerose en de ziekte van Chrohn diagnose van de ziekte als een kritische gebeurtenis in hun leven ervaren. Zij merken dat paitenten dan vaak slecht slapen, zich bij tijd en wijle angstig gedragen en op een negatieve manier over hun lichaam praten. Naast de somatische zorg en de ondersteuning die zij bieden bij de onderzoeken, willen zij deze patiënten graag op zo’n wijze helpen tijdens deze fase van het ziek zijn dat zij daar zo goed mogelijk doorheen komen, zodat zij hiervan in latere fasen minder last van ondervinden.
In de hectiek van het alledaagse leven op een verpleegafdeling is er vaak te weinig rust om uitgebreid aandacht te geven aan de minder tastbare zaken van de zorgverlening, omdat de routines elkaar steeds opvolgen. Toch willen de verpleegkundigen deze patiënten ondersteunen bij hun verwerkingsproces. Hoe kunnen zij dat doen?

De patiënten verkeren in grote onzekerheid over hun bestaan. Het lichaam, waarmee wij als mens onze relaties met de buitenwereld en met andere mensen onderhouden, heeft zijn vanzelfsprekenheid verloren. Op het niveau van de lichaamsfuncties zijn er afhankelijk van de soor ziekte vergaande implicaties voor het dagelijks leven. Op het niveau van de identiteit heeft de aandoening gevolgen voor de persoon als een sociaal individu. En het stellen en horen van de diagnose betekent dat het niet voor even is, maar voor hoe lang dan wel en in welke mate? Angst, onzekerheid, wanhoop en hoop wisselen elkaar af. De verpleegkundigen die goed contact met de patiënt hebben bemerken een voortdurende stemminswisseling. Zij hebben ervaren dat als zij zich openstellen en de patiënt actief daartoe uitnodigen sommige patiënten telkens weer willen praten over hun ervaring. Zij merken dat hun gedrag grote invloed heeft op hoe en of patiënten zich uiten. De verpleegkundigen realiseren zich dat er insiders- en een buitenstaandersperspectief is op het horen van de diagnose, en dat de patiënt vanuit een insidersperspectief deze fase beleeft en zij vanuit een buitenstaandersperspectief. Zij bemerken dat juiste informatie op het juiste moment uiting geven aan hun eigen gevoel, expliciet stilstaan bij het verschil tussen insiders- en buitenstaandersgevoel de patiënt helpt, en dat deze patiënten in deze fase extra lichamelijke zorg nodig hebben omdat zij erg moe en down kunnen zijn van wat ze allemaal moeten verwerken. Zij kunnen de patiënt helpen door zijn behoefte aan het uiten van zijn angst en onzekerheid goed te peilen. Ze weten ook dat het nodig is over veel kennis en vaardighedcen te beschikken voor counseling, omdat zij daarmee naast de somatische zorg de patiënt kunnen helpen met het verwerkingsproces.

Bij
Het ondersteunen van zorgvragers in het ziekenhuis tijdens de diagnostische fase van hun chronische ziekte.

Gaat het om
- Professioneel omgaan met angst en onzekerheid;
- Inschatten van de wijze waarop de patiënt zich probeert aan te passen aan de ziekte en de situatie;
- Een open klimaat scheppen waarin de zorgvrager zijn emoties kan uiten;
- De juiste hoeveelheid informatie op het juiste moment geven;
- Gebruikmaken van methoden en principes van psychosociale zorg;
- Inschatten of angst en onzekerheid ‘normale’ proporties hebben;
- Inschatten of voor beheersing van de angst en onzekerheid deskundigen ingeschakeld dienen te worden;

- Extra zorg besteden aan lichamelijke verzorging en adl;
- Therapeutisch gebruikmaken van de verhalen van de patiënt;

Zodat

De zorgvrager deze fase zo goed mogelijk doorstaat en de ziekenhuisopname geen negatieve gevolgen heeft voor de volgende fasen van het ziek zijn.

Rol: zorgverlener

Domein: Zorg
Domeinspecificatie: GVO

Competentiebeschrijving

Om het zelfmanagement van zorgvragers met chronische ziekte te bevorderen, geeft de verpleegkundige begeleiding, voorlichting en instructie.

Situatiebeschrijving

Tijdens een overleg van een verplegings- en verzorgingsteam van een instelling voor thuiszorg vertel een wijkverpleegkundige dat zij een nieuwe zorgvrager met Parkinson in zorg heeft gekregen. Tijdens een begeleidingsbezoek is gebleken dat hij en zijn vrouw vragen hebben omdat de ziekte aan het verergeren is. Ze krijgen al ziekenverzorging, maar volgens het productenbezoek van de LVT wordt ook voorlichting, advies en begeleiding als betaalde activiteit opgevat. De wijkverpleegkundige kan het gezin daardoor nogmaals bezoeken om voorlichting te geven. Haar ervaring is dat het veel beter werkt als ze er rustig met de zorgvrager en zijn partner voor kan gaan zitten om de zaken te bespreken die zijn blijven liggen. Ze blijken allerlei vragen te hebben over voeding, er zijn problemen met de stoelgang en het slapen en er zijn ook financiele problemen omdat de medicijnen niet meer worden vergoed. Bovendien hebben ze er een conflict met hun zoon gekregen. Ze kunnen wel telefonisch met deze vragen en problemen terecht bij de verpleegkundige specialist van het ziekenhuis, maar ze verwachten deze service ook thuis. Om deze reden is het in het verleden contact gelegd tussen de thuiszorg en de ziekenhuizen in de regio om meer en betere samenwerking te organiseren, zodat de wijkverpleegkundige in staat is de nazorg over te nemen en samenwerkt met een gespecialiseerde verpleegkundige in het ziekenhuis.
Hoe vult de wijkverpleegkundige haar taak ten aanzien van deze groep zorgvragers in?

De wijkverpleegkundige maakt een plan van aanpak voor gepland psychosociale zorg. Zij beschikt over verschillende modellen voor geplande voorlichting en advisering. Omdat het probleemgebied duidelijk is en omdat het vooral over, zorgactiviteiten en materiele voorwaarden voor de zorg gaat, kan zij gebruikmaken van de zorgmap *De ziekte van Parkinson*en samen met het gezine een plan maken. Mochten er dan nog problemen overblijven die zij niet kan oplossen, dan neemt ze contact op met de verpleegkundige specialist, de huisarts of medische specialist.

Bij

Het geven van begeleiding, voorlichting en instructie aan chronisch zieken.

Gaat het om

- Een verantwoorde keuze maken voor individuele of groepsvoorlichting;
- Het gezin van de zorgvrager betrekken bij de voorlichting;
- Gebruikmaken van de sociale kaart;
- Toepassen van kennis over zelfmanagement;
- Vertrouwen wekken bij de zorgvrager;
- Kennis over de gevolgen van de ziekte vertalen naar de concrete situatie van de zorgvrager;
- Een voorlichtingsplan opstellen dat aansluit bij het dagelijks leven;
- Het juiste voorlichtingsmateriaal gebruiken ter ondersteuning van de gesprekken;
- Voorlichtings- en instructiemethoden en –technieken toepassen die passen bij de situatie;
- Gespecialiseerde verpleegkundigen consulteren;
- Evalueren van de effectiviteit van begeleiding, voorlichting en instructie;

Zodat

Het zelfmanagement van zorgvragers met een chronische ziekte wordt bevorderd.

Rol: Regisseur

Domein: Zorg
Domeinspecificatie: Zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden

Competentiebeschrijving
Om voor chronisch zieken thuis de continuiteit van de zorg en de afstemming van de verschillende disciplines te realiseren, coordineert de verpleegkundige de geindiceerde zorg.

Situatiebeschrijving
Een thuiszorginstelling heeft een grote populatie mensen met een chronische ziekte, waaronder veel oudere mensen. Bekend is dat er zorgsituaties zijn waarin de zorg complex is, waardoor veel informele en formele zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening. In sommige gevallen komen de gezinsverzorgenden enkele keren per week bij mensen die ook enkele dagen per week naar de dagverpleging in het verpleeghuis gaan, de polikliniek bezoeken en in de weekende bij toerbeurt door familieleden worden verzorgd. Familieleden en zorgvragers geven telkens aan dat zij er veel moeite mee hebben dat er meer dan twintig verschillende personene over de vloer komen en dat zij nogal eens tegenstrijdige adviezen krijgen. Door de regionale indicatiecommissie worden indicaties gesteld voor verpleging en verzorging, maar daarbij wordt niet bepaald hoe de zorgverlening eruit komt te zien, bijvoorbeeld het maximale aantal zorgverleners in een gezin of de afstemming tussen alle zorgverleners, zowel de formele als de informele, die bij de zorg betrokken zijn.
Wat kan de wijkverpleegkundige die dit singaleert doen om een aantal bezwaren van de zorgvragers weg te nemen?

De wijkverpleegkundige treedt op als zorgcoordinator door op basis van een indicatierapport te onderzoeken of alle zaken geregeld zijn en waar de hiaten bestaan of de overlap zit. Zij realiseert zich dat zij soms heel assertief zal moeten optreden, omdat veel zaken formeel geregeld kunnen zijn, terwijl de praktische uitvoering verst twee is. Ze maakt afspraken met de betrokken gezinnen over de inzet van zorgverleners en de momenten waarop de zorgverlening geevalueerd wordt. Ze spreekt af hoe vaak ze een gezin bezoekt en wat het doel van die bezoeken is. Afhankelijk van de gewoonte in de regio neemt ze samen met de zorgvrager deel aan een multidisciplinair intra- of extramuraal cliëntenoverleg wanneer daarin de zorg voor de betrokkene wordt besproken.
Daar waar overlap tussen hulp van verschillende hulpverleners wordt geconstateerd, neemt zij stappen om deze op te heffen. Waar hiaten bestaan, neemt zij initiatieven om deze tekorten in de zorg aan te vullen. Ze houdt bovendien in de gaten of alle betrokken hulpverleners de geboden hulp op zo’n manier registereren dat deze inzichtelijk is voor de zorgverzekeraars en zo wordt gelegitimeerd.

Bij
Het coordineren van de zorg bij chronisch zieken thuis.

Gaat het om
- Afstemmen van de verschillende indicatietoewijzingen, bijvoorbeeld voor zorg en hulpmiddelen;
- Vaststellen welke delen van de indiciatie bijgesteld moeten worden;
- Een zorgnetwerk organiseren;
- Organiseren van het inzetten van de benodigde zorg;
- Organiseren dat de zorgvrager deelneemt aan multidisciplinaire cliëntenbesprekingen of andere vormen van overleg;
- Behoeften en wensen van de zorgvrager behartigen als deze dat zelf niet kan;
- Participeren in overlegsituaties;
- Samen met zorgvrager en mantelzorger de geboden zorg evalueren en op grond daarvan bijstellen;
- Door registeren de zorg inzichtelijk maken voor zorgverzekeraars;

Zodat
De kwaliteit en continuiteit van de zorg toeneemt en de zorgvrager en zijn gezin de zorg als een sluitend geheel ervaren.

Rol: Ontwerper

Domein: Organisatie van zorg
Domeinspecificatie: Verpleegbeleid

Competentiebeschrijving
Om de kwaliteit van leven chronische patiënten centraal te stellen participeert de verpleegkundige in de ontikkeling en vaststelling van verpleegbeleid waarin expliciet aandacht wordt besteed aan somatische en psychosociale zorg als geintegreerd geheel.

Situatiebeschrijving
Op een oncologieafdeling worden patiënten verpleegd met een onzeker toekomstperspectief. De prognose is vaak een stabilisatie of verergering van de ziekte met behandelingen en blijvende symptomen en ongemakken. Voor het vaststellen en formuleren van verpleegkundige diagnoses wordt gebruikgemaakt standaarsdiagnoses. Er zijn ook enkele standaardverpleegplannen voorhanden. In de praktijk worden de standaarden echter weinig gebruikt of standaard overgenomen in het zorgdossier en niet individueel aangepast. Verpleegkundigen beschrijven weinig verpleegkundig diagnoses, resultaten en interventies. Ze zeggen dat ze wel weten wat ze moeten doen. Wat betreft het bevorderen van gezond functioneren woren geen resultaten geboekt. De psychosociale zorg wordt weinig beschreven omdat verpleegkundigen het moeilijk vincen dit helder te beschrijven, terwijl ze het wel belangrijk vinden. Vanuit het verpleegkundig management zijn plannen ontwikkeld om tot integrale zorgverlening te komen. *Een aantal verpleegkundigen van de afdeling neemt deel aan een projectgroep die onder leiding staat van een stafmedewerker. Hoe kunnen zij zorgen dat de ontbrekende elementen van de zorg voortaan wel worden uitgevoerd en beschreven?*

De projectgroep maakt een projectplan waarin de huidigde situatie, realistische projectdoelen, een traject van invoering in stappen en tijd, organisatorische voorwaarden die op de afdeling gerealiseerd dienen te worden en benodigde middelen staan beschreven. De verpleegkundige formuleren concrete uitgangspunten voor de somatische en psychosociale zorg en de consequenties hiervan voor de dagelijkse praktijk. Ze denken oplossingsgericht mee over de wijze waarop de zorgplannen kunnen worden bijgesteld en adviseren de stafmedewerker over de introductie in het team. Dit projectplan bespreekt de projectgroep met het team op de afdeling met name om zicht te krijgen op belemmerde en bevorderende factoren en om adequaat te kunnen reageren op weerstanden. Als het projectplan door het afdelingsteam is geaccepteerd begint de projectgroep aan de uitvoering van het project.

Bij
Het ontwikkelen van verpleegbeleid gericht op integrale somatische en psychosociale zorg bij chronische patiënten in het ziekenhuis.

Gaat het om
- Concepten gebruiken die passen bij het langdurige karakter van de ziekte;
- De zorg inzichtelijk maken;
- Samenwerken met patiënteorganisaties rond de betreffende ziekten;
- Samenwerken met artsen, psychologen en pastores;
- Samenwerken met verpleegkundige management, een stafmedewerker en collega’s in een projectgroep;
- Concrete uitgangspunten formuleren voor de zorg, gebaseerd op de zorgvisie van de organisatie;
- Oplossingen aandragen voor het aanpassen van het verpleegdossier gebaseerd op verpleegbeleid;
- Belemmerde en bevorderende factoren bespreekbaar maken;
- Een constructieve bijdrage leveren aan vergaderingen waar teamleden betrokken zijn bij de besluitvorming;
- Weerstand tegen veranderingen bespreken;
- Onderhandelingsvaardigheden toepassen;

Zodat
Tijdens de opnameperiode de kwaliteit van leven van chronisch oncologische patiënten centraal wordt gesteld.

Rol: Ontwerper

Domein: Organisatie van zorg
Domeinspecificatie: Kwaliteitszorg

Competentiebeschrijving
Om de zorg voor chronisch zieke cliënten in de thuiszorg te optimaliseren en de werkdruk voor verpleegkundigen te verminderen, levert de hbo-verpleegkundige een bijdrage aan het ontwikkelen en vaststellen van evaluatiecriteria.

Situatiebeschrijving
Bij een thuiszorgorganisatie met een grote groep chronisch zieken in het cliëntenbestand werd de zorg volgens standaarden uitgevoerd. Alles was zo veel mogelijk in tijd uigedrukt en er was geen flexibiliteit in de werkwijze mogelijk. De verwachting was dat de wachtlijsen beperkt zouden kunnen worden door de zorg zo beheersbaar mogelijk te maken. De verpleegkundigen en verzorgenden hadden echter veel last van de hoge werkdruk die dit met zich meebracht. Het ziekteverzuim ging omhoog en de wachtlijsten werden langer. De thuiszorgorganisatie heeft zicht laten adviseren door deskundigen en besloot de werkwijze radicaal te veranderen. Er wordt niet meer strikt gewerkt volgens de standaarden. Verpleegkundigen en verzorgenden krijgen meer ruimte om in overleg met de cliënt prioriteiten te stellen. Ze kunnen meer of minder tijd nemen volgens eigen inschattingen binnen bepaalde marges, die in overleg met de zorgcoordinator vastgesteld zijn.
Er start een kwaliteitsproject om alle aspecten met de nieuwe werkwijzen te evalueren. Onder leiding van een stafverpleegkunidge worden kwaliteitscriteria ontwikkeld voor de evaluatie.

Aan wijkverpleegkundigen binnen de organisatie wordt gevraagd aan dit project mee te werken. Het projectteam operationaliseert de visie op zorgverlening in concrete meetbare criteria, rekening houdend met financiele kaders. In overleg wordt het werk verdeeld en iedere verpleegkundige beschrijft criteria voor een onderdeel van de evaluatie. Deze stukken worden met elkaar besproken en een volledig evaluatie-instrument wordt samengesteld en voorgelegd aan de eindverantwoordelijk managers van het kwaliteitsproject. Na de testfase van het instrument wordt het ingezet voor de uitvoering van de evaluatie.

Bij
Het leveren van een bijdrage aan het ontwikkelen en vaststellen van criteria om de zorg voor chronisch zieke cliënten in de thuiszorg te evalueren.

Gaat het om
- Werken met financiele kaders;
- Specifieke kenmerken van de zorg voor chronisch zieken beschrijven;
- Samenwerken in een verpleegkundige ontwikkelgroep;
- Knelpunten binnen de zorgverlening analyseren;
- De feitelijke en wenselijke situatie beschrijven;
- Multidisciplinair overleggen om tot afspraken te komen;
- Een verpleegkundige visie operationliseren in consequenties voor de praktijk;
- Gebruikmaken van resultaten van wetenschappelijk onderzoek om toetsbare en relevante evaluatiecriteria te ontwikkelen.

Zodat
De zorg voor chronisch zieke cliënten in de thuiszorg geoptimaliseerd wordt met als resultaat dat de cliënten tevreden zijn en de zorgvragers minder werkdruk ervaren.

Rol: Coach

Domein: Organisatie van zorg
Domeinspecificatie: Verpleegbeleid

Competentiebeschrijving
Om de bejegening van chronisch zieke patiënten op een afdeling in een algemeen ziekenhuis te verbeteren, coacht de verpleegkundige colla’s bij het implementeren van een nieuw verpleegbeleid.

Situatiebeschrijving

Binnen een algemeen ziekenhuis is nieuw beleid ontwikkeld, waarin de bejegening van paienten een speerpunt is. Het beleid is gericht op de volgende punten: clienvriendelijkheid op alle fronten, gericthepatiënteninformatie, doelmatigheid en effectiviteit van het handelen van de ziekenhuismedewerkers. Al deze beleidspunten dienen – met een bepaalde accenten – opgenomen te worden in het beleid van de verschillende diensten. Per afdeling zijn er groepen samengsteld met een voortrekker die de voorstellen toelicht.
Op een afdeling waar veel patiënten liggen met chronische aandoeningen heeft men te maken met een hoog ziekteverzuim en verloop van verplegend personeel. Het gevolg hiervan is dat het verpleegkundig team regelmatig te maken heeft met tijdelijke roulerende invalkrachten en uitzendkrachten. Ieder heeft haar of zijn eigen werkwijze en van het nieuwe beleid ten aanzien van patiëntenbejegening komt weinig terecht. In de wandelgangen vangen verpleegkundigen geluiden op die eerder op het tegendeel wijzen. Er worden cynische grapjes gemaakt over aids-patiënten die vaak op de afdeling liggen. Vooroordelen en stereotypen met betrekking tot homoseksualiteit en drugsverslaving worden aan de koffietafel geuit zonder dat iemand corrigerend optreedt. Een aantal verpleegkundigen heeft sterk de indruk dat deze patiënten minder aandacht krijgen en dat het ingaan op specifieke wensen of het vragen naar feedback op de zorg nauwelijks plaatsvindt.
Een aantal vaste verpleegkundigen van de afdeling gaan hier na overleg met het afdelingshoofd iets aan doen. Hoe zorg ze dat de nieuwe visie duidelijk op de afdeling gehanteerd wordt?

Gezien de tijdelijkheid van de invalkrachten is het niet haalbaar hen structureel te informeren over de nieuwe werkwijze. De verpleegkundigen besluiten daarom dat zij een duidelijk voorbeeldfunctie gaan vervullen en niet terugvallen in de oude routines. De verpleegkundigen spreken met elkaar af dat ze collega’s direct aanspreken op gedrag waaruit blijkt dat de patiëntenbejegening in het gedrang komt. Zij ondersteunen elkaar hierin. Zij gaan een discussie met andere verpleegkundigen over waarden en normen niet uit de weg. De verpleegkundigen stimuleren collega’s en wekken interesse voor de veranderde visie. Zij benaderen hen positief en moedigen hen aan bij het experimenteren.

Bij

Het coachen van collega’s bij de implementatie van verpleegbeleid met betrekking tot bejegening van chonische zieke patiënten.

Gaat het om

- Concreet toepassen van de verandere zorgvisie;
- Beargumenteren van het nut van het nieuwe verpleegbeleid;
- Een modelfunctie vervullen met betrekking tot patiëntenbejegening;
- Collega’s stimuleren en motiveren bij het werken vanuit het nieuwe verpleegbeleid;
- Intercollegiale toetsing vormgeven;
- Elkaar direct aanspreken op gedrag, waarbij normen en waarden worden besproken;

Zodat

De bejegening van chronisch zieke patiënten wordt verbeterd.

Rol: Beroepsbeoefenaar

Domein: Beroep
Domeinspecificatie: Beroepinnovatie

Competentiebeschrijving

Om de verpleegkundige zorg voor chronisch zieke mensen uit andere culturen te verbeteren, participeert de verpleegkundige in de ontwikkeling van cultuurspecifieke zorg.

Situatiebeschrijving

De werkgroep interculturele verpleging en verzorging is een werkgroep die zich bezighoudt met de diversiteit in culturen en daaruit voortvloeiende zorgvragen.

Een specifieke taakgroep 'praktijk' houdt zich bezig met het signaleren van knelpunten in de zorgverlening aan chronisch zieken uit een ander cultuur verbeteren.

Om dit vraagstuk meer bespreekbaar te maken binnen de verpleegkundige bereoepsgroep in Nederland hebben de betrokken verpleegkundigen een telefonisch meldpunt opgericht, waar verpleegkundigen naartoe kunnen bellen wanneer zij in de praktijk met dit vraagstuk te maken krijgen. Zij maken zich bekend via het vakblad van de beroepsgroep voor praktijkcasussen te schrijven en te analyseren. Hun wijze van werken vormt een positieve bijdrage aan de ontwikkeling van het verpleegkunidg beroep en de bevordering van de kwaliteit van zorg.
Om aan goede casussen te komen starten de verpleegkun met het verzamelen van gegevens met betrekking tot zorgcategorie chronisch zieken binnen hun eigen werkveld. Zij bevragen ook collega's op de problemen die zij signaleren en de mogelijke oplossingen waaraan zij gedacht hebben bij het verlenen van zorg aan chronisch zieken. Na deze inventarisatie bekijken ze met elkaar welke casus het meest geschikt is voor publicatie. In deze publicatie komt de problematiek die aan de orde is tot uiting, de mogelijke andere oplossingen waaraan gedacht is en een reflectie op de wijze van de werken. De casussen worden geselecteerd op verschillende problematiekn met de daarbijbehorende oplossingen en werkwijzen. Het geheel wordt gecoordineert door een verplegingswetenschapper die zich specifiek bezighoudt met cultuurspecifieke zorg.

Bij

Het participeren in de ontwikkeling van cultuurspecifieke zorg

Gaat het om

- Een visie op cultuurspecifieke zorg operationaliseren;
- Lacunes singaleren die de kwaliteit van zorg aan mensen uit andere culturen met een chronische ziekte belemmeren;
- Inzicht in de waarden en normen van de Nederlandse samenleving verwoorden bij het ontwikkelen van cultuurspecifieke zorg;
- Praktijk casussen analyseren en reflecteren op het verpleegkundig handelen;
- Methoden voor probleemanalyse toepassen;
- Via publiccaties collega's informeren over cultuurspecifieke zorg;

Zodat

De verpleegkundige zorg voor chronische zieken uit andere culturen wordt verbeterd.

Rol : Beroepsbeoefenaar

Domein: Beroep
Domeinspecificatie: Deskundigheidsbevordering

Competentiebeschrijving

Om de kwaliteit van zorg voor chronisch zieke patiënten op een afdeling neurologie te verbeteren, organiseert de verpleegkundige klinische lessen over ziekteoverstijgende aspecten van chronisch ziek zijn.

Situatiebeschrijving

Op de afdeling neurologie van een algemeen ziekenhuis constateren de daar werkzame hbo-verpleegkundigen dat er te weinig aandacht besteed wordt aan het gegegeven dat veel van de patiënten chronisch ziek zijn. Een deel van de paitenten komt binnen direct na een CVA. Voor deze mensen geldt dat het opgenomen zijn vooral gericht is op de lichamelijke gevolgen van de aandoening. Dat zij intussen ook aan de verwerking moeten beginnen van de onomkeerbaarheid van de gezondheidssituatie komt nauwelijks aan de orde.
Daarnaast zijn er veel patiënten met MS en met de ziekte van Parkinson. Deze worden vaak opgenomen omdat er tijdelijk extra medische aandacht nodig is. Soms gaat het om een verslechtering van de conditie, soms bijvoorbeeld om het instellen op nieuwe medicijnen.
Deze patiënten zijn in de loof van de jaren 'ervaringsdeskundigen' geworden.
De hbo-verpleegkundigen hebben een voorstel ingediend bij de afdelingsmanager om een serie klinische lessen te geven over ziekteoverstijgende aspecten van het chronishc ziek zijn er over het gebruikmaken door de

verpleegkundigen van de ervaringsdeskunidhgeid van de patiënten. Hoe gaan ze verder als dit voorstel is geaccepteerd?

De verpleegkundigen organiseren vier bijeenkomsten waarbij eerst een inleiding wordt gehouden en daarna discussie wordt gevoerdt met de teamleden. Ieder van hen zal een voordracht houden. Het voorvereiden van de klinische lessen doen zij eerst gezamenlijk om vast te stellen waarovere eenieder precies iets zal zeggen en daarna gaan zijn individueel aan het werk. De voorbereiding bestaat uit bestuderen van literatuur, op zoek gaan naar de meest recente onderzoeksgegevens, een 'lesopzet' maken en uiteindelijk het verhaal inhoudelijk en volgens effectieve presentatierichtlijnen uitwerken.
Iedere klinische les duurt ongeveer drie kwartier.

Bij

Het verzorgen van klinische lessen over ziekteoverstijgende aspecten van chronisch ziek zijn en ervaringsdeskundigheid.

Gaat het om

- Een voorstel schrijving voor het organiseren van de deskundigheidsbevordering;
- Literatuur en specifieke onderzoeksresultaten gebruiken bij het schrijven van klinische lessen;
- Een lesopzet maken;
- Een inhoudelijke consistent verhaal schrijven en houden;

Zodat

De kwaliteit van zorg voor chronisch zieke patiënten op een afdeling neurologie wordt verbeterd.

Competentiebeschrijvingen voor geriatrische patiënten

Rol: Zorgverlener

Domein: Zorg
Domeinspecificatie: Zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden

Competentiebeschrijving

Om de zorgverlening aan te laten sluiten bij de behoefte van de geriatrische patiënten, kan de verpleegkundige een complexe situatie analyseren en op grond daarvan een juiste diagnose stellen en prioriteiten vaststellen voor de individuele patiënt, in situaties die gekenmerkt worden door onvoorspelbare en meervoudige problematiek.

Situatiebeschrijving

De geriatrische afdeling algemee ziekenhuis (GAAZ) is een afdeling met oudere patiënten. Deze ouderen hebben veelal elkaar versterkende aandoeningen waarbij gewrichtslijden en hartproblematiek veelvoorkomende aandoeningen zijn. Er is dat sprake van instabiliteit van de gezondheidsbalans en complexiteit van de gezondheidssituatie. Ook krijgt de verpleegkundige regelmatig te maken met ouderen die gedragsstoornissen vertonen. Complexiteit wordt veroorzaakt doordat de symptomen zich moeilijk laten interpreteren en er sprake is van versluierde oorzaak-gevolgrelaties in het functioneren van de patiënt. De uit te voeren behandeling of verpleging verloopt dan ook vaak niet zoals verwacht of gepland.
Het valt de verpleegkundige op dat meneer Gerritsen zich anders gedraagt en uit dan voorheen. Tijdens het wassen lijkt meneer zich niet bewust van waar hij is, hij praat onsamenhangend en is zichtbaar van slag. Wat kan de verpleegkundige nu doen?

De verpleegkundige stopt met de hygienische verzorging en probeert de orientatie van meneer Gerritsen te ondersteunen. Dit heeft niet het gewenste effect. Na meting van de vitale functies wordt geen afwijking van normaalwaarden vastgesteld. De verpleegkundige past haar werkplanning aan en draagt voorgenomen activiteiten bij andere patiënten over aan een collega. Het is de verpleegkundige bekend dat meneer Gerritsen naast de reumatische artritis een moeilijk periode doormaakt vanwege het recent overlijden van zijn echtgenote. Dit alles kan

deze plotselinge verandering verklaren, maar de heupoperatie, het veranderen van de omgeving en de nieuwe medicatie moeten ook in overweging worden genomen. De verpleegkundige neemt contact op met de dienstdoend geriater en ze komen overeen per direct een observatieschema geent op de BPS-schaal voor cognitie, stemming en sociaal contact in te voeren. Ook worden afspraken gemaakt over de te nemen maatregelen voor het waarborgen van de veiligheid van meneer Gerritsen. De verpleegkundige schakelt, nadat zij contact heeft gehad met de dochter, de humanistische raadsman in. Het zorgplan wordt door de verpleegkundige bijgesteld. Enkele dagen later is de situatie weer in evenwicht. De verpleegkundige neemt het initiatief de toekomstige ontwikkelingen te bespreken. Met de patiënt en zijn dochter worden in een gesprek de mogelijkheden met betrekking tot de thuissituatie verkend. De verpleegkundige neemt contact op met de liaisonverpleegkundige.

Bij

Het analyseren van complexe verpleegsituaties van geriatrische patiënten.

Gaat het om

- Een integrale en familieanamnese uitvoeren waarbij levens- en ziektegeschiedenis worden betrokken, gebruik wordt gemaakt van informatie van naasten en andere hulpverleners en de draagkracht en –last van de mantelzorg wordt beoordeeld;
- Gegevens op een dusdanige wijze vasteleggen dat er diagnoses, interventies en resultaten op gebaseerd kunnen worden;
- Op het juiste moment en in de juiste situatie gebruikmaken van verschillende diagnose- en indicatie-instrumenten;
- Klinische redeneren;
- Proactief handelen;
- Risicotratificatie maken;
- Bij het bepalen van prioriteiten met betrekking tot te stellen verpleegkundige diagnoses, te kiezen interventies en vast te stellen zorgresultaten, onderscheiden van en omgaan met technische en normatieve vraagstukken;

Zodat

De zorgverlening aansluit bij de behoefte van de geriatrische patiënt.

Rol: Zorgverlener

Domein: Zorg
Domeinspecificatie: Individuele en collectieve preventie

Competentiebeschrijving

Om het cliëntsysteem van de geriatrische patiënt te ondersteunen, verleent de verpleegkundige individuele preventie.

Situatiebeschrijving

Sinds een aantal jaren verzorgt een verpleegkundige zelfstandig een poliklinische spreekuur voor geriatrische patiënten. Zij wekrt hierbij nauw samen met leden van een aantal andere disciplines. Wekelijks wordt er gezamenlijk een patiëntenbespreking gehouden. een aanzienlijk deel van haar patiënten heeft te maken met meervoudige problematiek.
Zo ook menneer De Jong. Ruim zes maanden geleden is hij getroffen door een CVA en hij is sinds een jaar ook bekend met de eerste verschijnselen van dementie. Hij komt, samen met zijn vrouw, vandaag voor de derde keer op spreekuur.
Bij het vorige polikliniekbezoek was afsgesproken dat vandaag het psychosociaal functioneren van meneer De Jong in kaart zou worden gebracht en dat instructies gegeven zouden worden over mogelijkheden tot verbetering van de mobiliteit.
Als de verpleegkundige bezig is met invullen van de vragen- en observatielijst valt het haar op dat mevrouw er moe uitziet en dat ze minder actief deelneemt aan het gesprek dan de vorige twee keren. Wat nu?

De verpleegkundige besluit hier later in het gesprek aandacht aan te schenken en laat de geplande instructie met betrekking tot de mobiliteit achterwege. Dit doet ze omdat ze weet dat mijnheer De Jong wekelijks contact heeft

met de fysiotherapeut. Door nu meer aandacht te schenken aan de beleveing van mevrouw De Jong hoopt ze zicht te krijgen op de balans tussen draagkracht en draaglast. Mijnheer De Jong wordt intensief bij het gesprek betrokken, temeer omdat hij zich schuldig voelt over de ontstane situatie. Tijdens het gesprek wordt duidelijk dat de hele situatie mevrouw zwaar valt. Nu ergste spanning weg is voelt ze pas hoe moe en verdietig ze is. De verpleegkundige adviseer haar contact op te nemen met het steunpunt manterzorgers. Ook zal de verpleegkundige de maatschappelijk werker te consulteren over de mogelijkheden die er zijn om mevrouw te ontlasten. Verdere stelt de verpleegkundige voor de stiuatie te bespreken tijdens de eerstvolgende patiëntenbespreking.
Met betrekking tot de oorspronkelijke afspraken betreffende mobiliteit en psychosociaal functioneren van meneer De Jong zal de verpleegkundige de fystiotherapeut betrekken bij de instructie over mobiliteit en met de geriater de resultaten van het psychosociaal functioneren bespreken. De verpleegkundige maakt een vervolgafspraak voor de volgende week. Vooral mevrouw De Jong neemt zichtbaar opgelucht afscheid.

Bij

Het verlenen van individuele preventie aan geriatrische paitenten

Gaat het om

- Symptomen van overbelasting van de mantelzorgers signaleren en interpreteren;
- Instrumenten voor prediagnostiek hanteren;
- De behoefte aan en noodzaak van preventie vaststellen;
- Verzamelen en analyseren van de hiervoor noodzakelijke gegevens;
- Preventieve maatregelen kiezen en uitvoeren;
- Verwijzen naar en inschakelen van de benodige ondersteuning;
- Prioriteiten stellen in de zorgverlening;
- Het omgaan met belangen van zowel patiënt als mantelzorger;
- Effectieve taakverdeling tussen professionals en mantelzorgers realiseren;

Zodat

Het cliëntsysteem van de geriatrische patiënt optimaal in stand blijft.

Rol:Regisseur

Domein: Zorg
Domeinspecificatie: Zorg voor zieken, gehandicapten en stervenden

Competentiebeschrijving

Om de zorg voor een geriatrische patiënte en zijn familie vloeiend te laten verlopen brengt de verpleegkundige de zorgverlening en de inzet van personen en middelen van verschillende instanties bij elkaar.

Situatiebeschrijving

Op een afdeling van een perifeer algemeen ziekenhuis bestaat een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie uit patiënten van ouder dan tachtig jaar. Deze hebben niet alleen problemen met hun gezondheid, maar er zijn ook veel problemen in het dagelijks leven bij de dagelijkse zorg en de omgan met hulpverleners. Een van deze patiënten is mevrouw Dekker. Zij woont sinds de door van haar man, een jaar geleden, in een aanleunwoning en verblijft sinds enige tijd op de afdeling voor observatie. Mevrouw kan slecht voor zichzelf zorgen. Enkele jaren geleden heeft ze een TIA gehad. De laatste tijd lijkt er onenigheid te bestaan tussen haar drie kinderen, waardoor de zorg voor moeder wat in het gedrang is gekomen. Mevrouw is down en komt tot weinig activiteiten en lijkt soms wat in de war. Zij is opgenomen omdat er een beginnend dementieel syndroom werd vermoed. Na een intensieve observatie lijkt de diagnose depressie meer van toepassing. Na medicamenteuze behandeling lijkt er enige verandering te komen in het gedrag van mevrouw.
Vandaag wordt mevrouw in het multidisciplinaire overleg besproken. Er heerst onzekerheid in het multidisciplinaire team over de vrag of mevrouw na ontslag weer terug kan naar haar aanleunwoning. Een deel van het team vindt dat zij beter in een verpleeghuis kan worden opgenomen omdat zij slecht tegen de eenzaamheid kan en zorg nodig heeft. Een ander deel vindt dat mevrouw beter terug kan naar haar eigen omgeving omdat zij verwachten dat zij in een

verpleeghuis meer ontheemd zal raken. Het team heeft het beeldt dat ook familie verdeeld is over de vraag wat de beste plaats is voor de moeder na ontslag uit het ziekenhuis.
De eerstverantwoordelijke verpleegkundige heeft gisteren toevallig een gesprek met een van de dochters gevoerd, waarui blijkt dat de familie hulp nodig heeft om de zorg voor moeder weer op te kunnen nemen. Hoe kan zij in deze situatie het beste handelen?

Omdat ze de indruk heeft dat door de emoties en overbelasting van een van de dochters het samenspel verloren is gegaan, maar de bereidheid tot zorg voor moeder zeker aanwezig lijkt, pleit de verpleegkundige er met klem voor via de transferverpleegkundige contact te zoeken met het regionaal indicatieorgaan. Het doel hiervan is een onafhankelijk indicatiestelling voor zorg te krijgen. Zij stelt voor dat mocht het tot een indicatie komen voor thuiszorg, zij of de transferverpleegkundige contact zal opnemen met de thuizorg en de familie om tot een zorgplan voor mevrouw Dekker te komen, zodat zij met steunt en begeleiding weer naar haar eigen woning terug kan.

Bij
Het zorgen voor continuiteit in de zorgverlening voor geriatrische patieten en hun familie

Gaat het om
- De situatie van de patiënt analyseren;
- Mensen en middelen op elkaar afstemmen;
- Proactief handelen op basis van kennis over geriatrische problematiek;
- De draagkracht en draaglast van mantelzorgers analyseren;
- Samenwerken met de familie;
- Gebruikmaken van kennis omtrent gezondheidszorgorganisaties, netwerken, wet- en regelgeving en financiering van de zorg bij het maken van keuzes die de continuiteit van zorg bevorderen;
- Mogelijkheden en beperkingen van thuiszorg en langdurige zorg benutten;
- Creatief, assertief en flexibel omgaan met personen en instanties;

Zodat
De patiënt en zijn familie de zorg als vloeiend en passend bij hun situatie ervaren.

Rol: Ontwerper

Domein: Organisatie van zorg
Domeinspecificatie: Kwaliteitzorg

Competentiebeschrijving
Om de zorgverlening af te stemmen op de levensloop en behoeften van de geriatrische patiënten en hun naasten, levert de verpleegkundige een bijdrage aan het ontwikkelen van nieuwe wijzen van zorgverlening.

Situatiebeschrijving
Een thuiszorgorganisatie is sinds een jaar bezig met het concretiseren van de kwaliteitswetten. Een van de kwaliteitscriteria van de thuiszorgorganisatie is voorwaarden scheppen zodat mensen zolang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. In de dagelijks praktijk blijkt er een spanningsveld te bestaan tussen de werkelijkheid en wenselijkheid en valt het op dat de patiënten, als gevolg van decompensatie van de mantelzorgers, in een verpleeg- of verzorgingshuis moeten worden opgenomen.
Hoe kan het aantal hbo-verpleegkundigen in werkgroepverband een bijdrage leveren aan kwaliteitscriteria waarmee overbelasting van mantelzorgers wordt voorkomen?

Binnen de werkgroep wordt besloten het knelpunt structureel aan te pakken. Aan een van de verpleegkundigen wordt gevraagd hiervoor een plan op te stellen. Zij begint met een analyse van het probleem door verschillende perspectieven van de betrokkenen in kaart te brengen. Zij orienteert zich op basis van literatuur en gesprekken op de mogelijkheden van nieuwe vormen van respijtzorg en maakt een verbeterplan. Dit voorstel wordt besproken in een werkgroep en er wordt een taakverdeling gemaakt voor de uitvoering van het plan.

Bij

Het leveren van een bijdrage aan het ontwikkelen van nieuwe prijzen van zorgverlening.

Gaat het om

- Knelpunten in de zorg analyseren
- Het huidige zorgaanbod analyseren;
- Onderzoeken van mogelijkheden tot verbetering in het zorgaanbod;
- Vanuit verschillende perspectieven aan kwaliteitszorg werken;
- Richtlijnen met betrekking tot kwaliteitszorg toepassen;
- Mede opstellen van een verbeterplan;
- Voorstellen tot verandering presenteren;

Zodat

De zorgverlening wordt afgestemd op de levensloop en behoeften van de geriatrische patiënten en zijn naasten.

Rol: Coach

Domein: Organisatie van zorg
Domeinspecificatie: Kwaliteitszorg

Competentiebeschrijving

Om de kwaliteit van de zorgverlening voor cliënten van zeventig jaar en ouder te waarborgen, coacht de verpleegkundige collega's bij het toepassen van kwaliteitsinstrumenten.

Situatiebeschrijving

In de thuiszorg worden steeds vaker kwaliteitsinstrumenten gebruikt als onderdeel van een kwaliteitszorgsysteem. Om de betrokkenheid van zorgverleners bij kwaliteitszorg te vergroten, is een aantal van hen belast met het verzamelen van gegevens over hoe de kwaliteit van zorg voor cliënten van zeventig jaar en ouder wordt ervaren. Hiervoor wordt een vragenlijst gebruikt die door middel van onderzoek is gevalideerd.
De voor het uitvoeren van de gegevensverzameling verantwoordelijke verpleegkundige heeft kortgeleden geconstateerd dat het aantal ingevulde vragenlijsten afneemt en dat een aantal binnengekomen vragenlijsten niet volledig is ingevuld. Wat doe ze daaraan?

De verpleegkundige bespreekt de kwestie in het eerstvolgende werkoverleg met haar collega's. Daaruit blijkt onder meer dat de motivatie afneemt om deze 'extra' klus uit te voeren. Als oorzaken worden genoemd: de grote tijdsinvestering en het lastige gegeven dat men niet precies bekend is met het belang en doel van de metingen. De verpleegkundige besluit vervolgens niet alleen informatie over het kwaliteitsproject te verstrekken, maar stelt voor een aantal metingen samen met de verpleegkundige uit te voeren. Hiermee wil ze meer inzicht krijgen in de wijze waarop de metingen worden gedaan. Dat geeft haar ook meer mogelijkheden aan te sluiten bij de vragen en moelijkheden die de verpleegkundigen ervaren bij het verzamelen van de gegevens.

Bij

Het coachen van verpleegkundigen bij het toepassen van kwaliteitsinstrumenten

Gaat het om

- Het juiste kwaliteitsinstrument kiezen;
- Analyseren van bevorderende en belemmerende factoren bij het uitvoeren van kwaliteitsmetingen;
- Doelgericht werkoverleg voeren;
- Informatie vestrekken over een kwaliteitsproject;
- Begeleiden van collega's door samen taken uit te voeren;
- Enthousiasmeren van betrokkenen;
- Verschillende perspectieven en belangen tegen elkaar afwegen en tot consensus komen over uit te voeren taken;

zodat

de kwaliteit van de zorgverlening voor cliënten van zeventig jaar en ouder gewaarborgd blijft.