

EVALUATIE ONTWIKKELING VERPLEEGKUNDIGE PRAKTIJKEN

R. Schuller
D.M.J. Delnoij



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Utrecht, augustus 2000

Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 27 29 700 - Fax 030 27 29 729

ISBN 90-6905-487-6

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUD

1	INLEIDING	5
1.1	Historische schets ontwikkelingen thuiszorg en huisartsenzorg	6
1.2	Het project 'Verpleegkundige praktijken' Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe land	7
1.3	Evaluatiemodel en onderzoeksvragen	8
2	METHODE	11
2.1	Dataverzameling en instrumenten	11
2.2	Schema dataverzameling en instrumenten	12
2.3	Analyses	14
3	DE INVOERING VAN DE VERPLEEGKUNDIGE PRAKTIJKEN: VERLOOP EN BELEMMERENDE/BEVORDERENDE FACTOREN	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Methode	15
3.3	Implementatie van het project 'verpleegkundige praktijken' en belemmerende/bevorderende factoren	16
3.4	Inzet geplande middelen	20
3.5	Huidige stand van zaken in de verpleegkundige praktijken	22
3.6	Conclusie	22
4	PROFILERING, SAMENWERKING EN TAAKVERSCHUIVING	25
4.1	Inleiding	25
4.2	Methode	25
4.3	Samenwerking wijkverpleegkundigen en verwijzers	26
4.4	Taakverschuiving	28
4.5	Profilering van de verpleging	34
4.6	Vergelijking antwoorden huisartsen en wijkverpleegkundigen	35
4.7	Conclusie	39
5	KWALITEIT EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Kenmerken van nieuw binnengekomen patiënten	41
5.3	Bekendheid met de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken en gezondheidstoestand patiënten	43
5.4	Conclusie	58
6	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	60
6.1	Inleiding	60
6.2	Procesevaluatie	62
6.3	Effectevaluatie	64
6.4	Discussie	66
	LITERATUUR	69
	BIJLAGEN	
	Bijlage 1: Gegevens vragenlijsten huisartsen, wijkverpleegkundigen	71
	Bijlage 2: Vragenlijsten huisartsen, wijkverpleegkundigen, instellingen, cliënten wijkverpleging (voor en na meting)	93
	Bijlage 3: Vragenlijsten huisartsen, wijkverpleegkundigen, instellingen	131
	Bijlage 4: Uitkomsten regressie-analyses variabelen patiëntenvragenlijst	141

1 INLEIDING

'Een aantal wijkverpleegkundigen vormen samen een wijkverpleegkundige praktijk. De verpleegkundige praktijken zullen verschillend van omvang zijn. In een verpleegkundige praktijk werken wijkverpleegkundigen die zelfstandig beslissingen kunnen nemen ten aanzien van de zorg die zij verlenen. Het betreft beslissingen rond de verpleegkundige diagnostiek en interventies (methodisch handelen), alsook beslissingen in planning van eigen werkzaamheden en samenwerken/ onderhandelen met andere disciplines. De beslissingen worden geleid/gestuurd door zorgprogramma's, waarover overeenstemming bestaat in de organisatie en waarover overleg is gevoerd met de patiëntenverenigingen, huisartsen en de financiers. Een verpleegkundige praktijk heeft een eigen patiëntenbestand.

Het werkpakket van de verpleegkundige praktijk bestaat enerzijds uit curatieve zorg van het eerste deskundigheidsniveau, waarvan terminale zorg en medisch technische handelingen een belangrijk onderdeel zijn; anderzijds ligt de nadruk op zorg aan patiënten met een chronische aandoening. Met betrekking tot deze patiëntencategorie werken wijkverpleegkundigen generalistisch, dat wil zeggen zowel primair, secundair als tertiair preventief. De verpleegkundige praktijk is er op gericht patiënten met een chronische aandoening in een zo vroeg mogelijk stadium van de aandoening in zorg te krijgen teneinde een positieve bijdrage te kunnen leveren aan kwaliteit van leven van patiënten.

De kracht van de praktijken zit hem in het feit dat er steeds weer geanticipeerd en gereageerd wordt op de lokale vragen: de mensen krijgen snel een deskundig en klantgericht antwoord; ze weten inmiddels dat ze met veel vragen op het gebied van gezondheid en ziekte terecht kunnen bij de verpleegkundige praktijk. Middelen hiervoor zijn het houden van spreekuren, het doen van huisbezoeken en het coördineren van zorg in complexe situaties.

In de verpleegkundige praktijk is een systeem van kwaliteitsbevordering aanwezig, gericht op effectieve(r) en efficiënte(re) zorgverlening.

De wijkverpleegkundigen binnen een verpleegkundige praktijk werken zeer nauw samen met huisartsen. Deze samenwerking houdt onder andere in dat er een duidelijk verwijssysteem aanwezig is en dat coördinatie en afstemming van de zorg voor een patiënt geregeld is. Voorts werken ze nauw samen met allerlei disciplines die bij de zorg van een patiënt betrokken zijn. Dit geldt in bijzondere mate voor de zorgteams van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land.' (Regionale Thuiszorg, 1997)

1.1 Historische schets ontwikkelingen thuiszorg en huisartsenzorg

Bovenstaande tekst is een schets van de wijkverpleegkundige zorg binnen de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land te Steenwijk, zoals die er idealiter uit moet zien in de nabije toekomst. De wijkverpleegkundige zorg zoals die in het citaat wordt voorgesteld, geeft een nieuw beeld van de relatie tussen de thuiszorg en de huisartsenzorg.

De samenwerking tussen de wijkverpleging en de huisarts is vanaf begin jaren zeventig van overheidswegen gestimuleerd. Met het verschijnen van de Structuurnota in 1974 werd in de gezondheidszorg een beleid ingezet dat gericht was op regionalisering en echelonnering. Versterking van de eerste lijn door samenwerking tussen de 'kerndisciplines' huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk stond in dat beleid centraal. Zowel samenwerking onder één dak (in gezondheidscentra) als binnen de zogenoemde hometeams werd gestimuleerd.

Een van de aandachtspunten in de relatie huisarts-wijkverpleging vormde de afstemming van doelpopulaties. De samenwerking tussen beide disciplines werd -en wordt- namelijk gehinderd door het feit dat de praktijkpopulatie van huisartsen verspreid over een hele stad of regio woont, terwijl de wijkverpleging van oudsher binnen een geografisch afgebakende gebied (bijvoorbeeld een wijk) werkzaam is. Een huisarts heeft daardoor te maken met meerdere (teams van) wijkverpleegkundigen die voor zijn patiëntenpopulatie werkzaam zijn en wijkverpleegkundigen, op hun beurt, hebben te maken met meerdere huisartsen die patiënten hebben binnen hun 'wijk' (NIVEL, 1987). Afstemming van doelpopulaties, bijvoorbeeld doordat huisartsen wijkgebonden gaan werken of wijkverpleegkundigen gaan werken voor de patiënten van een beperkt aantal huisartsen, vormt daarvoor een oplossing. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat gestructureerd overleg van wijkverpleegkundigen en huisartsen meer plaatsvindt bij een gunstige afstemming van doelpopulaties (De Veer et al., 1993).

Het beleid van regionalisering en echelonnering van de gezondheidszorg werd losgelaten met het verschijnen van het rapport van de Commissie Dekker in 1987 (Commissie Dekker, 1987). De samenwerking binnen de eerste lijn verdween daarmee naar de achtergrond. Gedurende de jaren negentig is in de zorg veel meer het onderscheid gemaakt tussen *cure* (huisarts-specialist-ziekenhuis) en *care* (thuiszorg-verzorgingshuis-verpleeghuis) dan het onderscheid eerste-tweede lijn. Door de opkomst van de transmurale zorg is de grens tussen het eerste en tweede echelon meer en meer vervaagd. De huisartsen richtten zich inhoudelijk steeds meer op de medisch specialisten. De wijkverpleging op haar beurt richtte zich op de gezinszorg, daartoe gestimuleerd door de fusies tussen kruiswerk en gezinszorg tot grote thuiszorgorganisaties (Verhey et al., 1993).

Onder dwang van budgettaire krapte heeft de thuiszorg zich daarna gericht op het behalen van grote productiviteitswinst door een ver doorgevoerde opsplitsing van taken. Dit heeft echter weer nieuwe problemen gecreëerd op het gebied van werkdruk en arbeidssatisfactie van hulpverleners in de thuiszorg. Door de sterke taakdifferentiatie krijgen patiënten te maken met veel verschillende en soms laag gekwalificeerde hulpverleners (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1998). Verder blijken deze grote gefuseerde thuiszorgorganisaties veel moeilijker persoonlijk benaderbaar te zijn voor individuele hulpverleners, zoals de huisartsen.

Ook in de huisartsenzorg hebben zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan. Demografische, technologische en beleidsmatige ontwikkelingen zorgen voor een toenemende druk op de huisartsenpraktijk. Onder andere door de vergrijzing verandert de zorgvraag kwantitatief en kwalitatief: er komen meer ouderen en hierdoor meer chronisch zieken en meer patiënten met multiple gezondheidsproblemen. Daarnaast wensen patiënten langer in de thuissituatie te blijven en is er door thuiszorgtechnologie ook meer zorg thuis mogelijk (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1998). Eén van de belangrijkste *beleidsmatige* ontwikkelingen betreft de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts, zoals voorgesteld door de Commissie Biesheuvel (1994). Verpleegkundigen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Op 30 juni 1999 hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een convenant ondertekend inzake de versterking van de huisartsenzorg. Op basis van dit convenant kunnen praktijkondersteuners op HBO-niveau (HBO-verpleegkundigen of MBO-verpleegkundigen/doktersassistenten met

aanvullende opleiding) worden ingezet in de huisartspraktijk. Juridisch vormgegeven samenwerkingsverbanden van tenminste drie huisartsen (minimale patiëntenpopulatie 4.500) kunnen voor deze ondersteuning in aanmerking komen.

Voorafgaand aan dit convenant hebben op verschillende plaatsen in Nederland al projecten plaatsgevonden waarbij verpleegkundigen zijn ingezet in de huisartspraktijk. Er bleken verschillende varianten te bestaan in de opzet van deze projecten (Welling et al., 1996).

Gemeenschappelijk kenmerk was dat de praktijkverpleegkundige voor een deel van de tijd werkt ten behoeve van de patiënten van de huisarts. De wijze waarop de praktijkverpleegkundige daadwerkelijk wordt ingezet, kende echter vijf varianten:

- de praktijkgebonden- of samenwerkingsvariant; de wijkverpleegkundige van de thuiszorg werkt praktijkgebonden door de doelpopulaties van huisarts en wijkverpleging op elkaar af te stemmen;
- de spreekuurvariant; een wijkverpleegkundige van de thuiszorg of een verpleegkundige in dienst van een huisarts/de huisartsen houdt roulerend voor één of meerdere huisartsen een (doelgroep)spreekuur;
- de spreekuur- en samenwerkingsvariant; de verpleegkundige heeft, behalve dat zij spreekuren houdt voor speciale doelgroepen, ook een liaisonfunctie voor het thuiszorgteam in de wijk;
- de detachingsvariant; hier wordt een wijkverpleegkundige van de thuiszorg (voor een bepaald aantal uren) gedetacheerd in de huisartsenpraktijk
- de dienstverbandvariant; hier treden verpleegkundigen in dienst van de huisarts.

Evaluatie van een zestal van dit soort projecten leert dat positieve resultaten vooral te vinden zijn op het gebied van kwaliteit van zorg (gestructureerd werken), tevredenheid van patiënten en gezondheidswinst bij patiënten. Negatieve resultaten werden geboekt bij de organisatie van het werk van praktijkverpleegkundigen, registratie van patiëntgegevens, taakverwarring tussen hulpverleners en het feit dat er nog geen taakverlichting voor de huisarts geregistreerd kon worden (Schuller-Punt en Delnoij, 1998).

De projecten en experimenten op dit terrein vormen een uiting van hernieuwde aandacht voor de relatie huisarts-wijkverpleging. Nog steeds is namelijk sprake van onvoldoende afstemming tussen hulpverleners binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg pleit daarom in zijn advies 'Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief' voor afstemming van werkgebieden van huisarts, thuiszorg en paramedici, waarbij de 'wijk' als uitgangspunt wordt genomen. Binnen de thuiszorg zou meer verantwoordelijkheid op de werkvloer moeten worden gelegd. De RVZ pleit voor teams van verplegenden en verzorgenden die met een grote mate van zelfstandigheid (inhoudelijk aangestuurd door een wijkverpleegkundige) invulling geven aan de zorgverlening. Door deze decentrale planning zou beter ingespeeld moeten kunnen worden op de wisselende zorgbehoeften van de patiënt (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 1998).

1.2 Het project 'Verpleegkundige praktijken' Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land

Om het hoofd te bieden aan problemen die spelen in de thuiszorg en om in te spelen op de ontwikkelingen in de huisartsenzorg (zie hierboven) heeft de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land te Steenwijk in 1997 besloten tot een reorganisatie van de wijkverpleegkundige zorg. Dit initiatief is het best te typeren als een project van de praktijkgebonden- of samenwerkingsvariant, waarbij de doelpopulaties van de wijkverpleegkundigen worden afgestemd op de werkgebieden van huisartsgroepen. Vooruitlopend op wat een jaar later door de RVZ zou worden aanbevolen, hebben teams van wijkverpleegkundigen een grote mate van zelfstandigheid gekregen bij het plannen en invullen van hun werkzaamheden.

De wijkverpleegkundigen in dit project kunnen samen met de huisartsen bepalen welke taken zij uitvoeren. Een doel dat hun werkgever, de thuiszorgorganisatie, zich daarbij voor de toekomst

gesteld heeft, is dat de verpleegkundigen zich naast de 'gewone' wijkverpleegkundige taken ook zullen richten op het ontwikkelen van een meer zelfstandige praktijkvoering. In die zin lijken de praktijkverpleegkundigen in dit project op de Amerikaanse Nurse Practitioners, die een grote mate van zelfstandigheid hebben en in sommige gebieden zelfs fungeren als 'surrogaat arts' (Welling en Delnoij, 1997). Door introductie van een praktijkverpleegkundige krijgt de relatie huisarts-wijkverpleging een nieuwe impuls, na een periode waarin huisartsen zich hoofdzakelijk hebben gericht op samenwerking op de medische as en in de wijkverpleging de aandacht vooral gericht is geweest op de samenwerking met de gezinszorg.

Beschrijving project

In november 1997 is een start gemaakt met het project 'verpleegkundige praktijken'. Er worden zes verpleegkundige praktijken opgezet die wat betreft het werkgebied grotendeels overeenstemmen met de waarneemgebieden van de zes huisartsengroepen in de regio (bestaande uit in totaal een kleine 50 huisartsen). Dit werkgebied omvat Noordwest Overijssel en de gehele Noordoostpolder.

In tegenstelling tot de traditionele wijkverpleegkundige teams zijn binnen de verpleegkundige praktijken geen ziekenverzorgenden werkzaam (deze vormen namelijk nieuwe, verzorgende teams samen met gezinsverzorgenden). De verpleegkundige praktijken zullen zorg gaan leveren van het hoogste deskundigheidsniveau (niveau 5). De binnen de praktijken werkzame wijkverpleegkundigen kunnen naast de gewone wijkverpleegkundige taken ook zelfstandig patiënten behandelen en begeleiden en kunnen daarnaast worden ingezet ter ondersteuning van huisartsen bijvoorbeeld in de zorg voor chronisch zieken. Over de precieze taken van de wijkverpleegkundigen in verpleegkundige praktijken worden met de huisartsen lokale afspraken gemaakt. De verpleegkundige praktijken hebben verder nog de volgende kenmerken: kleine, overzichtelijke teams van wijkverpleegkundigen, lokaal werkend in een afgebakend gebied, laagdrempelig, inspelend op de lokale vraag.

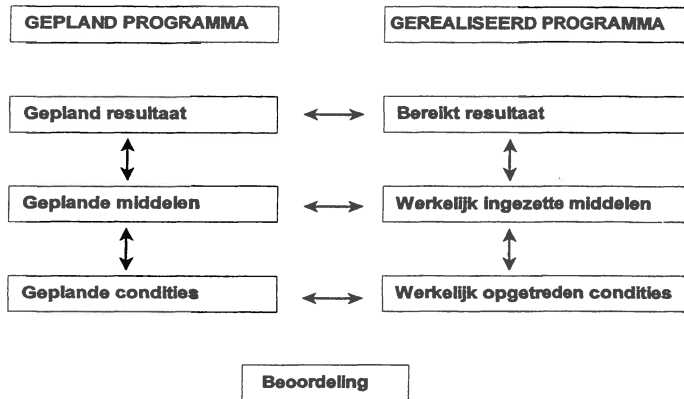
Het doel van dit onderzoek is het evalueren van het project van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land, waarbij uitgegaan wordt van de doelen die deze organisatie zichzelf met zijn project gesteld heeft.

1.3 Evaluatiemodel en onderzoeksvragen

De evaluatie van het project 'verpleegkundige praktijken' is opgezet volgens het model voor programma-evaluatie van Stake (1967). Evaluatie volgens dit model houdt in dat de interventie (in dit geval de ontwikkeling van verpleegkundige praktijken) wordt omschreven in termen van vooraf geplande doelstellingen, middelen en condities (kortom: het geplande programma). Dit geplande programma wordt getoetst op zijn interne consistentie en vergeleken met de werkelijk bereikte doelstellingen, ingezette middelen en opgetreden condities (het gerealiseerde programma) (zie schema 1.1).

Het hoofddoel van het project 'verpleegkundige praktijken' wordt door de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land geformuleerd als 'te komen tot betere kwaliteit van zorg wat voor de regionale thuiszorg resulteert in een betere profilering van de verpleging en voor haar patiënten in een betere kwaliteit van leven'.

Schema 1.1 Evaluatiemodel volgens Stake (1967)



Naast het hoofdoel worden in het projectplan verpleegkundige praktijken (Regionale Thuiszorg, 1997) een aantal *middelen* geformuleerd:

- * Zorgen voor een **deskundig aanbod van zorgverlening** (stellen van eisen aan de deskundigheid, deskundigheidsbevordering).
- * Werken aan **relaties en netwerken** (met huisartsen, ziekenhuizen, verzorgings-/ verpleeghuizen).
- **Samenwerking** bevorderen met de huisartsen, ziekenhuizen, verzorgings-/ verpleeghuizen (opzetten van een verwijssysteem, coördinatie en afstemming zorg aan de patiënt).
- * Opstellen **zorgprogramma's** (beschrijving van de inhoud van bepaalde zorgpakketten).
- * Ontwikkelen van **bijzondere zorg**, dat wil zeggen taken die tot gebied van de huisarts gerekend worden, maar die voorheen geen speciale aandacht kregen (bijvoorbeeld preventieve taken (ten behoeve van chronisch zieken), zorgaanbod uitbreiden met palliatieve zorg).
- * Ontwikkelen van een **zelfstandige praktijkvoering**: naast de gewone wijkverpleegkundige taken ook het bevorderen van het houden van spreekuren door praktijkverpleegkundigen, doen van huisbezoeken, coördineren van zorg in complexe situaties.
- * **Extra menskracht** bieden voor het begeleiden van chronisch zieken (waarbij de belangrijkste groepen cara, diabetes, reuma, oncologie en hart-/vaatziekten/cva zijn).
- * **Het zo vroeg mogelijk in zorg krijgen** van patiënten met chronische aandoening.

In het projectplan zijn verder een aantal *condities* geformuleerd voor het welslagen van het project. Deze condities zijn:

- een verhoging van de verpleegkundige bezetting;
- de organisatie van het werk verbeteren;
- het maken van een taakverdeling binnen de praktijk/tussen praktijken;
- het organiseren van een verwijssysteem;
- het regelen van financiering;
- het opstellen van een jaarwerkplan;
- het opzetten van een registratie;
- een actieve benadering van verwijzers en potentiële cliënten.

Het evaluatie-onderzoek bestaat uit een effect- en procesevaluatie. De effectevaluatie zal antwoord geven op de volgende vraag:

1. *'In hoeverre worden de geplande doelen van het project ook werkelijk bereikt? Met andere woorden: leidt het opzetten van de verpleegkundige praktijken tot a) een betere kwaliteit van zorg en b) profilering van de verpleging?'*

De onderzoeksvragen voor de procesevaluatie zijn:

2. *'In hoeverre worden de geplande middelen ook werkelijk ingezet? Met andere woorden wordt/worden*
 - . *gewerkt aan deskundigheidsbevordering van de verpleegkundigen?*
 - . *een verbetering aangebracht in de relaties en netwerken?*
 - . *de samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen, verpleeg-/verzorgingshuizen en wijkverpleegkundigen verbeterd?*
 - . *zorgprogramma's opgesteld?*
 - . *bijzondere zorg ontwikkeld?*
 - . *door wijkverpleegkundigen een zelfstandige praktijkvoering ontwikkeld?*
 - . *extra menskracht ingezet voor de begeleiding van chronisch zieken?*
 - . *bereikt dat chronisch zieken zo vroeg mogelijk in zorg komen bij de wijkverpleegkundigen?'*
3. *'Hoe verloopt de implementatie van het project en welke belemmerende en bevorderende factoren (condities) zijn daarop van invloed?'*

2 METHODEN

2.1 Dataverzameling en instrumenten

In hoofdstuk 1 is het evaluatiemodel met de onderzoeksvragen gepresenteerd. In dit hoofdstuk zal verder ingegaan worden op de onderzoeksmethode. Voor de effect- en procesevaluatie afzonderlijk zal de methode van dataverzameling toegelicht worden.

Effectevaluatie

De effectevaluatie richt zich zoals bleek in hoofdstuk 1 op de vraag of het opzetten van de verpleegkundige praktijken leidt tot (a) een betere kwaliteit van zorg en (b) profilering van de verpleging.

- a. Of de kwaliteit van zorg verbetert in het project is continu gemeten via vragenlijsten onder nieuw in zorg gekomen patiënten bij de wijkverpleegkundigen. De gebruikte meetinstrumenten betreffen gevalideerde schriftelijke vragenlijsten over kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief en over continuïteit van zorg (Sixma et al., 1998). De vragen die de kwaliteit van zorg meten gaan over persoonlijke ervaringen van patiënten met de wijkverpleegkundigen: welke kenmerken hebben de wijkverpleegkundigen en vindt men dit belangrijk? Bijvoorbeeld 'De wijkverpleegkundige werkt snel' of 'De wijkverpleegkundige kan ik alles vragen'. De vragen over continuïteit van zorg zijn gesteld in de vorm van stellingen waar men het meer of minder mee eens kan zijn. Bijvoorbeeld 'De wijkverpleegkundige hield zich aan de afgesproken tijd' of 'De wijkverpleegkundige werkte goed met andere hulpverleners samen' (zie vragenlijst in de bijlagen).
- b. Een betere profilering van de verpleging is in dit onderzoek geoperationaliseerd in de bekendheid van patiënten en verwijzers met de wijkverpleegkundigen vóór en na het opzetten van de verpleegkundige praktijken. De bekendheid van de wijkverpleegkundigen vóór en na de inrichting van de verpleegkundige praktijken is gemeten middels een schriftelijke vragenlijst die werd voorgelegd aan verwijzers (huisartsen, ziekenhuizen, verzorgings-/verpleeghuizen) en patiënten. De vragen die hierin aan de orde kwamen, vragen bijvoorbeeld naar de manier waarop men de wijkverpleegkundigen kan bereiken, het op de hoogte zijn van de veranderingen in de organisatie van de wijkverpleegkundige zorg en de bekendheid met de taken waarvoor men de wijkverpleegkundigen zou kunnen inschakelen (zie vragenlijst in bijlage 2).

Procesevaluatie

De procesevaluatie geeft antwoord op de vraag in hoeverre de geplande middelen ook werkelijk zijn ingezet in het project en op de vraag hoe de implementatie van het project verlopen is.

Geplande versus ingezette middelen

Via interviews met alle wijkverpleegkundigen die in de dagzorg van de verpleegkundige praktijken werken (15x) en met vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorgorganisatie Oude en Nieuwe Land te Steenwijk (managers verpleegkundige praktijken 2x) is nagegaan of in het project:

- . gewerkt is aan deskundigheidsbevordering van de verpleegkundigen;
- . gewerkt is aan verbetering van de relaties en netwerken;
- . zorgprogramma's zijn opgesteld;
- . bijzondere zorg is ontwikkeld;
- . extra menskracht is ingezet voor de begeleiding van chronisch zieken.

In hoeverre de samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen, verpleeg-/verzorgingshuizen enerzijds en wijkverpleegkundigen anderzijds verbetert, is nagegaan door middel van vragenlijsten onder alle wijkverpleegkundigen in de dagzorg, huisartsen en vertegenwoordigers

van ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen (voor- en nameting). In deze vragenlijsten zijn vragen gesteld over de aard van de relaties; een eventuele verbetering hierin (alleen in de nameting); aard, inhoud en kwaliteit van het overleg en de werkcontacten. Uiteraard zijn deze vragen over samenwerking voor wat betreft huisartsen, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen gecombineerd met de hierboven omschreven vragenlijst over profilering/bekendheid (zie bijlagen voor checklist interviews).

Daarnaast is de continue registratie van nieuw in zorg gekomen patiënten van de wijkverpleging bedoeld om na te gaan in welke mate chronisch zieken eerder in zorg komen bij de wijkverpleegkundigen. Uit de registratie kan worden afgeleid of het patiëntenbestand van de wijkverpleegkundigen in de loop van het project verandert qua samenstelling (voor wat betreft de ziekten van patiënten en voor wat betreft de aard van de zorg). De registratie ten behoeve van het onderzoek is gekoppeld aan de registraties die bij de thuiszorg plaatsvinden ten behoeve van de intake van patiënten. Gegevens die zijn vastgelegd, zijn: door wie zijn patiënten verwezen, hoe lang zijn patiënten in het zorgcircuit vanaf het moment van diagnose en in welke fase is de aandoening van de patiënt. Dit laatste aspect is gemeten door aan patiënten een gevalideerde vragenlijst voor te leggen die hun gezondheidstoestand meet (Kinnersley et al., 1994; Nivel, 1987). Deze vragenlijst is gecombineerd met de vragenlijsten over kwaliteit en continuïteit van zorg (zie hierboven).

Aan de vragenlijsten onder wijkverpleegkundigen en huisartsen die in de nameting zijn verzonden is een aantal vragen toegevoegd op basis waarvan een inventarisatie van taken mogelijk is. Wijkverpleegkundigen en huisartsen is een lijst voorgelegd met taken op het terrein van preventie en begeleiding van chronisch zieken. Daarop kon men aangeven of men deze taken al dan niet uitvoert en (retrospectief) wie deze taken vroeger uitvoerde. Hieruit blijkt in welke mate verpleegkundigen nieuwe taken ontwikkelen en/of zorg overnemen van huisartsen en of wijkverpleegkundigen een aantal taken zelfstandig en op eigen initiatief uitvoeren. De vragen zijn retrospectief gesteld, omdat op voorhand moeilijk is te schatten in welke mate de wijkverpleegkundigen precies zullen gaan doen. Op basis van de interviews met huisartsen en wijkverpleegkundigen is een lijst opgesteld van taken, die vervolgens is toegevoegd aan de vragenlijsten in de nameting.

Implementatie en opgetreden condities

De procesevaluatie bestaat verder uit het onderzoeken van de opzet, uitvoering en organisatie van het project, de implementatie van de projectplannen en bevorderende/belemmerende factoren. Deze aspecten zijn aan de orde gesteld in de interviews met de wijkverpleegkundigen en huisartsen.

2.2 Schema dataverzameling en instrumenten

De tekst uit de vorige paragraaf waarmee wordt uitgelegd welke vragen er met welke instrumenten beantwoord worden, wordt hieronder nogmaals in schema 2.1 samengevat.

Schema 2.1 (Titel)

<u>te beantwoorden vraag</u>	<u>betreffende onderz.vraag</u>	<u>instrument</u>
1. is de kwaliteit van zorg gestegen? - kwal.van zorg, continuïteit van zorg	1 a	patiënten vragenlijst
is de profilering van de verpleging verbeterd? - bekendheid van de wijkverpleging	1 b	patiënten/huisartsen/in- stellingen vragenlijst vóór- en nameting
2. worden de geplande middelen ingezet? - deskundigheidsbevordering - relaties/netwerken. - zorgprogramma's - bijzondere zorg - extra menskracht	2	interviews wijkverpleeg- kundigen
3. is de samenwerking met verwijzers verbeterd?	2	wijkverpleegkundigen/ huisartsen/ instellingen vragenlijst
4. komen chronisch zieken eerder in zorg van de wijkverpleging? - patiënten veranderd qua soort ziekte en aard van de zorg - fase van de aandoening	2	registratie gegevens
5. is er sprake van een zelfstandige praktijkvoering door wijkverpleegkundigen?	2	wijkverpleegkundigen/ huisartsen vragenlijst nameting
6. hoe is de implementatie van het project verlopen? - opzet, organisatie, uitvoering	3	interviews wijkverpleeg- kundigen/huisartsen
7. welke belemmerende en bevorderende factoren zijn van invloed? - verpleegkundige bezetting - organisatie van het werk - taakverdeling praktijken - verwijssysteem - financiering, werkplan, registratie - actieve benadering verwijzers/patiënten	3	interviews wijkverpleeg- kundigen, vragenlijst wijkverpleegkundigen

Als aanvulling op bovenstaand schema wordt hieronder in een tijdspad het gebruik van de verschillende instrumenten nogmaals weergegeven.

- 11-'97 Verschijnen 'Ontwikkelingsplan verpleegkundige praktijken' van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land
- 1-'98 Officiële start zes verpleegkundige praktijken
- 6-'98 Verzending vragenlijsten voormeting huisartsen, wijkverpleegkundigen, instellingen
- 7-'98 Verzending eerste lading vragenlijsten aan patiënten (in zorg gekomen april/mei '98). Vanaf dit moment regelmatig verzending nieuwe patiënten ongeveer twee maanden na het in zorg komen. Laatste zending november '99.
- 3/6-'99 Interviews wijkverpleegkundigen, vertegenwoordigers thuiszorg, huisartsen
- 6-'99 Verzending vragenlijsten nameting huisartsen, wijkverpleegkundigen, instellingen
- 5-'00 Extra interview over huidige stand van zaken met manager verpleegkundige praktijken

2.3 Analyses

Voor het analyseren van de verzamelde gegevens is in de eerste plaats gekozen voor beschrijvende statistiek. Vanwege de geringe aantallen respondenten zijn de resultaten van de vragenlijsten aan wijkverpleegkundigen, huisartsen en instellingen gepresenteerd in frequentietabellen en zijn de verschillen/overeenkomsten tussen de voor- en nameting beschreven. De interviews met de wijkverpleegkundigen, vertegenwoordigers van de thuiszorgorganisatie en met de huisartsen vormen een verdieping van veel van de onderwerpen die in de vragenlijsten aan de orde komen.

Ook de resultaten van de patiëntenvragenlijsten zijn weergegeven in frequentietabellen, maar daarnaast is het door de continue registratie van patiëntgegevens mogelijk om ontwikkelingen in de tijd te bekijken. Gedurende anderhalf jaar zijn er gegevens geregistreerd van patiënten die nieuw in zorg kwamen van de wijkverpleegkundigen. Aan deze binnengekomen patiënten is vervolgens een vragenlijst gestuurd. De patiënten zijn geordend naar datum van opname in de registratie. De gegevens van de patiënten zijn daarna verdeeld in vijf periodes. Verschillende gegevens zijn nu met behulp van grafieken in de tijd weergegeven. Daarnaast is het mogelijk om met de onafhankelijke variabele 'periode' (waarde 1 t/m 5) regressie-analyses te doen om al dan niet significante veranderingen in de tijd aan te tonen. Op de items in de patiënt-enquêtes die betrekking hadden op kwaliteit (kenmerken van de wijkverpleegkundigen) en continuïteit (stellingen) van zorg zijn eerst factoranalyses en schaalanalyses uitgevoerd om subdimensies binnen deze schalen te kunnen onderscheiden (zie bijlagen). De somscores van de diverse schalen (kwaliteit van zorg, continuïteit van de wijkverpleegkundige zorg, organisatorische continuïteit van de thuiszorg) zijn daarna weer afgezet tegen de variabele 'periode'.

3 DE INVOERING VAN DE VERPLEEGKUNDIGE PRAKTIJKEN: VERLOOP EN BELEMMERENDE/BEVORDERENDE FACTOREN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar het verloop van de invoering van de verpleegkundige praktijken. Vragen die hierbij aan de orde komen, zijn bijvoorbeeld wat de grootste veranderingen zijn voor de betrokkenen, wat de ervaringen zijn geweest met de invoering van de verpleegkundige praktijken en wat voor invloed het werken vanuit de verpleegkundige praktijken heeft op de samenwerking. Dit hoofdstuk beschrijft dus de procesevaluatie, waarvoor gebruik gemaakt wordt van de resultaten van de interviews die met huisartsen, wijkverpleegkundigen en vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land zijn gehouden.

In dit hoofdstuk wordt een bijdrage geleverd aan het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag, namelijk:

- Hoe verloopt de implementatie van het project en welke belemmerende en bevorderende factoren (condities) zijn daarop van invloed?

Daarnaast wordt uit de interviews met wijkverpleegkundigen en coördinatoren nog informatie verkregen voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag, namelijk:

- wordt er gewerkt aan deskundigheidsbevordering van de wijkverpleegkundigen?
- wordt er een verbetering aangebracht in de relaties en netwerken?
- zijn er zorgprogramma's opgesteld?
- is er bijzondere zorg ontwikkeld?
- is er door wijkverpleegkundigen een zelfstandige praktijkvoering ontwikkeld?
- is er extra menskracht ingezet voor de begeleiding van chronisch zieken?
- is er door de wijkverpleegkundigen een zelfstandige praktijkvoering ontwikkeld?

In paragraaf 3.2 wordt beschreven welke methoden er gevolgd zijn. In paragraaf 3.3 wordt ingegaan op de derde onderzoeksvraag, waarin de resultaten van de interviews met wijkverpleegkundigen, vertegenwoordigers van de thuiszorg en huisartsen worden gebruikt. Paragraaf 3.4 gaat in op de tweede onderzoeksvraag, waarin kortgezegd wordt onderzocht of de geplande middelen ook werkelijk worden ingezet. Paragraaf 3.5 gaat kort in op de huidige stand van zaken wat betreft de verpleegkundige praktijken. In paragraaf 3.6 volgt dan de conclusie.

3.2 Methode

De interviews zijn gehouden van maart 1999 tot en met juni 1999, ruim een jaar na de officiële start van de verpleegkundige praktijken. Alle wijkverpleegkundigen die op dat moment werkzaam waren in de dagdienst van de verpleegkundige praktijken zijn geïnterviewd (15x). In aanvulling hierop zijn de twee managers van de verpleegkundige praktijken geïnterviewd. Daarnaast is in het werkgebied van elke verpleegkundige praktijk één huisarts geïnterviewd als vertegenwoordiger van de andere huisartsen in dat gebied (6x). De interviews vormen een aanvulling op de schriftelijke vragenlijsten die zijn afgenomen bij huisartsen en wijkverpleegkundigen.

De interviews zijn afgenomen op de manier die in de 'werkinstructie mondelinge interviews met sleutelfiguren' uit het kwaliteitshandboek van het Nivel staat beschreven. Dit houdt in dat er tijdens de interviews aantekeningen zijn gemaakt, die daarna ter autorisatie aan de geïnterviewden zijn toegezonden.

Tot slot is er in mei 2000 bij de afronding van het project nog een gesprek gehouden met de huidige manager van alle verpleegkundige praktijken over de huidige stand van zaken. In paragraaf 3.5 wordt hier kort op ingegaan.

3.3 Implementatie van het project 'verpleegkundige praktijken' en belemmerende/bevorderende factoren

Veranderingen in het werk en de contacten sinds de verpleegkundige praktijken: vertegenwoordigers van de thuiszorg

De vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land zijn in het voorjaar van 1999 positief over hoe het werk in de verpleegkundige praktijken verloopt. Wel is duidelijk geworden dat de tijd die nodig was om de organisatie verandering door te voeren vooraf onderschat is. De meest duidelijke verandering is ook de omschakeling naar 24-uurs zorg geweest. Die is achter de rug en daarmee komt er tijd vrij om aan projecten te gaan werken. De communicatie en het overleg zijn sterk verbeterd, wat ook zijn weerslag heeft op de zorg aan de patiënt.

Veranderingen in het werk en de contacten sinds de verpleegkundige praktijken: wijkverpleegkundigen

De wijkverpleegkundigen vinden dat er veel veranderd is door de opzet van de verpleegkundige praktijken. Over het algemeen vindt men in het voorjaar dat het werk nu goed loopt of begint te lopen. De aanloop periode, waarin de 24-uurs zorg voor elke praktijk moest worden vormgegeven, heeft meer tijd gekost dan men verwachtte. Nu de organisatie en vorming van de verpleegkundige praktijken achter de rug is, kan men zich meer gaan richten op de doelen van de verpleegkundige praktijken, namelijk een duidelijker profilering van de wijkverpleging en een betere kwaliteit van zorg.

Er zijn twee duidelijke veranderingen genoemd. Ten eerste de scheiding tussen de wijkverpleging en de ziekenverzorging (80% van de wijkverpleegkundigen noemde dit). Voorheen werkten deze twee groepen samen aan dezelfde patiënten, maar nu werken er in de verpleegkundige praktijken alleen nog maar wijkverpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau (kwalificatieniveau 4 of 5). De indicaties voor zorg van de wijkverpleegkundige of ziekenverzorgende zijn nu gescheiden. Tijdens de zorgverlening kunnen patiënten worden overgedragen. Patiënten van de wijkverpleging gaan bijvoorbeeld over naar het zorgteam als hun situatie stabiel is en er geen psycho-sociale begeleiding meer nodig is. Er worden door de wijkverpleegkundigen wel problemen genoemd in verband met deze scheiding. Voorbeelden hiervan zijn dat er nu maar weinig overleg is, omdat men elkaar niet meer geregeld tegenkomt bij patiënten. Daarnaast constateren sommigen een concurrentie-achtige sfeer om de patiënt. Men vertrouwt elkaars werk niet goed en probeert patiënten binnen te houden.

De tweede duidelijke verandering die eveneens door 80% van de wijkverpleegkundigen is genoemd betreft de organisatie van de 24-uurs zorg binnen elke verpleegkundige praktijk. Dit betekent dat de dag-, avond- en weekend zorg geheel binnen de formatie van de verpleegkundige praktijk moet worden opgelost. Er kan geen personeel meer 'geleend' worden van andere praktijken of geregeld worden door het hoofdbureau in Steenwijk. Opmerkingen die nog bij dit punt gemaakt werden, zijn dat deze verandering betekent dat de communicatie lijnen veel korter zijn geworden, maar ook dat men hard moet werken om al het werk gedaan te krijgen. Twee duidelijke veranderingen die nog door eenderde van de wijkverpleegkundigen zijn genoemd, zijn het feit dat er nu veel van de wijkverpleegkundigen wordt gevraagd, bijvoorbeeld op het gebied van de organisatie van de verpleegkundige praktijk (roosteren, opzetten van projecten). Daarnaast werd genoemd het werken op alleen nog maar het eerste deskundigheidsniveau.

Een meerderheid van de wijkverpleegkundigen (75%) vindt dat het werk nu beter verloopt dan vóór de organisatie van de verpleegkundige praktijken. Met name worden hierbij genoemd een betere communicatie en snellere signalering van problemen, meer tijd voor echt verpleegkundige

taken en een betere continuïteit in de zorg. De overige 25% denkt dat het niet zoveel veranderd is of kunnen op dit moment (voorjaar 1999) nog niet zeggen of ze veranderingen constateren. De vraag of de patiënt al iets gemerkt heeft van de opzet van de verpleegkundige praktijken is op zeer verschillende wijze beantwoord. Zes wijkverpleegkundigen denken dat de patiënt minder verschillende wijkverpleegkundigen te zien krijgt. Twee anderen denken juist dat de patiënt veel meer gezichten ziet. Enkele wijkverpleegkundigen menen dat patiënten snel naar het zorgteam worden overgedragen, terwijl anderen vinden dat de continuïteit vooral verbeterd is en de patiënt beter weet waar hij/zij aan toe is. Eenderde van de geïnterviewden is van mening dat patiënten nog weinig van de veranderingen gemerkt hebben.

Veranderingen in het werk en de contacten sinds de verpleegkundige praktijken: huisartsen

De helft van de huisartsen vindt in het voorjaar van 1999 over het algemeen wel dat het werken met de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken goed loopt. Er worden echter ook punten genoemd die niet zo positief zijn. Zo wordt genoemd dat de bereikbaarheid van de wijkverpleegkundigen is verslechterd, het overleg minder structureel plaatsvindt en de samenwerking in het algemeen minder goed verloopt.

Als duidelijke veranderingen worden vier punten genoemd. Ten eerste de scheiding tussen de ziekenverzorging en wijkverpleging, waarmee samenhangt dat de huisartsen vaker door ziekenverzoekers om advies worden gevraagd nu (2x genoemd). Ten tweede noemen twee huisartsen de sterke wisseling van personen bij de wijkverpleging. Echter eveneens twee huisartsen denken dat er nu juist iets minder verschillende wijkverpleegkundigen zijn. Tot slot is gezegd dat de aanmeldingsprocedure van patiënten nu veel omslachtiger is, omdat aanmeldingen officieel via het RIO gedaan moeten worden.

Het werken met de wijkverpleegkundigen in de praktijk loopt volgens vier huisartsen even goed als in de tijd vóór de verpleegkundige praktijken. Eén huisarts vindt het werk slechter verlopen, omdat er weinig continuïteit meer zit in het overleg met de wijkverpleegkundigen. Een andere huisarts zegt precies het tegenovergestelde: het werk verloopt beter, omdat er regelmatig overleg is.

Ook wat betreft de veranderingen voor de patiënt verschillen de huisartsen van mening. De helft van de huisartsen denkt dat het aantal wijkverpleegkundigen die de patiënten te zien krijgen is gestegen en dat dit de continuïteit van zorg niet ten goede komt. Een andere huisarts vindt juist dat het aantal verschillende wijkverpleegkundigen is gedaald. Twee huisartsen zijn van mening dat patiënten waarschijnlijk maar weinig merken van de veranderingen in de wijkverpleegkundige zorg.

Ervaringen met de implementatie van het project 'verpleegkundige praktijken':

vertegenwoordigers van de thuiszorg

Met de organisatie van de verpleegkundige praktijken was volgens de vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land meer tijd gemoeid dan verwacht. Het vormen van de 24-uurs teams, het opstarten van projecten en het begeleiden van de praktijkcoördinatoren heeft zeker een jaar geduurd, maar gelukkig waren de wijkverpleegkundigen goed gemotiveerd. De contacten met de verwijzers zijn nog niet optimaal. Men verwacht dat de contacten vanzelf beter worden als er meer is samengewerkt en men elkaar beter kent. Patiënten merken niet zoveel van de veranderingen in de organisatie van de wijkverpleegkundige zorg, maar af en toe worden wel positieve signalen opgevangen over bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en de herkenbaarheid van de wijkverpleging. De werkdruk is wel verhoogd, omdat alle zorg nu volledig binnen het team geregeld moet worden, ook tijdens vakantie of in geval van ziekte van wijkverpleegkundigen. Nieuwe taken worden er alleen in projecten uitgevoerd, nog niet structureel. Effecten van de organisatie veranderingen zijn er wel, maar vooral in de zin dat er nu meer (intensieve) zorg door de wijkverpleegkundigen mogelijk is of dat er nu een betere overdracht van de patiënten plaatsvindt. Deze effecten liggen dus meer in de sfeer van de randvoorwaarden. Van deze effecten profiteren de patiënten direct.

*Ervaringen met de implementatie van het project 'verpleegkundige praktijken':
wijkverpleegkundigen*

Over de begeleiding bij de omschakeling naar de verpleegkundige praktijken zijn veel wijkverpleegkundigen zelf niet echt tevreden. Elf wijkverpleegkundigen (73%) vonden de begeleiding ontoereikend en stroef verlopen. Drie verpleegkundigen hebben gezegd dat de praktijkcoördinatoren (in elke praktijk één) wel goed zijn meegenomen in het veranderingsproces.

Meer dan de helft van de wijkverpleegkundigen geeft aan dat de contacten met verwijzers goed zijn. Verwijzers vinden het prettig dat ze een 'eigen' wijkverpleegkundige kunnen aanspreken, de wijkverpleegkundigen zijn beter te bereiken nu en door het doen van projecten worden de contacten veel steviger. Drie wijkverpleegkundigen hebben reacties van verwijzers gekregen in de trant van: 'alweer een verandering bij de thuiszorg?'

Op de vraag wat de reacties van patiënten zijn op de veranderingen worden verschillende antwoorden gegeven. Ruim de helft van de wijkverpleegkundigen heeft weinig gemerkt van reacties van patiënten. Drie wijkverpleegkundigen merken dat patiënten de grote hoeveelheid verschillende wijkverpleegkundigen die zij te zien krijgen niet prettig vinden; drie andere wijkverpleegkundigen hebben juist begrepen dat patiënten tevreden zijn over het *lagere* aantal verschillende wijkverpleegkundigen. Vijf wijkverpleegkundigen tenslotte hebben van patiënten gehoord dat zij er moeite mee hebben als ze naar het zorgteam worden overgedragen zodra hun zorgsituatie veranderd.

Bijna alle wijkverpleegkundigen zijn het erover eens dat de werkdruk is gestegen. De redenen hiervoor die genoemd worden, zijn dat er veel nieuwe taken (organisatorisch-administratief) in de verpleegkundige praktijken zijn bijgekomen (10x), dat er intensievere zorg gegeven wordt (2x) en dat de zorg binnen een klein team geregeld moet worden (2x).

Voorbeelden van nieuwe taken die de wijkverpleegkundigen uitvoeren, zijn taken op het gebied van medisch technische handelingen, taken binnen de organisatie van de verpleegkundige praktijken, een diabetesspreekuur en het bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten.

Eenderde van de wijkverpleegkundigen denkt in het voorjaar van 1999 niet dat er al gesproken kan worden van opgetreden effecten van de veranderingen in de verpleegkundige zorg. Ook eenderde denkt dat de kwaliteit en continuïteit van zorg is verbeterd, omdat er meer overleg plaatsvindt met andere hulpverleners, er meer gewerkt wordt met zorgmappen en er minder verschillende wijkverpleegkundigen bij patiënten over de vloer komen. Daarnaast vindt eenderde van de wijkverpleegkundigen dat een effect van de veranderingen is dat de wijkverpleegkundigen veel zelfstandiger werken, beter geschoold zijn en in een kwalitatief beter team werken.

Ervaringen met de implementatie van het project 'verpleegkundige praktijken': huisartsen

Vijf huisartsen geven aan dat zij tijdens een bezoek of vergadering zijn ingelicht over de plannen van de thuiszorg organisatie met de wijkverpleegkundige zorg. Op zich vinden zij dat ze hiermee voldoende zijn ingelicht. Eén huisarts zegt schriftelijk te zijn ingelicht, maar vindt dit zeer summier.

De helft van de huisartsen zegt dat zij niet of minimaal bij de plannen zijn betrokken, echter één van deze huisartsen had daar ook geen behoefte aan. Twee huisartsen geven aan dat er inspraak mogelijk was op de plannen, maar geen actieve betrokkenheid.

Alle huisartsen zeggen dat de contacten met de wijkverpleegkundigen op de werkvloer goed zijn. Een aantal kanttekeningen hebben sommigen wel gemaakt. Zo zijn de contacten minder structureel (1x genoemd) en hangt het erg van de persoon af of de contacten soepel verlopen (1x). De helft van de huisartsen merkt praktisch niets van reacties van patiënten op de verpleegkundige praktijken. De andere helft is van mening dat de patiënten het moeilijk hebben met het grote aantal verschillende wijkverpleegkundigen die ze te zien krijgen.

Eenderde van de huisartsen denkt niet dat de werkdruk positief of negatief is veranderd sinds de invoering van de verpleegkundige praktijken. De andere vier vinden echter dat de werkdruk is verhoogd. Dit heeft te maken met een aantal zaken. Zo wordt de huisarts vaker om advies gevraagd door ziekenverzorgenden. Er is ook meer overleg nodig met de wijkverpleging (afstemming) en de huisartsen hebben meer tijd nodig voor regeltaken in verband met intensieve thuiszorg.

Twee huisartsen hebben geen specifieke wensen voor de toekomst met betrekking tot de relatie met de wijkverpleging. De andere huisartsen hebben wel wensen kenbaar gemaakt, zoals het intensiveren van het contact met de wijkverpleegkundigen, het laten doen van meer preventieve taken door de wijkverpleegkundigen, het bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten door de wijkverpleegkundigen en het laten overnemen van taken op het gebied van diabetes en hypertensie.

Desgevraagd zeggen vijf van de zes huisartsen een voorkeur te hebben voor een praktijkverpleegkundige die zij zelf kunnen aannemen. De reden die hiervoor gegeven wordt, is dat in die situatie in de gaten te houden is of het persoonlijk contact met een kandidaat voor zo'n functie goed verloopt (er wordt niet zomaar iemand gestuurd vanuit een andere organisatie) en dat de huisartsen meer invloed hebben op de taken die een praktijkverpleegkundige moet gaan uitvoeren. Twee huisartsen hebben gezegd dat het niet zoveel uitmaakt bij wie een praktijkverpleegkundige in dienst is. Waar het volgens hen om gaat is dat een praktijkverpleegkundige op vaste tijden in de huisartsenpraktijk kan werken en of er goede taakafspraken te maken zijn.

Belemmerende en bevorderende factoren bij de omschakeling naar de verpleegkundige praktijken: vertegenwoordigers thuiszorg

Aan de vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land zijn vragen gesteld over belemmerende en bevorderende factoren. Volgens hen is de verpleegkundige bezetting vooral in uren uitgebreid. De complexe, acute zorg kan men aan. Alhoewel elke praktijk een duidelijk werkgebied heeft, zijn er specialisten die voor meerdere praktijken kunnen worden ingezet. Wel is het zo dat de specialistische taken die erg vaak voorkomen in principe door elke wijkverpleegkundige gedaan moeten kunnen worden. Een verwijssysteem is er nog niet opgezet en ook zijn verwijzers en patiënten niet voldoende actief benaderd over de veranderingen. De financiering van de praktijken gebeurt in principe nog uit de bestaande middelen. Voor projecten zijn verschillende financieringsmogelijkheden gevonden, zoals via de awb of via het budget van het ziekenhuis. Een eenduidige financiering bestaat nog niet. Een jaarwerkplan waarin staat welke projecten er gedaan gaan worden en hoeveel uur zorg er geleverd zal worden aan hoeveel patiënten is er nog niet, maar dat komt er wel. Er is geen nieuwe registratie opgezet.

Belemmerende en bevorderende factoren bij de omschakeling naar de verpleegkundige praktijken: wijkverpleegkundigen

Volgens vijf verpleegkundigen is de verpleegkundige bezetting verhoogd door extra personen (1x) of meer uren (4x). Acute, complexe hulpvragen kan men in elke verpleegkundige praktijk aan, soms met moeite (5x).

Wat de taakverdeling binnen/tussen de praktijken betreft is het zo dat volgens de helft van de wijkverpleegkundigen consultatie van verpleegkundigen in andere praktijken altijd mogelijk is. Daarnaast werd gemeld dat medisch technische taken altijd eerst naar het vit team lid gaan, waarna de anderen worden bijgeschoold (8x genoemd). De vit team leden werken sowieso in een bereikbaarheidsdienst voor het hele gebied.

Er is geen officieel verwijssysteem tussen de verpleegkundige praktijk, de huisarts en het ziekenhuis volgens bijna driekwart van de wijkverpleegkundigen. Men hoort overdrachtsformulieren te schrijven en patiënten aan te melden via het RIO, maar dit gebeurt niet altijd zo. In het ziekenhuis in Emmeloord is wel een transferverpleegkundige die de verwijzingen regelt, maar met de huisartsen is inderdaad geen officieel verwijssysteem via de RIO.

Over het algemeen is gebleken dat potentiële cliënten (patiënten) niet actief over de veranderingen zijn benaderd (10x genoemd) al is het zo dat volgens twee wijkverpleegkundigen dat momenteel wel gebeurt. Huisartsen zijn wel actief benaderd en ingelicht over de veranderingen (9x genoemd).

3.4 Inzet geplande middelen

Deskundigheidsbevordering wijkverpleegkundigen

Volgens de vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land bestaat de basisdeskundigheid van de wijkverpleegkundigen uit alle activiteiten die een wijkverpleegkundige van niveau 5 moet kunnen uitvoeren. De specialismen die daarnaast bestaan, zijn met name cara, wondverzorging, medisch technisch handelen. Het is de bedoeling dat alle taken die frequent voorkomen, ook de medisch technische handelingen, gaan behoren tot de basisdeskundigheid.

In elke verpleegkundige praktijk is een lid van het vit-team aanwezig (verpleegkundig instructie team). Deze wijkverpleegkundigen zijn specialisten op het gebied van de medisch technische handelingen. Zes wijkverpleegkundigen (uit twee praktijken) noemen daarnaast een CARA deskundige in hun praktijk. Door enkele wijkverpleegkundigen zijn verder nog een aantal specialismen genoemd, zoals ervaringsdeskundigen diabetes, incontinentie, oncologie, specialisten in de psycho-sociale begeleiding van oncologie patiënten, in zwachtelen of in geriatrische problemen.

Van veel van de - vooral medisch technische - taken die de vit-team leden uitvoeren, is het de bedoeling dat deze ook kunnen worden overgenomen door de andere wijkverpleegkundigen. Dit werd door vijf wijkverpleegkundigen in het interview gezegd. Vier wijkverpleegkundigen gaven aan dat de specifieke kennis van bijvoorbeeld de cara-deskundigen meestal niet wordt overgedragen aan alle andere wijkverpleegkundigen.

De praktijkcoördinatoren zijn bijgeschoold via een speciale werkconferentie. Elke praktijkcoördinator was positief over deze werkconferentie, die tot doel had het toerusten van de zes verpleegkundige praktijkcoördinatoren voor hun taken bij het opzetten en zelfstandig functioneren van de verpleegkundige praktijken. De conferentie had met name een motiverende werking en stimuleerde tot het ontwikkelen van een visie.

Op de vraag of er behoefte is aan bijscholing werden verschillende antwoorden gegeven. De overgrote meerderheid van de wijkverpleegkundigen (86%) vindt verdere bijscholing nuttig, maar wel op verschillende gebieden. Er is bijvoorbeeld behoefte aan scholing in het omgaan met en benaderen van externe contacten en hulpverleners (4x). Daarnaast zijn er scholingswensen met betrekking tot het werken in de verpleegkundige praktijk (leidinggeven, roosteren, budgetteren, 3x) en met betrekking tot praktische vaardigheden (oncologie, diabetes, CARA, 6x). Tenslotte gaven drie wijkverpleegkundigen aan dat ze geen specifieke wensen hebben, maar het wel belangrijk vinden dat alle leden van het team regelmatig bijscholing krijgen.

Verbeteren van relaties en netwerken

De vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land zijn van mening dat de beste manier van verbeteren van relaties is het samenwerken in projecten, zodat verwijzers kunnen zien wat de wijkverpleegkundigen waard zijn. Er zijn verschillende afspraken gemaakt over het starten van projecten, bijvoorbeeld de projecten 'verpleeg(t)huiszorg' en de installatie van een diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis. Een verwijssysteem is er nog niet.

Opstellen van zorgprogramma's

Zorgprogramma's moeten worden opgesteld om duidelijk te maken wat de problematiek van een patiëntengroep inhoudt, wat het gewenste te bereiken resultaat is bij deze patiënten en hoe men dit doel kan bereiken. Volgens de vertegenwoordigers van de thuiszorg is er een begin gemaakt met twee zorgprogramma's: één bij het project van de diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis en één voor het doen van huisbezoeken aan ontslagen ziekenhuis patiënten.

Alle wijkverpleegkundigen hebben gezegd dat er nog geen zorgprogramma's zijn opgesteld. Twee wijkverpleegkundigen zeiden dat er wel een aanzet gemaakt is met het maken van zorgprogramma's. De helft van de wijkverpleegkundigen gaf aan dat er wel wordt gewerkt met een zorgmap.

Ook hierin worden diagnoses, doelen, afspraken en werkwijzen genoteerd, echter alleen gericht op de individuele patiënt en niet op een patiëntencategorie.

Ontwikkelen van bijzondere zorg

Bijzondere zorg is een onderdeel van de verpleegkundige zorgverlening waarvoor extra aandacht nodig is. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om zorg die voorheen door de huisarts werd gegeven of zorg waar de huisarts juist niet aan toe kwam. Bijzondere zorg kan bestaan uit consulten, speciale spreekuren, voorlichtingsactiviteiten et cetera. Bijzondere zorg is volgens de vertegenwoordigers van de thuiszorg nog niet ontwikkeld. Met het project van de diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis (spreekuren) wordt wel een begin gemaakt met bijzondere zorg. Hoe meer de wijkverpleegkundigen taken voor de huisarts hebben kunnen doen, des te meer vertrouwen krijgen de huisartsen in hun werk en des te meer taken zullen zij naar de wijkverpleegkundige verwijzen.

Bijzondere zorg is tot op heden ook volgens de wijkverpleegkundigen nog niet veel ontwikkeld. De meerderheid van de wijkverpleegkundigen zegt dat er nog geen bijzondere zorg is ontwikkeld (10x), omdat de huisartsen hierin niet meewerken (4x) of omdat het dagelijks werk in de verpleegkundige praktijk nog veel tijd kost (2x). Een aantal wijkverpleegkundigen heeft wel voorbeelden genoemd van bijzondere zorg, zoals een diabetesprekeuur dat binnenkort start, voorlichtingsactiviteiten aan patiënten, het overnemen van een aantal medisch technische handelingen van de huisarts.

Zelfstandige praktijkvoering, extra menskracht

Als de wijkverpleegkundigen een meer zelfstandige praktijkvoering gaan ontwikkelen, betekent dit dat er huisbezoeken worden afgelegd, spreekuren worden gehouden met betrekking tot bepaalde aandoeningen en dat de wijkverpleegkundige de zorg van verschillende disciplines rond de patiënt coördineert. Een zelfstandige praktijkvoering is volgens de vertegenwoordigers van de thuiszorg nog in ontwikkeling. De zorgcoördinatie van de verpleegkundige zorg ligt over het algemeen wel in handen van de wijkverpleegkundigen en huisbezoeken worden inmiddels afgelegd aan ontslagen ziekenhuispatiënten. Hieruit kan later meer zorg aan chronisch zieken uit voortvloeien.

De vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land denken dat de meeste taken bestaan uit kortdurende curatieve zorg en terminale zorg. Een verschuiving in de richting van chronisch ziekenzorg is er nog te weinig. Er is nog geen extra menskracht ingezet voor de chronisch ziekenzorg, maar de praktijken zijn er wat betreft de formatie wel op voorbereid.

In totaal zeven wijkverpleegkundigen zeiden dat er af en toe huisbezoeken worden afgelegd, meestal in het kader van een project. Spreekuren worden er over het algemeen nog niet gehouden in de verpleegkundige praktijken, behalve in één praktijk waar binnenkort een diabetesprekeuur moet starten in samenwerking met het ziekenhuis. Praktisch alle wijkverpleegkundigen (13x) vinden dat de coördinatie van de zorg rond de patiënt in hun handen ligt.

Op de vraag waaruit het grootste deel van de taken van de wijkverpleegkundigen bestaat worden door de wijkverpleegkundigen zelf drie verschillende antwoorden gegeven. Zeven wijkverpleegkundigen dachten dat het grootste deel van hun taken bestaat uit kortdurende curatieve zorg. Drie van hen gaven daarnaast aan dat ook terminale zorg een groot deel van hun taken beslaat (in totaal 8x genoemd), en twee zeiden hetzelfde over de zorg aan chronisch zieken (in totaal 7x genoemd, 2x in combinatie met terminale zorg).

Ruim de helft van de wijkverpleegkundigen denkt dat de groep chronisch zieken niet veel groter zal worden, omdat chronisch zieken snel naar het zorgteam worden overgedragen (9x). 60% van de wijkverpleegkundigen echter denkt dat de groep chronisch zieken wel groter zal worden om diverse redenen, bijvoorbeeld omdat mensen langer thuis blijven wonen, eerder uit het ziekenhuis komen, langer leven en intensievere zorg thuis krijgen.

Volgens de helft van de wijkverpleegkundigen zal er geen extra menskracht worden ingezet voor een eventuele stijging in het aantal chronisch zieken. Drie wijkverpleegkundigen denken dat eventuele extra zorg aan chronisch zieken zal worden opgevangen met extra invallers.

3.5 Huidige stand van zaken in de verpleegkundige praktijken

In deze paragraaf wordt kort en puntsgewijs een toelichting gegeven op de huidige stand van zaken in de verpleegkundige praktijken.

- Het diabetes-project loopt goed en wordt na de zomer uitgebreid naar de hele Noord-oostpolder en Urk. Ook de huisartsen uit Noordwest Overijssel willen de diabetische zorg verder ontwikkelen met behulp van de verpleegkundige praktijken.
- De relatie met de huisartsen op Urk is sterk verbeterd. Dit blijkt onder andere uit de intentie om een nieuwe huisartsenpraktijk met meerdere huisartsen in één gebouw te combineren met de verpleegkundige praktijk. De samenwerking kan dan worden uitgebreid met diabetes en ulcus cruris projecten.
- In Noordwest Overijssel is een project waarin voortaan de supra pubes catheters door de wijkverpleegkundigen worden verwisseld eens in de 6 weken in plaats van op de polikliniek of door de huisarts (thuis of in verzorgingshuis). Een probleem dat (niet alleen hier) speelt is dat er voor de hulp van de wijkverpleegkundige een RIO indicatie nodig is en er een eigen bijdrage betaald moet worden.
- De huisartsen voelen niet veel voor structureel overleg, maar overleggen liever op de werkvloer. Ze zijn blij met de kennis en kunde van de wijkverpleegkundigen, met name op het gebied van medisch technische handelingen. De goodwill die hiermee gekweekt wordt is een basis voor verdere samenwerking.
- Ziekenverzorgenden waren aanvankelijk niet blij met de veranderingen vanwege de verschroming van hun takenpakket. Nu worden er ook kansen aan hen geboden. Zij kunnen nu onder andere net als vit-team leden praktijkinstructeur in hun zorgteam worden naar de andere verzorgenden toe. Verder wordt iedereen bijgeschoold tot niveau 3 en worden er aan de ziekenverzorgenden meer scholingsmogelijkheden geboden om door te studeren voor wijkverpleegkundige.

3.6 Conclusie

Aan de hand van de onderzoeksvragen worden de resultaten van de interviews in deze paragraaf nogmaals op een rij gezet. Tevens worden de resultaten van de interviews van de huisartsen vergeleken met die van de wijkverpleegkundigen.

Hoe verloopt de implementatie van het project en welke belemmerende en bevorderende factoren (condities) zijn daarop van invloed?

De implementatie van het project waarbij de wijkverpleegkundigen als zelfstandige eenheden zijn gaan werken in verpleegkundige praktijken heeft heel wat voeten in de aarde gehad. De huisartsen, waarmee volgens het projectplan veel meer samenwerking moet ontstaan, zijn wel ingelicht over de plannen, maar de betrokkenheid was gering. Van inspraak was geen sprake, want de structuur was eigenlijk al klaar toen ze gepresenteerd werden. Volgens de huisartsen verloopt het werk en de contacten met de wijkverpleegkundigen nu goed, maar er is wel veel veranderd in de samenwerking. De veranderingen hebben vooral plaatsgevonden op het gebied van de verhouding tussen de wijkverpleegkundige en de ziekenverzorgende, de aanmelding van nieuwe patiënten, de wisselingen van wijkverpleegkundigen en de werkdruk die vanwege veel

overleg niet minder geworden is. Van een structurele overname van taken van de huisarts door de wijkverpleegkundige is nog geen sprake. Ad hoc worden er volgens de huisartsen wel taken overgenomen en de huisartsen kunnen ook wel wat taken verzinnen die de wijkverpleegkundigen in de toekomst zouden kunnen gaan doen.

Ook voor de wijkverpleegkundigen geldt dat er veel veranderd is. Ook zij vinden dat het werk goed verloopt, met name door betere communicatie en overleg, maar de veranderingen die zijn opgetreden zijn ingrijpend: de scheiding van de wijkverpleging en ziekenverzorging, de 24-uurs zorg, de nieuwe verwachtingen die de thuiszorgorganisatie van de wijkverpleegkundigen heeft. Daarnaast is het veranderingsproces niet altijd soepel verlopen. De begeleiding was volgens de wijkverpleegkundigen ontoereikend en stroef, de contacten met verwijzers waren niet altijd goed, de werkdruk is gestegen. Daarentegen vindt er nu wel veel beter overleg plaats, met name binnen de 24-uurs zorgteams, en is de overdracht beter geregeld.

Aan de condities die belangrijk zijn voor het welslagen van het project is gedeeltelijk voldaan. De verpleegkundige bezetting is in aantal uren uitgebreid, de planning van het werk binnen de teams verloopt goed en acute, complexe hulpvragen kan men aan, er is een taakverdeling tussen/binnen de verpleegkundige praktijken gemaakt waarbij men ook gebruik kan maken van elkaars deskundigheid. Condities waar nog niet aan voldaan wordt liggen niet zozeer op inhoudelijk als wel op administratief/beleidsmatig gebied. Zo is er nog geen eenduidige financiering voor het werk dat in de verpleegkundige praktijken gedaan wordt en er is nog geen jaarwerkplan of nieuwe registratie van gegevens. Tevens wordt er nog weinig aan een actieve benadering van verwijzers en met name potentiële cliënten gedaan.

In hoeverre worden de geplande middelen ook werkelijk ingezet?

- wordt er gewerkt aan deskundigheidsbevordering van de wijkverpleegkundigen?

Een deskundig aanbod van zorgverlening wordt op peil gehouden/gestimuleerd door het hoogste verpleegkundige niveau als basisdeskundigheid te eisen. Daarnaast wordt van elke wijkverpleegkundige verwacht dat zij zich taken die als specialisatie worden gezien, maar die vaak voorkomen eigen maakt, met behulp van scholing (meestal intern).

- wordt er een verbetering aangebracht in de relaties en netwerken?

Een verbetering van de relaties en netwerken moet volgens de wijkverpleegkundigen bereikt worden door het kweken van meer vertrouwen in het werk van de wijkverpleegkundigen en de verpleegkundige praktijken. Hoe meer projecten er dus plaatsvinden waarin de wijkverpleegkundigen kunnen laten zien wat ze waard zijn, des te meer vertrouwen verwijzers krijgen en des te meer de wijkverpleegkundigen als samenwerkingspartner worden gezien.

- worden er zorgprogramma's opgesteld?

Met het opstellen van zorgprogramma's, waarin staat wat de inhoud van bepaalde zorgpakketten moet zijn, wordt een begin gemaakt. Het kost veel extra tijd om zorgprogramma's te maken en die was er tot voor kort nog niet, vanwege de tijd die de organisatie van de verpleegkundige praktijken kostte.

- wordt er bijzondere zorg ontwikkeld?

Bijzondere zorg bestaat uit taken die tot het gebied van de huisarts gerekend worden, maar die voorheen geen speciale aandacht kregen, bijvoorbeeld preventieve taken ten behoeve van chronisch zieken. Het ontwikkelen van bijzondere zorg kost echter, evenals de zorgprogramma's, veel extra tijd en die was er tot nu toe nog niet. Er zijn wel wat initiatieven gestart op het gebied van de bijzondere zorg, zoals een diabetessprekbeurt in het ziekenhuis.

- wordt er extra menskracht ingezet voor de begeleiding van chronisch zieken?

De wijkverpleegkundigen zijn het er niet over eens of de groep chronisch zieke patiënten groter zal worden. Enerzijds worden chronisch zieken sneller overgedragen aan het team ziekenverzoorders, waardoor hun aantal niet toeneemt. Anderzijds blijven mensen langer thuis wonen en komen ze eerder uit het ziekenhuis naar huis waar ze steeds intensievere zorg kunnen

krijgen, waardoor hun aantal wel toeneemt. Extra menskracht voor chronisch ziekenzorg is er nu nog niet, maar is wel mogelijk in de toekomst.

- wordt er een zelfstandige praktijkvoering door wijkverpleegkundigen ontwikkeld?

Een zelfstandige praktijkvoering is nog in ontwikkeling. De coördinatie van zorg ligt wel in handen van de wijkverpleegkundigen en ook leggen zij regelmatig huisbezoeken af, maar spreekuren worden nog weinig gedaan.

Concluderend kan gezegd worden dat zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen het erover eens zijn dat het werken in de verpleegkundige praktijken goed verloopt, maar dat er nog niet veel veranderd is in de zin van een andere invulling van het werk van de wijkverpleegkundigen in relatie tot huisartsen en andere verwijzers. De organisatie van het werk in de teams in de verpleegkundige praktijken heeft meer tijd gekost dan gepland en dit is ten koste gegaan van het ontwikkelen van nieuwe taken en het opbouwen van samenwerkingsrelaties. De wijkverpleegkundigen zijn in de ogen van de huisartsen nog steeds 'wijkzusters' en geen 'praktijkverpleegkundigen'. Door consequent te laten zien dat de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken een meerwaarde hebben ten opzichte van de wijkverpleegkundigen in de oude werksituatie zou dit beeld langzamerhand kunnen veranderen.

In de huidige praktijk blijkt dit ook al wel, want de huisartsen hebben de laatste tijd steeds meer interesse getoond in een verdere samenwerking met de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken.

4 PROFILERING, SAMENWERKING EN TAAKVERSCHUIVING

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de samenwerking tussen de wijkverpleegkundigen en de huisartsen en instellingen. Hierbij komt ook aan bod de (gewenste) taakverschuiving van de wijkverpleegkundigen richting de huisartsen. Deze twee onderwerpen hebben betrekking op de procesevaluatie van het project 'verpleegkundige praktijken'. In dit hoofdstuk komt ook een deel van de effectevaluatie aan de orde, namelijk de profilering van de verpleging naar verwijzers (huisartsen, ziekenhuizen, verpleeg-/verzorgingshuizen) toe.

Gebruik gemaakt wordt van de resultaten van twee schriftelijke metingen onder huisartsen, wijkverpleegkundigen en instellingen. Per respondentengroep wordt met name gekeken naar verschillen tussen de voor- en nameting. In de bijlagen worden van alle vragen uit de vragenlijsten de resultaten besproken. In paragraaf 4.4 wordt ingegaan op de verschillen in de antwoorden op vragen die zowel aan de huisartsen als aan de wijkverpleegkundigen zijn gesteld. Ter illustratie worden op enkele plaatsen gegevens gepresenteerd uit de interviews met huisartsen.

In dit hoofdstuk worden de volgende deelvragen uit onderzoeksvraag 1 en 2 behandeld:

- is de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en verwijzers verbeterd?
- leidt het opzetten van de verpleegkundige praktijken tot een betere profilering van de verpleging?

4.2 Methode

Zoals in hoofdstuk 2 al werd aangegeven, zijn huisartsen, wijkverpleegkundigen en instellingen twee keer geënquêteerd (juni 1998 en juni 1999). Per keer werden vragenlijsten verstuurd aan alle 50 huisartsen in de regio, alle 16 wijkverpleegkundigen in de dagdienst en 18 ziekenhuizen, verzorgings- en verpleeghuizen in de regio (zie ook de bijlagen).

Huisartsen

In totaal hebben 17 huisartsen de vragenlijst van zowel de voor- als de nameting ingevuld teruggestuurd (34% van het totaal aantal huisartsen (50x)). In de vergelijkingstabellen tussen de voor- en de nameting wordt uitgegaan van deze 17 respondenten. Bij vragen die alleen in de voor- of de nameting gesteld zijn, wordt uitgegaan van het totaal aantal respondenten van die meting (totaal 29 in de voormeting en 20 in de nameting).

Instellingen

Alle instellingen waar de wijkverpleging in het dagelijks werk regelmatig mee te maken krijgt, dat wil zeggen ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen, en die in het werkgebied van de wijkverpleging liggen, hebben in de voor- en nameting een vragenlijst ontvangen (18x). In totaal hebben in de voormeting 11 instellingen de lijst ingevuld en in de nameting 10. Zeven instellingen hebben zowel in de voormeting als in de nameting de lijst ingevuld en teruggestuurd. Het is niet goed mogelijk gebleken om van de antwoorden van deze zeven een vergelijking te maken tussen de voor- en nameting, omdat het aantal respondenten zeer beperkt is en er ook nog vaak vragen niet ingevuld zijn. Daarom is er voor gekozen om de antwoorden op de vragen apart te beschrijven en op die manier de voor- en de nameting met elkaar te vergelijken.

Wijkverpleegkundigen

Van de wijkverpleegkundigen zijn er 13 die zowel in de voor- als in de nameting de vragenlijst hebben ingevuld en teruggestuurd (81% van het totaal aantal aangeschreven wijkverpleegkundigen (16x)). In een aantal tabellen wordt uitgegaan van deze 13 respondenten. In de andere

gevallen wordt de vergelijking tussen de voor- en nameting gemaakt met het totaal aantal respondenten uit die meting (respectievelijk 16 in de voormeting en 13 in de nameting).

4.3 Samenwerking wijkverpleegkundigen en verwijzers

Huisartsen

Het gemiddeld aantal wijkverpleegkundigen waar de huisarts op de werkvloer mee te maken heeft, is tussen de eerste en de tweede meting gedaald van 3,7 (maximaal 10) naar 2,9 (maximaal 6). Bij de opzet van de verpleegkundige praktijken was het ook de bedoeling dat de huisarts voortaan met een vaste, kleinere, groep wijkverpleegkundigen te maken zou hebben.

In tabel 4.1 staat vermeld hoeveel huisartsen van mening zijn dat de situatie wat betreft de bekendheid van de wijkverpleegkundigen en de samenwerking met de wijkverpleegkundigen veranderd is dan wel gelijk is gebleven.

Uit de tabel blijkt dat de huisartsen het in een aantal gevallen grotendeels met elkaar eens zijn. De mate waarin ze een beroep doen op de wijkverpleegkundige, de tevredenheid met de overlegfrequentie en het karakter van de samenwerking is voor de meeste huisartsen bijvoorbeeld niet erg veranderd. De bekendheid met de verpleegkundige praktijken en de inhoud van de samenwerking met de wijkverpleegkundigen is voor sommige huisartsen echter verbeterd, maar voor anderen juist verslechterd of gelijk gebleven.

Tabel 4.1 Verschillen tussen de voor- en nameting van de vragenlijst aan huisartsen. Vindt de huisarts de situatie verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven? (n=17)

	verbeterd	gelijk	verslechterd
bekendheid met de verpleegkundige praktijken	5	7	5
beroep op de wijkverpleegkundige	0	11	5
tevredenheid overlegfrequentie	3	13	1
karakter samenwerking	3	10	4
inhoud samenwerking	3	5	9

Tabel 4.2 geeft aan welke factoren die van invloed zijn op de samenwerking met de wijkverpleegkundigen in de samenwerking aanwezig zijn en of die belangrijk worden gevonden (volgens de huisartsen) voor de samenwerking. Hieruit blijkt dat de factoren die door een lager percentage van de huisartsen belangrijk worden gevonden ook volgens een lager percentage van de huisartsen volledig in de samenwerking aanwezig zijn. Echter de factoren bereikbaarheid en onderling vertrouwen worden door (bijna) alle huisartsen belangrijk gevonden, maar zijn niet volgens alle huisartsen aanwezig in de samenwerking.

Tabel 4.2 Importantie en aanwezigheid van factoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige, percentage van totaal aantal respondenten voormeting (n=29)

	volledig aanwezig	gedeeltelijk aanwezig	niet aanwezig	belangrijk	niet ingevuld
onderling respect	62,1	27,6	.	96,5	13,8
gelijkwaardigheid	31,0	51,7	3,4	58,6	24,1
bereidheid tot samenwerken	82,8	17,2	.	96,5	3,4
gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid	55,2	37,9	.	89,7	13,8
openheid	65,5	34,5	.	89,7	10,3
onderling vertrouwen	51,7	44,8	.	96,5	6,9
inzicht in elkaars werkwijze	17,2	65,5	13,8	65,5	.
informatiebereidheid	72,4	27,6	.	82,8	6,9
concurrentie of competitie	6,9	13,8	75,9	20,7	20,7
bereikbaarheid	31,0	62,1	3,4	100,0	3,4

Instellingen

Maar twee instellingen hebben ingevuld met hoeveel wijkverpleegkundigen zij vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken te maken hadden. Vier instellingen gaven aan dat hier na 1 januari 1998 (start van de verpleegkundige praktijken) ook geen verandering in is gekomen, één instelling dacht dit wel en de overige instellingen hebben de vraag niet ingevuld. In de nameting werd ook gevraagd met hoeveel wijkverpleegkundigen de instellingen in de praktijk te maken hebben. Hierop gaven zes instellingen een antwoord: zij hebben gemiddeld contact met twee wijkverpleegkundigen.

Bijna alle instellingen hadden vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken overleg met de wijkverpleging op ad hoc basis. Slechts één instelling gaf aan structureel 1x per maand overleg te voeren. Iets minder dan de helft van de instellingen had vóór de verpleegkundige praktijken wel behoefte aan wat meer overleg. Vlak na de introductie hiervan kon men nog niet zeggen dat er iets in de overlegsituatie was veranderd. Voor acht instellingen was de overlegstructuur wel in overeenstemming met hun verwachtingen. In de nameting hebben vijf instellingen aangegeven ad hoc overleg te hebben met de wijkverpleging. Drie instellingen hebben inmiddels structureel overleg met een frequentie van 1x per week. Meer dan de helft van de instellingen is tevreden met deze overlegfrequenties.

In de voormeting spraken vier instellingen de verwachting uit dat zij meer zouden gaan samenwerken met de thuiszorg/wijkverpleging nu zij werken vanuit verpleegkundige praktijken. Deze samenwerking zou bijvoorbeeld bestaan op het gebied van de terminale zorg, onderlinge deskundigheidsbevordering of pijnbestrijding. Ten tijde van de voormeting stelde de Regionale Thuiszorg zich niet echt actiever op naar de instellingen ondanks de doelstellingen van de verpleegkundige praktijken. Ook ten tijde van de nameting kunnen de instellingen nog niet zeggen dat zij de relatie met de thuiszorg verbeterd vinden. Ook vinden zij niet dat er ook echt meer samenwerking ontstaan is met de thuiszorg ondanks hun verwachting dat dit wel zou gebeuren.

Wijkverpleegkundigen

Het aantal huisartsen waar de wijkverpleegkundigen mee te maken hebben was vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken gemiddeld 7,5. Een jaar na de start van de verpleegkundige praktijken ligt dit gemiddelde op 6,9, alhoewel tweederde van de wijkverpleegkundigen ten tijde van de voormeting geen verandering verwachtte in het aantal huisartsen waarmee ze contact hebben.

In tabel 4.3 staat weer vermeld in hoeverre de wijkverpleegkundigen van mening zijn dat de situatie op het gebied van de samenwerking met de huisartsen is veranderd. Wat betreft de frequentie en de inhoud van de samenwerking zijn de meeste wijkverpleegkundigen niet posi-

tiever geworden. De inhoud van de samenwerking is volgens de meerderheid zelfs verslechterd; een ontwikkeling die we ook al bij de huisartsen zagen (tabel 4.1). Het karakter van de samenwerking is hoogstens gelijk gebleven, maar ook niet verbeterd.

Tabel 4.3 Verschillen tussen de voor- en nameting van de vragenlijst aan wijkverpleegkundigen. Vindt de wijkverpleegkundige de situatie verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven?

	verbeterd	gelijk	verslechterd
tevredenheid overlegfrequentie	3	4	5
karakter samenwerking	1	8	4
inhoud samenwerking	3	2	7

In tabel 4.4 staan de factoren genoemd die van invloed zijn op de samenwerking met de huisartsen. Hieruit blijkt dat de factoren die (bijna) alle wijkverpleegkundigen belangrijk vinden in de samenwerking ook meestal wel aanwezig zijn, echter een meerderheid van de wijkverpleegkundigen vindt dat die factoren maar gedeeltelijk aanwezig zijn. De huisartsen waren hier iets positiever over.

Tabel 4.4 Importantie en aanwezigheid van factoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige, percentage van totaal aantal respondenten voormeting (n=16)

	volledig aanwezig	gedeeltelijk aanwezig	niet aanwezig	belangrijk	niet ingevuld
onderling respect	43,8	43,8	.	100,0	12,5
gelijkwaardigheid	6,3	68,8	12,5	62,5	18,8
bereidheid tot samenwerken	31,3	50,0	6,3	100,0	12,5
gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid	25,0	43,8	12,5	93,8	18,8
openheid	18,8	68,8	.	81,3	12,5
onderling vertrouwen	25,0	62,5	.	100,0	12,5
inzicht in elkaars werkwijze	6,3	68,8	12,5	81,3	12,5
informatiebereidheid	37,5	43,8	6,3	93,8	12,5
concurrentie of competitie	.	43,8	43,8	12,5	25,0
bereikbaarheid	18,8	68,8	6,3	100,0	6,3

4.4 Taakverschuiving

In de voormeting hebben 22 huisartsen aangegeven dat zij wel behoefte zouden hebben aan ondersteuning door een wijkverpleegkundige op het eerste deskundigheidsniveau. Van deze 22 zeggen 10 huisartsen dat ze nu ook daadwerkelijk het gevoel hebben dat de wijkverpleegkundige een ondersteunende rol speelt bij hun werk. In tabel 4.5 staat het totaal aantal huisartsen dat in de voormeting aangaf ondersteuning te wensen op verschillende gebieden en daarnaast het aantal huisartsen dat in de nameting aangaf ook daadwerkelijk steun te krijgen op die gebieden.

Uit deze tabel blijkt dat voor een aantal taken geldt dat de huisartsen ze vaker overlaten aan de wijkverpleegkundigen dan dat zij vooraf hadden gedacht (bijvoorbeeld medisch technische handelingen, opstellen zorgplannen). Maar voor andere taken geldt dat de huisartsen juist minder vaak ondersteuning van de wijkverpleegkundigen krijgen dan verwacht (bijvoorbeeld begeleiding bij opname, voorlichting aan patiënten).

Tabel 4.5 Aantal huisartsen dat ondersteuning door de wijkverpleegkundige wenst (voormeting n=29) dan wel ervaart (nameting n=20) op verschillende gebieden

	voormeting	nameting
begeleiding en controles chronisch zieken	16 (55,2%)	10 (50,0%)
verrichten medisch technische handelingen	17 (58,6%)	14 (70,0%)
geven van voedingsadviezen	9 (31,0%)	4 (20,0%)
begeleiding bij ziekenhuis/verzorgingshuis/verpleeghuis opname	10 (34,5%)	3 (15,0%)
psychosociale ondersteuning	11 (37,9%)	6 (30,0%)
preventie	11 (37,9%)	2 (10,0%)
voorlichting	15 (51,7%)	5 (25,0%)
opstellen van zorgplannen in overleg met andere hulpverleners/instaties	9 (31,0%)	8 (40,0%)

Op basis van interviews die gehouden zijn met wijkverpleegkundigen en huisartsen is een lijst opgesteld met taken die zowel de wijkverpleegkundigen als de huisartsen zouden kunnen uitvoeren (zie hoofdstuk 3). Vervolgens is in de nameting aan huisartsen en wijkverpleegkundigen de vraag gesteld wie volgens hen deze taken uitvoerde vóór de start van de verpleegkundige praktijken en wie daarna. Tabel 4.6 geeft dit weer.

Uit de tabel blijkt dat er wat een aantal taken betreft wel verschuivingen zijn opgetreden van de huisarts richting de wijkverpleegkundige. Dit betreft de taken 'het optreden als zorgcoördinator', 'het geven van voorlichting over ziekte of zorg', 'het begeleiden van chronisch zieken', en 'het afleggen van huisbezoeken aan terminalen of chronisch zieken'. In de meeste gevallen is het zo dat de huisarts bepaalde taken die hij eerst tot zijn werkgebied rekende nu samen met de wijkverpleegkundigen doet. Verder blijkt hieruit dat de huisarts met name op het gebied van chronisch ziekenzorg bereid is meer met de wijkverpleegkundige samen te werken.

Tabel 4.6 Taken van huisarts en wijkverpleegkundige, vóór en na de start van de verpleegkundige praktijken

	vóór de verplgk.praktijken				na de verplgk.praktijken			
	wv	ha van beide	geen de	bei	wv	ha van beide	geen de	bei
bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten	.	16	1	1	.	16	.	2
optreden als zorgcoördinator	3	10	1	4	6	6	1	4
geven van voorlichting over de ziekte of over de zorg	2	10	.	6	2	8	.	9
geven van instructie (bv over carainhalatietechnieken)	2	11	1	3	2	10	3	3
begeleiden van chronisch zieken	.	14	.	4	.	11	1	7
afleggen van huisbezoeken aan terminalen/chronisch zieken (voorlichting, begeleiding)	.	11	.	7	.	8	.	11
doen van speciale spreekuren voor controle en preventie	1	14	2	.	.	15	3	.
doen van medisch technische handelingen	9	1	.	8	11	1	.	7

In de interviews die met de huisartsen zijn gehouden, gaf maar één huisarts aan dat de wijkverpleegkundigen regelmatig taken overnemen. Voorbeelden van deze taken zijn zwachtelen en het geven van klysma's. Andere huisartsen hebben aangegeven dat de wijkverpleegkundige af en toe wel taken overneemt, zoals het geven van vitamine/eprex injecties of de behandeling van

decubitus. In een nog lagere frequentie worden door wijkverpleegkundigen weleens saneringsbezoeken afgelegd, maagsondes ingebracht of patiënten ingesteld op insuline. Van een structureel overnemen van taken is dus eigenlijk (nog) geen sprake.

Door drie huisartsen zijn in de interviews taken genoemd waaraan zijzelf niet toekomen en die de wijkverpleegkundigen nu doen. Deze taken zijn het zwachtelen van oedemateuze benen, taken op het gebied van thuiszorg technologie en taken met betrekking tot lichamelijke problemen waarbij sociale aspecten een rol spelen (elk 1x genoemd).

In de vragenlijst onder huisartsen is in de voor- en in de nameting een aantal stellingen gepresenteerd die te maken hebben met de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken. Hierbij was het de bedoeling dat werd aangegeven of men het met deze stellingen eens, min of meer eens of oneens was. Vergelijken we de antwoorden van de voor- en nameting dan blijken de huisartsen nog niet echt positief te zijn over de invloed van de wijkverpleegkundige op de zorg ruim een jaar na de start van de verpleegkundige praktijken. In veel gevallen hebben de huisartsen in de voormeting nog hun verwachting uitgesproken dat er door de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken het een en ander positief zou veranderen, bijvoorbeeld dat de huisarts zich meer met kerntaken kan bezighouden door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundigen. Nu de verpleegkundige praktijken inmiddels van start zijn gegaan, komen de huisartsen hier toch van terug en zijn ze het over het algemeen oneens met de stellingen. Tabel 4.7 geeft de stellingen weer met daarbij het aantal huisartsen dat het in de voor- en nameting eens, min of meer eens of oneens met deze stellingen zijn. De stellingen in de tabel zijn geformuleerd zoals ze in de nameting zijn gepresenteerd. In de voormeting werd er meer een verwachting mee uitgedrukt.

Tabel 4.7 Stellingen met betrekking tot de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken

	mee eens		min of meer eens		niet mee eens	
	voor	na	voor	na	voor	na
De komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken betekent voor de huisarts een taakverlichting	3	2	15	5	11	12
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kan de huisarts zich meer met de kerntaken, zijnde diagnose en therapie, bezighouden	7	4	14	3	5	12
Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken is de samenwerking in de eerste lijn verbeterd	5	1	12	3	8	15
Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verloopt de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter	4	4	14	5	5	10
Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken worden bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen	7	2	10	4	8	9
Er zijn geen veranderingen in mijn werkzaamheden opgetreden vanwege de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken	8	13	10	2	7	3
De kwaliteit van zorg voor de patiënten is verbeterd	3	4	17	5	4	7
De wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verricht met name taken die nu blijven liggen	4	.	12	3	9	16
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken worden NHG-standaarden beter uitgevoerd	4	.	12	3	9	16
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken zijn de werkzaamheden van de praktijkassistent veranderd	4	.	8	11	1	16

Instellingen

Zowel in de voor- als de nameting is aan de instellingen de vraag voorgelegd wie de regie zou moeten hebben over alle zorg die een patiënt ontvangt. Hier zijn zeer verschillende antwoorden op gegeven. In de voormeting vond de helft van de instellingen dat de thuiszorg danwel de wijkverpleegkundigen de regie over de patiënt zou moeten voeren. Geen enkele instelling noemde hier de huisarts als regisseur van zorg. In de nameting werd twee keer de wijkverpleegkundige genoemd, eenmaal de huisarts en driemaal dat dit erg afhankelijk is van de patiënt of de situatie. Alle instellingen waren het wel eens met de stelling dat de wijkverpleging een rol speelt bij het zo vroeg mogelijk in zorg krijgen van chronisch zieke patiënten.

Tabel 4.8 geeft tenslotte de uitkomsten van enkele stellingen die aan de instellingen gepresenteerd zijn. De stellingen in de tabel zijn geformuleerd zoals ze in de nameting zijn gepresenteerd. In de voormeting werd er meer een verwachting mee uitgedrukt.

Tabel 4.8 Stellingen met betrekking tot de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken

	mee eens		min of meer mee eens		niet mee eens	
	voor	na	voor	na	voor	na
Door de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken is de samenwerking in de eerste lijn verbeterd	7	2	2	2	.	2
Door de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken verloopt de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter	7	2	2	3	.	.
Door de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken worden bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen	5	2	4	1	.	1
Er zijn geen veranderingen in onze werkzaamheden opgetreden vanwege de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken	1	3	6	.	2	2
De kwaliteit van zorg voor de patiënten is verbeterd	7	.	2	2	.	.
De wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken verricht met name taken die nu blijven liggen	3	.	6	1	.	2
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken verminderd de verkeerde-bed problematiek in ziekenhuizen	3	1	5	2	1	2
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken blijven patiënten langer in de thuissituatie	6	4	3	1	.	1
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken vindt er meer dagverpleging plaats	5	1	4	.	.	3

Uit de tabel blijkt dat in de nameting veel minder instellingen het eens zijn met de stellingen dan in de voormeting en meer instellingen het oneens met de stellingen zijn, ondanks dat er in de nameting minder respondenten zijn. Vóór de komst van de verpleegkundige praktijken waren

de verwachtingen van de effecten van de organisatie verandering blijktbaar hoger dan in de praktijk is uitgekomen. Dit lijkt vooral op te gaan voor de stellingen 'samenwerking eerste lijn verbeterd', 'kwaliteit van zorg verbeterd' en 'meer dagverpleging'.

Wijkverpleegkundigen

Bekijken we de groep wijkverpleegkundigen die én de voor- én de nameting heeft ingevuld dan blijkt dat er een aantal wijkverpleegkundigen zijn die in de voormeting aangaven dat er wel een behoefte bestaat bij de huisartsen aan ondersteuning door een wijkverpleegkundige maar in de nameting kwamen zij hier van terug. In tabel 4.9 staat het aantal wijkverpleegkundigen dat in de voormeting aangaf ondersteuning te kunnen geven aan de huisartsen op verschillende gebieden en daarnaast het aantal wijkverpleegkundigen dat in de nameting aangaf ook daadwerkelijk steun te geven op die gebieden.

Uit deze tabel blijkt dat voor de meeste taken geldt dat veel meer wijkverpleegkundigen aanvankelijk dachten een rol te kunnen spelen, terwijl dit in de praktijk volgens veel minder wijkverpleegkundigen zo blijkt te zijn (begeleiding chronisch zieken, medisch technische handelingen, begeleiding bij opname, psychosociale ondersteuning, preventie, voorlichting aan patiënten en opstellen van zorgplannen).

Tabel 4.9 Aantal wijkverpleegkundigen dat ondersteuning denkt te kunnen geven aan de huisartsen (voormeting n=16) danwel daadwerkelijk geeft (nameting n=13) op verschillende gebieden

	voormeting	nameting
begeleiding en controles chronisch zieken	10 (62,5%)	3 (23,1%)
verrichten medisch technische handelingen	12 (75,0%)	5 (38,5%)
geven van voedingsadviezen	3 (18,8%)	3 (23,1%)
begeleiding bij ziekenhuis/verzorgingshuis/verpleeghuis opname	8 (50,0%)	1 (7,7%)
psychosociale ondersteuning	11 (68,8%)	5 (38,5%)
preventie	13 (81,3%)	3 (23,1%)
voorlichting	11 (68,8%)	4 (30,8%)
opstellen van zorgplannen in overleg met andere hulpverleners/instanties	10 (62,5%)	4 (30,8%)

Ook aan de wijkverpleegkundigen is op basis van de interviews in de nameting een lijst voorgesteld met taken die zowel de wijkverpleegkundige als de huisarts zouden kunnen doen. Uit tabel 4.10 blijkt dat er volgens de wijkverpleegkundigen wel een aantal verschuivingen hebben plaatsgevonden in het takenpakket van wijkverpleegkundige en huisarts. Enkel in twee gevallen denken de wijkverpleegkundigen dat zij nu geen grotere rol spelen dan vóór de start van de verpleegkundige praktijken ('het geven van instructie' en 'het doen van speciale spreekuren'). Wat betreft de andere taken is het zo dat de wijkverpleegkundigen zichzelf nu vaker bepaalde taken toedichten dan in de situatie van vóór de verpleegkundige praktijken en dat de meeste van deze taken ook in plaats van de huisarts worden gedaan. Voorbeelden hiervan zijn 'het bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten', 'het geven van voorlichting' en 'het begeleiden van chronisch zieke patiënten'. Wat betreft 'het afleggen van huisbezoeken' zijn de wijkverpleegkundigen van mening dat deze taak eerst vooral door de huisarts werd gedaan en nu meer door beiden.

Tabel 4.10 Taken van wijkverpleegkundige en huisarts, vóór en na de start van de verpleegkundige praktijken

	vóór de verplgk.praktijken				na de verplgk.praktijken			
	wv	ha van de beide	geen de	bei	wv	ha van de beide	geen de	bei
bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten	.	8	2	.	2	6	1	.
optreden als zorgcoördinator	8	.	3	1	10	.	2	1
geven van voorlichting over de ziekte of over de zorg	2	4	.	3	3	2	.	5
geven van instructie (bv over cara-inhalatietechnieken)	7	2	1	2	7	2	1	2
begeleiden van chronisch zieken afleggen van huisbezoeken aan terminalen/chronisch zieken (voorlichting, begeleiding)	2	4	3	2	3	2	3	3
doen van speciale spreekuren voor controle en preventie	1	5	1	6	1	2	1	9
doen van medisch technische handelingen	.	6	5	2	.	6	6	.
	6	1	.	6	9	.	.	4

Net als aan de huisartsen is ook aan de wijkverpleegkundigen in de voor- en de nameting een aantal stellingen gepresenteerd over de komst van de verpleegkundige praktijken. In de voor- meting zijn deze stellingen meer als een verwachting geformuleerd dan in de nameting. De tabel laat zien dat de wijkverpleegkundigen eigenlijk heel wisselend hebben geantwoord op de stellingen. Over een aantal stellingen is de mening van de wijkverpleegkundigen vóór en na de start van de verpleegkundige praktijken niet erg veranderd, bijvoorbeeld 'door de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken worden bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen' (mee eens/min of meer mee eens), 'sinds de invoering van de verpleegkundige praktijken werk ik meer in de huisartsenpraktijk dan in de wijk bij patiënten thuis' (niet mee eens) of 'de functie van de wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk betekent een opwaardering van het werk van de wijkverpleegkundige' (mee eens). Er zijn echter ook stellingen waar meer wijkverpleegkundigen het nu mee eens zijn, bijvoorbeeld 'er zijn geen veranderingen in mijn werkzaamheden opgetreden vanwege de invoering van de verpleegkundige praktijken' of 'de kwaliteit van zorg voor de patiënten is verbeterd'. Tenslotte zijn er ook stellingen waar de wijkverpleegkundigen het nu juist minder mee eens zijn, zoals 'de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verricht met name taken die nu blijven liggen' of 'door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken leveren huisartsen kwalitatief betere zorg (meer volgens richtlijnen)'.

Tabel 4.11 Stellingen met betrekking tot de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken

	mee eens		min of meer eens		niet mee eens	
	voor	na	voor	na	voor	na
De komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken betekent voor de huisarts een taakverlichting	7	4	8	7	1	2
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kan de huisarts zich meer met de kerntaken, zijnde diagnose en therapie, bezighouden	8	8	8	4	.	1
Door de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken is de samenwerking in de eerste lijn verbeterd	13	6	1	5	1	2
Door de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken verloopt de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter	6	5	4	6	6	2
Door de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken worden bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen	12	7	3	4	1	2
Er zijn geen veranderingen in mijn werkzaamheden opgetreden vanwege de invoering van de verpleegkundige praktijken	.	2	3	1	12	10
De kwaliteit van zorg voor de patiënten is verbeterd	10	9	5	4	1	.
De wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verricht met name taken die nu blijven liggen	4	1	10	6	2	3
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken leveren huisartsen kwalitatief betere zorg (meer volgens richtlijnen)	7	1	7	7	1	3
Sinds de invoering van de verpleegkundige praktijken werk ik meer in de huisartsenpraktijk dan in de wijk bij patiënten thuis	.	.	1	.	13	13
In de functie van wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk werk ik meer op het eerste deskundigheidsniveau	10	11	5	2	1	.
De functie van wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk betekent een opwaardering van het werk van de wijkverpleegkundige	14	11	2	2	.	.
Door de functie van de wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk verloopt de coördinatie van zorg beter	10	8	5	4	1	1

4.5 Profilering van de verpleging

Huisartsen

De meeste huisartsen zijn op de hoogte van de veranderingen in de organisatie bij de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land en weten wel min of meer voor welk type zorg ze bij de verpleegkundige praktijken terecht kunnen.

Een meerderheid van de huisartsen is door een wijkverpleegkundige en/of door de thuiszorg organisatie op de hoogte gebracht. Bijna alle huisartsen weten nu hoe ze de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijk kunnen inschakelen.

Tweederde van de huisartsen dacht in de eerste meting niet dat ze eerder een beroep op de wijkverpleegkundige zouden gaan doen vanwege de introductie van de verpleegkundige praktijken. De huisartsen die ook de tweede vragenlijst terugstuurden, geven inderdaad aan dat zij niet sneller patiënten zijn gaan doorverwijzen naar de wijkverpleegkundigen.

Alle huisartsen hebben vertrouwen in de zorg die de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken leveren.

Instellingen

Ruim de helft van de instellingen vindt het in de nieuwe situatie met de verpleegkundige praktijken wel duidelijk waar men terecht kan voor overleg met de wijkverpleging en vindt ook dat dit gemakkelijk gaat.

4.6 Vergelijking antwoorden huisartsen en wijkverpleegkundigen

In deze paragraaf worden de antwoorden op de vragen die in dezelfde vorm aan zowel de huisartsen als aan de wijkverpleegkundigen zijn gesteld in één tabel samengebracht en vergeleken. Tabel 4.12 gaat over de vraag of men vindt dat er teveel, te weinig, danwel voldoende overleg plaatsvindt. Hieruit blijkt dat de wijkverpleegkundigen in de voormeting veel vaker het gevoel hadden dat er te weinig overleg was dan de huisartsen, maar dat de meerderheid van zowel wijkverpleegkundigen als huisartsen de overlegfrequentie voldoende vonden. In de nameting was dit gek genoeg omgekeerd: de wijkverpleegkundigen hadden nu juist vaker het idee dat er teveel overleg was.

Tabel 4.12 Tevredenheid met huidige overlegfrequentie, huisartsen (n=17) en wijkverpleegkundigen (n=13), percentages

	totaal voormeting		totaal nameting	
	huisarts	wijkverplg.	huisarts	wijkverplg.
teveel	11,8	0	0	38,5
te weinig	11,8	38,5	11,8	0
voldoende	76,5	53,8	88,2	53,8

In tabel 4.13 wordt ingegaan op de vraag hoe men vindt dat de samenwerking verloopt. Hierover zijn de wijkverpleegkundigen en huisartsen het meer eens. Zowel in de voor- als in de nameting vindt ongeveer de helft van de wijkverpleegkundigen en de huisartsen dat de samenwerking soepel verloopt. De andere helft is van mening dat de samenwerking redelijk soepel verloopt.

Tabel 4.13 Karakter van de samenwerking huisartsen/wijkverpleging, n=17 huisartsen (n=13 wijkverpleegkundigen), percentages

	totaal voormeting		totaal nameting	
	huisarts	wijkvplg.	huisarts	wijkvplg.
soepel	41,2	53,8	41,2	38,5
redelijk	47,1	46,2	47,1	46,2
stroef	5,9	0	0	7,7
nooit	5,9	0	11,8	7,7
minder	0	0	0	0

Tabel 4.14 geeft weer hoe de samenwerking inhoudelijk wordt beoordeeld. In de nameting hebben naar verhouding veel meer wijkverpleegkundigen geantwoord dat de wijkverpleegkundige en de huisarts elkaar vooraf consulteren en overleg plegen, waarbij ieder zijn eigen verantwoordelijkheid houdt. In de voormeting waren wijkverpleegkundigen en huisartsen het meer eens, behalve dat de huisartsen vaker hebben geantwoord dat de samenwerking bestaat uit het puur informeren van elkaar (voor- danwel achteraf).

Tabel 4.14 Inhoud van de samenwerking, n=17 huisartsen (n=13 wijkverpleegkundigen), percentages

	totaal voormeting		totaal nameting	
	huisarts	wijkvplg.	huisarts	wijkvplg.
0	23,5	23,1	35,3	30,8
1	64,7	38,5	58,8	30,8
2	41,2	7,7	35,3	30,8
3	29,4	30,8	47,1	7,7
4	23,5	23,1	0	46,2
5	29,4	30,8	35,3	7,7
0 = huisarts en wijkverpleegk.	informeren elkaar niet of zelden over een gezamenlijke patiënt			
1 = "	informeren elkaar achteraf wat ze bij een patiënt gedaan hebben			
2 = "	informeren elkaar vooraf wat ze bij een patiënt gaan doen			
3 = "	informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van beschikbare informatie			
4 = "	informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten; de verantwoordelijkheid ligt bij ieder individueel			
5 = "	informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid			

Tabel 4.15 geeft aan wat de wijkverpleegkundigen en huisartsen belangrijk in de samenwerking vinden. Hierover bestaan weinig verschillen van mening. De wijkverpleegkundigen vonden openheid en concurrentie iets minder belangrijk dan de huisartsen. De huisartsen vonden inzicht in elkaars werkwijze minder belangrijk.

Tabel 4.15 Importantie van factoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige, n=29 huisartsen (n=16 wijkverpleegkundigen), percentages

	belangrijk	minder belangrijk
onderling respect	96,6 (100,0)	.
gelijkwaardigheid	58,6 (62,5)	31,0 (31,3)
bereidheid tot samenwerken	96,6 (100,0)	.
gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid	89,7 (93,8)	(6,3)
openheid	89,7 (81,3)	(18,8)
onderling vertrouwen	96,6 (100,0)	.
inzicht in elkaars werkwijze	65,5 (81,3)	31,0 (18,8)
informatiebereidheid	82,8 (93,8)	10,3 (6,3)
concurrentie of competitie	20,7 (12,5)	62,1 (75,0)
bereikbaarheid	100 (100)	.

In tabel 4.16 staat in hoeverre de wijkverpleegkundigen en de huisartsen vinden dat de eerder genoemde factoren ook in de samenwerking aanwezig zijn. Hieruit blijkt dat de wijkverpleegkundigen relatief minder vaak van mening zijn dat de factoren volledig in de samenwerking aanwezig zijn dan de huisartsen. Zij vinden vaker dat factoren gedeeltelijk aanwezig zijn. Over factoren die niet in de samenwerking aanwezig zijn, is men het meestal eens. Meer huisartsen denken echter dat concurrentie niet aanwezig is in de samenwerking. Gelijkwaardigheid en gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid komen de wijkverpleegkundigen weer minder vaak tegen.

Tabel 4.16 Aanwezigheid van factoren die van invloed zijn op de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige, n=29 huisartsen (n=16 wijkverpleegkundigen), percentages

	volledig aanwezig		gedeelt. aanwezig		niet aanwezig	belangrijk	
onderling respect	62,1	(43,8)	27,6	(43,8)	.	96,6	(100)
gelijkwaardigheid	31,0	(6,3)	51,7	(68,8)	3,4	(12,5)	58,6 (62,5)
bereidheid tot samenwerken	82,8	(31,3)	17,2	(50,0)	.	(6,3)	96,6 (100)
gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid	55,2	(25,0)	37,9	(43,8)	.	(12,5)	89,7 (93,8)
openheid	65,5	(18,8)	34,5	(68,8)	.	(.)	89,7 (81,3)
onderling vertrouwen	51,7	(25,0)	44,8	(62,5)	.	(.)	96,6 (100)
inzicht in elkaars werkwijze	17,2	(6,3)	65,5	(68,8)	13,8	(12,5)	65,5 (81,3)
informatiebereidheid	72,4	(37,5)	27,6	(43,8)	.	(6,3)	82,8 (93,8)
concurrentie of competitie	6,9	(.)	13,8	(43,8)	75,9	(43,8)	20,7 (12,5)
bereikbaarheid	31,0	(18,8)	62,1	(68,8)	3,4	(6,3)	100 (100)

Tabel 4.17 geeft aan enerzijds op welke gebieden de wijkverpleegkundigen verwachten dat de huisartsen hun hulp kunnen gebruiken en anderzijds op welke gebieden de huisartsen zelf zeggen dat zij hulp van de wijkverpleegkundigen wensen. Hier komen een aantal verschillen naar voren. De wijkverpleegkundigen denken met name een rol te kunnen spelen op het gebied van medisch technische handelingen, psychosociale ondersteuning, voorlichting en het opstellen van zorgplannen. De huisartsen zelf hebben wat betreft deze laatste drie taken veel minder de neiging om hulp van de wijkverpleegkundigen in te roepen. Andersom zouden juist meer huisartsen dan wijkverpleegkundigen hulp willen bij de begeleiding van patiënten bij opname in een instelling.

Tabel 4.17 Behoeftte aan ondersteuning door de wijkverpleegkundige bij de huisarts bij verschillende taken, n=17 huisartsen (n=13 wijkverpleegkundigen), percentages

begeleiding en controles chronisch zieken	23,5	(23,1)
verrichten medisch technische handelingen	41,2	(38,5)
geven van voedingsadviezen	11,8	(7,7)
begeleiding bij ziekenhuis/verzorgingshuis/verpleeghuis opname	11,8	(0)
psychosociale ondersteuning	17,6	(38,5)
preventie	11,8	(23,1)
voorlichting	11,8	(30,8)
opstellen van zorgplannen in overleg met andere hulpverleners/instaties	17,6	(30,8)

In tabel 4.18 zijn de taakopvattingen van huisartsen en wijkverpleegkundigen naast elkaar gezet. In de tabel staat wie volgens de meeste huisartsen en volgens de meeste wijkverpleegkundigen een bepaalde taak op zich zou moeten nemen. Het betreft de opvattingen zoals men die in de nameting had.

Er blijken geen grote meningsverschillen te bestaan over wie een bepaalde taak moet uitvoeren. Zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen eigenen zich enkele taken toe. De huisartsen vinden bijvoorbeeld dat het optreden als zorgcoördinator een gedeelde verantwoordelijkheid is, terwijl de wijkverpleegkundigen dat meer als hun taak zien. De huisartsen zien liever dat zijzelf instructies aan patiënten geven, maar de wijkverpleegkundigen rekenen die taak ook tot hun gebied.

Tabel 4.18 Opvattingen over taken van huisarts en wijkverpleegkundige na de start van de verpleegkundige praktijken

	volgens huisarts taak van:	volgens wijkvplgk taak van:
bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten	ha	ha
optreden als zorgcoördinator	wv/ha	wv
geven van voorlichting over de ziekte of over de zorg	ha/ beiden	beiden
geven van instructie (bv over cara-inhalatietechnieken)	ha	wv
begeleiden van chronisch zieken	ha	ieder
afleggen van huisbezoeken aan terminalen/chronisch zieken (voorlichting, begeleiding)	beiden	beiden
doen van speciale spreekuren voor controle en preventie	ha	ha/geen van beiden
doen van medisch technische handelingen	wv	wv

Tot slot zijn in tabel 4.19 de antwoorden op de stellingen over de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken van huisartsen en wijkverpleegkundigen naast elkaar gezet. De stellingen verwoorden een soort eindsituatie die met de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken bereikt zou kunnen worden. Duidelijk wordt dat veel meer huisartsen dan wijkverpleegkundigen denken dat die eindsituatie nog lang niet bereikt is. De huisartsen zijn het veel vaker niet met de stellingen eens. Er zijn drie stellingen waar een kwart van de huisartsen het min of meer eens zijn, namelijk de stellingen over taakverlichting van de huisarts, verbeterde overdracht van ziekenhuis naar thuiszorg en verbeterde kwaliteit van zorg.

Tabel 4.19 Stellingen met betrekking tot de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken (nameting) n=20 huisartsen en n=13 wijkverpleegkundigen, percentages

	mee eens		min of meer eens		niet mee eens	
	ha	wv	ha	wv	ha	wv
De komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken betekent voor de huisarts een taakverlichting	10,0	30,8	25,0	53,8	60,0	15,4
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kan de huisarts zich meer met de kerntaken, zijnde diagnose en therapie, bezighouden	20,0	61,5	15,0	30,8	60,0	7,7
Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken is de samenwerking in de eerste lijn verbeterd	5,0	46,2	15,0	38,5	75,0	15,4
Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verloopt de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter	20,0	38,5	25,0	46,2	50,0	15,4
Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken worden bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen	10,0	53,8	20,0	30,8	45,0	15,4
Er zijn geen veranderingen in mijn werkzaamheden opgetreden vanwege de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken	65,0	15,4	10,0	7,7	15,0	76,9
De kwaliteit van zorg voor de patiënten is verbeterd	20,0	69,2	25,0	30,8	35,0	0,0
De wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verricht met name taken die nu blijven liggen	0,0	7,7	15,0	46,2	80,0	23,1
Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken worden NHG-standaarden beter uitgevoerd	0,0	7,7	15,0	53,8	80,0	23,1

4.7 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten gepresenteerd van de vragenlijsten die zijn afgenomen bij huisartsen, instellingen en wijkverpleegkundigen. Aan de hand van de onderzoeksvragen worden in deze paragraaf wat conclusies gegeven. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van de meer gedetailleerde gegevens uit de bijlage.

Profilering van de wijkverpleging|bekendheid met de verpleegkundige praktijken

Gebleken is dat de huisartsen goed op de hoogte zijn van de verpleegkundige praktijken en het werk van de wijkverpleegkundigen. Ondanks de bekendheid met het werk van de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken doen de huisartsen nog niet sneller een beroep op de wijkverpleegkundigen. Wel hebben zij vertrouwen in de zorg die de wijkverpleegkundigen geven. In tegenstelling tot de huisartsen hebben de instellingen aangegeven dat de bekendheid met de wijkverpleegkundigen nog niet veel verbeterd is sinds de start van de verpleegkundige praktijken. De meeste instellingen onderhouden wel contacten met de wijkverpleegkundigen. De meerderheid van de instellingen heeft ook afspraken gemaakt over patiëntenzorg. Toch zegt maar de helft van de instellingen dat zij de weg naar de verpleegkundige praktijken goed weet te vinden. Duidelijk is geworden dat de bekendheid van de verpleegkundige praktijken en het werk dat de wijkverpleegkundigen kunnen doen wat betreft de huisartsen wel in orde is. Naar de instellingen

toe kan de bekendheid nog wel wat verbeteren. In de praktijk levert de grotere bekendheid echter nog niet heel veel werk voor de wijkverpleegkundigen op.

Samenwerking en overleg

Het aantal wijkverpleegkundigen waarmee de instellingen te maken hebben is niet echt veranderd sinds de start van de verpleegkundige praktijken. De overlegfrequentie is iets hoger geworden (er zijn meer instellingen die nu structureel overleg voeren met de wijkverpleging). De relatie met de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land en de samenwerking zijn volgens de instellingen echter niet veel verbeterd. Van een actievere opstelling van de thuiszorgorganisatie was volgens hen geen sprake.

Het aantal verschillende wijkverpleegkundigen waar de huisarts mee te maken heeft in de praktijk is wel gedaald, evenals het aantal verschillende huisartsen waar de wijkverpleegkundigen mee te maken hebben. Het overleg tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen is volgens hen beiden niet veel frequenter geworden, maar over het algemeen wel voldoende. Ook het karakter van de samenwerking is niet veel veranderd. Over het algemeen verloopt de samenwerking volgens beiden goed. De wijkverpleegkundigen hebben aangegeven dat zij in de voormeting een wens hadden tot meer overleg en dat dit ook is uitgekomen, waardoor zij meer tevreden zijn.

De inhoud van de samenwerking is echter niet intensiever geworden (zelfs slechter geworden volgens de meerderheid), vinden zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen. Dit betekent in de praktijk dat er nu niet meer overleg gevoerd wordt voorafgaand aan de zorgverlening of dat er gewerkt wordt vanuit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. De huisartsen en wijkverpleegkundigen vinden dat ze goed bij elkaar terecht kunnen, maar de relatie is op zich niet veel veranderd. Zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen waren het erover eens dat er veel factoren belangrijk zijn in de samenwerking, maar dat een aantal factoren lang niet altijd aanwezig zijn. De wijkverpleegkundigen bleken over de aanwezigheid van de verschillende factoren in de samenwerking een iets minder uitgesproken mening te hebben dan de huisartsen: relatief meer huisartsen denken dat factoren volledig in de samenwerking aanwezig zijn.

Concluderend kan gesteld worden dat er over het geheel genomen in de samenwerking weinig veranderd is, maar dit wil niet zeggen dat men ontevreden is.

Taakverschuiving

Het is gebleken dat het ondersteunen van de huisarts door de wijkverpleegkundige in de praktijk nog niet echt van de grond is gekomen. In de voormeting waren zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen positiever over het overnemen van verschillende taken dan later in de praktijk van de nameting bleek.

Uit de takenlijsten die aan wijkverpleegkundigen en huisartsen zijn voorgelegd, blijkt dat er wel verschuivingen zijn opgetreden in het takenpakket van beiden. De huisartsen hebben aangegeven dat er verschuivingen zijn opgetreden van taken die de huisartsen altijd uitvoerden en die nu gezamenlijk met de wijkverpleegkundigen worden gedaan. Volgens de wijkverpleegkundigen zijn er nu taken die zij wel volledig van de huisartsen hebben overgenomen. De wijkverpleegkundigen denken dus, in tegenstelling tot de huisartsen zelf, meer te kunnen doen voor de huisartsen. De helft van de huisartsen ziet een rol weggelegd voor de wijkverpleegkundigen bij de zorg aan chronisch zieken en is ook bereid meer naar hen te verwijzen. Over het algemeen bestaan er geen grote meningsverschillen over de taakverdeling. Een kwart van de huisartsen zegt dat zij nu tijd over houden doordat de wijkverpleegkundigen taken overnemen (zie bijlagen).

Tot slot is gebleken dat er door de verschillende groepen (huisartsen, instellingen en wijkverpleegkundigen) nog niet echt positief op de stellingen is gereageerd. De stellingen schetsen een soort ideale situatie van de rol van de wijkverpleegkundigen en de verpleegkundige praktijken in de zorgverlening. Voorafgaand aan de start van de verpleegkundige praktijken sprak men bij veel van de stellingen wel de verwachting uit dat dit bereikt zou worden. Nu de verpleegkundige praktijken een tijdje op weg zijn, komt men hier duidelijk van terug en blijkt dat alle veranderingen toch meer tijd nodig hebben om ingebed te raken. Met name de huisartsen zijn nu veel minder positief over de bereikte resultaten.

5 KWALITEIT EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de kwaliteit en de continuïteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief. Daarbij wordt er gekeken naar de vraag of chronisch zieke patiënten eerder in zorg komen bij de wijkverpleegkundigen nu er gewerkt wordt vanuit de verpleegkundige praktijken. Het idee is namelijk dat hoe eerder chronisch zieken in zorg van de wijkverpleging komen, des te beter is de begeleiding en des te hoger de kwaliteit van het leven van de patiënt.

De gegevens die in dit hoofdstuk gepresenteerd worden, zijn afkomstig van enerzijds de registratie van patiëntgegevens en anderzijds de vragenlijsten die naar patiënten zijn verstuurd. Met behulp van deze gegevens wordt een antwoord gezocht op de volgende vragen, afkomstig uit de eerste en tweede onderzoeksvraag:

- Leidt het opzetten van de verpleegkundige praktijken tot een betere kwaliteit van zorg en profilering van de wijkverpleging?
- Wordt er bereikt dat chronisch zieken zo vroeg mogelijk in zorg komen bij de wijkverpleegkundigen?

In paragraaf 5.2 wordt eerst een beschrijving gegeven van de respondenten en van de gegevens uit de registratie van patiënten. In paragraaf 5.3 wordt dan ingegaan op de bekendheid van de patiënten met de verpleegkundige praktijken en de gezondheidstoestand van de patiënten. In hoofdstuk 4 is wat betreft de huisartsen en instellingen ingegaan op de bekendheid met de wijkverpleegkundigen in verpleegkundige praktijken/profilering van de verpleging. Er is voor gekozen om de gegevens van de patiënten bij elkaar te houden. Vandaar dat deze onderwerpen waar het de patiënten betreft in dit hoofdstuk worden behandeld. Paragraaf 5.4 gaat in op de kwaliteit en continuïteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief. De conclusie in paragraaf 5.5 gaat in op de beantwoording van de onderzoeksvragen.

5.2 Kenmerken van nieuw binnengekomen patiënten

In de periode april 1998 tot en met oktober 1999 zijn er registratiegegevens binnengekomen van 242 patiënten, die nieuw in zorg zijn gekomen bij de wijkverpleegkundigen. Naar 16 van deze patiënten is geen vragenlijst gestuurd, omdat deze patiënten bij navraag aan de wijkverpleegkundigen ofwel waren overleden, ofwel niet meer in staat werden geacht een lijst in te vullen. Van de overgebleven 226 patiënten zijn er nog eens 4 niet in het bestand meegenomen, omdat daar om dezelfde reden geen rappel naar kon worden verstuurd of omdat deze patiënten bij nader inzien al eerder in de registratie waren opgenomen (dubbel) en dus geschrapt moesten worden. Er blijven daarom 222 patiënten over waarnaar een vragenlijst verstuurd is en die meetellen voor de respons/non-respons meting. In totaal zijn er na één rappel 167 ingevulde vragenlijsten teruggekomen. Dit betekent een respons van 74,7%.

De 242 eerder genoemde binnengekomen patiënten zijn patiënten die door de wijkverpleegkundigen zijn gevraagd aan het onderzoek mee te doen en die daarvoor toestemming hebben gegeven. De verwachting voor de start van het onderzoek was dat er veel meer patiënten in het onderzoek konden worden meegenomen. Gaandeweg bleek echter dat het aantal patiënten dat terminaal was of niet in staat om aan het onderzoek mee te doen (naar beoordeling van de wijkverpleegkundigen) veel groter was dan gepland. In totaal werden er in de periode 20-4-1998 tot en met 2-10-1999 527 nieuwe patiënten bij de wijkverpleging geregistreerd. Daarvan zijn 242 patiënten (45%) dus aan ons doorgegeven.

Hieronder worden de kenmerken beschreven van de patiënten die in de periode april 1998 tot en met oktober 1999 bij de wijkverpleegkundigen zijn aangemeld als nieuwe patiënten (N= 242). Het betreft in deze beschrijving dus niet alleen respondenten op de vragenlijsten, maar ook niet-respondenten. Gegevens die zijn bijgehouden in de registratie zijn persoonskenmerken, aanmelder van de patiënt, de reden van de zorgvraag, een eventuele chronische aandoening, de geïndiceerde soort wijkverpleegkundige zorg en de frequentie van de geïndiceerde zorg.

Er zijn meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten nieuw in zorg gekomen bij de wijkverpleegkundigen, respectievelijk 63% en 37%. De gemiddelde leeftijd bedraagt in 1999 69 jaar. De oudste patiënt is 97 jaar, de jongste 22 jaar. 60% van de patiënten is gehuwd en een kwart is weduwe/weduwnaar. Een kleine driekwart van de patiënten woont samen, hetzij met de partner, hetzij met ouders of kinderen.

In 13% van de gevallen heeft de patiënt zelf hulp van de wijkverpleegkundige aangevraagd. De familie heeft in 11% van de gevallen de patiënt aangemeld (vaak in combinatie met de patiënt zelf). Ook de huisarts neemt 20% van de aanmeldingen voor zijn/haar rekening. De meeste aanmeldingen komen echter binnen via instellingen (59%). In de meeste gevallen betreft dit aanmeldingen door transferverpleegkundigen uit ziekenhuizen.

De meest voorkomende reden van de aanvraag van wijkverpleegkundige zorg is de behoefte aan nazorg na een ziekenhuis opname (53%). Het kan ook zijn dat er zorg gevraagd wordt om een opname tegen te gaan doordat het zelfstandig functioneren zonder de zorg in gevaar komt. Bij 32% van de patiënten was dit het geval. Als laatste is door 37% van de patiënten zorg aangevraagd als gevolg van het hebben van een chronische aandoening.

De wijkverpleegkundigen kunnen worden ingezet voor het geven van diverse soorten zorg variërend van lichamelijke verzorging of medisch technische handelingen tot begeleiding bij de ziekte of voorlichting. Het meest wordt de wijkverpleegkundige ingezet bij wondverzorging (36%). Daarnaast wordt er regelmatig lichamelijke verzorging gedaan (29%) en hulp gegeven bij medicijngebruik (13%).

Gemiddeld komt de wijkverpleegkundige 8,0 keer per week bij de patiënt langs voor gemiddeld 3,6 uur per week. Het aantal keren zorg per week varieert echter sterk tussen patiënten, van 1 tot 21. Het aantal uren zorg varieert van 0 tot 14 uur.

Om na te gaan of de kenmerken van respondenten verschillen van die van non-respondenten (diegenen die de vragenlijst niet hebben teruggestuurd) hebben we de gegevens van alleen de respondenten (167) vergeleken met die van de non-respondenten (76). Een aantal verschillen is waar te nemen. Bij de groep respondenten is het aandeel vrouwen significant groter, namelijk 62% (non-respondenten 45%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten en non-respondenten is 69 jaar, maar varieert bij respondenten van 97 tot 22 jaar en bij non-respondenten van 90 tot 15 jaar. De burgerlijke staat van de respondenten verschilt van de non-respondenten in de zin dat er wat meer weduwen/naars vertegenwoordigd zijn, respectievelijk 26% en 18% (niet significant). De aanmelder van de patiënten bij de wijkverpleegkundige is voor wat betreft de respondenten significant vaker een instelling, bijna altijd een transferverpleegkundige in het ziekenhuis (respondenten 60%, non-respondenten 38%). De reden van het aanvragen van wijkverpleegkundige zorg verschilt ook iets tussen de groepen. Bij respondenten is nazorg na opname vaker een reden van zorgvraag (respondenten 53%, non-respondenten 41%, niet significant). Veel patiënten (tweederde) hebben voordat zij zorg kregen van de wijkverpleegkundige nog andere zorg ontvangen, met name in het ziekenhuis. Slechts één patiënt van de wijkverpleging is in zorg geweest van een verpleeghuis. Andere zorgverleners die genoemd werden, zijn bijvoorbeeld de huisarts, de mantelzorg en de fysiotherapeut. Het type zorg dat gegeven wordt door de wijkverpleegkundige verschilt niet tussen respondenten en non-respondenten. Het gemiddeld aantal keren zorg per week is bij respondenten iets hoger (8x in tegenstelling tot 6,8x, niet significant).

5.3 Bekendheid met de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken en gezondheidstoestand patiënten

In de tabellen staat het aantal patiënten vermeld dat de betreffende antwoordcategorie heeft aangekruist en/of het percentage van het aantal *respondenten*. Vaak tellen de verschillende antwoordcategorieën niet op tot 167. Dit betekent dat een aantal patiënten de vraag niet heeft ingevuld (missing). Ook komt het voor dat er juist meer dan 167 antwoorden zijn gegeven. In dat geval waren er meerdere antwoorden mogelijk bij het invullen van de vraag.

Bekendheid met de wijkverpleegkundige en haar werk

De eerste vraag in de patiënten vragenlijst gaat over de bekendheid van de wijkverpleegkundigen en de verpleegkundige praktijken bij de patiënten. Bijna alle patiënten weten wel hoe ze de wijkverpleegkundige moeten bereiken als dat nodig is.

Tabel 5.1 Weet U hoe U de wijkverpleegkundige kunt bereiken als U haar nodig heeft of als U vragen heeft?

nee	10	(6,1)
ja	155	(93,9)

Naast de zorg van de wijkverpleegkundige ontvangen veel patiënten ook zorg van andere hulpverleners, met name de huisarts en de specialist. Bij de categorie 'ja, namelijk van:...' zijn met name genoemd de fysiotherapeut, alpha-hulp en particuliere hulp.

Tabel 5.2 Ontvangt U, naast de zorg van de wijkverpleegkundige, nog andere hulp voor dezelfde ziekte/aandoening als waarvoor de wijkverpleegkundige bij U komt? (meerdere antwoorden mogelijk)

nee	50	(29,9)
ja, hulp van de gezinszorg	40	(24,0)
ja, hulp van de huisarts	63	(37,7)
ja, hulp van familie/ kennissen/buren (mantelzorg)	48	(28,7)
ja, hulp van de specialist	60	(35,9)
ja, namelijk van:	7	(4,2)

Tabel 5.3 Verschillende zorgactiviteiten: tot wie zou U zich wenden voor ... ?

	huisarts	wvk.	gezinsz.	weet niet	N
controleren van temperatuur, pols, bloeddruk	81,0	16,8	0	1,5	137
(in)continentieverzorging, blaastraining	34,3	47,5	1,5	15,2	99
verzorgen van wonden	21,5	71,1	1,5	4,4	135
verzorgen van doorlig-problemen	13,9	77,2	2,0	5,0	101
aanleggen druk/steunverbanden	15,8	68,3	3,0	10,9	101
toedienen/klaarzetten medicijnen	9,8	68,4	5,4	14,1	92
catheterzakje verwisselen	7,9	71,9	3,4	14,6	89
bloed afnemen	75,9	19,2	0	2,9	104
injecteren/infuus verzorgen	39,1	47,4	1,0	10,3	97
sondevoeding geven	19,6	57,6	4,3	16,3	92
wassen en aankleden	1,7	67,2	22,7	6,7	119
helpen bij de toiletgang	2,2	52,2	27,7	15,5	90
helpen bij het omgaan met de ziekte of aandoening	23,4	58,5	9,9	6,3	111
ervoor zorgen dat u uzelf beter kunt redden	7,5	57,5	25,0	8,5	106
advies geven over de ziekte/aandoening	59,3	32,2	1,7	4,2	118
een plan maken voor de zorg die U nodig heeft	26,6	53,2	11,9	6,4	109
schoonmaken van het huis	1,0	7,1	78,5	11,2	98
lichamelijke controle na een opname in ziekenhuis/ verpleeghuis	54,4	38,3	4,5	0,9	112

In tabel 5.3 staan de uitkomsten van een vraag over verschillende zorgactiviteiten en wie de patiënt daarvoor zou inschakelen indien hij/zij die zorg nodig had. Deze vraag is maar door weinig patiënten juist ingevuld. De bedoeling was dat men bij *elke* zorgactiviteit zou bedenken welke hulpverlener ze zouden inschakelen. Echter veel patiënten hebben alleen bij de zorgactiviteiten waar ze zelf mee te maken hebben gehad iets ingevuld. Gemiddeld heeft per vraag 63% van de patiënten iets ingevuld. In de tabel staan de percentages van het totaal aantal respondenten per vraag (N).

Over het algemeen wordt de huisarts vooral om hulp gevraagd bij het controleren van de pols en bloeddruk, bij het bloed afnemen en voor advies over de ziekte. De wijkverpleegkundige wordt ingeschakeld bij wondverzorging, het verzorgen van doorlig-problemen, het aanleggen van druk-/steunverbanden en bij het wassen en aankleden, maar toch ook bij advies en voorlichting. De gezinsverzorgster zou bijna alleen bij het schoonmaken van het huis om hulp worden gevraagd en in mindere mate bij toiletgang/wassen en aankleden.

Een van de doelen van de introductie van de verpleegkundige praktijken is een betere profilering van de wijkverpleging. Dit zou bijvoorbeeld kunnen blijken uit het feit dat patiënten de wijkverpleegkundige vaker inschakelen voor taken van het eerste deskundigheidsniveau of voor taken die nu vooral door de huisarts worden gedaan. Om na te gaan of dit gebeurt hebben we de taken die op het grensvlak van huisarts-wijkverpleegkundige of wijkverpleegkundige-gezinsverzorgende liggen nader geanalyseerd: gekeken is of er in de loop van de tijd verschuivingen zijn opgetreden van de wijkverpleegkundige richting huisarts en minder richting de gezinsverzorgende.

De zeven taken die op een grensvlak bleken te liggen (incontinentieverzorging, injecteren/infuus verzorgen, helpen bij de toiletgang, ervoor zorgen dat u zich beter kunt redden, advies geven over de ziekte, een plan maken voor de zorg die u nodig heeft, lichamelijke controle na een opname) zijn als afhankelijke variabelen in een logistische regressie afgezet tegen de periode van registratie van de patiënt (zie bijlagen). Geen van de uitkomsten bleek echter significant te zijn, dus er kan niet gezegd worden dat bepaalde taken in de loop van de tijd vaker door de wijkverpleegkundige zijn gedaan in plaats van door de huisarts bijvoorbeeld.

Ruim de helft van de patiënten vraagt eigenlijk nooit iets over andere problemen of aandoeningen aan de wijkverpleegkundige. Toch doet eenderde van de patiënten dit soms wel. Driekwart van de wijkverpleegkundigen vraagt de patiënt weleens naar de ziekte en de gevolgen daarvan voor de patiënt. Een kwart van de wijkverpleegkundigen informeert hier volgens de patiënten nooit naar. Tweederde van de patiënten heeft ook aangegeven daar wel behoefte aan te hebben (tabel 5.4-5.6).

Tabel 5.4 Als de **wijkverpleegkundige** bij U aan het werk is, stelt U haar dan ook wel eens vragen over andere ziekten of problemen dan die waarvoor de wijkverpleegkundige op dat moment bij U komt?

nee, dit doe ik eigenlijk nooit	90	(58,1)
ja, dit doe ik soms	57	(36,8)
ja, dit doe ik regelmatig	8	(5,2)

Tabel 5.5 Stelt de wijkverpleegkundige aan U wel eens vragen over eventuele gevolgen van Uw ziekte en wat dit voor U betekent?

nee, dit doet zij eigenlijk nooit	38	(24,7)
ja, dit doet zij soms	80	(51,9)
ja, dit doet zij regelmatig	36	(23,4)

Tabel 5.6 Heeft U er behoefte aan dat er met de wijkverpleegkundige over deze problemen of gevolgen van Uw ziekte gepraat kan worden?

nee, daar heb ik geen behoefte aan	55	(35,5)
ja, daar heb ik wel behoefte aan	100	(64,5)

Gezondheidstoestand van de patiënt

Meer dan de helft van de patiënten beoordeeld zijn of haar gezondheid als goed tot uitstekend (tabel 5.7).

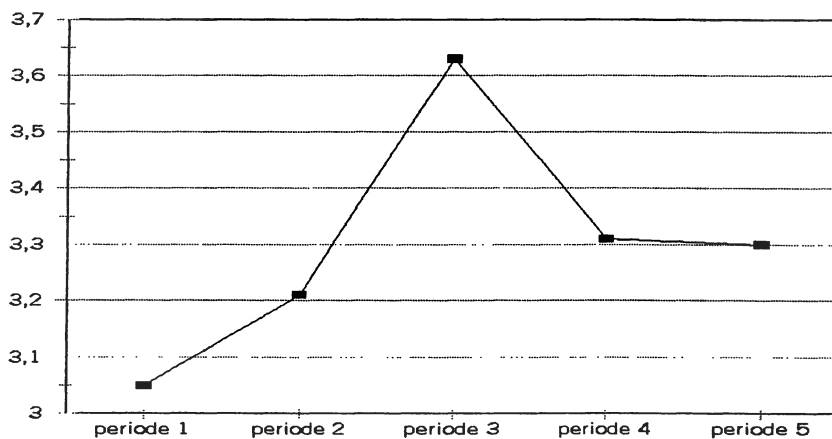
Tabel 5.7 Wat vindt U, over het algemeen genomen, van Uw gezondheid?

uitstekend	10	(6,5)
zeer goed	13	(8,5)
goed	62	(40,5)
matig	57	(37,3)
slecht	11	(7,2)

De algemeen ervaren gezondheid verschilt wel significant tussen patiënten die zorg ontvangen als nazorg vanuit het ziekenhuis (gemiddeld 2,95, waarbij 1=uitstekend en 5=slecht) en patiënten die zorg ontvangen vanwege een chronische aandoening (gemiddeld 3,58) ($F=7,13$, sign. 0,001).

Figuur 5.1 Geeft het gemiddelde van de algemene ervaren gezondheid in de tijd weer (waarbij de schaal loopt van 1=uitstekend tot 5=slecht).

Figuur 5.1 Gemiddelde ervaren gezondheid naar periode



Een lineaire regressie analyse levert geen significante stijging in de ervaren gezondheid van patiënten. Het verband is dan ook niet echt lineair: de gemiddelde ervaren gezondheid neemt eerst af om in periode 4 en 5 weer wat toe te nemen.

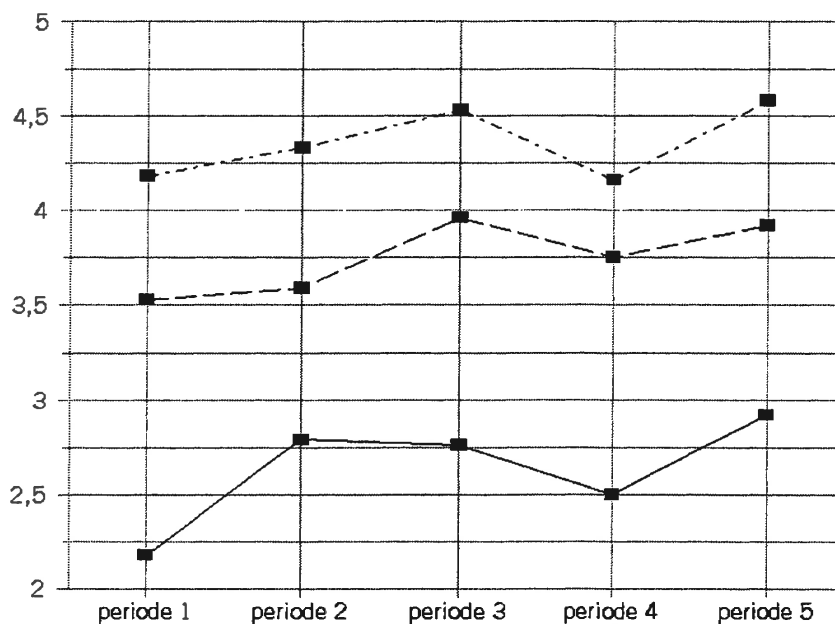
Tabel 5.8 geeft de resultaten van de vraag hoe de patiënten zich de afgelopen 4 weken hebben gevoeld. De meeste patiënten voelden zich over het algemeen wel kalm en rustig. Tweederde van de patiënten voelde zich soms tot nooit energiek de afgelopen 4 weken. Meer dan driekwart voelde zich soms tot nooit neerslachtig of somber.

Tabel 5.8 Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken ...

	voortd.	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
a. voelde U zich kalm en rustig?	26 (18,7)	53 (38,1)	18 (12,9)	28 (20,1)	11 (7,9)	3 (2,2)
b. voelde U zich energiek?	7 (5,2)	30 (22,2)	10 (7,4)	46 (34,1)	26 (19,3)	16 (11,9)
c. voelde U zich neerslachtig en somber	6 (4,2)	5 (3,5)	15 (10,4)	52 (36,1)	37 (25,7)	29 (20,1)

In figuur 5.2 zijn gemiddelden weergegeven van de gegevens uit tabel 5.8 afgezet in de tijd, waarbij 1=voortdurend en 6=nooit.

Figuur 5.2 Gemiddelde mate waarin patiënten zich kalm en rustig (onderste lijn), energiek (middelste lijn) of neerslachtig en somber (bovenste lijn) voelen naar periode



De somscores nemen over het algemeen licht toe, dat wil zeggen men gaat zich gemiddeld minder kalm/energiek/somber voelen, waarbij in periode 4 een kleine opleving te zien is. Lineaire regressie van deze gegevens geeft geen significante stijging.

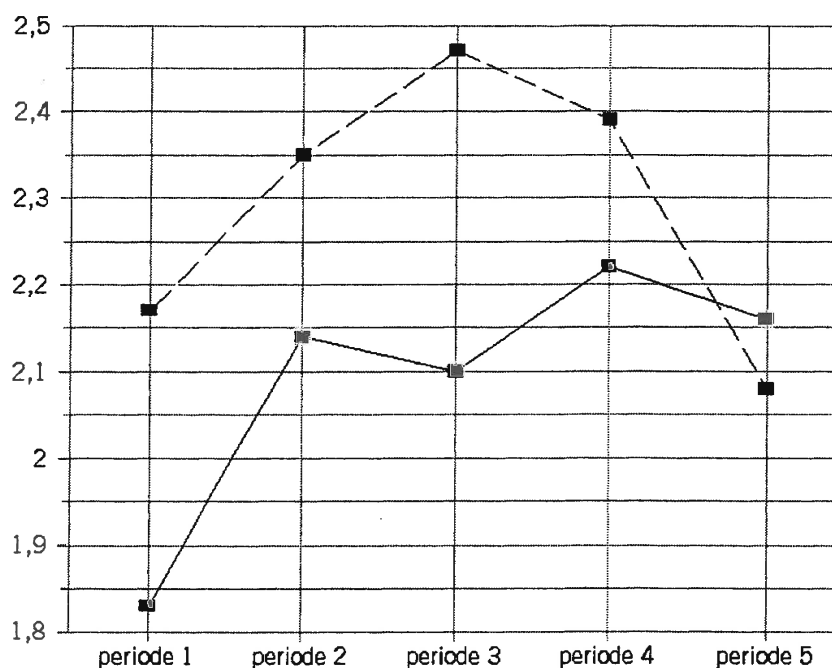
Meer dan de helft van de patiënten voelt zich ernstig beperkt bij het doen van bezigheden die een matige inspanning vereisen. Ruim eenderde van de patiënten voelt zich eveneens ernstig beperkt bij het lopen van een paar trappen (tabel 5.9).

Tabel 5.9 Wordt U door Uw gezondheid op dit moment beperkt bij de volgende bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
a. matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, een stuk fietsen	73 (51,0)	42 (29,4)	28 (19,6)
b. een paar trappen lopen	52 (38,5)	46 (34,1)	37 (27,4)

Figuur 5.3 geeft het gemiddelde van de gegevens uit tabel 5.9 (helemaal niet beperkt=1, ja ernstig beperkt=3).

Figuur 5.3 Gemiddelde beperking bij dagelijkse bezigheden naar periode: matige inspanning=onderste lijn, paar trappen lopen=bovenste lijn



In een lineaire regressie analyse kon geen significante daling van de mate van beperking worden aangetoond. Het verband is dan ook niet lineair.

Ruim driekwart van de patiënten was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden in de afgelopen 4 weken (tabel 5.10). 60% van de patiënten vindt dan ook dat ze minder hebben bereikt dan ze zouden willen vanwege hun lichamelijke gezondheid. Emotionele problemen vormen bij iets minder patiënten een obstakel: 40% van de patiënten heeft vanwege emotionele problemen minder bereikt dan ze zouden willen (tabel 5.11).

Tabel 5.10 Had U, ten gevolge van Uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij Uw werk of andere bezigheden?

	ja	nee
a. U heeft minder bereikt dan u zou willen	84 (61,3)	53 (38,7)
b. U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden	108 (78,3)	30 (21,7)

Tabel 5.11 Had U, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat U zich depressief of angstig voelde), de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij Uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	ja	nee
a. U heeft minder bereikt dan u zou willen	49 (40,8)	71 (59,2)
b. U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent	59 (48,0)	64 (52,0)

Regressie analyse van de gegevens uit de tabellen 5.10 en 5.11 naar periode geeft geen significante daling van problemen bij werk of andere bezigheden.

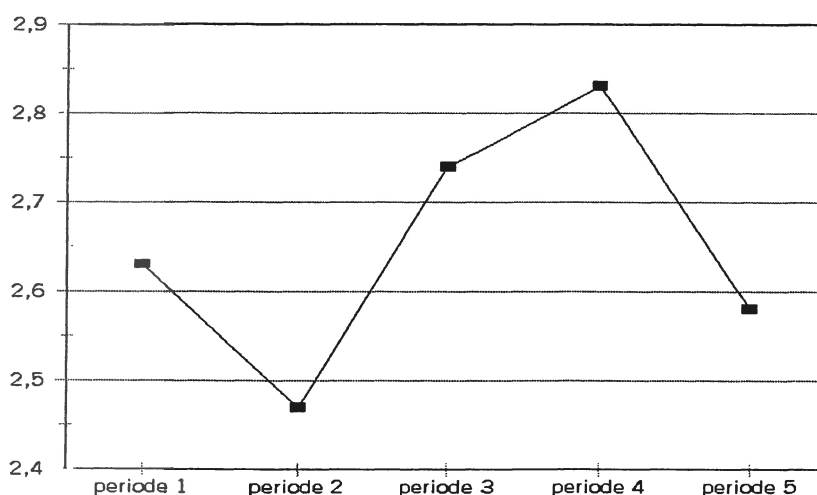
Voor de helft van de patiënten speelt pijn een duidelijke rol in het dagelijks leven in die zin dat het een belemmering was bij de normale werkzaamheden, zoals werk en huishouden.

Tabel 5.12 In welke mate heeft pijn U de afgelopen 4 weken belemmerd bij Uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

helemaal niet	30 (21,6)
een klein beetje	37 (26,6)
nogal	38 (27,3)
veel	20 (14,4)
heel erg veel	14 (10,1)

Figuur 5.4 geeft het gemiddelde van de mate waarin pijn de normale bezigheden belemmerd naar periode. In een lineaire regressie analyse kon geen significante stijging van de belemmering door pijn worden aangetoond. De gemiddeld ervaren pijn schommelt sterk.

Figuur 5.4 Gemiddelde mate waarin pijn normale bezigheden belemmerd naar periode



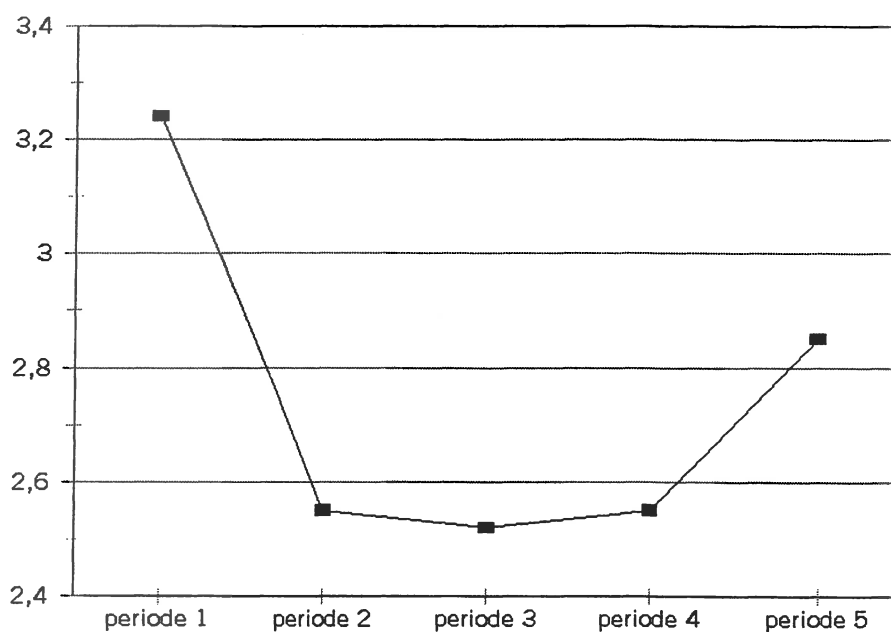
Een aanzienlijk deel van de patiënten wordt door hun lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gehinderd bij sociale activiteiten. Voor 43% van de patiënten is dit meestal of voortdurend het geval (tabel 5.13).

Tabel 5.13 Hoe vaak hebben Uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken Uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

voortdurend	37	(25,2)
meestal	27	(18,4)
soms	49	(33,3)
zelden	15	(10,2)
nooit	19	(12,9)

In figuur 5.5 is het gemiddelde van de gegevens uit tabel 5.13 weergegeven naar periode, waarbij 1=voortdurend en 6=nooit.

Figuur 5.5 Gemiddelde mate waarin lichamelijke gezondheid of emotionele problemen de sociale activiteiten van patiënten hebben belemmerd naar periode



In een lineaire regressie analyse kon geen significante daling van de belemmerende invloed van de lichamelijke/emotionele toestand worden aangetoond.

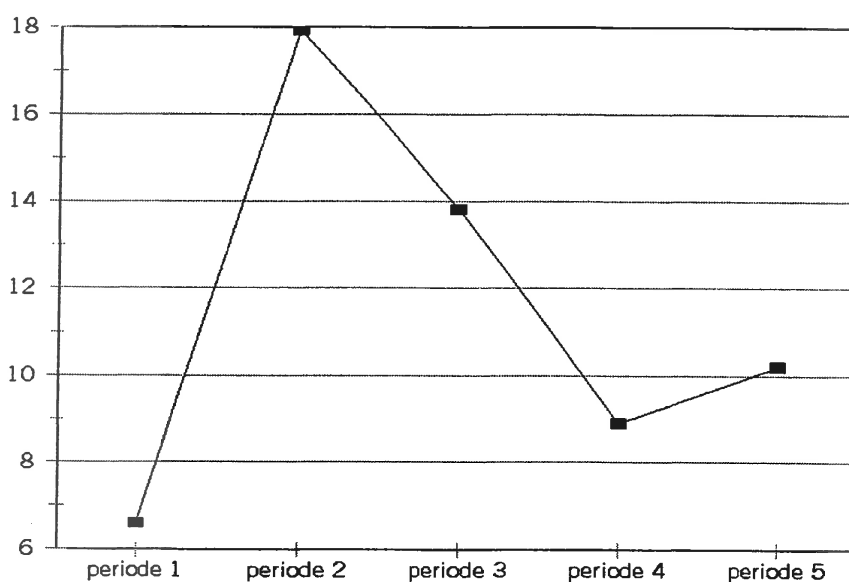
Tweederde van de patiënten ontvangt de wijkverpleegkundige zorg in verband met een chronische aandoening. Dit betreft in de meeste gevallen kanker of diabetes. In sommige gevallen is sprake van een combinatie van twee chronische aandoeningen (12x).

Tabel 5.14 U krijgt momenteel zorg van de wijkverpleegkundige of U heeft kortgeleden zorg van de wijkverpleegkundige gekregen. Ontvangt U deze zorg in verband met een bepaalde chronische aandoening, bijvoorbeeld diabetes, cara, reuma et cetera?

nee	58	(37,7)	
ja		96	(62,3)
Zo ja, welke aandoening?			
cara			5
kanker		38	
diabetes			19
hart/vaatziekte			8
reuma			5
cva		5	
anders		16	

Figuur 5.6 laat zien dat het percentage patiënten dat hulp krijgt van de wijkverpleegkundige vanwege een chronische aandoening in de loop van de tijd schommelt: ten opzichte van periode 1 stijgt het percentage in periode 2 sterk, om daarna weer af te nemen tot in periode 4.

Figuur 5.6 Percentage patiënten dat hulp krijgt van de wijkverpleegkundige vanwege een chronische aandoening



Voor 57% van de mensen die aan een chronische aandoening lijdt, geldt dat dit al langer dan een jaar het geval is. 60% is al langer dan een jaar geleden met deze (chronische) aandoening naar de huisarts geweest.

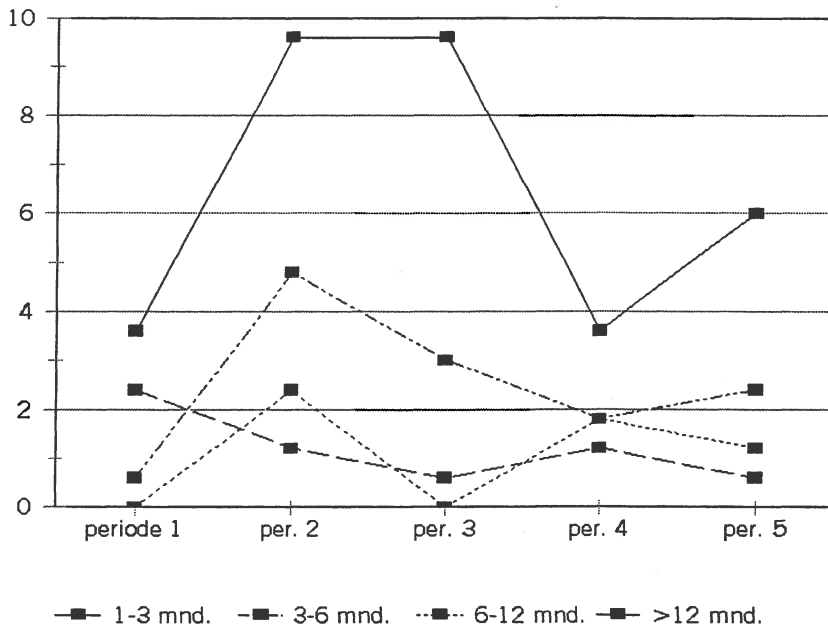
Tabel 5.15 Hoe lang lijdt U al aan deze aandoening?

één tot drie maanden	10	(10,6)
drie tot zes maanden	21	(22,3)
zes maanden tot één jaar	9	(9,6)
langer dan één jaar	54	(57,4)

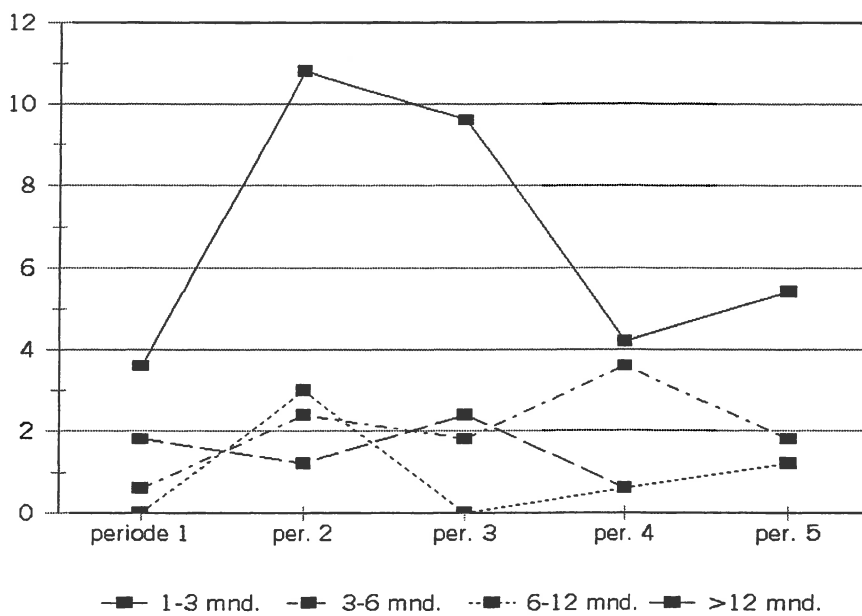
Tabel 5.16 Wanneer bent U voor het eerst met deze aandoening naar de huisarts geweest?

één tot drie maanden geleden	12	(12,9)
drie tot zes maanden geleden	17	(18,3)
zes maanden tot één jaar geleden	8	(8,6)
langer dan één jaar geleden	56	(60,2)

Figuur 5.7 Percentage patiënten dat een bepaalde periode aan een chronische aandoening lijdt



Figuur 5.8 Percentage patiënten dat een bepaalde tijd geleden voor het eerst met een chronische aandoening naar de huisarts is gegaan



De laatste figuren 5.7 en 5.8 geven van de gegevens in de tabellen 5.15 en 5.16 een ontwikkeling in de tijd weer. Hieruit blijkt dat het aantal patiënten dat al langer dan een jaar aan een chronische aandoening lijdt niet direct een dalende lijn te zien geeft. Er is niet veel veranderd in het moment waarop patiënten voor het eerst met een chronische aandoening naar de huisarts gaan ten opzichte van de tijd dat zij aan die aandoening lijdten.

In een logistische regressie is gekeken of het aantal patiënten dat langer dan één jaar aan een chronische aandoening lijdt significant gedaald is in de loop van de tijd. Dit blijkt niet het geval te zijn. Ook is het aantal patiënten dat langer dan één jaar geleden voor het eerst naar de huisarts ging met een chronische aandoening niet significant gedaald in de loop van de tijd.

Kwaliteit van zorg

Onderstaande vragen waarvan de antwoorden worden gepresenteerd in de tabellen 5.17 en 5.18 zijn een instrument om de kwaliteit van zorg te meten vanuit het perspectief van de patiënt.

Over het algemeen zijn de patiënten tevreden over het werk en de deskundigheid van de wijkverpleegkundige. In een aantal uitspraken is de mening van de patiënt hierover gevraagd. Een aantal punten waar de patiënten het minder mee eens waren, zijn 'de wijkverpleegkundige kan ik alles vragen', 'de wijkverpleegkundige laat uiteindelijk mij beslissen over de behandeling of hulp die ik krijg', 'geeft uitleg over de werking van de medicijnen die worden voorgeschreven' en 'de wijkverpleegkundige kent mijn problemen goed'. Dit zijn echter ook aspecten die door minstens een kwart van de patiënten iets minder belangrijk worden gevonden, aangevuld met de uitspraken 'de wijkverpleegkundige werkt snel' en 'de wijkverpleegkundige maakt weleens een praatje' (tabel 5.18). Aspecten die door de meeste patiënten juist erg belangrijk worden gevonden, zijn 'de wijkverpleegkundige is deskundig in haar werk', 'de wijkverpleegkundige doet goed haar werk' en 'de wijkverpleegkundige neemt mij altijd serieus'. Het aspect 'de wijkverpleegkundige werkt snel' wordt door 17% van de patiënten niet zo belangrijk gevonden.

Tabel 5.17 Uitspraken over de wijkverpleegkundige: bent U het hier mee eens? (n=167)

De wijkverpleegkundige	hier ben ik het		
	mee eens	min of meer mee eens	niet mee eens
..... is deskundig in haar werk	91,0	2,9	0
..... werkt snel	74,8	9,6	2,3
..... doet goed haar werk	91,0	3,6	0
..... is vriendelijk	91,0	3,6	0
..... is geduldig	85,0	6,0	0,6
..... is duidelijk	82,6	4,2	0
..... maakt weleens een praatje	82,0	9,6	0,6
..... is vertrouwd	76,0	11,4	1,8
..... kan ik alles vragen	68,3	17,4	1,2
..... laat uiteindelijk mij beslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	67,1	17,4	0,6
..... neemt mij altijd serieus	79,6	7,2	0
..... geeft uitleg over de werking van de medicijnen die worden voorgeschreven	52,1	16,7	6,0
..... kent mijn problemen goed	64,1	20,4	3,0

Tabel 5.18 Uitspraken over de wijkverpleegkundige: vindt U dit belangrijk? (n=167)

De wijkverpleegkundige	dit vind ik		
	erg belangrijk	best wel belangrijk	niet zo belangrijk
..... is deskundig in haar werk	81,4	9,0	0
..... werkt snel	43,1	25,7	17,4
..... doet goed haar werk	80,8	11,4	0
..... is vriendelijk	72,5	18,0	0,6
..... is geduldig	67,7	15,0	0,6
..... is duidelijk	70,1	13,8	0
..... maakt weleens een praatje	63,5	22,8	3,0
..... is vertrouwd	69,5	16,8	2,4
..... kan ik alles vragen	57,5	22,2	1,8
..... laat uiteindelijk mij beslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	54,5	24,0	1,2
..... neemt mij altijd serieus	71,9	12,6	0
..... geeft uitleg over de werking van de medicijnen die worden voorgeschreven	50,9	21,0	6,0
..... kent mijn problemen goed	61,1	20,4	1,8

Om te kijken of de door de patiënten ervaren kwaliteit van zorg in de loop van de tijd verbeterd is, is er een factoranalyse gedaan op de eerste set uitspraken (is de patiënt het met de uitspraken eens). Hier komt één factor 'kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg' uit met een Cronbach's α van 0,82. De somscore van deze factor is in een regressie analyse afgezet tegen de periode waarin de patiënt geregistreerd is. Hieruit kan geen significante verbetering van de kwaliteit van zorg geconcludeerd worden (zie bijlagen).

Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg kent verschillende aspecten. Zo is onderscheid te maken in continuïteit in de persoon (het over een langere periode bezoeken van dezelfde wijkverpleegkundige), in de zorg (het binnen een bepaalde ziekteperiode zien van dezelfde wijkverpleegkundige) en in de tijd (de wijkverpleegkundige is voor langere tijd beschikbaar en kent de geschiedenis van de patiënten) [16]. Met de continuïteit in de persoon is het nog niet zo goed gesteld. Patiënten hebben over het algemeen te maken met een groot aantal wijkverpleegkundigen. De grootste groep patiënten heeft de afgelopen twee maanden contact gehad met 5 tot 10 verschillende wijkverpleegkundigen (46,6%). Voor bijna 43% van de patiënten geldt dat ze contact heeft gehad met 2 tot 4 wijkverpleegkundigen. Dat patiënten te maken krijgen met 11 wijkverpleegkundigen of meer komt niet vaak voor. Redenen voor het langskomen van zoveel verschillende wijkverpleegkundigen kunnen zijn dat patiënten meerdere keren, soms drie keer, per dag en dagelijks zorg nodig hebben voor een langere periode. Daarnaast kunnen vakanties of andere piekperiodes een rol spelen (naar redenen is niet expliciet gevraagd).

Tabel 5.19 Met hoeveel wijkverpleegkundigen heeft U de afgelopen 2 maanden contact gehad?

1	wijkverpleegkundige	9	(6,1)
2-4	wijkverpleegkundigen	63	(42,6)
5-10	wijkverpleegkundigen	69	(46,6)
11	of meer wijkverpleegkundigen	7	(4,7)

De gegevens in tabel 5.20 geven een beeld van de continuïteit van de zorg, behalve stelling k) die ook weer de continuïteit van de persoon tot onderwerp heeft. De stellingen waarvan de antwoorden worden gepresenteerd in deze tabel zijn vrij eenduidig ingevuld. Voor elke gepresenteerde stelling geldt dat deze voor een aantal patiënten niet van toepassing is (niet van toe-

passing, hebben mensen zelf ingevuld). De patiënten waarvoor de stellingen wel van toepassing zijn, zijn het over het algemeen helemaal eens of helemaal niet eens met de stelling. In de tabel is het absoluut aantal patiënten vermeld. Over het aspect continuïteit van de zorg zijn de patiënten meer tevreden.

Tabel 5.20 De volgende vragen vult U in voor de **wijkverpleegkundige** waarmee U het **meest** te maken heeft of heeft gehad. Als een vraag niet op Uw situatie van toepassing is, kunt U dit aangeven door het hokje **nvt** aan te kruisen.

	nee <-----> ja	nvt
a De wijkverpleegkundige gaf mij de hulp die ik nodig vond	1--0--2--6--138	7
b Toen mijn situatie veranderde, paste de wijkverpleegkundige, zo nodig, de hulp aan	5--0--1--2--88	50
c De wijkverpleegkundige hield zich aan de afgesproken tijd	9--1--13--16--108	5
d De wijkverpleegkundige heeft zonder reden een afspraak afgezegd	117--0--0--1--4	25
e De wijkverpleegkundige zelf was telefonisch bereikbaar	26--1--5--5--79	25
f De hulp van de wijkverpleegkundige sloot goed aan bij de hulp van de andere wijkverpleegkundigen	2--1--3--10--88	43
g De wijkverpleegkundige werkte goed met andere hulpverleners samen	3--1--1--8--75	56
h Bij afwezigheid van de wijkverpleegkundige was er een vervanger aanwezig	4--0--2--6--116	26
i De wijkverpleegkundige gaf haar vervanger voldoende informatie over mijn situatie	3--0--6--7--112	21
j De adviezen van de wijkverpleegkundige waren strijdig met adviezen van een andere hulpverlener	96--0--0--1--4	51
k Ik kreeg hulp van teveel verschillende wijkverpleegkundigen	74--6--9--5--30	26
l Toen ik een afspraak met de wijkverpleegkundige wilde verzetten, kon ik snel een nieuwe afspraak krijgen	4--0--3--2--51	88
m De wijkverpleegkundige kwam op een voor mij geschikt tijdstip	7--1--7--10--120	6
n De wijkverpleegkundige en de huisarts zijn op de hoogte van elkaars zorg voor de patiënt	8--3--3--3--109	18
o De wijkverpleegkundige en de huisarts stemmen hun zorg voor de patiënt op elkaar af	6--2--5--6--87	36

Uit de tabel blijkt dat individuele afspraken tussen wijkverpleegkundige en patiënt geen problemen opleveren (zie bijvoorbeeld stelling c, d, l, m). Ook de samenwerking met de huisarts verloopt volgens de patiënten goed (stelling n en o). De afstemming van de hulp van wijkverpleeg-

kundigen met die van vervangers wordt, voorzover patiënten dat kunnen beoordelen, ook positief beoordeeld (stelling f tot en met j). Twee aspecten waar wat meer patiënten iets minder positief over waren zijn de telefonische bereikbaarheid van de wijkverpleegkundigen en het aantal verschillende wijkverpleegkundigen waar de patiënt mee te maken krijgt.

Ook voor de vraag die wordt gepresenteerd in tabel 5.21 geldt dat de patiënten het onderling met elkaar eens zijn. Behalve voor stelling i ('ik had steeds met dezelfde contactpersoon bij de thuiszorg-organisatie te maken') geldt dat de patiënten de thuiszorg-organisatie op een positieve manier beoordelen. Het aantal uren hulp was voldoende, de thuiszorg-organisatie was goed bereikbaar, vervanging werd goed geregeld. De stelling over de eigen bijdragen konden veel patiënten niet beantwoorden (11x), omdat de eigen bijdrage nog niet bij hen bekend was.

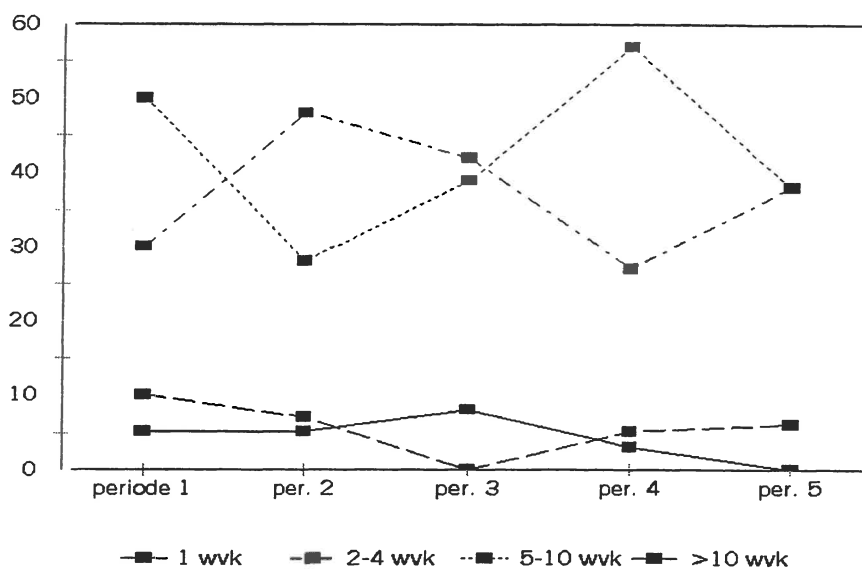
Tabel 5.21 Onderstaande vragen vult U in voor de **thuiszorgorganisatie** waar de wijkverpleegkundige werkt voor wie U de vorige vragen heeft ingevuld (de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land).

	nee <-----> ja	nvt
a De thuiszorgorganisatie gaf mij minder uren hulp dan ik nodig vond	93—2—1—1—4	34
b Toen mijn situatie veranderde, paste de thuiszorgorganisatie, zo nodig, het aantal uren hulp aan	8—0—1—3—51	71
c In dringende gevallen kon ik zeer snel hulp krijgen van de thuiszorgorganisatie	4—1—2—4—69	54
d De thuiszorgorganisatie was telefonisch bereikbaar	3—0—2—1—112	16
e Bij afwezigheid van de wijkverpleegkundige, zorgde de thuiszorgorganisatie voor een vervangster	4—0—0—1—81	41
f De thuiszorgorganisatie gaf de vervangster voldoende informatie over mijn situatie	5—0—3—4—81	41
g Ik stond in de laatste 6 maanden te lang op de wachtlijst voor hulp van de thuiszorgorganisatie	59—1—0—0—4	70
h De eigen bijdrage voor de hulp via de thuiszorgorganisatie was te hoog	58—4—4—0—5	46
i Ik had steeds met dezelfde contactpersoon bij de thuiszorgorganisatie te maken	27—3—2—4—62	31

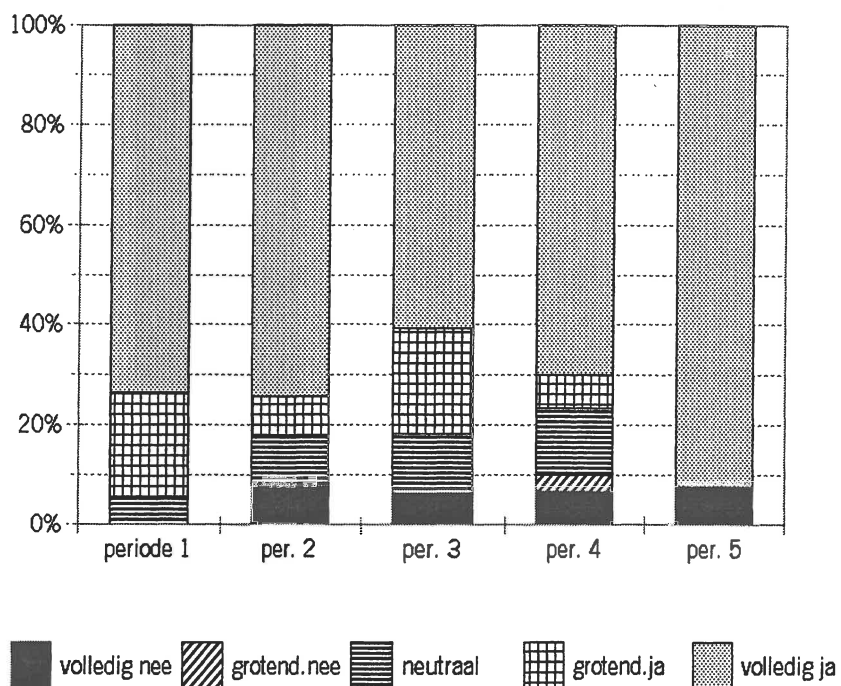
Om te kijken of er veranderingen zijn opgetreden in de continuïteit van de persoon zijn een aantal gegevens afgezet tegen de periode waarin de patiënten geregistreerd zijn. Figuur 5.9 geeft het aantal wijkverpleegkundigen waar de patiënten in de afgelopen maanden contact mee hebben gehad afgezet tegen de periode van insluiting van de patiënt in de registratie. Patiënten die maar met 1 of juist met meer dan 10 wijkverpleegkundigen te maken hebben, zijn er maar weinig en dat is ook niet veranderd in de loop van de tijd. Het is echter ook niet zo dat patiënten in de loop van de tijd met minder verschillende wijkverpleegkundigen te maken hebben gehad. Het percentage patiënten dat van 5 tot 10 wijkverpleegkundigen hulp kreeg is in de eerste vier periodes juist gestegen. Om de significantie van een eventuele stijging in het aantal wijkverpleegkundigen te toetsen, zijn de categorieën '1 wijkverpleegkundige' en '2-4 wijkverpleegkundigen' bij elkaar genomen evenals '5-10 wijkverpleegkundigen' en '11 of meer wijkverpleegkundigen'. De twee nieuwe categorieën zijn in een logistisch regressie samengebracht met de onafhankelijke variabele 'periode' (zie bijlagen). Hieruit bleek geen significante stijging van

het aantal wijkverpleegkundigen waarmee de patiënt contact heeft gehad in de loop van de tijd.

Figuur 5.9 Percentage patiënten dat met een bepaald aantal verschillende wijkverpleegkundigen contact heeft gehad per periode van insluiting in de registratie van nieuwe patiënten



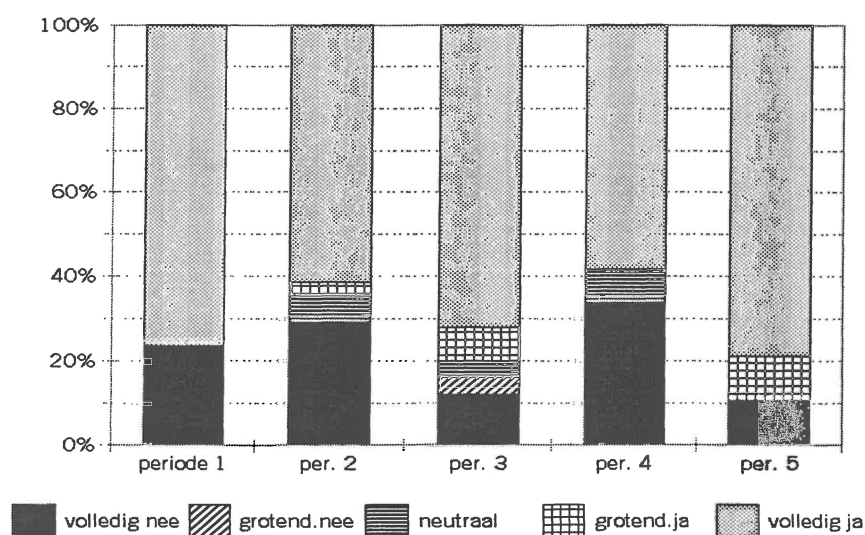
Figuur 5.10 Percentage patiënten dat van mening was dat de wijkverpleegkundige zich wel of juist niet aan de afgesproken tijd hield



De figuren 5.10, 5.11, 5.12 en 5.13 geven een ontwikkeling in de tijd weer van die stellingen uit de tabellen 5.20 en 5.21 die niet geheel eenduidig werden ingevuld, dat wil zeggen die stellingen waar minder dan 75% van de antwoorden in één categorie vielen. Er wordt juist naar die stellingen gekeken, omdat daar variatie in zit en er daar dus ook eventuele veranderingen in de tijd te verwachten zijn.

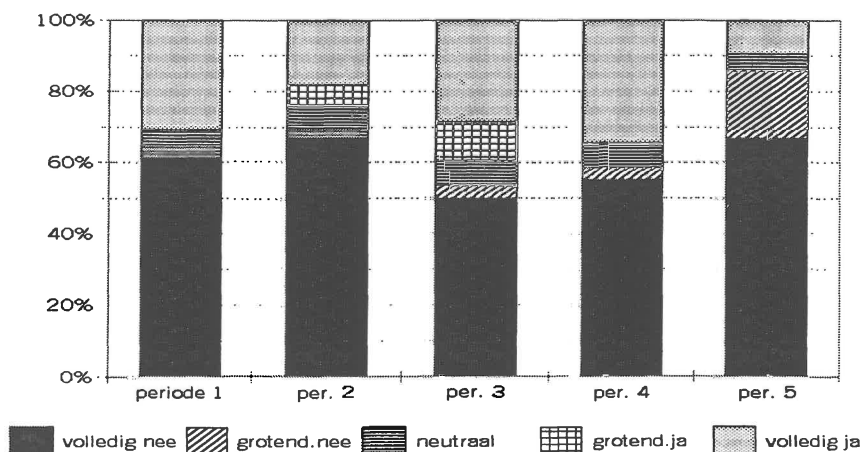
Uit deze figuur blijkt dat het relatief aantal patiënten dat van mening was dat de wijkverpleegkundige zich goed aan de afgesproken tijd hield na een daling in perioden 2, 3 en 4 weer iets is toegenomen in de laatste periode.

Figuur 5.11 Percentage patiënten dat van mening was dat de wijkverpleegkundige zelf telefonisch wel of juist niet bereikbaar was



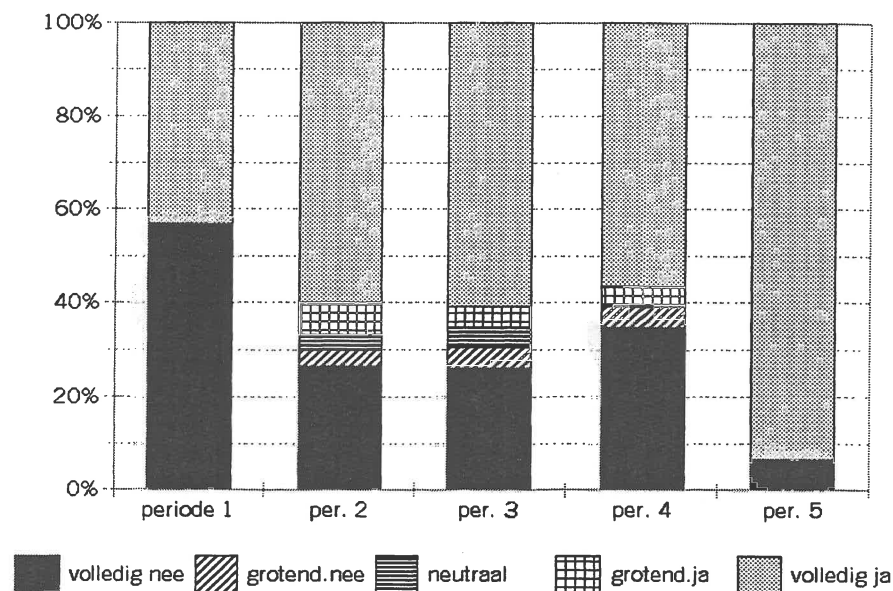
Figuur 5.11 laat zien dat het aantal patiënten dat van mening is dat de wijkverpleegkundige wel zelf bereikbaar was schommelt in de verschillende periodes. In de perioden 2 en 4 waren minder patiënten deze mening toegedaan dan in de drie andere periodes.

Figuur 5.12 Percentage patiënten dat van mening is dat zij wel of juist niet van teveel verschillende wijkverpleegkundigen hulp kreeg



Uit bovenstaande figuur 5.12 blijkt dat het aantal patiënten dat vindt dat zij van teveel verschillende wijkverpleegkundigen hulp hebben gekregen in periode 3 toeneemt, maar in periode 4 en 5 weer afneemt. Deze uitkomst geeft toch een iets ander beeld dan de uitkomst uit figuur 4.1 waaruit bleek dat het aantal verschillende wijkverpleegkundigen waarmee de patiënt contact heeft niet echt is gedaald gedurende de vijf periodes.

Figuur 5.13 Percentage patiënten dat wel of juist niet steeds met dezelfde contactpersoon bij de thuiszorgorganisatie te maken hebben gehad



De figuur 5.13 geeft een wisselend beeld, waarin het aantal patiënten dat steeds met dezelfde persoon bij de thuiszorg te maken heeft in periode 5 sterk toeneemt.

De stellingen uit tabel 5.20 (met betrekking tot de wijkverpleegkundige) zijn bijeen gebracht in een factoranalyse. Hieruit kwam één factor naar voren die omschreven zou kunnen worden als 'aansluiting van het werk van de wijkverpleegkundige op het werk van andere hulpverleners' (Cronbach's α 0,92). De somscore van deze factor is in een lineaire regressieanalyse gebracht met de periode van registratie van de patiënt, maar hieruit bleek geen significante verbetering uit in de continuïteit van de zorg. Dezelfde procedure is uitgevoerd voor de stellingen uit tabel 5.21 (met betrekking tot de thuiszorgorganisatie). Ook hier kwam na factoranalyse één factor naar voren (α 0,87). Ook hier werd geen significante verbetering in de continuïteit gevonden na regressie analyse (zie bijlagen).

5.4 Conclusie

Profilering van de wijkverpleging/bekendheid met de verpleegkundige praktijken

De patiënten zijn goed op de hoogte van de rol die de wijkverpleegkundige speelt in de zorg aan de patiënt ten opzichte van de andere hulpverleners. Bijna elke patiënt weet de wijkverpleegkundige te vinden en de patiënten blijken goed te kunnen inschatten welke soorten zorg de wijkverpleegkundige allemaal kan leveren. Wel is het zo dat de patiënten de wijkverpleegkundigen nog vooral de traditioneel wijkverpleegkundige taken toedichten. Patiënten die in een latere periode in zorg zijn gekomen bij de wijkverpleging denken bij meer medisch technische taken ook niet vaker aan de wijkverpleegkundige dan aan de huisarts.

Chronisch zieken zo vroeg mogelijk in zorg bij de wijkverpleging

Hoewel patiënten aan een ziekte of aandoening lijden die wijkverpleegkundige zorg nodig maakt, ervaren zij in het algemeen hun gezondheid als goed. De ervaren gezondheid van patiënten die zorg ontvangen als nazorg na het ziekenhuis is wel beter dan die van patiënten die zorg ontvangen vanwege een chronisch ziekte. De meeste patiënten zijn wel beperkt in de hoeveelheid energie die ze hebben en in hun activiteiten. Ondanks het redelijk positieve beeld dat de patiënten van hun gezondheidstoestand schetsen, is het aantal patiënten dat hun gezondheid als 'goed' beoordeeld niet significant gestegen. Ook is het aantal patiënten dat belemmerd is in hun bezigheden niet significant gedaald. Op basis van deze uitkomsten kan dus nog niet geconcludeerd worden dat nieuwe patiënten in een eerdere fase van hun aandoening bij de wijkverpleegkundige in zorg komen. Evenmin treedt in de loop van de tijd een verandering op in het aantal maanden geleden dat nieuwe patiënten gediagnosticeerd zijn.

Het percentage chronisch zieken in zorg van de wijkverpleging is in de loop van de tijd niet gestegen en het is ook niet zo dat de chronisch zieken die in een latere periode in zorg kwamen al langer aan hun chronische aandoening lijden. Wijkverpleegkundigen krijgen chronisch zieken dus vooralsnog niet eerder in zorg.

Kwaliteit en continuïteit van zorg

Met de kwaliteit van de zorg die de wijkverpleegkundige levert zit het wat de patiënten betreft wel goed. De wijkverpleegkundige stelt zich voldoende open op naar de patiënt en bezit de eigenschappen die de patiënt graag wil zien. Bepaald gedrag of bepaalde eigenschappen die de wijkverpleegkundige volgens de patiënt minder vaak laat zien, worden door de patiënt ook minder belangrijk gevonden. Patiënten die in een latere periode in zorg kwamen, vinden de kwaliteit van zorg echter niet beter dan de patiënten die hen voorgingen.

Ook de continuïteit van de zorg die door de wijkverpleegkundige en de thuiszorg geleverd wordt, wordt overwegend positief beoordeeld. De enige punten in de zorg die problemen opleveren, zijn het grote aantal verschillende wijkverpleegkundigen waarmee de patiënt te maken heeft, de wisselende contactpersonen bij de thuiszorgorganisatie en de telefonische bereikbaarheid van de wijkverpleegkundigen. Net als voor de kwaliteit van zorg geldt voor de continuïteit van zorg dat deze in de loop van de tijd niet significant is verbeterd.

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

6.1 Inleiding

In dit rapport is verslag gelegd van een evaluatie-onderzoek naar de opzet van zes zogeheten verpleegkundige praktijken in het werkgebied van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land. In deze praktijken vullen wijkverpleegkundigen met een grote mate van zelfstandigheid hun werkzaamheden in. De teams bestaan uitsluitend uit verpleegkundigen van het hoogste deskundigheidsniveau (niveau 5). Ziekenverzorgenden maken geen deel uit van de verpleegkundige praktijken, maar vormen samen met gezinsverzorgenden hun eigen teams. De werkgebieden van de verpleegkundige praktijken komen overeen met de werkgebieden van de huisartsengroepen in de regio. De wijkverpleegkundigen in dit project kunnen samen met de huisartsen bepalen welke taken zij uitvoeren. Een doel daarbij is dat de verpleegkundigen zich naast de traditionele wijkverpleegkundige taken ook zullen richten op het ontwikkelen van een meer zelfstandige praktijkvoering.

Opzet van het onderzoek

Het onderzoek heeft zich niet gericht op een experimentele interventie waarvan het effect volgens de welomschreven regels van een *randomized controlled trial* en met behulp van harde effectmaten kan worden vastgesteld. De 'interventie' draagt in dit geval veel meer het karakter van een demonstratieproject: een relatief kleinschalige verandering in de manier waarop de organisatie van wijkverpleegkundige zorg is opgezet, die min of meer geleidelijk wordt geïmplementeerd in een lokale setting. In het evaluatie-onderzoek ligt de nadruk daarom niet op het produceren van harde, generaliseerbare gegevens ten aanzien van de effecten van de 'interventie', maar op het beschrijven van de wijze waarop de implementatie van verpleegkundige praktijken in zijn werk gaat en de lering die daaruit getrokken kan worden (zowel voor het demonstratieproject zelf als voor anderen in Nederland die een soortgelijk project willen opzetten). Om die reden is in het onderzoek wel gewerkt met voor- en nametingen, respectievelijk continue metingen, maar niet met een controlegroep. Het gaat erom goed te beschrijven wat er in het project gebeurt (procesevaluatie) en hoe de kwaliteit en continuïteit van zorg zich tijdens de implementatie van de verpleegkundige praktijken ontwikkelt (effectevaluatie). Vergelijking met een controlegroep is weinig zinvol omdat het aantal observaties in de 'experimentele' groep te klein is (uiteindelijk gaat het om slechts 6 praktijken) om voldoende statistische power te bereiken. Dat toch van een 'effectevaluatie' wordt gesproken, is om de uitkomsten van het project op patiëntniveau te onderscheiden van de uitkomsten op het niveau van hulpverleners. Het opzetten van verpleegkundige praktijken afgestemd op werkgebieden van huisartsengroepen en uitsluitend bestaande uit verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau is een randvoorwaarde voor een betere profilering van de wijkverpleging en een betere samenwerking met huisartsen en instellingen (proces). Dat moet op zijn beurt uitmonden in een betere kwaliteit en continuïteit van zorg (effect).

De evaluatie van het project verpleegkundige praktijken is opgezet volgens het model voor programma-evaluatie van Stake [7]. Evaluatie volgens dit model houdt in dat de interventie (in dit geval de ontwikkeling van verpleegkundige praktijken) wordt omschreven in termen van vooraf geplande doelstellingen, middelen en condities (het geplande programma). Dit geplande programma wordt vervolgens vergeleken met de werkelijk bereikte doelstellingen, ingezette middelen en opgetreden condities (het gerealiseerde programma).

Het hoofddoel van het project 'verpleegkundige praktijken' is geformuleerd als 'te komen tot betere kwaliteit van zorg wat voor de regionale thuiszorg resulteert in een betere profilering van de verpleging en voor haar patiënten in een betere kwaliteit van leven'. Daarvan is de volgende onderzoeksvraag afgeleid (effectevaluatie):

1. *In hoeverre worden de geplande doelen van het project ook werkelijk bereikt? Met andere woorden: leidt het opzetten van de verpleegkundige praktijken tot a) een betere kwaliteit van zorg en b) profilering van de verpleging?*

De geplande middelen die moeten leiden tot het bereiken van dat doel zijn: een deskundig aanbod van zorgverlening, goede relaties en netwerken met andere disciplines, samenwerking met andere disciplines, het opstellen van zorgprogramma's, het ontwikkelen van bijzondere zorg (overname taken van huisartsen), het ontwikkelen van een zelfstandige praktijkvoering, het inzetten van extra menskracht voor zorg aan chronisch zieken en het zo vroeg mogelijk in zorg krijgen van patiënten met een chronische aandoening. De tweede onderzoeksvraag (proces-evaluatie) is daarvan afgeleid:

2. *In hoeverre worden de geplande middelen ook werkelijk ingezet? Met andere woorden wordt/worden*
 - . *gewerkt aan deskundigheidsbevordering van de verpleegkundigen?*
 - . *een verbetering aangebracht in de relaties en netwerken?*
 - . *de samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen, verpleeg-/verzorgingshuizen en praktijkverpleegkundigen verbeterd?*
 - . *zorgprogramma's opgesteld?*
 - . *bijzondere zorg ontwikkeld?*
 - . *door praktijkverpleegkundigen een zelfstandige praktijkvoering ontwikkeld?*
 - . *extra menskracht ingezet voor de begeleiding van chronisch zieken?*
 - . *bereikt dat chronisch zieken zo vroeg mogelijk in zorg komen bij de praktijkverpleegkundigen?*

Tenslotte is een aantal expliciete *condities* geformuleerd voor het welslagen van het project. Deze condities zijn een verhoging van de verpleegkundige bezetting, een verbetering van de organisatie van het werk, het maken van een taakverdeling binnen en tussen praktijken, het organiseren van een verwijssysteem, het regelen van financiering, het opstellen van een jaarwerkplan, het opzetten van een registratie en een actieve benadering van verwijzers en potentiële cliënten. De derde onderzoeksvraag (procesevaluatie) luidt

3. *Hoe verloopt de implementatie van het project en welke belemmerende en bevorderende factoren (condities) zijn daarop van invloed?*

De meetinstrumenten die in dit onderzoek zijn gebruikt om de vragen te beantwoorden zijn:

- Interviews met 15 wijkverpleegkundigen die in de dagzorg van de verpleegkundige praktijken werken en interviews met twee vertegenwoordigers van de Regionale Thuiszorgorganisatie Oude en Nieuwe Land te Steenwijk (managers verpleegkundige praktijken), waarin is ingegaan op de mate waarin de geplande middelen ook werkelijk zijn ingezet en de geplande condities ook werkelijk zijn opgetreden.
- Interviews met zes huisartsen die optreden als vertegenwoordigers van de huisartsengroepen, eveneens over ingezette middelen en opgetreden condities.
- Schriftelijke vragenlijsten onder alle wijkverpleegkundigen in de dagzorg (voormeting n=16, nameting n=13), huisartsen (voormeting n=29, nameting n=20) en vertegenwoordigers van ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen (voormeting n=11, nameting n=10) waarin is ingegaan op samenwerking, overleg en taakverdeling.
- Continue registratie van nieuw in zorg gekomen patiënten (n=242), hun aandoening en de aard van de zorg die zij ontvangen.
- Schriftelijke vragenlijst onder deze nieuw in zorg gekomen patiënten (respons: n=167) waarin vragen zijn gesteld over de bekendheid van de wijkverpleging, kwaliteit en continuïteit van zorg, de ervaren gezondheid en beperkingen, en de duur van de (chronische) aandoening.

6.2 Procesevaluatie

Uit de interviews met wijkverpleegkundigen en praktijkcoördinatoren is gebleken dat de implementatie van het project waarbij de wijkverpleegkundigen als zelfstandige eenheden zijn gaan werken in verpleegkundige praktijken heel wat voeten in de aarde heeft gehad. Voor de wijkverpleegkundigen is er veel veranderd. In het algemeen zijn zij van mening dat het werk goed verloopt, met name door betere communicatie en overleg. Maar de veranderingen die zijn opgetreden (de scheiding van de wijkverpleging en ziekenverzorging, het zelf organiseren van de 24-uurs zorg, de nieuwe verwachtingen die de thuiszorgorganisatie van de wijkverpleegkundigen heeft) worden als ingrijpend ervaren. De geïnterviewden zijn van mening dat het veranderingsproces niet altijd soepel is verlopen. De begeleiding was volgens de wijkverpleegkundigen ontoereikend en stroef, de contacten met verwijzers waren niet altijd goed en de werkdruk is gestegen. Daarentegen zeggen zij dat in de nieuwe situatie wel veel beter overleg plaatsvindt, met name binnen de 24-uurs zorgteams, en dat de overdracht beter is geregeld. Hieronder wordt op de diverse geplande middelen nader ingegaan.

Deskundigheidsbevordering van de wijkverpleegkundigen?

Een deskundig aanbod van zorgverlening wordt gegarandeerd door het hoogste verpleegkundige niveau als basisdeskundigheid te eisen. Uit de interviews met wijkverpleegkundigen en praktijkcoördinatoren is bovendien gebleken dat van elke wijkverpleegkundige wordt verwacht dat zij zich taken die als specialisatie worden gezien, maar die vaak voorkomen, eigen maakt, met behulp van (interne) scholing.

Relaties en netwerken, samenwerking

Door de afstemming van doelpopulaties zou het aantal wijkverpleegkundigen waarmee huisartsen te maken hebben en -omgekeerd- het aantal huisartsen waarmee wijkverpleegkundigen te maken hebben, moeten dalen. Bovendien praten beide partijen in dat geval over dezelfde, gedeelde patiëntenpopulatie. Dit kan worden gezien als een randvoorwaarde voor het verbeteren van overleg en samenwerking.

Opvallend is dat de huisartsen door de thuiszorg wel zijn ingelicht over de plannen met betrekking tot de verpleegkundige praktijken, maar dat de betrokkenheid gering was. Volgens de geïnterviewde huisartsen was van inspraak was geen sprake omdat de plannen al klaar waren toen ze gepresenteerd werden.

Uit de enquêtes onder huisartsen en wijkverpleegkundigen is gebleken dat het aantal verschillende wijkverpleegkundigen waar de huisarts mee te maken heeft inderdaad is gedaald na invoering van de verpleegkundige praktijken, evenals het aantal verschillende huisartsen waar de wijkverpleegkundigen mee te maken hebben. Het overleg tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen is volgens beiden echter niet veel frequenter geworden. Evenmin is het karakter van de samenwerking veel veranderd. In de nieuwe situatie wordt niet meer overleg gevoerd voorafgaand aan de zorgverlening of gewerkt vanuit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. De huisartsen en wijkverpleegkundigen vinden dat ze goed bij elkaar terecht kunnen, maar de relatie is op zich niet veel veranderd. Over het algemeen verloopt de samenwerking goed. Dat blijkt ook uit de interviews met huisartsen. Uit de interviews kwam tevens naar voren dat huisartsen de procedures rond de aanmelding van patiënten niet verbeterd vinden. Dat heeft te maken met de instelling van de Regionale Indicatie Organen; een verandering die vrijwel gelijktijdig plaatsvond met de introductie van de verpleegkundige praktijken en misschien om die reden door huisartsen moeilijk los van het hier geëvalueerde project kan worden gezien. Volgens de geïnterviewde wijkverpleegkundigen is het belangrijk om bij samenwerkingspartners meer vertrouwen te kweken in het werk van de wijkverpleegkundigen en de verpleegkundige praktijken. Hoe meer projecten er plaatsvinden waarin de wijkverpleegkundigen kunnen laten zien wat ze waard zijn, des te meer vertrouwen verwijzers krijgen en des te meer de wijkverpleegkundigen als samenwerkingspartner zullen worden gezien.

Met name uit de interviews met wijkverpleegkundigen en praktijkcoördinatoren is gebleken dat de organisatie van het werk in de teams in de verpleegkundige praktijken meer tijd heeft gekost

dan gepland en dat dit ten koste is gegaan van het ontwikkelen van nieuwe taken en het opbouwen van samenwerkingsrelaties. De wijkverpleegkundigen zijn in de ogen van de huisartsen nog steeds 'wijkzusters' en geen 'praktijkverpleegkundigen'. Door consequent te laten zien dat de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken een meerwaarde hebben ten opzichte van de wijkverpleegkundigen in de oude werksituatie zou dit beeld langzamerhand kunnen veranderen.

Het aantal wijkverpleegkundigen waarmee de geënquêteerde instellingen te maken hebben is niet echt veranderd sinds de start van de verpleegkundige praktijken. Dat viel ook niet te verwachten omdat de werkgebieden van instellingen nu eenmaal groter zijn dan de werkgebieden van verpleegkundige praktijken. Afstemming van doelpopulaties lost hier dus niet veel op. De overlegfrequentie is volgens de instellingen iets hoger geworden (er zijn meer instellingen die nu structureel overleg voeren met de wijkverpleging). De relatie met de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land en de samenwerking zijn volgens de instellingen echter niet veel verbeterd. Van een actievere opstelling van de thuiszorgorganisatie is volgens de geënquêteerde instellingen (nog) geen sprake.

Het opstellen van zorgprogramma's

Met het opstellen van zorgprogramma's, waarin staat wat de inhoud van bepaalde zorgpakketten moet zijn, wordt volgens de geïnterviewde wijkverpleegkundigen een begin gemaakt. Het kost veel extra tijd om zorgprogramma's te maken en die was er in de beginperiode nog niet.

Het ontwikkelen van bijzondere zorg

Bijzondere zorg bestaat uit taken die tot het gebied van de huisarts gerekend worden, maar die voorheen geen speciale aandacht kregen, bijvoorbeeld preventieve taken ten behoeve van chronisch zieken. Het ontwikkelen van bijzondere zorg kost echter, evenals de zorgprogramma's, veel extra tijd en die was er volgens de geïnterviewde wijkverpleegkundigen in de beginperiode niet. Er zijn wel wat initiatieven gestart op het gebied van de bijzondere zorg, zoals een diabestesspreekuur in het ziekenhuis.

Zelfstandige praktijkvoering wijkverpleegkundigen

Uit de takenlijsten die in de enquête uit de nameting aan wijkverpleegkundigen en huisartsen zijn vorgelegd, blijkt dat er verschuivingen zijn opgetreden in het takenpakket van beiden. De huisartsen hebben aangegeven dat er verschuivingen zijn opgetreden van taken die de huisartsen voor de introductie van de verpleegkundige praktijken altijd uitvoerden en die nu gezamenlijk met de wijkverpleegkundigen worden gedaan. Een kwart van de geënquêteerde huisartsen zegt dat zij daardoor meer tijd over houden. Uit de interviews met huisartsen kwam echter ook naar voren dat de introductie van verpleegkundige praktijken huisartsen tijd kost: twee huisartsen gaven aan dat zij sinds de scheiding van wijkverpleging en ziekenverzorging vaker door ziekenverzoekers om advies worden gevraagd.

Volgens de geënquêteerde wijkverpleegkundigen hebben zij bepaalde taken sinds de introductie van verpleegkundige praktijken volledig van de huisartsen overgenomen. Daarbij gaat het volgens de wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld om het bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten, het geven van voorlichting en het begeleiden van chronisch zieke patiënten.

Desgevraagd ziet de helft van de geënquêteerde huisartsen een rol weggelegd voor de wijkverpleegkundigen bij de zorg aan chronisch zieken. Huisartsen zeggen ook bereid te zijn meer chronische patiënten naar de verpleegkundige praktijken te verwijzen. Volgens de huisartsen die zijn geïnterviewd is van een structurele overname van taken door de wijkverpleegkundige echter nog geen sprake. Wel worden volgens deze huisartsen ad hoc taken overgenomen.

Er is een eerste stap gezet naar een zelfstandige praktijkvoering van wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken. Van een zelfstandige praktijkvoering in de zin van het doen van verschillende spreekuren voor doelgroepen is echter nog geen sprake, zo blijkt uit de enquête onder wijkverpleegkundigen.

Extra menskracht voor de begeleiding van chronisch zieken?

De geïnterviewde wijkverpleegkundigen zijn het er onderling niet over eens of de groep chronisch zieke patiënten in zorg van de verpleegkundige praktijken groter zal worden. Enerzijds worden chronisch zieken sneller overgedragen aan het team ziekenverzoekers, waardoor hun aantal niet toeneemt. Anderzijds blijven mensen langer thuis wonen en komen ze eerder uit het ziekenhuis naar huis waar ze steeds intensievere zorg kunnen krijgen, waardoor de vraag naar zorg van het eerste deskundigheidsniveau wel toeneemt. Extra menskracht voor chronisch ziekenzorg is er volgens de geïnterviewden nu nog niet. Er zijn wel mogelijkheden voor in de toekomst.

Chronisch zieken eerder in zorg

Of chronisch zieken eerder in zorg van de wijkverpleging zijn gekomen na introductie van de verpleegkundige praktijken is onderzocht door in de enquêtes onder nieuwe patiënten vragen te stellen over hun algemene gezondheidstoestand, over ervaren beperkingen en over de tijd die verstreken is sinds zij voor het eerst met hun klachten of aandoening de huisarts hebben bezocht. 'Eerder' in zorg komen is dus geoperationaliseerd in termen van tijd (hoe lang lijdt iemand al aan een aandoening) en in termen van het verloop van een aandoening. Daarbij geldt als impliciete aanname dat veel aandoeningen een progressief verloop kennen en dat naarmate mensen eerder in zorg komen, zij minder beperkingen ervaren en zich minder ziek voelen.

De algemene gezondheidstoestand van de geënquêteerde patiënten is relatief goed. De meeste patiënten ervaren wel beperkingen in de hoeveelheid energie die ze hebben en in hun activiteiten. Ondanks het redelijk positieve beeld dat de patiënten van hun gezondheidstoestand schetsen, is het aantal patiënten dat hun gezondheid als 'goed' beoordeeld in de loop van de tijd niet significant gestegen. Ook is het aantal patiënten dat beperkingen ervaart gedurende de meetperiode niet significant gedaald. Evenmin is het zo dat de chronisch zieken die later tijdens de meetperiode in zorg kwamen minder lang aan hun chronische aandoening lijdten. Wijkverpleegkundigen lijken chronisch zieke patiënten dus niet eerder in zorg te krijgen dan voor de introductie van verpleegkundige patiënten.

Belemmerende en bevorderende factoren

Uit de interviews met wijkverpleegkundigen en praktijkcoördinatoren is gebleken dat aan de condities die belangrijk zijn voor het welslagen van het project gedeeltelijk is voldaan. De verpleegkundige bezetting is in aantal uren uitgebreid, de planning van het werk binnen de teams verloopt goed en acute, complexe hulpvragen kan men (net) aan. Tevens is er een taakverdeling tussen en binnen de verpleegkundige praktijken gemaakt waarbij men ook gebruik kan maken van elkaars deskundigheid. Condities waar nog niet aan voldaan wordt liggen vooral op administratief en beleidsmatig gebied. Zo is er nog geen eenduidige financiering voor het werk dat in de verpleegkundige praktijken gedaan wordt en er is nog geen jaarwerkplan of nieuwe registratie van gegevens. Daarnaast wordt er volgens de geïnterviewden nog weinig aan een actieve benadering van verwijzers en met name potentiële cliënten gedaan.

6.3 Effectevaluatie

Profilering van de wijkverpleging / bekendheid met de verpleegkundige praktijken

Uit de enquête in de nameting is gebleken dat de huisartsen inmiddels goed op de hoogte waren van de verpleegkundige praktijken en het werk van de wijkverpleegkundigen. Desondanks doen zij nog niet sneller een beroep op de wijkverpleegkundigen. Wel hebben zij vertrouwen in de zorg die de wijkverpleegkundigen geven.

In tegenstelling tot de huisartsen hebben de geënquêteerde instellingen aangegeven dat de bekendheid met de wijkverpleegkundigen nog niet veel verbeterd is sinds de start van de verpleegkundige praktijken. Slechts de helft van de instellingen zegt dat zij de weg naar de verpleegkundige praktijken goed weet te vinden.

Ook in de enquêtes onder nieuw in zorg gekomen patiënten is gevraagd naar de bekendheid met het werk en de mogelijkheden van de wijkverpleegkundigen. Hieruit blijkt dat de patiënten

goed op de hoogte zijn van de rol die de wijkverpleegkundige speelt in de zorg aan de patiënt ten opzichte van de andere hulpverleners. Bijna elke patiënt weet de wijkverpleegkundige te vinden en de patiënten blijken goed te kunnen inschatten welke soorten zorg de wijkverpleegkundige allemaal kan leveren. Wel is het zo dat de patiënten de wijkverpleegkundigen nog vooral de traditioneel wijkverpleegkundige taken toedichten. Patiënten die op een latere moment in zorg zijn gekomen bij de wijkverpleging denken bij medisch technische taken ook niet vaker aan de wijkverpleegkundige dan aan de huisarts. Naarmate de verpleegkundige praktijken langer functioneren gaan patiënten dus niet anders aankijken tegen het werk, de rol en de taken van de wijkverpleegkundigen.

Kwaliteit en continuïteit van zorg

In de enquêtes is aan huisartsen, instellingen en wijkverpleegkundigen zelf zowel in de voormeting als in de nameting gevraagd om aan de hand van een aantal stellingen een uitspraak te doen over het verwachte, respectievelijk gerealiseerde effect van de verpleegkundige praktijken op het werk en de werkbelasting van de huisarts, op de samenwerking en op kwaliteit en coördinatie van zorg. De stellingen schetsten een soort ideale situatie van de rol van de wijkverpleegkundigen en de verpleegkundige praktijken in de zorgverlening. Voor de introductie van de verpleegkundige praktijken waren bij alle partijen (huisartsen, instellingen en wijkverpleegkundigen) de verwachtingen relatief hooggespannen. Tijdens de nameting kwam men daarvan toch wat terug. Wijkverpleegkundigen waren het bijvoorbeeld minder eens met de stelling dat de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken met name taken verricht die nu blijven liggen en de stelling dat door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken huisartsen kwalitatief betere zorg leveren (meer volgens richtlijnen). Ook huisartsen zijn teruggekomen van hun aanvankelijke positieve verwachtingen.

In de enquêtes onder nieuw in zorg gekomen patiënten zijn gevalideerde instrumenten gebruikt voor het meten van de kwaliteit en continuïteit van de wijkverpleegkundige zorg. Hieruit blijkt dat patiënten in het algemeen de kwaliteit van de zorg die de wijkverpleegkundige levert als goed ervaart. De wijkverpleegkundige stelt zich voldoende open op naar de patiënt en bezit de eigenschappen die de patiënt graag wil zien. Bepaald gedrag of bepaalde eigenschappen die de wijkverpleegkundige volgens de patiënt minder vaak laat zien, worden door de patiënt ook minder belangrijk gevonden. Patiënten die op een later moment van de meetperiode in zorg kwamen, vinden de kwaliteit van zorg echter niet beter dan de patiënten die hen voorgingen. Met andere woorden, de kwaliteit is goed, maar wordt niet beter naarmate de verpleegkundige praktijken langer functioneren.

Ook de continuïteit van de zorg die door de wijkverpleegkundige en de thuiszorg geleverd wordt, wordt door de geënquêteerde patiënten overwegend positief beoordeeld. De enige punten in de zorg die problemen opleveren, zijn het grote aantal verschillende wijkverpleegkundigen waarmee de patiënt te maken heeft, de wisselende contactpersonen bij de thuiszorgorganisatie en de telefonische bereikbaarheid van de wijkverpleegkundigen. Net als voor de kwaliteit van zorg geldt echter voor de continuïteit van zorg dat deze in de loop van de tijd niet significant is verbeterd.

Huidige stand van zaken

In paragraaf 3.5 zijn een aantal punten genoemd die een korte impressie geven van de huidige stand van zaken in de verpleegkundige praktijken. Hieruit blijkt dat de huisartsen inmiddels meer toenadering zoeken tot de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken. Zij tonen interesse in samenwerking op diabetes-, ulcus cruris- en medisch technisch gebied. Het idee dat de wijkverpleegkundigen hadden bij de start van de verpleegkundige praktijken dat er meer samenwerking zou ontstaan als de huisartsen hadden kunnen zien wat de wijkverpleegkundigen waard zijn en wat zij voor de huisarts kunnen betekenen, lijkt te kloppen. De huisartsen hebben bewondering voor de kennis en kunde van de wijkverpleegkundigen, met name op het gebied van medisch technische handelingen en intensieve thuiszorg. Dit heeft een basis gelegd voor verdere samenwerking.

6.4 Discussie

Wanneer we de balans opmaken van het project verpleegkundige praktijken kunnen een aantal positieve punten worden genoemd. Als eerste kan worden geconstateerd dat het is gelukt om vorm te geven aan een zestal verpleegkundige praktijken, wier werkgebieden zijn afgestemd op de werkgebieden van eveneens zes huisartsengroepen in de regio. De doelpopulaties van huisartsen en wijkverpleging vertonen daarmee meer overlap en over en weer heeft men met minder personen te maken waarmee moet worden samengewerkt.

In de verpleegkundige praktijken geven wijkverpleegkundigen zelfstandig invulling aan hun werkzaamheden, zowel inhoudelijk als organisatorisch. Het tot stand brengen van deze decentralisatie heeft weliswaar meer tijd gekost dan aanvankelijk gepland, maar de verpleegkundige praktijken functioneren nu en er is op een aantal fronten een begin gemaakt met het overnemen van een aantal taken van de huisarts, met het nadenken over zorgprogramma's en met projecten op het gebied van bijzondere zorg. De verpleegkundige bezetting is uitgebreid en de planning van het werk binnen de teams verloopt goed. Men kan de zorgvraag aan, ook voor wat betreft acute, complexe hulpvragen.

Hoewel de verschuiving in takenpakket richting wijkverpleegkundige nog bescheiden is en in de ogen van de huisartsen vooral op ad hoc basis plaatsvindt, is toch al een kwart van de geënuquëeerde huisartsen van mening dat zij daardoor tijd overhouden. Bovendien is de kwaliteit van de geleverde zorg in de ogen van patiënten in het algemeen goed. Dat hierin in de loop van de onderzochte periode geen verdere verbetering is opgetreden, is dus misschien niet zo verwonderlijk.

Een nuancering wat betreft de gezondheidstoestand van de patiënten is hier wel op zijn plaats; het feit dat terminale patiënten niet is gevraagd deel te nemen aan het onderzoek heeft er aan bijgedragen dat de gezondheidstoestand van de patiënten over het algemeen goed bleek te zijn. Natuurlijk zijn er ook een aantal minpunten. Zo baart de continuïteit van zorg op een aantal punten zorgen. Het aantal verschillende wijkverpleegkundigen waarmee een patiënt te maken krijgt is en blijft groot. Bijna de helft van de patiënten heeft in de afgelopen twee maanden met vijf tot tien wijkverpleegkundigen contact gehad. Ook klagen patiënten over wisselende contactpersonen bij de thuiszorgorganisatie en over de telefonische bereikbaarheid van wijkverpleegkundigen. De introductie van de verpleegkundige praktijken heeft geen verandering teweeg gebracht in de waardering van patiënten voor deze aspecten.

Daarnaast kunnen we vaststellen dat weliswaar aan de randvoorwaarden voor een betere samenwerking door middel van de afstemming van doelpopulaties is voldaan, maar dat het feitelijke overleg tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen niet veel frequenter plaatsvindt en dat de aard van de samenwerking nauwelijks is veranderd. Er is geen verwijssysteem opgezet met huisartsen, verwijzers worden niet actief benaderd en wijkverpleegkundigen krijgen chronisch zieke patiënten dan ook niet in een eerder stadium van hun ziekte in zorg. Huisartsen zijn wel goed bekend met het werk van de wijkverpleegkundigen en hebben daar ook vertrouwen in, maar zij doen sinds de introductie van de verpleegkundige praktijken niet sneller een beroep op de verpleegkundigen.

Dat heeft mogelijk te maken met het feit dat huisartsen door de thuiszorg niet betrokken zijn bij de introductie van de verpleegkundige praktijken. Enerzijds is dat begrijpelijk, omdat de reorganisatie op zichzelf een puur interne aangelegenheid was. Anderzijds had het project echter duidelijk extern gerichte doelstellingen, zoals een betere profilering van de wijkverpleging, een betere samenwerking met huisartsen en instellingen en het -mede daardoor- eerder in zorg krijgen van chronisch zieke patiënten. Door feitelijk pas contact met huisartsen te zoeken op het moment dat intern de zaken op orde waren, is er nog geen verwijssysteem opgezet tussen huisartsen en wijkverpleging en zien huisartsen de wijkverpleegkundigen nog vooral in hun traditionele rol van 'wijkzuster' en minder als een 'praktijkverpleegkundige' die zelfstandig taken van de huisarts kan overnemen.

Een ontwikkeling die bijna tegelijkertijd met de start van de verpleegkundige praktijken plaatsvond, is de installatie van de Regionale Indicatie Organen (RIO's). Alle hulp die de wijkverpleegkundigen geven moet officieel geïndiceerd worden door het RIO. Voor de huisartsen betekent dit een extra (bureaucratische) stap waar veel huisartsen ontevreden over zijn. Deze ontwikkeling

heeft daarom in zekere zin een stempel gedrukt op de introductie van de verpleegkundige praktijken en de samenwerking met de wijkverpleegkundigen. Patiënten in zorg van de wijkverpleegkundigen moeten nu bovendien een eigen bijdrage betalen, wat het overnemen van taken van de huisarts door de wijkverpleegkundigen in de weg kan staan.

De ontwikkeling van de verpleegkundige praktijken heeft plaatsgevonden in een tijd waarin ook de praktijkverpleegkundige haar intrede in de huisartsenpraktijk deed. Uit eerder onderzoek is wel gebleken dat een praktijkverpleegkundige de kwaliteit van de zorg sterk kan doen verbeteren, met name door de regelmatige begeleiding van bepaalde categorieën patiënten, zoals chronisch zieken of ouderen. De werklast van de huisarts, waar de introductie van praktijkverpleegkundigen in beginsel om te doen was, verminderd echter niet zo snel. Dit heeft te maken met het overleg en de samenwerking met de verpleegkundigen dat veel tijd kost. Bovendien kost de praktische begeleiding van de praktijkverpleegkundige veel tijd (zoeken naar werkruimte, werkgeverschap, relatie met praktijkassistente). De huisartsen die geïnterviewd zijn in het onderzoek van de verpleegkundige praktijken zouden, gevraagd naar hun mening hierover, eerder kiezen voor een praktijkverpleegkundige 'van henzelf' dan hulp van wijkverpleegkundigen in dienst van de thuiszorg. Toch laat de praktijk van dit onderzoek zien dat een variant waarin gekozen wordt voor ondersteuning van wijkverpleegkundigen vanuit de thuiszorg een goede optie kan zijn, waarin resultaten geboekt kunnen worden zowel op het gebied van de kwaliteit van zorg voor patiënten als op het gebied van werklast vermindering bij de huisarts.

Het tijdsbestek van dit onderzoek is -zoals vaker het geval is- eigenlijk wat te kort geweest om de volle uitwerking van de veranderende organisatie van zorg te kunnen vastleggen. Al met al kan echter, zeker na kennis genomen te hebben van de huidige stand van zaken, worden geconcludeerd dat de verpleegkundige praktijken, na een wat aarzelende start, nu goed op weg zijn.

Op basis van het voorgaande kunnen er tot slot een aantal aanbevelingen gedaan worden. Het is de taak van de wijkverpleegkundigen om de contacten met de huisartsen te koesteren en te blijven kijken naar taken waarin ze praktijkondersteuning kunnen gebruiken. Het demonstreren van de deskundigheid van de wijkverpleegkundigen op de werkvloer is de manier voor het kweken van goodwill en vertrouwen bij de huisartsen. Van daaruit is het mogelijk meer samenwerking op te bouwen. Wijkverpleegkundigen zouden een consultfunctie kunnen vervullen voor ziekenverzorgenden. En tot slot kan de aanbeveling gedaan worden om vooral veel tijd uit te trekken voor dit soort reorganisaties.

LITERATUUR

1. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: 1998
2. Commissie Modernisering Curatieve Zorg. Rapport Platform Curatieve Zorg: modernisering curatieve zorg. Medisch Contact, 27/28 (1994): 879-906.
3. Welling, B.J.M., D.M.J. Delnoij, D.H. de Bakker. De praktijkverpleegkundige in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1996.
4. Schuller-Punt, R., D.M.J., Delnoij. Is een praktijkverpleegkundige de oplossing voor de overbelaste huisarts? Medisch Contact, 53 (1998), 45: 1438-1441.
5. Welling, N., D. Delnoij. De praktijkverpleegkundige in de Britse huisartsenpraktijk, lessen voor Nederlandse experimenten. Verpleegkunde, 3 (1997): 131-138.
6. Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land. Ontwikkelingsplan verpleegkundige praktijken. Steenwijk, 1997.
7. Stake, R.E. The countenance of educational evaluation. Teachers College Record, 7 (1967): 523-540.
8. Sixma, H.J. et al. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL/NWO/WWS, 1998.
9. Foets, M. et al. Vragenlijst 'Onderzoek continuïteit van zorg voor mensen met een chronische aandoening'. Utrecht, 1997.
10. Wagner, C., M. Foets, L. Peters, J. Dekker. Haalbaarheidsstudie patientenpanel chronisch zieken, projectvoorstel en verslag haalbaarheidsstudie. Utrecht: NIVEL, 1996.
11. Kinnersley, P., T. Peters, N. Scott. Measuring functional health status in primary care using the COOP-WONCA charts: acceptability, range of scores, construct validity, reliability and sensitivity to change. British Journal of General Practice, 44 (1994): 545-549.
12. NIVEL.. Naar een sterkere eerstelijns? Deel 1: het overheidsbeleid. Utrecht: NIVEL, 1987
13. Commissie structuur en financiering gezondheidszorg (Commissie Dekker). Bereidheid tot verandering. Den Haag: Distributiecentrum Overheidspublicaties, 1987.
14. Verhey R.A, W.M.C.M. Caris-Verhallen, A. Kerkstra. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Utrecht: NIVEL, 1993
15. Veer, A.J.E. de, W.G.W. Boerma, D.H. de Bakker. Afstemming van doelpopulaties en samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen in de stad. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 71 (1993), 8:449-453.
16. IJzermans, C.J. Continuïteit in de zorg: realiteit of mythe? [commentaar]. Huisarts en Wetenschap, 36 (1993), 2:41-42.

BIJLAGE 1: Gegevens vragenlijsten huisartsen, wijkverpleegkundigen



NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 bn utrecht

Evaluatie ontwikkeling verpleegkundige praktijken

Vragenlijsten voor huisartsen

- Ik vul deze vragenlijst **niet** in, omdat:

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

Dit voorblad stuur ik terug in bijgesloten antwoordenvolp.

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030-2 729 700 - fax 030-2 729 729

De thuiszorgorganisatie, de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land te Steenwijk, is in het najaar van 1997 begonnen met een andere organisatie van de wijkverpleegkundige zorg. De wijkverpleegkundigen van de thuiszorg zijn nu verdeeld over zes verpleegkundige praktijken. In elk van deze zes praktijken is een praktijkcoördinator aanwezig. Het voornaamste doel van de veranderingen is een verbetering in de kwaliteit van zorg aan patiënten, onder andere door een nauwere samenwerking met de huisartsen.

Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) evalueert de effecten en het verloop van de omschakeling naar de verpleegkundige praktijken. Daarom wordt zowel patiënten en wijkverpleegkundigen als huisartsen en zorginstellingen naar hun mening gevraagd. Dit doen wij met behulp van deze vragenlijst.

De vragenlijst bevat vragen over Uw bekendheid met de wijkverpleegkundigen werkzaam in de verpleegkundige praktijken, over de samenwerking met deze wijkverpleegkundigen, over mogelijke veranderingen hierin en tenslotte over praktijkkenmerken.

Deel A

1 Bent U op de hoogte van bovengenoemde veranderingen bij de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land?

- nee
- min of meer
- ja

2 Door wie bent U op de hoogte gebracht van de veranderingen in de organisatie van de wijkverpleegkundigen?

- door de DHV
- door de RHV
- door de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land
- door een wijkverpleegkundige
- anders, namelijk

3 Denkt U dat U, door de introductie van de verpleegkundige praktijken, eerder een beroep zult doen op de wijkverpleegkundigen?

- nee
- ja

Zo ja, op welke manier?

- hulp van de wijkverpleegkundige bij routine-controles chronisch zieken
- hulp van de wijkverpleegkundige bij huisbezoeken
- hulp van de wijkverpleegkundige bij ontslag bezoeken
- hulp van de wijkverpleegkundige bij het uitvoeren van medisch technische handelingen, zoals
- anders, namelijk

Deel B

De volgende vragen hebben betrekking op Uw relatie en de samenwerking met de wijkverpleging vóór en na de introductie van de verpleegkundige praktijken. Als U bij vraag 1 heeft ingevuld dat U niet op de hoogte bent van de veranderingen bij de thuiszorg, kunt U bij de vragen waar gerefereerd wordt naar de tijd vóór of na de introductie van de verpleegkundige praktijken 1 januari 1998 aanhouden als datum van de veranderingen en op basis van deze datum de vragen beantwoorden.

- 4a Met hoeveel wijkverpleegkundigen had U in Uw praktijk te maken vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken?

met (aantal) wijkverpleegkundigen

- 4b Is hier na 1 januari 1998 verandering in gekomen?

- nee
 ja, nu heb ik te maken met wijkverpleegkundigen
-

- 4c Had U vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken overleg met de wijkverpleging (meerdere antwoorden mogelijk)?

- nee
 ja, ad hoc
 ja, structureel, namelijk maal per week/maand
-

- 4d Had U vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken behoefte aan meer overleg (in welke vorm dan ook) met de wijkverpleging?

- nee, geen behoefte aan meer overleg omdat
-
- ja, wel behoefte aan meer overleg omdat
-
-

- 4e Is de overlegsituatie met de wijkverpleegkundigen na 1 januari 1998 veranderd (meerdere antwoorden mogelijk)?

- nee, overlegsituatie is nog hetzelfde
 ja, overlegsituatie met de wijkverpleging is veranderd in het volgende opzicht:
- er vindt nu praktisch geen overleg meer plaats
 er vindt nu op ad hoc basis overleg plaats
 er vindt nu structureel overleg plaats, namelijk maal per week/maand
-

4f Bent U tevreden met de huidige overlegstructuur?

- nee, er vindt teveel overleg plaats
- nee, er vindt te weinig overleg plaats
- ja

4g Hoe zou U de samenwerking op de werkvloer met de wijkverpleging in het algemeen karakteriseren?

- de samenwerking verloopt soepel, er zijn nauwelijks problemen
- de samenwerking verloopt redelijk, soms zijn er problemen
- de samenwerking verloopt stroef
- de samenwerking is nooit goed van de grond gekomen
- de samenwerking loopt steeds minder goed

Kunt U hier een korte toelichting op Uw antwoord geven?

.....

.....

.....

4h Hoe zou U de inhoud van de samenwerking met de wijkverpleging omschrijven?

- we informeren elkaar niet of zelden over een gezamenlijke patiënt
 - we informeren elkaar achteraf wat we bij een patiënt gedaan hebben
 - we informeren elkaar vooraf wat we bij een patiënt gaan doen
 - we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van de beschikbare informatie
 - we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten; de verantwoordelijkheid ligt bij ieder individueel
 - we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid
-

Sommige factoren kunnen de samenwerking met de wijkverpleegkundigen bevorderen of juist belemmeren. Hieronder worden een aantal van dit soort factoren genoemd. U kunt hierbij aangeven of U de genoemde factor belangrijk vindt voor de samenwerking en daarna of U vindt dat deze factor in de samenwerking met de wijkverpleegkundigen aanwezig is.

5a **belang**

	belangrijk	minder belangrijk
a. onderling respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. gelijkwaardigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. bereidheid tot samenwerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. openheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. onderling vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. inzicht in elkaars werkwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. informatiebereidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. concurrentie of competitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5b **aanwezig in samenwerking**

	volledig aanwezig	gedeeltelijk aanwezig	niet aanwezig
a. onderling respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. gelijkwaardigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. bereidheid tot samenwerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. gevoel van gezamenl. verantwoordelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. openheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. onderling vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. inzicht in elkaars werkwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. informatiebereidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. concurrentie of competitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per 1 januari 1998 wordt er door de wijkverpleegkundigen gewerkt vanuit 6 verpleegkundige praktijken. Het werkgebied van de verpleegkundige praktijken is zoveel mogelijk afgestemd op de werkgebieden van de huisartsen/waarneemgroepen. In onderling overleg zou kunnen worden afgesproken dat de wijkverpleegkundigen bepaalde taken van de huisartsen, naar behoefte, overnemen om zo de zorg voor de patiënten te optimaliseren. Over de behoefte hieraan gaan de volgende vragen.

6a Bestaat er bij U behoefte aan ondersteuning door een wijkverpleegkundige op het eerste deskundigheidsniveau?

- nee
 ja

Zo ja, op welke gebieden bestaat die behoefte? (meerdere antwoorden mogelijk)

- begeleiding en controles van chronisch zieken
- verrichten van medisch technische handelingen
- geven van voedingsadviezen
- begeleiding zwangere vrouwen
- psychosociale ondersteuning
- preventie
- voorlichting
- opstellen van zorgplannen in overleg met andere hulpverleners/instanties
- begeleiding bij ziekenhuis/verzorgingshuis/verpleeghuis opname
- anders, namelijk

6b Indien er meer coördinatie en afstemming plaats zou gaan vinden tussen de huisarts, de wijkverpleging en instellingen als ziekenhuizen/verpleeghuizen, wie moet daar volgens U de regie over hebben?

- de thuiszorg-organisatie
- de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken
- de huisartsen
- de instellingen, zoals ziekenhuizen/verzorgingshuizen/verpleeghuizen
- anders, namelijk

Toelichting:

.....

.....

6c De Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land stelt zich onder meer ten doel chronisch zieken in een zo vroeg mogelijk stadium in zorg te krijgen. Ziet U hier taken voor de wijkverpleegkundigen weggelegd?

nee -- -- -- -- -- -- ja

6d Zou U bereid zijn om met name chronisch zieke patiënten in een eerder stadium naar de wijkverpleging te verwijzen?

nee -- -- -- -- -- -- ja

De omschakeling naar de verpleegkundige praktijken is nog niet zo lang geleden gemaakt, sinds januari 1998. Toch kunt U waarschijnlijk al wel Uw verwachting uitspreken over mogelijke veranderingen in de relatie tot de wijkverpleging.

7a Is het in de nieuwe situatie duidelijk waar of bij wie U terecht kunt voor overleg over patiënten?

- nee
- ja

Zo ja, waar/bij wie?

.....

7b Stel dat U taken zou kunnen delegeren naar de wijkverpleegkundigen. Hoe zou U de vrijgekomen tijd dan gaan invullen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- uitvoeren van preventieve taken
 - uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen
 - meer vorm geven aan de poortwachtersfunctie
 - meer tijd besteden aan het spreekuur
 - vrije tijd/ hobby/ gezin
 - nascholing
 - bestuurs-/kaderfunctie
 - anders, namelijk
-

Deel C

Hieronder volgen een aantal uitspraken die te maken hebben met de komst van de wijkverpleegkundige in de verpleegkundige praktijken. Een aantal uitspraken kunt U misschien nog niet uit ervaring beoordelen. In dat geval kunt U wel Uw verwachting uitspreken. Bij elke uitspraak kunt U aangeven of U het ermee eens bent, min of meer mee eens of niet mee eens. (omcirkelen wat van toepassing is)

	mee eens	min of meer	niet mee eens
- De komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken betekent voor de huisarts een taakverlichting	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kan de huisarts zich meer met de kerntaken, zijnde diagnose en therapie, bezighouden	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken zal de samenwerking in de eerste lijn verbeteren	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken zal de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter verlopen	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kunnen bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden	-1-	-2-	-3-
- Ik verwacht geen veranderingen in mijn werkzaamheden vanwege de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken	-1-	-2-	-3-
- Ik verwacht dat de kwaliteit van zorg voor de patiënten zal verbeteren	-1-	-2-	-3-
- Ik verwacht dat de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken met name taken zal verrichten die nu blijven liggen	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kunnen NHG-standaarden beter uitgevoerd worden	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken zullen de werkzaamheden van de praktijkassistent veranderen	-1-	-2-	-3-

Deel D

Tot slot willen we U nog enkele vragen stellen over Uw praktijk.

8 In welke praktijkvorm oefent U Uw beroep uit?

- solo praktijk
 - duo praktijk
 - groepspraktijk
 - gezondheidscentrum
-

9 Wat is de omvang van Uw praktijkpopulatie of hoeveel patiënten kunnen aan U worden toegerekend?

..... patiënten

10 Valt er een verzorgingshuis binnen Uw praktijkgebied?

- nee
 - ja
-

11 Hoe karakteriseert U de leeftijdsopbouw van Uw praktijk?

- normale leeftijdsopbouw
 - jonge leeftijdsopbouw (veel jonge gezinnen)
 - vergrijsde patiëntenpopulatie
-

12a Heeft U assistentie in de praktijk?

- nee
- ja

Zo ja, wat voor soort assistentie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- partner
 - dokters/praktijkassistent(e)
* aantal
 - * fulltime equivalenten
 - assistent-arts
 - apothekersassistent(e)
 - praktijkverpleegkundige niet in dienst van de thuiszorg
 - anders, namelijk
-

12b Heeft U er eerder aan gedacht een praktijkverpleegkundige 'in dienst' te nemen?

- nee
- ja

Toelichting

.....

.....

13 Wat is Uw geslacht?

- man
 - vrouw
-

14 In welk jaar bent U geboren?

19.....

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk bedankt voor het invullen!



NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 bn utrecht

Evaluatie ontwikkeling verpleegkundige praktijken

vragenlijst voor wijkverpleegkundigen

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030-2 729 700 - fax 030-2 729 729

De Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land te Steenwijk is, zoals U weet, in het najaar van 1997 begonnen met een andere organisatie van de wijkverpleegkundige zorg. Alle wijkverpleegkundigen zijn nu verdeeld over zes verpleegkundige praktijken. In elk van deze zes praktijken is een praktijkcoördinator aanwezig. Het voornaamste doel van de veranderingen is een verbetering in de kwaliteit van zorg aan patiënten, onder andere door een nauwere samenwerking met de huisartsen.

Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) evalueert de effecten en het verloop van de omschakeling naar de verpleegkundige praktijken. Daarom wordt zowel patiënten en wijkverpleegkundigen als huisartsen en zorginstellingen naar hun mening gevraagd. Dit doen wij met behulp van deze vragenlijst.

De vragenlijst bevat vragen over Uw samenwerking met de huisartsen en over mogelijke veranderingen hierin.

Deel A

De volgende vragen hebben betrekking op Uw relatie en de samenwerking met de huisartsen vóór en na de introductie van de verpleegkundige praktijken.

1a Met hoeveel huisartsen had U in Uw werk te maken vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken?

met (aantal) huisartsen

1b Is hier na 1 januari 1998 verandering in gekomen?

- nee
 ja, nu heb ik te maken met huisartsen
-

1c Had U vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken overleg met de huisartsen (meerdere antwoorden mogelijk)?

- nee
 ja, ad hoc
 ja, structureel, namelijk maal per week/maand
-

1d Had U vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken behoefte aan meer overleg (in welke vorm dan ook) met de huisartsen?

- nee, geen behoefte aan meer overleg omdat
-
-
- ja, wel behoefte aan meer overleg omdat
-
-

1e Is de overlegsituatie met de huisartsen na 1 januari 1998 veranderd (meerdere antwoorden mogelijk)?

- nee, overlegsituatie is nog hetzelfde
- ja, overlegsituatie met de huisartsen is veranderd in het volgende opzicht:
 - er vindt nu praktisch geen overleg meer plaats
 - er vindt nu op ad hoc basis overleg plaats
 - er vindt nu structureel overleg plaats, namelijk maal per week/maand

1f Bent U tevreden met de huidige overlegstructuur?

- nee, er vindt teveel overleg plaats
- nee, er vindt te weinig overleg plaats
- ja

1g Hoe zou U Uw samenwerking op de werkvloer met de huisartsen in het algemeen karakteriseren?

- de samenwerking verloopt soepel, er zijn nauwelijks problemen
- de samenwerking verloopt redelijk, soms zijn er problemen
- de samenwerking verloopt stroef
- de samenwerking is nooit goed van de grond gekomen
- de samenwerking loopt steeds minder goed

Kunt U hier een korte toelichting op Uw antwoord geven?

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

1h Hoe zou U de inhoud van Uw samenwerking met de huisartsen omschrijven?

- we informeren elkaar niet over gezamenlijke patiënten
- we informeren elkaar achteraf wat we bij een patiënt gedaan hebben
- we informeren elkaar vooraf wat we bij een patiënt gaan doen
- we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van de beschikbare informatie
- we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten; de verantwoordelijkheid ligt bij ieder individueel
- we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid

Sommige factoren kunnen de samenwerking met de huisartsen bevorderen of juist belemmeren. Hieronder worden een aantal van dit soort factoren genoemd. U kunt hierbij aangeven of U de genoemde factor belangrijk vindt voor de samenwerking en daarna of U vindt dat deze factor in de samenwerking met de huisartsen aanwezig is.

2a belang voor samenwerking

	belangrijk	minder belangrijk
a. onderling respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. gelijkwaardigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. bereidheid tot samenwerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. openheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. onderling vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. inzicht in elkaars werkwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. informatiebereidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. concurrentie of competitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2b aanwezig in samenwerking

	volledig aanwezig	gedeeltel. aanwezig	niet aanwezig
a. onderling respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. gelijkwaardigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. bereidheid tot samenwerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. openheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. onderling vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. inzicht in elkaars werkwijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. informatiebereidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. concurrentie of competitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. bereikbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinds 1 januari 1998 werkt U vanuit één van de zes verpleegkundige praktijken. Het werkgebied van de verpleegkundige praktijken is zoveel mogelijk afgestemd op de werkgebieden van de huisartsen/waarneemgroepen. In onderling overleg zou kunnen worden afgesproken dat U bepaalde taken van de huisartsen, naar behoefte, gaat overnemen om zo de zorg voor de patiënten te optimaliseren. Over de behoefte hieraan gaan de volgende vragen.

3a Denkt U dat er bij de huisartsen behoefte bestaat aan ondersteuning door een wijkverpleegkundige op het eerste deskundigheidsniveau?

- nee
- ja

Zo ja, op welke gebieden denkt U dat U de huisartsen zou kunnen ondersteunen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- begeleiding en controles van chronisch zieken
- verrichten van medisch technische handelingen
- geven van voedingsadviezen
- begeleiding zwangere vrouwen
- psycho-sociale ondersteuning
- preventie
- voorlichting
- opstellen van zorgplannen in overleg met andere hulpverleners/instanties
- begeleiding bij ziekenhuis/verzorgingshuis/verpleeghuis
- anders, namelijk

3b Indien er meer coördinatie en afstemming plaats zou gaan vinden tussen de huisarts, de wijkverpleging en instellingen als ziekenhuizen/verpleeghuizen, wie moet daar volgens U de regie over hebben?

- de thuiszorg-organisatie
- de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken
- de huisartsen
- de instellingen, zoals ziekenhuizen/verzorgingshuizen/verpleeghuizen
- anders, namelijk

Toelichting:

.....

.....

3c Uw werkgever, de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land, stelt zich onder meer ten doel chronisch zieken in een zo vroeg mogelijk stadium in zorg van de wijkverpleging te krijgen. Denkt U dat de huisartsen bereid zullen zijn om met name chronisch zieke patiënten in een eerder stadium naar U te verwijzen?

nee -- -- -- -- -- ja

Deel C

Hieronder volgen een aantal uitspraken die te maken hebben met de organisatie van wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken. Een aantal uitspraken kunt U misschien nog niet uit eigen ervaring beoordelen. In dat geval kunt U wel Uw verwachting uitspreken. Bij elke uitspraak kunt U aangeven of U het ermee eens bent, min of meer mee eens of niet mee eens.

	mee eens	min of meer	niet mee eens
- De komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken betekent voor de huisarts een taakverlichting	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kan de huisarts zich meer met de kerntaken, zijnde diagnose en therapie, bezighouden	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken zal de samenwerking in de eerste lijn verbeteren	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken zal de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter verlopen	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kunnen bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen worden	-1-	-2-	-3-
- Ik verwacht geen veranderingen in mijn werkzaamheden vanwege de invoering van verpleegkundige praktijken	-1-	-2-	-3-
- Ik verwacht dat de kwaliteit van zorg voor de patiënten zal verbeteren	-1-	-2-	-3-
- Ik verwacht dat de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken met name taken zal verrichten die nu blijven liggen	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kunnen huisartsen kwalitatief betere zorg leveren (meer volgens richtlijnen)	-1-	-2-	-3-
- Ik verwacht dat ik meer in de huisartsenpraktijk zal werken dan in de wijk bij de patiënten thuis	-1-	-2-	-3-
- Ik verwacht dat ik in de functie van wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk meer op het eerste deskundigheidsniveau zal gaan werken	-1-	-2-	-3-

- vervolg deel C -

	mee eens	min of meer	niet mee eens
- De functie van wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk betekent een opwaardering van het werk van de wijkverpleegkundige	-1-	-2-	-3-
- Door de functie van wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk zal de coördinatie van zorg beter verlopen	-1-	-2-	-3-

Deel D

Tot slot willen we U nog enkele vragen stellen over Uw werk als wijkverpleegkundige.

4 Welke opleiding tot (wijk)verpleegkundige hebt U gevolgd?

- inservice opleiding + wijkaantekening
- HBO-V
- anders, namelijk

5 Heeft U nog aanvullende opleidingen gevolgd?

- nee
- ja, namelijk
-
-
-

6 Heeft U een specialisatie?

- nee
- ja, namelijk

7 Hoeveel jaar bent U werkzaam als wijkverpleegkundige?

..... jaar

8 Hoeveel jaar bent U werkzaam bij Uw huidige werkgever?

- 0-2 jaar
- 2-10 jaar
- langer dan 10 jaar

9 Werkt U fulltime of parttime?

- fulltime (37 uur)
- parttime

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk bedankt voor het invullen.

**BIJLAGE 2: Vragenlijsten huisartsen, wijkverpleegkundigen, instellingen,
cliënten wijkverpleging**



NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 bn utrecht

Vragenlijst evaluatie ontwikkeling verpleegkundige praktijken

Huisartsen

NAMETING

VRAGENLIJST HUISARTSEN NAMETING

De Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land is ruim een jaar geleden, in januari 1998 om precies te zijn, gestart met een nieuwe organisatie van de wijkverpleegkundige zorg. Deze zorg wordt nu verleend door wijkverpleegkundigen die werken vanuit zes zogenaamde verpleegkundige praktijken.

Het was onder andere de bedoeling dat door de organisatie-veranderingen een nauwere samenwerking met de huisartsen zou ontstaan en dat in overleg taken van de huisarts door de wijkverpleging zouden worden opgepakt, teneinde een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt te bewerkstelligen.

Vorig jaar rond deze tijd heeft U van ons een vragenlijst ontvangen met vragen over Uw verwachtingen van de veranderingen bij de wijkverpleging met betrekking tot de samenwerking en taakverdeling met de wijkverpleging. Middels de vragenlijst die nu voor U ligt willen wij graag ingaan op de huidige samenwerking en taakverdeling en op de vraag of hier verbeteringen in zijn opgetreden.

ZORGVERLENING VAN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGEN

1a Heeft U, ruim een jaar nadat de verpleegkundige praktijken van start zijn gegaan, het idee dat U weet voor welk type zorg U bij de verpleegkundige praktijken terecht kunt?

- nee
- min of meer
- ja

1b En weet U hoe U de verpleegkundige praktijken in kunt schakelen?

- nee, dit is mij (nog) niet duidelijk
- ja, dat weet ik wel

2 De wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken verlenen zorg op het eerste deskundigheidsniveau, met name terminale zorg, medisch technische handelingen en zorg voor chronisch zieken.

a Voor welke soort zorg verwijst U de meeste patiënten naar de wijkverpleging? (meerdere antwoorden mogelijk)

- terminale zorg
- medisch technische handelingen
- zorg aan chronisch zieken
- anders

b Verwijst U nu sneller patiënten naar de wijkverpleging dan vóór de organisatie van de verpleegkundige praktijken?

- nee
- ja
- weet niet

c Mist U in de verpleegkundige praktijken zorgfuncties waar U wel gebruik van zou willen maken?

- nee
- ja

Zo ja, wat voor functies?

.....

3 Heeft U het vertrouwen dat de zorg voor Uw patiënten bij de verpleegkundige praktijken in goede handen is?

- nee
- ja

toelichting:

.....

4 Wordt er in HAGRO verband over het verwijzen van patiënten naar de verpleegkundige praktijken gesproken?

- nee
- ja

5 Is er met de wijkverpleegkundigen uit de verpleegkundige praktijken een verwijssysteem of -protocol opgezet?

- nee
- ja

Zo ja, met betrekking tot welke patiënten?

.....

Hoe ziet dit protocol eruit?

.....

.....

SAMENWERKING EN OVERLEG

De samenwerking met de wijkverpleegkundigen kan veranderd zijn nu zij werken vanuit de verpleegkundige praktijken. Daarom willen wij U hier een aantal vragen voorleggen, die te maken hebben met Uw contacten met de wijkverpleegkundigen. Sommige vragen werden ook in de vorige vragenlijst gesteld, echter in de antwoorden kunnen veranderingen opgetreden zijn.

6 Met hoeveel wijkverpleegkundigen heeft U contact op de werkvloer?

met (aantal) wijkverpleegkundigen

- 7 Hoe vaak heeft U overleg met de wijkverpleegkundigen?
- er vindt praktisch geen overleg plaats
 - er vindt overleg plaats op ad hoc basis
 - er vindt structureel overleg plaats, namelijk maal per week/maand

- 8 Bent U tevreden met deze overlegfrequentie?
- nee, er vindt te weinig overleg plaats
 - nee, er vindt teveel overleg plaats
 - ja

-
- 9 Hoe zou U de samenwerking op de werkvloer met de wijkverpleging nu karakteriseren?

- de samenwerking verloopt soepel, er zijn nauwelijks problemen
- de samenwerking verloopt redelijk, soms zijn er problemen
- de samenwerking verloopt stroef
- de samenwerking is nog steeds niet goed van de grond gekomen
- de samenwerking loopt steeds minder goed

toelichting:

.....

-
- 10 Hoe zou U de inhoud van de samenwerking met de wijkverpleging omschrijven?

- we informeren elkaar niet of zelden over een gezamenlijke patiënt
- we informeren elkaar achteraf wat we bij een patiënt gedaan hebben
- we informeren elkaar vooraf wat we bij een patiënt gaan doen
- we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van de beschikbare informatie
- we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten; de verantwoordelijkheid ligt bij ieder individueel
- we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid

-
- 11 Kunt U gemakkelijk bij de wijkverpleegkundigen terecht voor overleg over patiënten?

- nee, dit gaat niet gemakkelijk, omdat
- ja, dit gaat gemakkelijk

- 12 Vindt U de relatie met de wijkverpleegkundigen sinds de start van de verpleegkundige praktijken in het algemeen verbeterd?

- nee
- ja

13 Wie heeft er in de praktijk meestal de regie over de verschillende soorten zorg die de patiënt ontvangt?

- de zorg voor de patiënt wordt nog niet gecoördineerd
- de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken
- de huisartsen
- verschilt per patiënt/situatie
- anders, namelijk

ONDERSTEUNING VAN DE HUISARTS

14 Heeft U het gevoel dat de wijkverpleegkundige een ondersteunende rol speelt bij Uw werk?

- nee → ga naar vraag 16
- ja

Zo ja, op welke gebieden?

- begeleiding en controles chronisch zieken
- verrichten medisch technische handelingen
- geven van voedingsadviezen/leefregels
- voorlichting en advies over ziekte/medicijngebruik
- psychosociale ondersteuning
- preventieve taken
- opstellen zorgplan in complexe situaties
- begeleiding ziekenhuis/verpleeghuisopname
- nazorg na ontslag uit ziekenhuis
- anders, namelijk

15 Indien de wijkverpleegkundigen een ondersteunende rol spelen, heeft U het gevoel dat U door het werk van de wijkverpleegkundigen zelf meer tijd kunt besteden aan andere zaken?

- nee
- ja

Zo ja, aan welke zaken?

- uitvoeren preventieve taken
- uitvoeren kleine chirurgische ingrepen
- meer vorm geven aan poortwachtersfunctie
- meer tijd besteden aan het spreekuur
- nascholingsactiviteiten
- bestuurs-/kaderfuncties
- vrije tijd/hobby/gezin
- anders, namelijk

- 17 In de vragenlijst die U vorig jaar van ons ontving, hebben we U gevraagd Uw mening te geven over een aantal uitspraken met betrekking tot de verpleegkundige praktijken. Deze uitspraken willen we hier graag herhalen, zodat we kunnen zien of U inmiddels een andere mening heeft gekregen, gegeven Uw ervaringen van het afgelopen jaar.

	mee eens	min of meer	niet mee eens
- De komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken betekent voor de huisarts een taakverlichting	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kan de huisarts zich meer met de kerntaken, zijnde diagnose en therapie, bezighouden	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken is de samenwerking in de eerste lijn verbeterd	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verloopt de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken worden bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen	-1-	-2-	-3-
- Er zijn geen veranderingen in mijn werkzaamheden opgetreden vanwege de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken	-1-	-2-	-3-
- De kwaliteit van zorg voor de patiënten is verbeterd	-1-	-2-	-3-
- De wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verricht met name taken die nu blijven liggen	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken worden NHG-standaarden beter uitgevoerd	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken zijn de werkzaamheden van de praktijkassistent veranderd	-1-	-2-	-3-

PRAKTIJKKENMERKEN

Tot slot willen we U nog enkele vragen stellen over Uw praktijk. Als U vorig jaar de vragenlijst heeft ingevuld en er zijn geen grote veranderingen opgetreden in Uw praktijksituatie, kunt U dit deel van de vragenlijst overslaan.

8 In welke praktijkvorm oefent U Uw beroep uit?

- solo praktijk
- duo praktijk
- groepspraktijk
- gezondheidscentrum

9 Wat is de omvang van Uw praktijkpopulatie of hoeveel patiënten kunnen aan U worden toegerekend?

..... patiënten

10 Valt er een verzorgingshuis binnen Uw praktijkgebied?

- nee
- ja

11 Hoe karakteriseert U de leeftijdsopbouw van Uw praktijk?

- normale leeftijdsopbouw
- jonge leeftijdsopbouw (veel jonge gezinnen)
- vergrijsde patiëntenpopulatie

12a Heeft U assistentie in de praktijk?

- nee
- ja

Zo ja, wat voor soort assistentie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- partner
- dokters/praktijkassistent(e)
* aantal
- * fulltime equivalenten
- assistent-arts
- apothekersassistent(e)
- praktijkverpleegkundige niet in dienst van de thuiszorg
- anders, namelijk

12b Heeft U er eerder aan gedacht een praktijkverpleegkundige 'in dienst' te nemen?

- nee
- ja

Toelichting

.....

.....

13 Wat is Uw geslacht?

- man
- vrouw

14 In welk jaar bent U geboren?

19.....

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk bedankt voor het invullen!



NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 bn utrecht

Vragenlijst evaluatie ontwikkeling verpleegkundige praktijken

Wijkverpleegkundigen

NAMETING

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030-2 729 700 - fax 030-2 729 729

VRAGENLIJST WIJKVERPLEEGKUNDIGEN NAMETING

De Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land is ruim een jaar geleden, in januari 1998 om precies te zijn, gestart met een nieuwe organisatie van de wijkverpleegkundige zorg. Deze zorg wordt nu verleend door wijkverpleegkundigen die werken vanuit zes zogenaamde verpleegkundige praktijken.

Het was onder andere de bedoeling dat door de organisatie-veranderingen een nauwere samenwerking met de huisartsen zou ontstaan en dat in overleg taken van de huisarts door de wijkverpleging zouden worden opgepakt, teneinde een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt te bewerkstelligen.

Vorig jaar rond deze tijd heeft U van ons een vragenlijst ontvangen met vragen over Uw verwachtingen van de veranderingen bij de wijkverpleging met betrekking tot de samenwerking en taakverdeling met de huisartsen. Middels de vragenlijst die nu voor U ligt willen wij graag ingaan op de huidige samenwerking en taakverdeling en op de vraag of hier verbeteringen in zijn opgetreden.

1 De wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken verlenen zorg op het eerste deskundigheidsniveau, met name terminale zorg, medisch technische handelingen en zorg voor chronisch zieken.

a Voor welke soort zorg schakelt de huisarts U het meest in?

- terminale zorg
- medisch technische handelingen
- zorg aan chronisch zieken

b Worden patiënten nu sneller door de huisartsen naar de wijkverpleging verwezen dan vóór de organisatie van de verpleegkundige praktijken?

- nee
- ja
- weet niet

c Heeft U het idee dat de huisartsen in de verpleegkundige praktijken zorgfuncties missen waar zij wel gebruik van zouden willen maken?

- nee
- ja

Zo ja, wat voor functies?

.....

2 Is er met de huisartsen een verwijssystem of -protocol opgezet?

- nee
- ja

Zo ja, met betrekking tot welke patiënten?

.....

Hoe ziet dit protocol eruit?

.....

SAMENWERKING EN OVERLEG

De samenwerking met de huisartsen kan veranderd zijn nu er gewerkt wordt vanuit de verpleegkundige praktijken. Daarom willen wij U hier een aantal vragen voorleggen, die te maken hebben met Uw contacten met de huisartsen. Sommige vragen werden ook in de vorige vragenlijst gesteld.

3 Met hoeveel huisartsen heeft U contact op de werkvloer?

met (aantal) huisartsen

4 Hoe vaak heeft U overleg met de huisartsen?

- er vindt praktisch geen overleg plaats
 - er vindt overleg plaats op ad hoc basis
 - er vindt structureel overleg plaats, namelijk maal per week/maand
-

5 Bent U tevreden met deze overlegfrequentie?

- nee, er vindt te weinig overleg plaats
 - nee, er vindt teveel overleg plaats
 - ja
-

6 Hoe zou U de samenwerking op de werkvloer met de huisartsen nu karakteriseren?

- de samenwerking verloopt soepel, er zijn nauwelijks problemen
- de samenwerking verloopt redelijk, soms zijn er problemen
- de samenwerking verloopt stroef
- de samenwerking is nog steeds niet goed van de grond gekomen
- de samenwerking loopt steeds minder goed

toelichting:

.....

7 Hoe zou U de inhoud van de samenwerking met de huisartsen omschrijven?

- we informeren elkaar niet of zelden over een gezamenlijke patiënt
 - we informeren elkaar achteraf wat we bij een patiënt gedaan hebben
 - we informeren elkaar vooraf wat we bij een patiënt gaan doen
 - we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van de beschikbare informatie
 - we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten; de verantwoordelijkheid ligt bij ieder individueel
 - we informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid
-

8 Kunt U gemakkelijk bij de huisartsen terecht voor overleg over patiënten?

- nee, dit gaat niet gemakkelijk, omdat
- ja, dit gaat gemakkelijk

9 Vindt U de relatie met de huisartsen sinds de start van de verpleegkundige praktijken in het algemeen verbeterd?

- nee
- ja

10 Vindt er ook samenwerking plaats tussen de verpleegkundige praktijk en instellingen zoals ziekenhuizen/verzorgingshuizen of verpleeghuizen?

- nee
- ja

Zo ja, waar bestaat die samenwerking uit?

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

11 Wie heeft er in de praktijk meestal de regie over de verschillende soorten zorg die de patiënt ontvangt?

- de zorg voor de patiënt wordt nog niet gecoördineerd
- de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken
- de huisartsen
- verschilt per patiënt/situatie
- anders, namelijk

ONDERSTEUNING VAN DE HUISARTS

12 Heeft U het gevoel dat U een ondersteunende rol speelt bij het werk van de huisarts?

- nee → ga naar vraag 16
- ja

Zo ja, op welke gebieden?

- begeleiding en controles chronisch zieken
- verrichten medisch technische handelingen
- geven van voedingsadviezen/leefregels
- voorlichting en advies over ziekte/medicijngebruik
- psychosociale ondersteuning
- preventieve taken
- opstellen zorgplan in complexe situaties
- begeleiding ziekenhuis/verpleeghuisopname
- nazorg na ontslag uit ziekenhuis
- anders, namelijk

- 13 Hieronder is een lijst met taken opgesteld, die wijkverpleegkundigen over zouden kunnen nemen van de huisartsen. Kunt U aankruisen wie deze taken tot 1 januari 1998 altijd uitvoerde (vóór de komst van de verpleegkundige praktijken) en wie dat nu doet?

	vóór 1-1-1998		na 1-1-1998	
	wijkvplgk	huisarts	geen van beiden	huisarts
het bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten				
het optreden als zorgcoördinator				
het geven van voorlichting over de ziekte of over de zorg				
het geven van instructie (bijvoorbeeld over cara-inhalatietechnieken)				
het begeleiden van chronisch zieke patiënten (gesprekken)				
het afleggen van huisbezoeken aan terminale patiënten/chronisch zieken (voorlichting, begeleiding)				
het doen van speciale spreekuren voor controle en preventie (bv. diabetes spreekuur)				
het doen van medisch technische handelingen (bv. zwachtelen, wondverzorging)				

- 14 In de vragenlijst die U vorig jaar van ons ontving, hebben we U gevraagd Uw mening te geven over een aantal uitspraken met betrekking tot de verpleegkundige praktijken. Deze uitspraken willen we hier graag herhalen, zodat we kunnen zien of U inmiddels een andere mening heeft gekregen, gegeven Uw ervaringen van het afgelopen jaar.

	mee eens	min of meer	niet mee eens
- De komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken betekent voor de huisarts een taakverlichting	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken kan de huisarts zich meer met de kerntaken, zijnde diagnose en therapie, bezighouden	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken is de samenwerking in de eerste lijn verbeterd	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verloopt de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken worden bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen	-1-	-2-	-3-
- Er zijn geen veranderingen in mijn werkzaamheden opgetreden vanwege de invoering van de verpleegkundige praktijken	-1-	-2-	-3-
- De kwaliteit van zorg voor de patiënten is verbeterd	-1-	-2-	-3-
- De wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verricht met name taken die nu blijven liggen	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken leveren huisartsen kwalitatief betere zorg (meer volgens richtlijnen)	-1-	-2-	-3-
- Sinds de invoering van de verpleegkundige praktijken werk ik meer in de huisartsenpraktijk dan in de wijk bij patiënten thuis	-1-	-2-	-3-
- In de functie van wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk werk ik meer op het eerste deskundigheidsniveau	-1-	-2-	-3-

- vervolg vraag 14 -

	mee eens	min of meer	niet mee eens
- De functie van wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk betekent een opwaardering van het werk van de wijkverpleegkundige	-1-	-2-	-3-
- Door de functie van de wijkverpleegkundige in een verpleegkundige praktijk verloopt de coördinatie van zorg beter	-1-	-2-	-3-

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk bedankt voor het invullen.



NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 bn utrecht

Vragenlijst evaluatie ontwikkeling verpleegkundige praktijken

Instellingen

NAMETING

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel. 030-2 729 700 - fax 030-2 729 729

VRAGENLIJST INSTELLINGEN NAMETING

De Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land is ruim een jaar geleden, in januari 1998 om precies te zijn, gestart met een nieuwe organisatie van de wijkverpleegkundige zorg. Deze zorg wordt nu verleend door wijkverpleegkundigen die werken vanuit zes zogenaamde verpleegkundige praktijken.

Het was onder andere de bedoeling dat door de organisatie-veranderingen een nauwere samenwerking met huisartsen en instellingen zoals ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen zou ontstaan, teneinde een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt te bewerkstelligen.

Vorig jaar rond deze tijd heeft U van ons een vragenlijst ontvangen met vragen over Uw verwachtingen van de veranderingen bij de wijkverpleging met betrekking tot de samenwerking met de wijkverpleging. Middels de vragenlijst die nu voor U ligt willen wij graag ingaan op de huidige samenwerking en op de vraag of hier verbeteringen in zijn opgetreden.

1a Heeft U, ruim een jaar nadat de verpleegkundige praktijken van start zijn gegaan, het idee dat U weet welke typen zorg er bij de verpleegkundige praktijken gegeven worden?

- nee
 min of meer
 ja

b En weet U hoe U de verpleegkundige praktijken in kunt schakelen?

- nee, dit is mij (nog) niet duidelijk
 ja, dat weet ik wel

c Maakt Uw instelling gebruik van de zorg van de wijkverpleging?

- nee
 ja

2a Zijn er met de wijkverpleegkundigen uit de verpleegkundige praktijken afspraken gemaakt over de zorg aan patiënten?

- nee
 ja

b Zo ja, met betrekking tot welke categorie patiënten?

.....

c Hoe zien deze afspraken eruit?

.....

SAMENWERKING EN OVERLEG

De samenwerking met de wijkverpleging kan veranderd zijn nu er gewerkt wordt vanuit verpleegkundige praktijken. Daarom willen wij U hier een aantal vragen voorleggen, die te maken hebben met de contacten van Uw instelling met de wijkverpleging. Sommige vragen werden ook in de vorige vragenlijst gesteld.

3 Met hoeveel wijkverpleegkundigen heeft U contact op de werkvloer?
met (aantal) wijkverpleegkundigen

4 Hoe vaak heeft U overleg met de wijkverpleging?

er vindt praktisch geen overleg plaats
 er vindt overleg plaats op ad hoc basis
 er vindt structureel overleg plaats, namelijk maal per week/maand

5 Bent U tevreden met deze overlegfrequentie?

nee, er vindt te weinig overleg plaats
 nee, er vindt teveel overleg plaats
 ja

6 Kunt U gemakkelijk bij de wijkverpleging terecht voor overleg over patiënten?

nee, dit gaat niet gemakkelijk, omdat

ja, dit gaat gemakkelijk

7 Vindt U de relatie met de Regionale Thuiszorg sinds de start van de verpleegkundige praktijken in het algemeen verbeterd?

nee
 ja

8 Is er sinds de introductie van de verpleegkundige praktijken meer samenwerking ontstaan met de Regionale Thuiszorg?

nee
 ja

Zo ja, kunt U een voorbeeld geven van deze samenwerking?

.....
.....

9 Wie heeft er in de praktijk meestal de regie over de verschillende soorten zorg die de patiënt ontvangt?

- de zorg voor de patiënt wordt nog niet gecoördineerd
- de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken
- de huisartsen
- verschilt per patiënt/situatie
- anders, namelijk

10 In de vragenlijst die U vorig jaar van ons ontving, hebben we U gevraagd Uw mening te geven over een aantal uitspraken met betrekking tot de verpleegkundige praktijken. Deze uitspraken willen we hier graag herhalen, zodat we kunnen zien of U inmiddels een andere mening heeft gekregen, gegeven Uw ervaringen van het afgelopen jaar.

	mee eens	min of meer	niet mee eens
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken is de samenwerking in de eerste lijn verbeterd	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verloopt de overdracht van ziekenhuis naar de thuiszorg beter	-1-	-2-	-3-
- Door de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken worden bepaalde categorieën patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen	-1-	-2-	-3-
- Er zijn geen veranderingen in onze werkzaamheden opgetreden vanwege de komst van de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken	-1-	-2-	-3-
- De kwaliteit van zorg voor de patiënten is verbeterd	-1-	-2-	-3-
- De wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken verricht met name taken die nu blijven liggen	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken vermindert de verkeerde-bed problematiek in ziekenhuizen	-1-	-2-	-3-

- vervolg vraag 10 -

	mee eens	min of meer	niet mee eens
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken blijven patiënten langer in de thuissituatie	-1-	-2-	-3-
- Door delegatie van taken aan de wijkverpleegkundige in verpleegkundige praktijken vindt er meer dagverpleging plaats	-1-	-2-	-3-

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk bedankt voor het invullen.



NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 bn utrecht

Evaluatie ontwikkeling verpleegkundige praktijken

Vragenlijst voor cliënten wijkverpleging

Bij Uw thuiszorgorganisatie, de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land te Steenwijk, zijn aan het begin van 1998 wat veranderingen opgetreden. De wijkverpleegkundigen van de thuiszorg zijn nu verdeeld over zes verpleegkundige praktijken en werken nauwer samen met de huisartsen.

Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) onderzoekt samen met de thuiszorg of deze veranderingen ook verbeteringen met zich mee brengen; verbeteringen in de kwaliteit van de zorg bijvoorbeeld of verbeteringen in de samenwerking van de wijkverpleging met andere hulpverleners. Daarom is het belangrijk om ook Uw mening te horen als gebruiker van de zorg. Dit doen wij met behulp van deze vragenlijst.

De vragenlijst bevat vragen over de volgende onderwerpen:

- A - Uw bekendheid met de wijkverpleegkundigen en hun werk
 - B - Uw ervaringen met de wijkverpleegkundigen
 - C - De continuïteit van de zorg, wanneer U bijvoorbeeld te maken heeft met verschillende wijkverpleegkundigen
 - D - Uw gezondheidstoestand
-

Deel A

De vragen in deel A gaan over Uw bekendheid met de wijkverpleegkundigen en hun werk. Weet U bijvoorbeeld waar U de wijkverpleegkundige kunt bereiken en met wat voor vragen? We stellen hier een aantal vragen over, omdat we graag willen weten of de wijkverpleegkundige in Uw ogen echt een aparte plaats inneemt naast andere zorgverleners zoals de huisarts.

U heeft onlangs zorg ontvangen van de wijkverpleegkundige.

- 1 Weet U hoe U de wijkverpleegkundige kunt bereiken als U haar nodig heeft of als U vragen heeft?

- nee
 - ja
-

- 2 Ontvangt U, naast de zorg van de wijkverpleegkundige, nog andere hulp voor dezelfde ziekte/aandoening als waarvoor de wijkverpleegkundige bij U komt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- nee
 - ja, hulp van de gezinszorg
 - ja, hulp van de huisarts
 - ja, hulp van familie/kennissen/buren (mantelzorg)
 - ja, hulp van de specialist
 - ja, namelijk van (invullen wat van toepassing is)
-

3 Hieronder staat een lijst met zorgactiviteiten. Tot wie zou U zich wenden voor ... ? (aankruisen wat van toepassing is)

	huisarts	wijkverpleegk.	gezinszorg	weet niet
- controleren van temperatuur, pols, bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- (in)continentieverzorging, blaas-training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verzorgen van wonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verzorgen van doorlig-problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aanleggen druk/steunverbanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toedienen/klaarzetten medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- catheterzakje verwisselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bloed afnemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- injecteren/infuus verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sondevoeding geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wassen en aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- helpen bij de toiletgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- helpen bij het omgaan met de ziekte of aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ervoor zorgen dat U uzelf beter kunt redden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- advies geven over de ziekte/aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een plan maken voor de zorg die U nodig heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schoonmaken van het huis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lichamelijke controle na een opname in ziekenhuis/verpleeghuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Als de **wijkverpleegkundige** bij U aan het werk is, stelt U haar dan ook wel eens vragen over andere ziekten of problemen dan die waarvoor de wijkverpleegkundige op dat moment bij U komt.

- nee, dit doe ik eigenlijk nooit
 ja, dit doe ik soms
 ja, dit doe ik regelmatig

5 Stelt de wijkverpleegkundige aan U wel eens vragen over eventuele gevolgen van Uw ziekte en wat dit voor U betekent?

- nee, dit doet zij eigenlijk nooit
 ja, dit doet zij soms
 ja, dit doet zij regelmatig

6 Heeft U er behoefte aan dat er met de wijkverpleegkundige over deze problemen of gevolgen van Uw ziekte gepraat kan worden?

- nee, daar heb ik geen behoefte aan
 - ja, daar heb ik wel behoefte aan
-

Deel B

De vragen in deel B gaan over Uw persoonlijke ervaringen met de wijkverpleegkundige. Wat vindt U van haar en van haar werk? Deze vragen hebben te maken met de kwaliteit van de zorg. U ontvangt of ontving regelmatig zorg van de wijkverpleegkundige en daarom bent U degene die het beste kan aangeven of deze zorg goed is.

Hieronder staan een aantal uitspraken over de wijkverpleegkundige. Bent U het eens, min of meer eens of niet eens met deze uitspraken? Daarna kunt U aangeven hoe belangrijk U bepaalde eigenschappen van de wijkverpleegkundige vindt. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat U vindt dat de wijkverpleegkundige snel werkt, maar dat U dat eigenlijk niet belangrijk vindt.

1 De wijkverpleegkundige	hier ben ik het		
	mee eens	min of meer mee eens	niet mee eens
..... is deskundig in haar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... werkt snel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... doet goed haar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... is vriendelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... is geduldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... is duidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... maakt weleens een praatje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... is vertrouwd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... kan ik alles vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... laat uiteindelijk mij beslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... neemt mij altijd serieus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... geeft uitleg over de werking van de medicijnen die worden voorgeschreven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... kent mijn problemen goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 De wijkverpleegkundige**dit vind ik**

	erg belangrijk	best wel belangrijk	niet zo belangrijk
..... is deskundig in haar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... werkt snel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... doet goed haar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... is vriendelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... is geduldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... is duidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... maakt weleens een praatje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... is vertrouwd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... kan ik alles vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... laat uiteindelijk mij beslissen over de behandeling of hulp die ik krijg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... neemt mij altijd serieus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... geeft uitleg over de werking van de medicijnen die worden voorgeschreven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... kent mijn problemen goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel C

In deel C gaan de vragen niet over de kwaliteit van de zorg, maar over de continuïteit van de zorg. Hiermee bedoelen we dat de zorg die U nodig heeft ook gegarandeerd gegeven wordt, ook als bijvoorbeeld Uw hulpvraag verandert of als U zorg krijgt van verschillende wijkverpleegkundigen.

1 Met hoeveel wijkverpleegkundigen heeft U de afgelopen 2 maanden contact gehad?

- 1 wijkverpleegkundige
- 2-4 wijkverpleegkundigen
- 5-10 wijkverpleegkundigen
- 11 of meer wijkverpleegkundigen

2 De volgende vragen vult U in voor de wijkverpleegkundige waarmee U het meest te maken heeft of heeft gehad. Als een vraag niet op Uw situatie van toepassing is, kunt U dit aangeven door het hokje nvt aan te kruisen.

	nee <-----> ja	nvt
a De wijkverpleegkundige gaf mij de hulp die ik nodig vond	□--□--□--□--□	□
b Toen mijn situatie veranderde, paste de wijkverpleegkundige, zo nodig, de hulp aan	□--□--□--□--□	□
c De wijkverpleegkundige hield zich aan de afgesproken tijd	□--□--□--□--□	□
d De wijkverpleegkundige heeft zonder reden een afspraak afgezegd	□--□--□--□--□	□
e De wijkverpleegkundige zelf was telefonisch bereikbaar	□--□--□--□--□	□
f De hulp van de wijkverpleegkundige sloot goed aan bij de hulp van de andere wijkverpleegkundigen	□--□--□--□--□	□
g De wijkverpleegkundige werkte goed met andere hulpverleners samen	□--□--□--□--□	□
h Bij afwezigheid van de wijkverpleegkundige was er een vervanger aanwezig	□--□--□--□--□	□
i De wijkverpleegkundige gaf haar vervanger voldoende informatie over mijn situatie	□--□--□--□--□	□

8

- vervolg vraag 2 -

		nee <-----> ja	nvt
j	De adviezen van de wijkverpleegkundige waren strijdig met adviezen van een andere hulpverlener	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	Ik kreeg hulp van teveel verschillende wijkverpleegkundigen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	Toen ik een afspraak met de wijkverpleegkundige wilde verzetten, kon ik snel een nieuwe afspraak krijgen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	De wijkverpleegkundige kwam op een voor mij geschikt tijdstip	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	De wijkverpleegkundige en de huisarts zijn op de hoogte van elkaars zorg voor de patiënt	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	De wijkverpleegkundige en de huisarts stemmen hun zorg voor de patiënt op elkaar af	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft U nog opmerkingen bij de antwoorden die U hierboven heeft gegeven? Zo ja, wilt U deze dan hieronder vermelden?

.....

.....

.....

Zijn er, in het werken van de wijkverpleegkundige, nog andere zaken van belang die hier nog niet zijn genoemd? Zo ja, kunt U deze hieronder omschrijven.

.....

.....

.....

Onderstaande vragen vult U in voor de thuiszorgorganisatie waar de wijkverpleegkundige werkt voor wie U de vorige vragen heeft ingevuld (de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land).

	nee <-----> ja	nvt
a De thuiszorgorganisatie gaf mij minder uren hulp dan ik nodig vond	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Toen mijn situatie veranderde, paste de thuiszorgorganisatie, zo nodig, het aantal uren hulp aan	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c In dringende gevallen kon ik zeer snel hulp krijgen van de thuiszorgorganisatie	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d De thuiszorgorganisatie was telefonisch bereikbaar	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Bij afwezigheid van de wijkverpleegkundige, zorgde de thuiszorgorganisatie voor een vervangster	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f De thuiszorgorganisatie gaf de vervangster voldoende informatie over mijn situatie	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Ik stond in de laatste 6 maanden te lang op de wachtlijst voor hulp van de thuiszorgorganisatie	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h De eigen bijdrage voor de hulp via de thuiszorgorganisatie was te hoog	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Ik had steeds met dezelfde contactpersoon bij de thuiszorgorganisatie te maken	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft U nog opmerkingen bij de antwoorden die U hierboven heeft gegeven? Zo ja, wilt U deze dan hieronder vermelden:

.....

.....

.....

Zijn er, in het werken van de thuiszorgorganisatie, nog andere zaken van belang die hier nog niet zijn genoemd? Zo ja, kunt U deze hieronder omschrijven:

.....

.....

.....

Deel D

De vragen in dit laatste gedeelte gaan over Uw persoonlijke situatie in verband met de zorg die U ontvangt. We stellen hier een aantal vragen over om te weten hoe U zich voelt en of de zorg van de wijkverpleegkundige hierop van invloed is.

Bij de volgende vragen moet U steeds één hokje aankruisen.

1 Wat vindt U, over het algemeen genomen, van Uw gezondheid?

- uitstekend
- zeer goed
- goed
- matig
- slecht

2 De volgende twee vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt U door Uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
a <i>matige inspanning</i> zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, een stuk fietsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b een paar trappen lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Had U, ten gevolge van Uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij Uw werk of andere bezigheden?

	ja	nee
a U heeft <i>minder bereikt</i> dan U zou willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b U was beperkt in het <i>soort</i> werk of het soort bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Had U, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat U zich depressief of angstig voelde), de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij Uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

		ja	nee
a	U heeft <i>minder bereikt</i> dan U zou willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als U gewend bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 In welke mate heeft pijn U de afgelopen 4 weken belemmerd bij Uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- helemaal niet
- een klein beetje
- nogal
- veel
- heel erg veel

6 Deze vragen gaan over hoe U zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld. Wilt U bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe U zich heeft gevoeld?

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken

		voortdurend	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
a	voelde U zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	voelde U zich energiek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	voelde U zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Hoe vaak hebben Uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken Uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- voortdurend
- meestal
- soms
- zelden
- nooit

8a U krijgt momenteel zorg van de wijkverpleegkundige of U heeft kortgeleden zorg van de wijkverpleegkundige gekregen. Ontvangt U deze zorg in verband met een bepaalde chronische aandoening, bijvoorbeeld diabetes, cara, reuma etcetera?

- nee
- ja

8b Zo ja, welke aandoening?

- cara
- kanker
- diabetes
- hart/vaatziekte
- reuma
- cva
- anders, namelijk

8c Hoe lang lijdt U al aan deze aandoening?

- één tot drie maanden
- drie tot zes maanden
- zes maanden tot één jaar
- langer dan één jaar

8d Wanneer bent U voor het eerst met deze aandoening naar de huisarts geweest?

- één tot drie maanden geleden
- drie tot zes maanden geleden
- zes maanden tot één jaar geleden
- langer dan één jaar geleden

8e Heeft U, voordat U zorg kreeg van de wijkverpleegkundige voor deze aandoening, eerst nog andere zorg gehad? (meerdere antwoorden mogelijk)

- nee, geen andere zorg
- ja, zorg in een ziekenhuis
- ja, zorg in een verpleeghuis
- ja, zorg in een revalidatiecentrum
- ja, anders, namelijk

Dit is het einde van de vragenlijst.

Heel hartelijk dank voor het invullen.

BIJLAGE 3: Vragenlijsten huisartsen, wijkverpleegkundigen, instellingen

In deze bijlage worden alle resultaten besproken van de twee schriftelijke metingen onder huisartsen, wijkverpleegkundigen en instellingen. Per respondentengroep worden de antwoorden op de vragen behandeld en wordt gekeken naar verschillen tussen de voor- en nameting. Voor de vergelijking van de voor- en nameting is gebruik gemaakt van een bestand van respondenten die de vragenlijst in beide metingen ingevuld hebben teruggestuurd. Ook worden nog enkele tabellen gegeven waarin wordt ingegaan op de verschillen in de antwoorden op vragen die zowel aan de huisartsen als aan de wijkverpleegkundigen zijn gesteld. Vooraf aan bovengenoemde gegevens worden de kenmerken gegeven van de geënquêteerde wijkverpleegkundigen, huisartsen en instellingen.

Voor deze bijlage geldt dat het de gegevens uit de vragenlijsten bevat die nog niet in de hoofdstukken werden gepresenteerd of die in de hoofdstukken alleen samengevat werden weergegeven.

Kenmerken van de wijkverpleegkundigen

De helft van de wijkverpleegkundigen heeft een inservice-opleiding gevolgd met daarbij een wijk-aantekening. De andere helft heeft HBO-V gedaan. Negen wijkverpleegkundigen hebben daarnaast nog aanvullende opleidingen gevolgd, zoals thuiszorgtechnologie, medisch technisch handelen of klinische geriatrie. De helft van de wijkverpleegkundigen heeft een specialisatie, bijvoorbeeld CARA of medisch technisch handelen.

Gemiddeld zijn de wijkverpleegkundigen zeven jaar werkzaam in hun huidige beroep (minimaal 1 jaar, maximaal 18 jaar). Bij de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land werken vier wijkverpleegkundigen nu 0 tot 2 jaar, vijf wijkverpleegkundigen werken er 2 tot 10 jaar en zeven wijkverpleegkundigen werken al 10 jaar of langer bij deze werkgever. Slechts twee wijkverpleegkundigen werken fulltime, dat wil zeggen 37 uur per week.

Praktijkenmerken huisartsen

Hieronder worden de praktijkenmerken van de huisartsen kort besproken. Er wordt niet steeds een onderscheid gemaakt tussen de voor- en nameting, behalve als hier grote verschillen tussen bestaan.

De huisartsen in het werkgebied van de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land zijn voornamelijk als solist werkzaam (ruim de helft). In de nameting lijkt een kleine verschuiving te hebben plaatsgevonden van huisartsen die in een duo praktijk werken naar huisartsen die in een groepspraktijk werken. De praktijkpopulatie is iets gestegen van gemiddeld 2633 naar 3298 (inclusief één uitschieter) of 2769 (exclusief uitschieter). Ruim driekwart van de huisartsen heeft een verzorgingshuis binnen hun werkgebied. Ongeveer de helft van de huisartsen hebben een praktijkpopulatie met een normale leeftijdsopbouw, maar ruim 30% van de huisartsen heeft een vergrijsde patiëntenpopulatie.

Alle huisartsen hebben assistentie in hun praktijk, met name van een doktersassistente of apothekersassistente.

Ongeveer de helft van de huisartsen heeft er al eens aan gedacht een praktijkverpleegkundige in dienst te nemen. Kijken we alleen naar de huisartsen die zowel de vragenlijst in de voor- als in de nameting hebben ingevuld, dan blijkt dat de meeste huisartsen wel bij hun mening hierover blijven. Twee huisartsen dachten eerst wel aan een 'eigen' praktijkverpleegkundige, maar later toch niet meer. Eén huisarts voelde er eerst niets voor, maar later wel.

In de voormeting ligt de verhouding tussen manlijke en vrouwelijke huisartsen op 80 en 20%. De gemiddelde leeftijd is 47 jaar (maximum 63 jaar, minimum 35 jaar). In de nameting ligt deze verhouding iets anders. Er zijn dan bijna 90% manlijke huisartsen. De gemiddelde leeftijd is niet veranderd.

Kenmerken zorginstellingen

De verzorgingshuizen hebben gemiddeld 104 bedden/verzorgingsplaatsen, de verpleeghuizen gemiddeld 163 en de ziekenhuizen gemiddeld 430 bedden. De vraag hoeveel inwoners het verzorgingsgebied van deze instellingen telt, is maar door een enkele instelling ingevuld. Het hoogste getal dat genoemd werd, is 78.000 het laagste 15.000 (gemiddeld 46.000). De helft van de instellingen heeft in de praktijk te maken met meerdere thuiszorgorganisaties (één à twee). In de voormeting gaven zes instellingen aan dat zij nog niet op de hoogte waren van de veranderingen bij de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land. Ook in de nameting zijn er nog vijf instellingen voor wie het niet duidelijk is welke typen zorg er door de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken gegeven wordt. Vier van hen weten ook niet hoe zij de wijkverpleegkundigen moeten inschakelen. Toch zeggen negen instellingen wel dat zij van de wijkverpleging gebruik maken. Binnen de instellingen is het meestal een verpleegkundig afdelingshoofd of maatschappelijk werker die de dagelijkse contacten met de wijkverpleging onderhoudt. Daarnaast nemen ook transfer-verpleegkundigen of 'gewone' verpleegkundigen van de afdeling deze taak wel op zich. Een meerderheid van de instellingen (7x) heeft met de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken afspraken gemaakt over de zorg aan patiënten. Dit betreft met name patiënten met een verpleeghuisindicatie die nog thuis of in een verzorgingshuis wonen en verder patiënten die nog nazorg nodig hebben.

Vragenlijst huisartsen

In totaal hebben 17 huisartsen de vragenlijst van zowel de voor- als de nameting ingevuld teruggestuurd. In de volgende vergelijkingstabellen tussen de voor- en de nameting wordt uitgegaan van deze 17 respondenten. Bij vragen die alleen in de voor- of de nameting gesteld zijn, wordt uitgegaan van het totaal aantal respondenten van die meting (totaal 29 in de voormeting en 20 in de nameting).

Zorgverlening van de wijkverpleegkundigen

De meeste huisartsen zijn inmiddels op de hoogte van de veranderingen in de organisatie bij de Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land en weten wel min of meer voor welk type zorg ze bij de verpleegkundige praktijken terecht kunnen. In tabel 1 is te zien dat er geen huisartsen meer zijn die sinds de start van de verpleegkundige praktijken nog steeds niet op de hoogte zijn van de veranderingen.

Tabel 1 Bekendheid met de verpleegkundige praktijken (N=17)

voor	na	nee	min of meer	ja	totaal nameting
nee		0	1	2	3
min of meer		1	5	2	8
ja		1	3	2	6
totaal voormeting		2	9	6	17

Een meerderheid van de huisartsen is door een wijkverpleegkundige en/of door de thuiszorg organisatie op de hoogte gebracht. Bijna alle huisartsen weten nu hoe ze de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijk kunnen inschakelen.

Tweederde van de huisartsen dacht in de eerste meting niet dat ze eerder een beroep op de wijkverpleegkundige zouden gaan doen vanwege de introductie van de verpleegkundige praktijken. De huisartsen die ook de tweede vragenlijst terugstuurden, geven inderdaad aan dat zij niet sneller patiënten zijn gaan doorverwijzen naar de wijkverpleegkundigen (tabel 2).

Tabel 2 Doet U sneller een beroep op de wijkverpleegkundige? (N=17)

voor	na	nee	ja	totaal nameting
nee		11	0	11
ja		5	0	5
totaal voormeting		16	0	16

Van de 10 huisartsen die in de voormeting aangaven dat ze waarschijnlijk wel eerder een beroep op de wijkverpleegkundige zouden gaan doen, dachten de meesten (8x) dat dit met name op het gebied van de routine controles bij chronisch zieken zou liggen. Zes huisartsen dachten ook aan hulp van de wijkverpleegkundige bij het uitvoeren van medisch technische handelingen. In de praktijk van een jaar later blijken de huisartsen het meest chronisch zieke patiënten en terminale patiënten naar de wijkverpleegkundigen te verwijzen.

Er zijn praktisch geen huisartsen die op dit moment zorgfuncties in de verpleegkundige praktijken missen waar ze wel gebruik van zouden willen maken. Alle huisartsen hebben vertrouwen in de zorg die de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken leveren. Een kwart van de huisartsen geeft aan dat er in hun huisartsengroep gesproken wordt over het verwijzen van patiënten naar de verpleegkundige praktijken. Alle huisartsen zijn het erover eens dat er op dit moment nog niet zoiets als een verwijssysteem of protocol bestaat tussen hen en de wijkverpleegkundigen.

Samenwerking en overleg

Vóór de introductie van de verpleegkundige praktijken hadden alle huisartsen overleg met de wijkverpleging, zowel ad hoc overleg (14x genoemd) als structureel overleg (17x genoemd, eenmaal per maand). De meeste huisartsen hadden geen behoefte aan meer overleg. In de voormeting vonden slechts enkele huisartsen dat de overlegsituatie na de start van de verpleegkundige praktijken was veranderd. Ten tijde van de nameting gaven verhoudingsgewijs iets minder huisartsen aan dat er structureel overleg plaatsvindt (59% vs. 55%) en iets meer huisartsen dat er ad hoc overleg plaatsvindt (48% vs. 50%). Structureel overleg vindt ook tijdens de nameting eenmaal per maand plaats.

Over het algemeen waren en zijn de huisartsen tevreden met de overlegfrequentie (tabel 3).

Tabel 3 Tevredenheid met huidige overlegfrequentie (N=17)

voor	na	teveel	te weinig	voldoende	totaal nameting
teveel		0	0	2	2
te weinig		0	1	1	2
voldoende		0	1	12	13
totaal voormeting		0	2	15	17

Het karakter van de samenwerking vinden de huisartsen na het eerste jaar van de verpleegkundige praktijken weinig veranderd. Over het algemeen verloopt de samenwerking redelijk tot soepel (tabel 4). Er zijn wel eens problemen, zoals dat er weinig vertrouwen is in de thuiszorgorganisatie, er communicatiestoornissen kunnen optreden door teveel handen aan het bed of door te bureaucratisch werken, of dat het contact met de een nu eenmaal soepeler verloopt dan met de ander.

Tabel 4 Karakter van de samenwerking huisartsen/wijkverpleging (N=17)

voor na	soepel	redelijk	stroef	nooit	minder	totaal nameting
soepel	4	3	0	0	0	7
redelijk	3	5	0	0	0	8
stroef	0	0	0	1	0	1
nooit	0	0	0	1	0	1
minder	0	0	0	0	0	0
totaal voormeting	7	8	0	2	0	17

In tabel 5 staat weergegeven hoe de huisartsen in de voor- en nameting denken over de inhoud van de samenwerking met de wijkverpleging. Hieruit blijkt dat de samenwerking inhoudelijk niet veel intensiever geworden is. In een aantal gevallen is er zelfs sprake van dat een huisarts in de voormeting heeft aangegeven dat er vooraf overlegd wordt tussen huisarts en wijkverpleegkundige, zelfs op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en dat deze huisarts in de nameting te kennen geeft alleen achteraf over patiënten te overleggen met de wijkverpleging.

Tabel 5 Inhoud van de samenwerking (N=17)

voor na	0	1	2	3	4	5	totaal nameting
0	3	0	0	0	0	0	3
1	1	0	0	1	0	1	3
2	1	0	0	0	0	1	2
3	0	2	1	0	0	0	3
4	0	1	0	1	0	0	2
5	1	1	0	0	0	2	4
totaal voormeting	6	4	1	2	0	4	17

- 0 = huisarts en wijkverpleegkundige informeren elkaar niet of zelden over een gezamenlijke patiënt
- 1 = " informeren elkaar achteraf wat ze bij een patiënt gedaan hebben
- 2 = " informeren elkaar vooraf wat ze bij een patiënt gaan doen
- 3 = " informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van beschikbare informatie
- 4 = " informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten; de verantwoordelijkheid ligt bij ieder individueel
- 5 = " informeren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid

Ruim driekwart van de huisartsen geeft aan dat zij nu gemakkelijk bij de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijk terecht kunnen voor overleg. De huisartsen zijn echter niet van mening dat hun relatie met de wijkverpleegkundigen sinds de start van de verpleegkundige praktijken verbeterd is.

De helft van de huisartsen was vóór de start van de verpleegkundige praktijken van mening dat de regie over de zorg van de huisarts, wijkverpleging en instellingen bij de huisarts zou moeten liggen. Een kwart van de huisartsen vond de wijkverpleegkundigen in de verpleegkundige praktijken hier ook wel voor geschikt. In de praktijk blijkt er niet één groep te zijn die altijd de regie heeft, maar varieert dit erg al naar gelang de situatie/patiënt. Ruim de helft van de huisartsen ziet wel taken voor de wijkverpleegkundigen weggelegd bij het zo vroeg mogelijk in zorg krijgen van chronisch zieken. Eveneens ruim de helft van de huisartsen is ook bereid om chronisch zieken in een eerder stadium naar de wijkverpleging te verwijzen.

De huisartsen is gevraagd op wat voor manier zij de tijd, die zij overhouden door taken te delegeren aan de wijkverpleegkundigen, zouden willen besteden. Het meest genoemd zijn vrije tijd/hobby/gezin en het feit dat er waarschijnlijk helemaal geen extra tijd overblijft. Ook zijn, elk door vijf huisartsen, genoemd het uitvoeren van preventieve taken, het vorm geven aan de poortwachtersfunctie van de huisarts, meer tijd besteden aan het spreekuur en nascholing. Nu de verpleegkundige praktijken inmiddels zijn opgestart heeft maar liefst een kwart van de huisartsen het gevoel dat er ook echt tijd overblijft door het ondersteunende werk van de wijkverpleegkundigen. Deze tijd wordt het meest gebruikt voor het spreekuur.

Vragenlijst wijkverpleegkundigen

Van de wijkverpleegkundigen zijn er 13 die zowel in de voor- als in de nameting de vragenlijst hebben ingevuld en teruggestuurd. In een aantal tabellen wordt uitgegaan van deze 13 respondenten. In de andere gevallen wordt de vergelijking tussen de voor- en nameting gemaakt met het totaal aantal respondenten uit die meting (respectievelijk 16 in de voormeting en 13 in de nameting).

Samenwerking en overleg

Vóór de start van de verpleegkundige praktijken hadden alle wijkverpleegkundigen overleg met de huisartsen. In de meeste gevallen was dit geen structureel maar ad hoc overleg (13x genoemd). Acht wijkverpleegkundigen hebben echter aangegeven ook wel structureel overleg met de huisartsen te hebben met een frequentie van éénmaal per maand. De meeste wijkverpleegkundigen waren ten tijde van de voormeting wel van mening dat meer overleg wenselijk was. De redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld dat er behoefte is aan evaluatie, meer medische informatie of aan het opbouwen van een intensievere relatie met de huisartsen. Tweederde van de wijkverpleegkundigen vond niet dat de overlegsituatie met de huisartsen vlak na de start van de verpleegkundige praktijken veranderd was. Acht wijkverpleegkundigen waren op dat moment tevreden met de overlegstructuur, terwijl zes wijkverpleegkundigen van mening waren dat er te weinig overleg plaatsvond. In de nameting gaven meer wijkverpleegkundigen aan structureel overleg met de huisartsen te hebben, namelijk 10 wijkverpleegkundigen. De frequentie van dit overleg is in de meeste gevallen ofwel 6x per jaar, ofwel 1x per maand. Opvallend is dat nu zeven wijkverpleegkundigen tevreden zijn met de overlegstructuur, maar zes wijkverpleegkundigen vinden dat er eigenlijk teveel overleg met de huisartsen is. In tabel 6 is deze verschuiving waar te nemen voor wat betreft de groep wijkverpleegkundigen die de voor- en de nameting heeft ingevuld.

Tabel 6 Tevredenheid met de overlegstructuur met de huisartsen (N=13)

voor na	teveel	te weinig	voldoende	totaal nameting
teveel	0	0	0	0
te weinig	2	0	3	5
voldoende	3	0	4	7
totaal voormeting	5	0	7	12

De samenwerking met de huisartsen verloopt over het algemeen goed (tabel 7). In enkele gevallen gaven wijkverpleegkundigen in de nameting aan dat de samenwerking wat slechter verliep dan ten tijde van de voormeting. Problemen die in de samenwerking bestaan kunnen te maken hebben met de bereikbaarheid, het onderling vertrouwen of een afwachtende houding van de huisartsen.

Tabel 7 Karakter van de samenwerking wijkverpleging/huisartsen (N=13)

voor na	soepel	redelijk	stroef	nooit	minder	totaal nameting
soepel	4	2	0	1	0	7
redelijk	1	4	1	0	0	6
stroef	0	0	0	0	0	0
nooit	0	0	0	0	0	0
minder	0	0	0	0	0	0
totaal voormeting	5	6	1	1	0	13

Tabel 8 geeft de inhoud van de samenwerking weer. Over het algemeen kan niet gezegd worden dat de samenwerking tussen de wijkverpleegkundigen en huisartsen intensiever is geworden. Een aantal wijkverpleegkundigen geeft aan dat zij sinds de start van de verpleegkundige praktijken meer overleg hebben over patiënten met de huisarts (dat wil zeggen vóór dat zij een patiënt in zorg nemen). Echter een groter aantal wijkverpleegkundigen heeft juist van een omgekeerde ontwikkeling melding gemaakt.

Tabel 8 Inhoud van de samenwerking (N=13)

voor na	0	1	2	3	4	5	totaal nameting
0	1	1	0	0	0	0	2
1	0	0	0	0	1	0	1
2	1	0	0	0	0	0	1
3	1	0	1	0	0	1	3
4	0	1	0	0	1	0	2
5	0	1	0	1	1	0	3
totaal voormeting	3	3	1	1	3	1	12

0 = huisarts en wijkverpleegkundige	informereren elkaar niet of zelden over een gezamenlijke patiënt
1 = “	informereren elkaar achteraf wat ze bij een patiënt gedaan hebben
2 = “	informereren elkaar vooraf wat ze bij een patiënt gaan doen
3 = “	informereren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van beschikbare informatie
4 = “	informereren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten; de verantwoordelijkheid ligt bij ieder individueel
5 = “	informereren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid

Uit de nameting blijkt wel dat vrijwel alle wijkverpleegkundigen gemakkelijk bij de huisartsen terecht kunnen voor overleg. Over hun relatie met de huisartsen zijn de meningen van de wijkverpleegkundigen verdeeld. De ene helft vindt de relatie met de huisartsen sinds de start van de verpleegkundige praktijken verbeterd, de andere helft niet.

Op één na kunnen alle wijkverpleegkundigen voorbeelden geven van samenwerking tussen de verpleegkundige praktijk en instellingen als ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen. Deze voorbeelden zijn onder andere een project waarin er door de wijkverpleging thuiszorg wordt gegeven aan patiënten met een verpleeghuisindicatie, een project waarin zorg van het ziekenhuis door de wijkverpleging wordt overgenomen thuis, of een project waarin de wijkverpleegkundige een consultfunctie vervult in de patiëntenzorg van een verzorgingshuis.

Ondersteuning van de huisarts

De huisartsen schakelen de verpleegkundige praktijken het meest in voor het verlenen van terminale zorg aan patiënten. Medisch technische zorg en zorg aan chronisch zieken laten de huisartsen nog niet vaak aan de wijkverpleegkundigen over. Slechts twee wijkverpleegkundigen denken dat patiënten nu sneller door de huisartsen naar de wijkverpleging worden verwezen dan in de situatie vóór de verpleegkundige praktijken. In de voormeting dachten ook maar vijf wijkverpleegkundigen dat de huisartsen bereid zouden zijn om eerder patiënten te verwijzen. Eveneens twee wijkverpleegkundigen konden een voorbeeld bedenken van een zorgfunctie die de huisartsen nu nog missen bij de wijkverpleging, namelijk overleg over patiënten in probleemsituaties waar de wijkverpleging niet bij betrokken is en indicatiestelling zonder de tussenkomst van het Regionaal Indicatie Orgaan.

De wijkverpleegkundigen waren het er in de voor- en de nameting bijna unaniem over eens dat de wijkverpleegkundigen zelf de aangewezen personen zijn om de regie te hebben over de verschillende soorten zorg die de patiënt vaak krijgt. Redenen hiervoor die genoemd werden, komen er op neer dat de wijkverpleegkundige het meeste zicht heeft op alle disciplines en mogelijkheden en dat zij het best de continuïteit kan bewaken, omdat zij er meer tijd voor heeft dan de huisarts.

Vergelijking antwoorden huisartsen en wijkverpleegkundigen

In deze paragraaf worden de antwoorden op de vragen die in dezelfde vorm aan zowel de huisartsen als aan de wijkverpleegkundigen zijn gesteld in één tabel samengebracht en vergeleken. In de tabellen staan eerst de percentages huisartsen genoemd van het totaal aantal huisartsen dat zowel voor- als nameting heeft ingevuld. Hierachter staan tussen haakjes de percentages wijkverpleegkundigen genoemd van het totaal aantal wijkverpleegkundigen dat zowel de voor- als de nameting heeft ingevuld.

Tabel 9 Tevredenheid met huidige overvloedigheid, N=17 huisartsen (N=13 wijkverpleegkundigen), percentages

voor na	te veel	te weinig	voldoende	totaal voormeting
te veel	0 (0)	0 (0)	11,8 (0)	11,8 (0)
te weinig	0 (15,4)	5,9 (0)	5,9 (23,1)	11,8 (38,5)
voldoende	0 (23,1)	5,9 (0)	70,6 (30,8)	76,5 (53,8)
totaal nameting	0 (38,5)	11,8 (0)	88,2 (53,8)	100 (92,3)

Tabel 10 Karakter van de samenwerking huisartsen/wijkverpleging, N=17 huisartsen (N=13 wijkverpleegkundigen), percentages

voor na	soepel	redelijk	stroef	nooit	minder	totaal voormeting
soepel	23,5 (30,8)	17,6 (15,4)	0 (0)	0 (7,7)	0 (0)	41,2 (53,8)
redelijk	17,6 (7,7)	29,4 (30,8)	0 (7,7)	0 (0)	0 (0)	47,1 (46,2)
stroef	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5,9 (0)	0 (0)	5,9 (0)
nooit	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5,9 (0)	0 (0)	5,9 (0)
minder	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
totaal nameting	41,2 (38,5)	47,1 (46,2)	0 (7,7)	11,8 (7,7)	0 (0)	100 (100)

Tabel 11 Inhoud van de samenwerking, N=17 huisartsen (N=13 wijkverpleegkundigen), percentages

voor na	0	1	2	3	4	5	totaal voormeting
0	17,6 (7,7)	5,9 (7,7)	0 (0)	0 (0)	0 (7,7)	0 (0)	23,5 (23,1)
1	5,9 (7,7)	11,8 (7,7)	11,8 (7,7)	17,6 (0)	0 (15,4)	17,6 (0)	64,7 (38,5)
2	5,9 (7,7)	11,8 (0)	5,9 (0)	11,8 (0)	0 (0)	5,9 (0)	41,2 (7,7)
3	0 (7,7)	11,8 (0)	5,9 (7,7)	11,8 (0)	0 (7,7)	0 (7,7)	29,4 (30,8)
4	0 (0)	11,8 (7,7)	5,9 (7,7)	5,9 (0)	0 (7,7)	0 (0)	23,5 (23,1)
5	5,9 (0)	5,9 (7,7)	5,9 (7,7)	0 (7,7)	0 (7,7)	11,8 (0)	29,4 (30,8)
totaal nameting	35,3 (30,8)	58,8 (30,8)	35,3 (30,8)	47,1 (7,7)	0 (46,2)	35,3 (7,7)	211,8 (153,8)

0 = huisarts en wijkverpleegk.	informereren elkaar niet of zelden over een gezamenlijke patiënt
1= “	informereren elkaar achteraf wat ze bij een patiënt gedaan hebben
2= “	informereren elkaar vooraf wat ze bij een patiënt gaan doen
3 = “	informereren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van beschikbare informatie
4= “	informereren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke uitgangspunten; de verantwoordelijkheid ligt bij ieder individueel
5 = “	informereren elkaar vooraf en hebben overleg op basis van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid

BIJLAGE 4: Uitkomsten regressie-analyses variabelen patiëntenvragenlijst

Tabel 1 Uitkomsten logistische regressie-analyse van de door patiënten toebedeelde zorgactiviteiten van huisarts, wijkverpleegkundige en gezinsverzorgende, $p < .05$, onafhankelijke variabele 'aanmeldingsperiode patiënt'

afh.variabele	Beta	constante	exp(B)	sign.
incontinentieverzorging	.035	-.912	1.036	.795
injecteren/ infuus verzorgen	-.024	-.808	.977	.863
helpen bij toiletgang	.144	-1.26	1.155	.29
ervoor zorgen dat men zich beter kan redden	.209	-1.12	1.233	.101
advies geven over ziekte	-.039	-1.061	.962	.784
plan maken voor benodigde zorg	-.01	-.534	.99	.937
licham. controle na opname	.011	-1.085	1.011	.935

Tabel 2 Uitkomsten lineaire regressie-analyse van somscores kwaliteit en continuïteit van zorg, $p < .05$, onafhankelijke variabele 'aanmeldingsperiode patiënt'

afh.variabele	Beta	B	sign.
somscore kwaliteit van zorg	.83	1.522E-02	.391
somscore continuïteit van de zorg van de wijk- verpleegkundige	.144	-8.263E-02	.336
somscore continuïteit van de thuiszorgorganisa- tie	.212	-.964	.261

Tabel 3 Uitkomsten lineaire regressie-analyse van de gezondheidstoestand van de patiënt, $p < .05$, onafhankelijke variabele 'aanmeldingsperiode patiënt'

afh.variabele	Beta	B	sign.
algemene gezondheidstoestand	.035	2.592E-02	.666
beperkingen dagelijkse bezigheden (matige inspanning, trappen lopen)	.040	3.404E-02	.65
problemen bij werk/bezigheden door lich.gezondheid	.105	5.207E-02	.231
problemen bij werk/bezigheden door emotionele problemen	.105	5.645E-02	.258
belemmeringen door pijn	.044	4.316E-02	.604
gevoeld laatste 4 weken	.086	.167	.322
belemmeringen in sociale activiteiten	-.038	-3.853E-02	.647

Tabel 4 Uitkomsten logistische regressie-analyse van aantal wijkverpleegkundigen waarvan hulp wordt gekregen en van de duur van een chronische ziekte, $p < .05$, onafhankelijke variabele 'aanmeldingsperiode patiënt'

afh.variabele	Beta	constante	exp(B)	sign.
aantal wijkverpleegkundigen	.07	-.16	1.072	.582
hoe lang lijdt men aan chronische aandoening	.008	.277	1.008	.962
wanneer voor het eerst met chronische aandoening naar huisarts geweest	-.107	.	.	.52