



Effectenanalyse wijkverpleegkundige
niet-toewijsbare zorg

(Concept) instrumentarium,
versie juni 2015



Inhoud

1. Inleiding	3
Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's	3
Waarom een effectenanalyse?	3
2. Aanpak effectenanalyse	5
De effectenanalyse: wanneer is een wijkverpleegkundige succesvol?	5
De drie instrumenten van de effectenanalyse	6
Wijkscan	6
Netwerk- en takenanalyse	6
Casusanalyse	6
Opbrengsten van de effectenanalyse	7
3. Wijkscan	8
1. Fysieke omgeving	8
2. Bevolking	8
3. Sociaaleconomische kenmerken	9
4. Gebruik van zorg en ondersteuning	9
5. Aanwezige voorzieningen, infrastructuur en sociale structuur	10
Informele zorg	10
6. Capaciteit wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg	10
4. Vragenlijst voor de netwerk- en takenanalyse	11
5. Vragenlijst voor de casusanalyse	16
Clïentperspectief	17
Inzichtelijk maken van effecten	18
6. Uitvoering effectenanalyse	19
Sessie 1: Completeren van de wijkscan	19
Sessie 2: Uitvoering netwerk- en takenanalyse en casusanalyse	19
Sessie 2a: Interview en groepsgesprek met de actoren binnen het netwerk	19
Sessie 2b: Bespreken van casussen door middel van een groepsgesprek (indien mogelijk)	20
Sessie 3: Clïëntenperspectief	20

1. Inleiding

De effectenanalyse wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg is ontwikkeld door de samenwerkingspartners van de 'Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's'. De effectenanalyse is een instrument dat bestaat uit verschillende onderdelen. Dit document omvat het doel van de effectenanalyse, het instrumentarium, en de manier waarop de effectenanalyse toegepast kan worden.

Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's

In de regio's waarin een groot deel van de inwoners verzekerd is bij Menzis, zijn circa 70 gemeenten en Menzis aan de slag met hun nieuwe verantwoordelijkheden als opdrachtgever en financier, om samen te zorgen voor een samenhangend en betaalbaar aanbod van hulp, ondersteuning en zorg. Binnen de werkagenda wordt samengewerkt op de volgende samenwerkingsthema's:

1. Integrale gebiedsaanpak
2. Wijkverpleging
3. Afhankelijkheden 0e, 1e en 2e lijn
4. Preventie (mantelzorg)
5. Extramuralisering

De effectenanalyse maakt onderdeel uit van het thema wijkverpleging.

Wat is het doel van de samenwerking?

Het gezamenlijke streven is om te zorgen voor een betere gezondheid voor burgers met een effectieve inzet van middelen.

Wat is de werkagenda en wie zijn betrokken?

De 'Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's' is een partnerschap tussen zorgverzekeraar Menzis en de gemeente Den Haag en (regio)gemeenten Arnhem, Enschede (Twente), Groningen en de Achterhoek.

Waarom een effectenanalyse?

De werkgroep wijkverpleging richt zich op de effectieve inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. De functie van de wijkverpleegkundige is een toonbeeld van waar de werelden van gemeenten en zorgverzekeraar elkaar raken: de verbinding van het medische en het sociale domein. Om inzicht te krijgen in de resultaten van een effectieve inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en de voorwaarden die daarvoor nodig zijn, heeft de werkgroep een effectenanalyse ontwikkeld.

Op basis van de inzichten die deze effectenanalyse oplevert kunnen gemeenten en zorgverzekeraar (en aanbieders) waar nodig aanvullende afspraken maken of hun beleid aanpassen.

In de tweede helft van 2015 zal de effectenanalyse in verschillende wijken worden uitgevoerd. Aan de hand daarvan zal dit conceptinstrumentarium worden aangescherpt tot een definitief instrument.

In het volgende hoofdstuk wordt de aanpak van de effectenanalyse uitgelicht: de methodiek wordt uitgelegd en de verschillende instrumenten van de effectenanalyse worden geïntroduceerd. Vervolgens zijn de benodigde instrumenten van de effectenanalyse

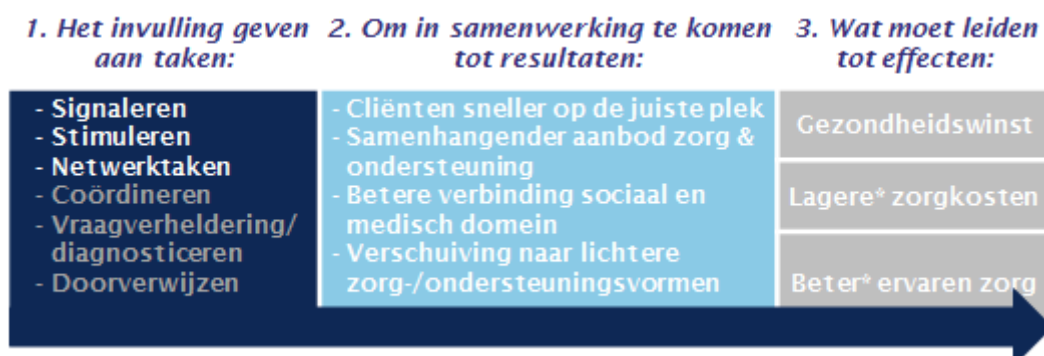
toegevoegd. Het hoofdstuk daarna biedt informatie over de uitvoering van de effectenanalyse.

2. Aanpak effectenanalyse

Doel van de effectenanalyse is om een beeld te krijgen van de resultaten van een effectieve invulling van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorgtaken en de voorwaarden die daarvoor nodig zijn.

De belangrijkste taken van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg zijn *signaleren, stimuleren, netwerktaken*. Daarnaast doet de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ook aan *coördineren, diagnosticeren en doorverwijzen*.

Hieronder is schematisch weergegeven wat de mogelijke resultaten en effecten zijn van een goede invulling van bovengenoemde taken. Op dit moment focust de effectenanalyse zich vooral op de manier waarop invulling is gegeven aan de taken en de resultaten daarvan. Pas over een paar jaar zal iets kunnen worden gezegd over de effecten, geschetst in de derde kolom.



*De resultaten van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg leiden niet vanzelfsprekend tot lagere kosten. Extra signalering kan ook een toename van zorg tot gevolg hebben. Hetzelfde geldt voor beter ervaren zorg.

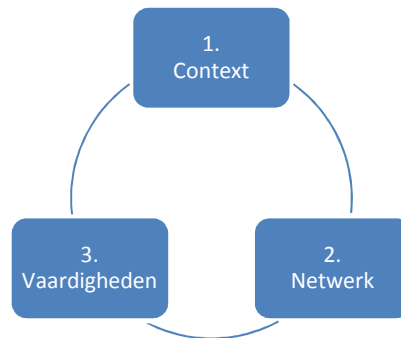
De effectenanalyse: wanneer is een wijkverpleegkundige succesvol?

Om te achterhalen wat de voorwaarden zijn voor een succesvolle invulling van de niet-toewijsbare zorgtaken van de wijkverpleegkundige is een methodologie ontwikkeld. Deze veronderstelt dat de mogelijke voorwaarden voor een effectieve inzet van de wijkverpleegkundige met niet-toewijsbare zorgtaken op drie vlakken te vinden zijn:

- *Context*: de omgeving waarin de wijkverpleegkundige werkt (gebied, doelgroepen en veel voorkomende problematieken)
- *Netwerk*: de samenwerking met andere professionals¹ in de wijk en de afspraken over de invulling van de taken

¹ Er is voor gekozen om het netwerk in de wijk te beperken tot de huisarts, POH en het sociaal wijkteam. Ook ligt de focus op de samenwerking tussen de wijkverpleegkundigen en deze actoren (in tegenstelling tot tussen deze actoren onderling).

- **Vaardigheden:** de kennis, competenties en vaardigheden die nodig zijn voor het uitvoeren van de niet-toewijsbare zorg (Let wel: de effectenanalyse is géén instrument om het functioneren van een individuele wijkverpleegkundige te evalueren).



De drie instrumenten van de effectenanalyse

De bovenstaande thema's worden geanalyseerd aan de hand van drie *instrumenten*: de wijkscan, een netwerk- en takenanalyse en een casusanalyse. Elk instrument geeft (in een bepaalde mate) inzicht in de context, het netwerk en/of de vaardigheden:

	Context	Netwerk	Vaardigheden
1. Wijkscan	✓✓		
2. Netwerk- en takenanalyse	✓	✓✓	✓
3. Casusanalyse	✓	✓	✓✓

De volgende hoofdstukken bieden meer informatie over deze drie instrumenten. Hieronder worden ze alvast kort geïntroduceerd.

Wijkscan

De wijkscan geeft een beknopte kenschets van de wijk of het dorp vanuit het oogpunt van de wijkverpleegkundige. Het biedt inzicht in de context waarin de wijkverpleegkundige werkt en in de factoren die van invloed kunnen zijn op het werk en de effectiviteit van de wijkverpleegkundige. Op basis van de informatie die de wijkscan oplevert kan gekeken worden of effecten van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg toe te wijzen zijn aan de omgeving waarin de wijkverpleegkundige zijn/haar werk doet. De wijkscan wordt door de gemeente ingevuld op basis van hun eigen gegevens en openbare bronnen.

Netwerk- en takenanalyse

De netwerk- en takenanalyse is bedoeld om een goed beeld te krijgen van het netwerk in de wijk; hoe functioneert het en hoe verhoudt de wijkverpleegkundige zich tot de teams uit zowel het sociale als het medische domein? Het doel is ook om meer inzicht te krijgen in de taken van de wijkverpleegkundige en de specifieke invulling daarvan. De netwerk- en takenanalyse wordt uitgevoerd door de belangrijkste actoren in het wijknetwerk (zoals de wijkverpleegkundige, leden van het wijkteam, de POH en de huisarts).

Casusanalyse

De casusanalyse is bedoeld om een nauwkeuriger beeld te krijgen van de werkpraktijk. Juist in de praktische situaties manifesteren zich beperkende of bevorderende factoren, en blijkt of hetgeen dat op papier is bedacht ook de gewenste uitwerking in de praktijk heeft, en

kunnen verrassende facetten aan het licht komen. De casusanalyse wordt bij voorkeur gedaan door de belangrijkste actoren in het wijknetwerk.

Opbrengsten van de effectenanalyse

Uitvoering van de effectenanalyse kan leiden tot opbrengsten voor verschillende betrokkenen:

- *De gemeente* zal beter inzicht hebben hoe het lokale netwerk opereert en zal handvatten hebben om de samenwerking (en daarmee de effectiviteit) binnen het netwerk te bevorderen.
- *Andere gemeenten* kunnen lessen trekken uit de opbrengsten van de effectenanalyse. Het kan aanknopingspunten bieden om hun eigen werkwijze te optimaliseren.
- *Betrokken professionals* zullen meer inzicht krijgen in hun eigen werkwijze: wat gaat goed en waar liggen verbetermogelijkheden met betrekking tot de samenwerking met elkaar.
- *Menzis* zal gerichter middelen kunnen inzetten in het medisch domein.
- *Cliënten* zouden betere zorg/ondersteuning kunnen krijgen wanneer een wijkverpleegkundige effectiever zijn werk kan doen.

De volgende drie hoofdstukken bevatten respectievelijk de wijkscan, de netwerk- en takenanalyse en de casusanalyse.

3. Wijkscan

De wijkscan is het eerste onderdeel van de effectenanalyse van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. De effectenanalyse bestaat uit de volgende drie onderdelen:

1. Wijkscan
2. Netwerk- en takenanalyse
3. Casusanalyse

Doel: De wijkscan is bedoeld om de wijk te kenschetsen vanuit het oogpunt van de wijkverpleegkundige. Het biedt inzicht in factoren die van invloed (kunnen) zijn op het werk en de effectiviteit van de wijkverpleegkundige, en de verschillen daarin met andere wijken.

Opzet: De scan bestaat uit zes onderdelen, elk bevat indicatoren die (mogelijk) invloed hebben op de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. De wijkscan is de eerste stap om te achterhalen wat de vraag en aanbod is in de wijk, en wat de cijfers zeggen over de werkpraktijk van de wijkverpleegkundige. Deze moet door de gemeente en sleutelfiguren in de wijk ingevuld en verder aangescherpt worden.

1. Fysieke omgeving

De fysieke opbouw van een wijk/gebied zegt onder andere iets over de nabijheid van voorzieningen, het werkgebied van de wijkverpleegkundige en hoeveel tijd de wijkverpleegkundige kwijt is aan reizen. Ook kan dit een rol spelen in hoe (makkelijk) met andere actoren in het netwerk overlegd wordt.

Indicator	Wijk/dorp XXX
Aantal inwoners ² :	
Oppervlakte ³ (km ²):	
Aantal inwoners per km ² (land) ¹ :	
Aantal kernen ³ :	

2. Bevolking

De bevolkingsopbouw in een wijk geeft informatie over de doelgroepen van de wijkverpleegkundige.

Indicator	Wijk/dorp XXX	Nederland	Vershil (%)
Percentage inwoners ouder dan 65 jaar ¹ :			
Percentage inwoners ouder dan 75 jaar ⁴ :			

² Bron: *Kerncijfers wijken en buurten*, Centraal Bureau voor de Statistiek.

³ Oppervlakte totaal (land + water).

⁴ Bron: gemeente/Menzis

3. Sociaaleconomische kenmerken

Een lage sociaaleconomische status is een vrij goede voorspeller van medische en sociale problematieken.

Indicator	Wijk/dorp XXX	Nederland	Vershil (%)
Percentage ontvangers van een uitkering (WWB, WW, AO) op de bevolking ¹ :			
Percentage huishoudens dat op of onder 110% van het sociaal minimum leeft ² :			
Sociaaleconomische status ⁵ :			Plek ... van ...

4. Gebruik van zorg en ondersteuning

Wat is het type zorggebruik en hoe verhoudt zich dit tot het Nederlands gemiddelde?

Indicator	Wijk/dorp XXX	Nederland	Vershil (%)
Aantal hulpmiddelen (Wmo ⁶) per hoofd van de bevolking ³ :			
Aantal ouderen dat hulp bij huishouden (Wmo ⁵) krijgt ³ :			
Percentage inwoners met (individuele/groeps)-begeleiding (Wmo ⁶) ³ :			
Percentage inwoners dat verpleging krijgt ³ :			
Percentage inwoners dat verzorging krijgt ³ :			
Aantal huisartsenbezoeken per 1.000 inwoners ⁷ :			
Aantal COPD-patiënten per 1.000 inwoners ⁶ :			
Aantal diabetespatiënten per 1.000 inwoners ⁶ :			
Aantal patiënten met huisartscontact voor hartfalen per 1.000 inwoners ⁶ :			
Aantal patiënten met huisartscontact voor kanker per 1.000 inwoners ⁶ :			
Aantal contacten met de huisarts voor psychische klachten per 1.000 inwoners ⁶ :			
Aantal contacten met de huisarts voor psychische diagnoses per 1.000 inwoners ⁶ :			

⁵ De sociaaleconomische status (SES) bevat informatie over het (gemiddelde) inkomen van een wijk, de werkgelegenheid en het opleidingsniveau.

Bron: *Statusscores*, Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁶ De gemeente gaat (sinds 2015) over de toegang van deze voorzieningen. Door beleidskeuzes vanuit de gemeente kunnen deze cijfers afwijken t.o.v. het landelijk gemiddelde.

⁷ Dit gaat om het geschatte aantal patiënten dat de huisartsenpraktijk bezoekt voor een bepaalde aandoening. De registratie gaat per postcodegebied. Gebruik de postcode(s) die de wijk het beste representeren. Bron: *Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM)*, Nivel.

Aantal patiënten met huisartscontact voor Parkinson⁶:

Aantal patiënten met huisartscontact voor dementie⁶:

5. Aanwezige voorzieningen, infrastructuur en sociale structuur

Ten behoeve van de zelfredzaamheid, wat is de gemiddelde afstand van inwoners in wijk/dorp XXX tot de volgende voorzieningen.

Voorziening ³	Km	Voorziening	Km
Huisartsenpraktijk/apotheekpost		Instelling voor:	
Gezondheidscentrum		algemeen maatschappelijk werk	
Verpleeg-/verzorgings huis		specifiek maatschappelijk werk	
		maatschappelijk advies en informatie	
Wijkcentrum		sociaal cultureel werk	
Supermarkt		Instelling die (groeps-) begeleiding aanbiedt	
Bushalte			
Bibliotheek		Overige relevante voorzieningen/instellingen:	
Gebedshuis (kerk/moskee/...)			
Voorzieningen voor:			
Sportactiviteiten voor ouderen			
Sociale activiteiten voor ouderen			
Preventieve programma's			
Maaltijdvoorziening			

Informele zorg

Wat is de draagkracht van de wijk om een alternatief te bieden voor zorg en ondersteuning t.o.v. de gemeente, of ervaringen uit andere wijken? **(zeer) groot/ gemiddeld/ (zeer) klein**

Toelichting (evt.):

Op basis van welke indicatoren is dit gebaseerd (bijvoorbeeld percentage mantelzorgers, percentage vrijwilligers in de zorg) en met welk(e) gebied(en) wordt het vergeleken?

Indicator	t.o.v.

6. Capaciteit wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

Indicator	Wijk/dorp XXX	Gemeente YYY
Aantal FTE wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg		

4. Vragenlijst voor de netwerk- en takenanalyse

De netwerk- en takenanalyse is het tweede onderdeel van de effectenanalyse van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. De effectenanalyse bestaat uit de volgende drie onderdelen:

1. Wijkscan
2. Netwerk- en takenanalyse
3. Casusanalyse

Doel: De netwerk- en takenanalyse is bedoeld om een goed beeld te krijgen van het netwerk in de wijk; hoe functioneert het en hoe verhoudt de wijkverpleegkundige zich tot de teams uit zowel het sociale als het medische domein? Het doel is ook om meer inzicht te krijgen in de taken van de wijkverpleegkundige, en de specifieke invulling daarvan.

Opzet: De netwerk- en takenanalyse wordt uitgevoerd door- en op basis van input van de belangrijkste actoren in het wijknetwerk. Daartoe behoren de volgende actoren:

- Wijkverpleegkundige(n)
- Teamleider van het wijkteam (of in elk geval een lid van het wijkteam met praktijkervaring)
- Huisarts, bij wie veel mensen in de wijk ingeschreven staan
- Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg

Mochten er meer dan één huisartsen en POH een grote rol spelen in de wijk, dan kan deze groep eventueel nog uitgebreid worden. Hetzelfde geldt wanneer er meer dan één wijkverpleegkundige in de wijk is met niet-toewijsbare taken. Wanneer betrokkenen niet aanwezig kunnen zijn bij de bijeenkomst, dan kunnen zij als terugvaloptie telefonisch geïnterviewd worden. Face-to-face-interviews zijn echter handiger, want daarbij is het bijvoorbeeld mogelijk om uitspraken bij de anderen te toetsen.

Opmerkingen:

- De meest waardevolle informatie komt voort uit een open en interactief gesprek met de betrokkenen. Deze lijst moet dan ook niet gezien worden als een enquêteformulier, maar dient als leidraad voor het interview. Niet alle vragen hoeven daarom expliciet gesteld te worden om toch een goed beeld van de praktijk te krijgen; de inhoud van het gesprek zelf biedt aanknopingspunten om wel of niet dieper op sommige aspecten in te gaan.
- Bij sommige vragen staan tussen vierkante haken '[...]' mogelijke antwoorden vermeld. Dit is hetzij als voorbeeld, hetzij ter categorisering van mogelijke antwoorden, ten behoeve van eenduidige conclusies.
- Vragen die exemplarisch zijn voor de wijkverpleegkundige en tegemoet komen aan diens specifieke rol, zijn schuingedrukt weergegeven.

De netwerkanalyse

Doel: een zo scherp mogelijk beeld krijgen van hoe de wijkverpleegkundige in het wijknetwerk opereert, hoe de samenwerking binnen het netwerk functioneert, en wat daarbij beperkende en bevorderende factoren zijn.

Vragen:

M.b.t. de positionering ten opzichte van het wijkteam in het bijzonder:

- *Hoe is de wijkverpleegkundige **gepositioneerd** t.o.v. het wijkteam? [Afstemming, mandaat, integraal] Hoe is die positionering tot stand gekomen, wat waren de argumenten ervoor?*
- Hoe wordt de **samenwerking** tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundige ervaren? [Prettig, stroef, ...]
- Hoe is het onderlinge contact / overleg vormgegeven? Denk aan: aard [afstemmen, casussen bespreken, cliëntgegevens uitwisselen, ...], hoeveelheid [frequentie (per week, of per cliënt), duur].
- Als de aard van het contact ook afstemming betreft, leidt dat dan vaak tot **aanpassingen van de aanpak/werkwijze**? Is dat van zowel de wijkverpleegkundige als het wijkteam?
- Hoe vaak is er sprake dat er los van elkaar contact is met dezelfde inwoner? Hoe wordt in zulke gevallen bepaald **wie verantwoordelijk is / de regie** heeft?
- Is de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg qua **takenpakket complementair** aan de anderen, of wordt hetzelfde werk ook door anderen gedaan? *Is de medische kennis van de wijkverpleegkundige in het bijzonder een waardevolle aanvulling op de expertise in het wijkteam, en waaruit blijkt dat?*

Algemene vragen:

- Met welke andere **professionals** vindt in de dagelijkse praktijk **contact** plaats? [Bijvoorbeeld: huisartsen — wijkverpleegkundige(n), POH's — wijkteam, etc.]
- Hoe is dat contact vormgegeven? Denk aan: **aard** [afstemming over een bepaalde cliënt, inhoudelijk advies, ...], **wijze** [face-to-face, telefonisch, per e-mail, ...], **hoeveelheid** [frequentie, duur].
- Vindt dat contact op **structurele** of veelal **incidentele** basis plaats? Hebben de deelnemers daarin bepaalde vaste rollen? Zijn daar afspraken over gemaakt? Kom je elkaar ook hoe dan ook tegen, zonder dat je daar afspraken voor hoeft te maken?
- Worden er onderling (medische) **cliëntgegevens** en/of algemene informatie uitgewisseld / overgedragen? Hoe gebeurt dat, is er bijvoorbeeld een registratiesysteem waar verschillende professionals toegang tot hebben?
- **Mis je nog professionals** in je netwerk waarvan je het idee zou hebben dat er (meer) contact mee zou moeten zijn? Zijn naar jouw mening, op basis van de cliënten die je tegenkomt, zowel het sociale als het medische domein voldoende vertegenwoordigd in je netwerk?
- Merk je een **verschil tussen 2014 en 2015**? In het bijzonder: weten de anderen elkaar beter te vinden, is er via de wijkverpleegkundige ook (meer) contact *tussen* de anderen over dezelfde cliënt?
- *In het bijzonder aan de huisarts (en POH): ben je tevreden met de huidige situatie en de veranderingen ten opzichte van 2014? Heeft het bestaan van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg toegevoegde waarde in je werk? Ben je*

daardoor beter in staat je werk goed te doen?

- Zijn inwoners **bekend** met het bestaan van de wijkverpleegkundige? Weten ze deze te vinden? Zo ja, hoe? [Via wijkverpleegkundige zelf, via wijkteam, via huisarts / POH, anders]
- Zijn er expliciet **afspraken** binnen het netwerk gemaakt over de **taakverdeling** [j/n], **doelgroepen** [j/n] en **problematieken** [j/n] en afstemming daarover?
- Denk je dat iedereen in je netwerk een **goed beeld** heeft van wat de anderen in dat netwerk precies doen, en hoe hun werk zich tot elkaar verhoudt? Hoe is iedereen dat te weten gekomen?

Takenanalyse (algemeen, dus los van specifieke casussen)

Doel: inzicht krijgen in welke taken de wijkverpleegkundige precies uitvoert, en welke rol die taken spelen in het wijknetwerk. Hebben ze een belangrijke functie, en hoe verhouden ze zich tot de taken van de anderen in het wijknetwerk?

Vragen:

Algemene vragen:

- Doe je zowel toewijsbare als niet-toewijsbare taken? Maak je in je werkwijze een scherp onderscheid tussen die twee, of lopen ze in de praktijk erg in elkaar over? Zijn er bepaalde factoren die het lastig maken om onderscheid te maken tussen de twee taken?
- Wat is voor jou de meerwaarde van het onderscheiden van de toewijsbare en niet-toewijsbare taken? (Hoe) is je werkwijze hierdoor veranderd ten opzichte van vorig jaar?
- Komt de feitelijke tijdsverdeling toewijsbaar/niet-toewijsbaar ongeveer overeen met je aanstelling? Zorg je daar zelf voor?
- Zijn er afspraken over overdracht/afbakening: waar de grens tussen toewijsbaar en niet-toewijsbaar ligt? Blijf je betrokken bij de casus, en zo ja hoe?

Vragen voor alle taken (signaleren, netwerk-taken / coördineren, stimuleren, behoeftebepaling, doorverwijzen):

- Wat versta je precies onder deze taak?
- Wat doe je hierin anders dan in 2014?
- Vind je het logisch dat deze (niet) tot je takenpakket hoort? Heeft de taak meerwaarde voor je? Sluit het aan op de rest van je werk (ook het toewijsbare deel)?
- Welk deel van je tijd besteed je hier verhoudingsgewijs aan ten opzichte van de andere taken? [x %] Is dat het gevolg van een prioritering die je zelf aangebracht hebt? Komt deze taak vaak / altijd voor in combinatie met één of meer andere taken?
- Betreft het hier veelal personen met een vergelijkbare achtergrond [leeftijd, type huishouden, sociaaleconomische status, problematiek, hoeveelheid hulp / ondersteuning]?
- Welke andere professionals in de wijk (m.n. huisarts, POH, wijkteam) hebben ook een rol in deze taak en hoe verhoud je uitvoering ervan zich tot hun werk? Vereist dat coördinatie?
- Wat belemmert je in deze taak? Wat helpt je? Wat kan erin efficiënter / gestroomlijnder? Met welke partijen gaat de samenwerking daarin goed, met welke

<p>minder en waardoor komt dat?</p> <ul style="list-style-type: none"> Over welke vaardigheden moet je beschikken bij het goed uitvoeren van deze taak? Welke rol spelen de gemeente, Menzis en je werkgever in de uitvoering van deze taak?
<p>Vragen specifiek voor een bepaalde taak</p>
<p>Doel: inzicht verkrijgen in de voorwaarden voor het succesvol uit kunnen oefenen van de betreffende taken.</p> <p>N.B. De eerste drie genoemde taken (signaleren, netwerken, stimuleren) behoren volgens Menzis expliciet tot het takenpakket. Voor de andere taken is dat niet het geval, maar zij vallen in het schemergebied tussen toewijsbare en niet-toewijsbare taken. Het is daarom goed om ook voor die taken oog te hebben.</p> <p>Vragen:</p>
<p>Signaleren (het oppikken van en handelen naar signalen)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoe vaak krijg je signalen van anderen (professionals en inwoners)? Via welke weg (persoon, plaats) komen die? [Huisarts, POH, wijkteam, andere medische/sociale professionals, inwoners, ...] Sluiten die signalen aan bij je beroepspraktijk? Is er een signaleringssysteem om signalen door te spelen? Ga je zelf ook actief op zoek naar signalen? Wat zie je als een signaal / waar sla je op aan? Hoe maak je vervolgens je afweging, wat betrek je daar wel en niet bij? [Leefsituatie, problematiek, bekendheid met de persoon, ...] Wat doe je vervolgens zoal met die signalen, en hoe vaak gebeurt dat? Als je die signalen doorgeeft, worden ze dan opgepakt (op de manier waarop je dat voor ogen stond)?
<p>Coördineren (het onderling afstemmen over de beste aanpak en/of casusregie)</p> <ul style="list-style-type: none"> Heb je zelf ook personen onder je hoede waar je de regie hebt over de zorg en ondersteuning die hij/zij krijgt? Zo ja, van een bepaald type cliënten? Hoe wordt bepaald wie wanneer de regie doet? <i>Speelt je medische achtergrond daarin een rol?</i> Welk mandaat / autoriteit heb je wat dit betreft? [Welk type interventies staat hierin tot je beschikking? Moet je anderen vaak overtuigen van je standpunt? Wie maakt de uiteindelijke beslissing. Wordt gevolg gegeven aan jouw beslissingen?] Wat is de rol van de cliënt en diens omgeving daarin? [Die bepaalt / bepalen grotendeels wat er gebeurt / worden altijd geconsulteerd, hebben nauwelijks een rol, ...] Zijn er afspraken over wanneer jouw taak afgerond is? Zijn dat vaste afspraken of wordt dat per casus bekeken? Hoe zorg je voor een goede overdracht? Wanneer is het nodig om vinger aan de pols te houden? (Hoe) doe je dat?
<p>Stimuleren (inwoners aanzetten tot gedragsverandering t.b.v. de zelfredzaamheid, inschakelen of versterken van hun netwerk, zorgmijders aansporen hulp te zoeken)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ■ In wat voor situaties probeer je inwoners te stimuleren, zoals hierboven toegelicht? [Doelgroep, ervaring met cliënt, problematiek...] Hebben je inspanningen resultaat gehad? Zo ja, hoe kreeg je diegene uiteindelijk zover om hulp te zoeken / gedrag aan te passen / eigen netwerk te versterken / aan te spreken? Wat was daarvoor nodig? Hoe ga je te werk? Was er een rol voor diens persoonlijk netwerk daarin? Zo ja wat was deze?
<p>Behoeftebepaling (vraagverheldering, diagnose)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Wat versta je onder behoeftebepaling als onderdeel van de niet-toewijsbare zorg? Wanneer gaat dat over in diagnose / toewijsbare taken? [Zijn er bijvoorbeeld expliciete momenten, of situaties die een afbakening aangeven?] ■ <i>Bepaal je alleen behoeftes die binnen het medische domein vallen, of ook breder? Zo ja, moet je daarvoor vaak anderen inschakelen voor advies? Hoe werk je daarin goed samen?</i> ■ Doe je de behoeftebepaling zelf en zo nee, wie wel? Op basis waarvan wordt dat bepaald? [Doelgroep, ervaring met cliënt, problematiek, ...] ■ Hoe bepaal je de behoefte van een cliënt, wat heb je ervoor nodig? [Gebruik je daarbij een bepaalde methodiek, en zo ja welke? Sluit die aan bij anderen in je netwerk?] ■ Heeft de behoeftebepaling als onderdeel van de niet-toewijsbare zorg meerwaarde? [Versnelt/vergemakkelijkt deze het proces ook? Of vindt er soms nog dubbel werk plaats? <i>Welke rol speelt je medische achtergrond hierin?</i>]
<p>Doorverwijzen</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Is het je toegestaan om naar ondersteuning (sociaal domein) door te verwijzen? Hoe (vaak) doe je dat? Stuit je daarbij op beperkingen?</i> ■ Ken je de aanbieders, hun verantwoordelijkheden en aanbod voldoende goed om met een doorverwijzing zorg/ondersteuning (beter) op maat te krijgen? Wat doe je in geval van twijfel? ■ Op basis waarvan maak je de afweging naar wie je moet doorverwijzen? [Doelgroep waartoe persoon hoort, specifieke signalen of problematieken, bijzondere omstandigheden, ervaringen met betreffende persoon, ...] ■ Betrek je voor doorverwijzing weleens professionals met andere expertise? Zijn daar afspraken over? [Heb je bijvoorbeeld vaste contacten voor bepaalde problematieken?] ■ Hoe verwijst je door? Naar een organisatie of direct naar een persoon? Hoe gebeurt dat? [Raad je de cliënt aan naar de betreffende organisatie/persoon te gaan, vraag je de organisatie om contact op te nemen, ...] ■ Wordt die doorverwijzing ook opgevolgd? Waarom wel/niet? Hoe weet je dat? ■ Verwijs je naar de juiste persoon/professional door? Hoe weet je dat? [Zijn er bijvoorbeeld afspraken over terugkoppeling over of de doorverwijzing terecht was?, Is er een sociale kaart?] ■ Wanneer je naar zorg doorverwijst, is kun je dan makkelijk een onafhankelijke positie daarin aannemen (zelf zorgverlener zijnde)?

5. Vragenlijst voor de casusanalyse

De casusanalyse is het derde onderdeel van de effectenanalyse van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. De effectenanalyse bestaat uit de volgende drie onderdelen:

1. Wijkscan
2. Netwerk- en takenanalyse
3. Casusanalyse

Doel: De casusanalyse is bedoeld om een nauwkeuriger beeld te krijgen van de werkpraktijk. Juist in de praktische situaties manifesteren zich beperkende of bevorderende factoren, blijkt of hetgeen dat op papier is bedacht ook de gewenste uitwerking in de praktijk heeft, en kunnen verrassende facetten aan het licht komen.

Opzet: De wijkverpleegkundige draagt een aantal casussen aan waar diens niet-toewijsbare taken een rol speelden. Vermoedelijk is er nergens een registratiesysteem waar de niet-toewijsbare handelingen in terecht komen. Het is belangrijk om desondanks een waarheidsgetrouw beeld te krijgen, dat zo min mogelijk vertekend is door eigen perceptie. Een oplossing om hier mee om te gaan zou bijvoorbeeld zijn om de wijkverpleegkundige een week voorafgaand aan de bijeenkomst te vragen alle casussen bij te houden waarbij diens niet-toewijsbare taken een rol speelden.

De casussen worden tijdens de bijeenkomst in detail doorlopen. Bij voorkeur zijn hierbij aanwezig de wijkverpleegkundige(n), POH, huisarts en teamleider van het wijkteam. Voor elke casus die wordt besproken, wordt zowel een aantal algemene vragen gesteld, als een aantal vragen die specifiek ingaan op de taken van de wijkverpleegkundige die in de betreffende casus aan de orde kwamen.

Opmerkingen:

- De meest waardevolle informatie komt voort uit een open en interactief gesprek met de betrokkenen. Deze lijst moet dan ook niet gezien worden als een enquêteformulier, maar dient als leidraad voor het interview. Niet alle vragen hoeven daarom expliciet gesteld te worden om toch een goed beeld van de praktijk te krijgen; de inhoud van het gesprek zelf biedt aanknopingspunten om wel of niet dieper op sommige aspecten in te gaan.
- Bij sommige vragen staan tussen vierkante haken '[...]' mogelijke antwoorden vermeld. Dit is hetzij als voorbeeld, hetzij ter categorisering van mogelijke antwoorden, ten behoeve van eenduidige conclusies.

Voorafgaand aan de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige

Doel: een beeld krijgen van de situatie en de achtergrond waartegen deze casus zich afspeelde.

Vragen:

- Hoe is de persoon in deze casus te omschrijven [leeftijd, geslacht, type huishouden, sociaaleconomische status, problematiek]
- Hoe ziet het netwerk er van de persoon in kwestie uit? [Is het als zwak of sterk te kenschetsen?] Wie maken er deel van uit [partner, overige familie, vrienden/kennissen, burens, ...], welke betekenis/rol hebben zij in het netwerk?
- In wat voor omgeving woont de persoon binnen de wijk? [Type woning, locatie binnen de wijk] Wat betekent dat voor de beschikbaarheid van faciliteiten?
- Hoe is diegene onder je aandacht gekomen? [via wie (netwerk), waar (vindplaats), in welke situatie, uit eigen beweging, ...] Hoe is bepaald wie daar het beste op af kon gaan? Wie heeft dit besloten?
- Wat kreeg diegene tot op dat moment aan ondersteuning en/of zorg?

De werkzaamheden van de wijkverpleegkundige:

Aanvullend op bovenstaande vragen kunnen de antwoorden op taak-specifieke vragen (zie de vragenlijst 'Netwerk en takenanalyse', onder het kopje 'Takenpakket'), aan de hand van de casus getoetst worden.

Dit geldt alleen voor de taken die onderdeel zijn van de casus. Bovendien hoeven binnen die taak slechts de vragen gesteld te worden die relevant zijn.

Vergelijking van de werkwijze t.o.v. vorig jaar

Doel: helder hebben wat de resultaten zijn en waar het verschil ten opzichte van eerder in zit.

Vragen:

- Hoe was deze casus **vorig jaar** verlopen zonder inzet van de niet-toewijsbare zorg? Was dat anders geweest, en zo ja in welke opzichten? Wat was beter/minder goed verlopen?
- Wat is in dit geval **typisch voor de nieuwe aanpak** (en van meerwaarde ten opzichte van de oude)?
- Kwamen hier zowel **zorg als ondersteuning** aan te pas? Sloten die op elkaar aan? Wie was er verantwoordelijk voor de totstandkoming van een samenhangend plan van aanpak?
- Betrof het zowel de **toewijsbare als niet-toewijsbare** taken, en zo ja, welke?
- **Hoeveel** (verschillende) **professionals** zijn er betrokken geweest, voordat de juiste zorg/ondersteuning is geboden? Hoeveel stappen waren daarvoor nodig? Over hoeveel schijven is dat gebeurd?
- **Hoe lang** heeft het geduurd van het eerste signaal tot het moment dat de casus was overgedragen / de juiste zorg en ondersteuning waren ingeschakeld?
- Wat had **beter gekund** in deze casus?
- Heeft de cliënt in jouw ogen een passend aanbod gekregen, en weet je of deze hiermee tevreden was?

Clïentperspectief

Zo mogelijk worden de in de casussen betrokken cliënten bevraagd naar hun ervaringen. Dat kan door een deel van de vragen uit de casusanalyse te stellen.

Daarnaast is er nog een interessante algemene vraag:

- Was u **bekend** met het bestaan van de wijkverpleegkundige? Zou u deze in het vervolg weten te vinden, en zo ja hoe?

Inzichtelijk maken van effecten

Onderstaand zijn vragen die op langere termijn gesteld zouden kunnen worden, wanneer de niet-toewijsbare taken van de wijkverpleegkundige helemaal hun beslag hebben gekregen.

Effecten op langere termijn
Doel: inzicht krijgen in welke effecten (mogelijk) optreden, en in welke mate.
Vragen:
Algemeen
<ul style="list-style-type: none">▪ Wat was er gebeurd wanneer er geen wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg was geweest? Wie had het dan opgepakt, wanneer en hoe?▪ Wat is de rol van het benutten van je professionele netwerk in het resultaat?▪ Zijn de volle mogelijkheden tot het combineren van ondersteuning en zorg benut?
Leidt de werkwijze tot een gezondere bevolking?
<ul style="list-style-type: none">▪ Weet je hoe het de persoon vergaan is sinds het afsluiten van het dossier? Heb je deze daarna nog teruggezien, afgezien van dat je misschien zelf vinger aan de pols houdt?▪ Kun je al concluderen of het een stabiele situatie opgeleverd heeft, of is er een kans dat zwaardere zorg later alsnog nodig blijkt?
Leidt de werkwijze tot beter / slechter (ervaren) zorg/ondersteuning?
<ul style="list-style-type: none">▪ Is het samenstellen van het pakket zorg/ondersteuning samen met de persoon in kwestie gebeurd? Is expliciet rekening gehouden met de wensen en behoeften van diegene? Is daarin ruimte tot bijsturen (benut)? Was deze het eens met het pakket?▪ Vond deze persoon dat er voldoende zorg/ondersteuning werd geboden? Als er taken door de naaste omgeving werden opgepakt: waren zij het ermee eens?▪ Heb je klachten gehoord of feedback gekregen van de persoon of diens omgeving? Wat was de aard / inhoud daarvan? Wat heb je daarmee gedaan?
Leidt de werkwijze tot duurdere / goedkopere zorg/ondersteuning?
<ul style="list-style-type: none">▪ Had de persoon anders geen zorg of ondersteuning gekregen, of was dat (alleen) later gebeurd? Op basis waarvan maak je die inschatting?▪ Wat was het alternatieve scenario geweest wat de tijd betreft? Hoeveel tijdswinst heb je nu geboekt? Wat betekent die tijdswinst (mogelijk) voor de zorgkosten?▪ Wat voor traject was de persoon mogelijk ingegaan wanneer de situatie was geëscaleerd? En was dat ook een duurdere traject geweest?▪ Wat voor risico's op escalatie zie je, in het geval je niets gedaan had? Waar leid je dat uit af?

6. Uitvoering effectenanalyse

De voorgaande hoofdstukken bevatten de drie instrumenten van de effectenanalyse: de wijkscan, de netwerk- en takenanalyse en de casusanalyse. De uitvoering van deze instrumenten vereist verschillende bijeenkomsten met betrokkenen. Dit hoofdstuk dient als voorbeeld voor de organisatie van de bijeenkomsten.

De verschillende bijeenkomsten kunnen worden ingedeeld in de volgende drie sessies. Uiteraard is dit afhankelijk van de beschikbaarheid van de deelnemers en lokale omstandigheden.

Sessie 1: Completeren van de wijkscan

Doel	Completeren van de wijkscan, achterhalen van waarden die niet anderszins te vinden zijn
Inhoud/opbouw	<ul style="list-style-type: none">• Vragen stellen over de benodigde gegevens• Bespreken van de interpretatie van gegevens• Eventuele aanvulling van specifieke gegevens uit de wijk
Instrument	Wijkscan
Aanwezigen	Persoon met kennis van de beschikbaarheid van gegevens
Duur	1 uur

Sessie 2: Uitvoering netwerk- en takenanalyse en casusanalyse

Sessie 2a: Interview en groepsgesprek met de actoren binnen het netwerk

Doel	<ul style="list-style-type: none">• Beeld krijgen van de samenwerking binnen het netwerk en van de positionering van de wijkverpleegkundige• Toetsen van veronderstellingen over voorwaarden en effecten
Inhoud/opbouw	<ul style="list-style-type: none">• Introductie van het onderzoek• Duidelijk maken van het idee en de opzet van de interviews• Voeren van een groepsgesprek over het netwerk, de positionering en taken
Instrument	Netwerk- en takenanalyse
Aanwezigen	<i>Voorkeur:</i> <ul style="list-style-type: none">• POH• Huisarts• Teamleider van het wijkteam• Wijkverpleegkundige(n)• Optie: trekker effectenanalyse <i>Terugvaloptie:</i> <ul style="list-style-type: none">• Iedereen afzonderlijk (al dan niet noodgedwongen telefonisch)
Duur	<i>Voorkeur:</i> <ul style="list-style-type: none">• 1 uur netwerkanalyse (gezamenlijk)• 1 uur takenanalyse (met wijkverpleegkundige(n)) <i>Terugvaloptie:</i> <ul style="list-style-type: none">• 1 u netwerkanalyse met wijkverpleegkundige(n)

- 0,5u netwerkanalyse met overige actoren
- 1u takenanalyse (met wijkverpleegkundige(n))

Sessie 2b: Bespreken van casussen door middel van een groepsgesprek (indien mogelijk)

Doel	<ul style="list-style-type: none"> • Beeld krijgen van de samenwerking binnen het netwerk en van de positionering van de wijkverpleegkundige • Toetsen van veronderstellingen over voorwaarden en effecten
Inhoud/opbouw	<ul style="list-style-type: none"> • Een aantal vooraf geselecteerde casussen worden doorgenomen aan de hand van de vragen uit de casusanalyse
Instrument	Casusanalyse
Aanwezigen	<p><i>Voorkeur:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • POH • Huisarts • Teamleider van het wijkteam • Wijkverpleegkundige(n) • Optie: trekker effectenanalyse <p><i>Terugvaloptie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wijkverpleegkundige(n)
Duur	Per wijkverpleegkundige: 20 minuten / casus

Sessie 3: Cliëntenperspectief

Doel:	Cliëntenperspectief betrekken bij de effectenanalyse
Inhoud / opbouw:	In overleg met het lokale contactpersoon zal worden besloten of en hoe het cliëntenperspectief betrokken kan worden bij het geheel.
	<p><i>Voorkeur:</i></p> <p>Er wordt gesproken met de cliënten (of iemand uit zijn systeem) van de casussen uit de casusanalyse. Met elke cliënt wordt de bijbehorende casus nagelopen.</p> <p><i>Terugvaloptie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiëntenvertegenwoordiging of -organisatie • Andere mogelijkheden die wellicht beschikbaar zijn in de wijk
Instrument:	Casusanalyse
Aanwezigen:	Betrokken cliënten
Duur:	<p><i>Voorkeur:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 minuten per casus

