



Evaluatie van de wijkverpleging

Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals



EVALUATIE VAN DE WIJKVERPLEGING

EVALUATIE VAN DE WIJKVERPLEGING:

Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en
zorgprofessionals

Prof. dr. A.L. Francke
Dr. P.M. Rijken
K. de Groot , MSc RN
Dr. A.J.E. de Veer
K.A.M. Verkleij, MSc
Dr. H.R. Boeije

NIVEL
Utrecht, september 2017

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, de overheid, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

NIVEL-onderzoek heeft maatschappelijke en wetenschappelijke impact. Dat is de dubbele missie van het NIVEL. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL-onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Tegelijkertijd zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ruim honderd onderzoekers.

ISBN 978-94-6122-461-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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 in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit rapport gaat over de evaluatie van de wijkverpleging die het NIVEL in 2016 en 2017 uitvoerde. Deze evaluatie omvat twee onderdelen: een deel over de ervaringen van cliënten en mantelzorgers en een deel over de ervaringen van de zorgprofessionals die wijkverpleging leveren.

De evaluatie door het NIVEL maakt onderdeel uit van een bredere evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg, die het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) over de periode 2015 tot en met 2017 uitvoert op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). De evaluatie over de wijkverpleging voert het NIVEL uit voor het SCP.

Wij zijn alle cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals die deelnamen aan het onderzoek, zeer erkentelijk voor hun inzet en tijd. We danken NIVEL-collega's Dolf de Boer, Lucas van der Hoek, Marianne Heins en Marloes Oldenkamp voor hun inzet bij verschillende onderdelen van de studies. Ook danken we de collega's van het SCP – Mariska Kromhout, Roelof Schellingerhout, Nora Kornalijnslijper, Anja Steenbekkers en Joost Kappelhof voor hun bruikbare adviezen en betrokkenheid bij dit onderzoek. Tot slot een woord van dank voor Irma Harmelink en Rieta van Staalduine die deel uitmaken van de externe begeleidingscommissie van de HLZ-evaluatie.

Utrecht, september 2017

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting en reflecties	9
1. Inleiding	15
1.1 Achtergronden en beleidscontext van de Hervorming Langdurige Zorg	15
1.2 Omschrijving van wijkverpleging	17
1.3 Hoofdvragen van het onderzoek en onderzoeksthema's	18
1.4 Leeswijzer rapport	19
2. Inzichten uit de literatuurstudie	21
2.1 Wijkverpleging: wat en wie?	21
2.2 Eerder onderzoek naar perspectieven van cliënten, mantelzorgers of professionals	27
3. Ervaringen van cliënten en hun mantelzorgers	35
3.1 Onderzoeksvragen en onderzoeksopzet	36
3.2 Resultaten cliënten	38
3.3 Resultaten mantelzorgers	60
4. Ervaringen van professionals	81
4.1 Onderzoeksvragen en onderzoeksopzet	82
4.2 Resultaten professionals	84
Gebruikte literatuur en websites	123
Bijlagen	
Bijlage A Methoden literatuurstudie	129
Bijlage B Methoden onderzoek cliënten en mantelzorgers	131
Bijlage C Methoden onderzoek professionals	143
Bijlage D Bekendheid en gebruik wijkverpleging onder mensen met een chronische ziekte of beperking	153

Samenvatting en reflecties

Op 1 januari 2015 werd de wijkverpleging overgeheveld van de voormalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze transitie is onderdeel van de bredere Hervorming Langdurige Zorg van het Ministerie van VWS. Hoofddoelen zijn het verbeteren van de kwaliteit van langdurige ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving en financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning. Dit beginhoofdstuk beschrijft de belangrijkste bevindingen van het evaluatieonderzoek dat het NIVEL in opdracht van het SCP deed in 2016/begin 2017, en bevat ook reflecties in het licht van eerder onderzoek op het terrein van de wijkverpleging. De bevindingen zijn voornamelijk gebaseerd op vragenlijstonderzoeken die in 2016/begin 2017 plaatsvonden onder cliënten, mantelzorgers en professionals.

Het onderzoek onder cliënten en hun mantelzorgers

Een eerste hoofdvraag was:

Hoe komen mensen die wijkverpleging nodig hebben terecht bij de zorgprofessionals die deze zorg bieden, met welke zorgvragen komen zij en wat zijn de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met de indicatiestelling?

In de helft van de gevallen neemt de cliënt zelf of een familielid contact op met de wijkverpleging. In andere gevallen zijn het vooral de huisarts, praktijkondersteuners of andere betrokken professionals die contact met de wijkverpleging opnemen. Ongeveer de helft heeft in eerste instantie vooral een zorgvraag op het gebied van persoonlijke verzorging. Daarnaast heeft een flinke groep zowel behoefte aan persoonlijke verzorging als aan verpleging.

Sinds de Hervorming Langdurige Zorg voeren wijkverpleegkundigen zelf de indicatiestelling voor wijkverpleging uit. De tevredenheid over het indicatiegesprek is hoog, met een gemiddelde tevredenheidsscore van 2,9 bij cliënten en 2,8 bij mantelzorgers, op een schaal van 1 tot 3. Ruim de helft van de cliënten geeft aan dat zij konden kiezen uit meerdere aanbieders. Bij een vijfde viel er niet zo veel te kiezen, omdat er maar één aanbieder actief was in de omgeving. Ruim 80 procent kon bij het indicatiegesprek meebeslissen over het type en het tijdstip van de benodigde zorg. Verder geeft minder dan een kwart (24%) aan dat zij mee konden beslissen over welke zorgverlener bij hen wijkverpleging geeft. Bij jongere cliënten komt meebeslissen vaker voor dan bij oudere cliënten.

Een andere hoofdvraag was:

Welke zorg ontvangen cliënten en wat zijn de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met het proces van wijkverpleging?

Ongeveer de helft krijgt alleen persoonlijke verzorging. Een minder groot deel krijgt een combinatie van persoonlijke verzorging en verpleging. Tien procent ontvangt

uitsluitend verpleging. Ongeveer drie kwart krijgt dagelijks zorg, meestal twee of drie keer per dag. Gemiddeld duren huisbezoeken bijna een half uur.

De ontvangen zorg sluit veelal aan bij de zorgvraag en de indicatiestelling. Cliënten vinden de geboden zorg over het algemeen toereikend. Mantelzorgers rapporteren een iets ander beeld. Achttien procent geeft aan meer zorg voor zijn/haar naaste te willen.

Bijna twee derde van de cliënten geeft aan dat iemand van de wijkverpleging is aangewezen als hun contactpersoon. Opvallend is echter dat bijna een kwart aangeeft geen contactpersoon te hebben. Daarnaast geeft 14 procent aan het niet te weten, wat kan betekenen dat deze mensen ook geen vast aanspreekpunt hebben. Van de mantelzorgers zegt ongeveer een kwart dat ze geen vast aanspreekpunt bij de wijkverpleging hebben, terwijl 18 procent zegt het niet te weten.

Een derde hoofdvraag was:

Hoe beoordelen cliënten en hun mantelzorgers de kwaliteit van de wijkverpleging?

Cliënten en mantelzorgers kenmerken de professionals van de wijkverpleging als vriendelijk, betrokken, behulpzaam en zorgzaam. Cliënten die ook al voor 2015 wijkverpleging ontvingen merken over het algemeen weinig verschil tussen de wijkverpleging van nu en die van voor 2015.

Vrijwel alle cliënten geven aan baat te hebben bij de wijkverpleging en eigenlijk niet zonder te kunnen. Ruim twee derde van de cliënten schat in dat ze zich minder goed zouden kunnen redden en bijna een derde geeft aan dat ze niet meer zelfstandig zouden kunnen wonen, als er geen wijkverpleging zou zijn. Bijna één op de vier denkt dat ze zonder wijkverpleging minder sociale contacten zouden hebben.

Cliënten waarderen de zorgprofessionals van de wijkverpleging met een gemiddeld rapportcijfer van 8,3. Mantelzorgers zijn vrijwel net zo positief; zij geven die zorgprofessionals een 8,2. Mantelzorgers vinden veelal dat de wijkverpleging voor hen goed bereikbaar is en dat de hulp van de wijkverpleging goed aansluit op de hulp die ze zelf geven. Echte afstemming van de zorg tussen mantelzorgers en wijkverpleging vindt in de helft van de gevallen plaats.

Opvallend is verder dat maar weinig cliënten denken zich te kunnen redden door zelf de benodigde hulp te betalen (5%) of hun naasten meer in te schakelen (13%). Bijna de helft van de mantelzorgers neemt de zorg van de wijkverpleging niet over als deze niet wordt geboden. Andersom, neemt in een derde van de gevallen de wijkverpleging de zorg van de mantelzorg niet over als deze is verhinderd.

Het onderzoek onder professionals

De eerste twee hoofdvragen in het onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden waren:

Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden de bekendheid en bereikbaarheid van de wijkverpleging voor mensen die mogelijk zorg en ondersteuning nodig hebben?

Welke zorgvraag hebben mensen in de ogen van verpleegkundigen en verzorgenden en wat gebeurt daarmee? Sluit de beschikbare zorg aan op de behoeften van de zorgvragers?

Wijkverpleging is in de ogen van verpleegkundigen en verzorgenden zelf goed toegankelijk voor mensen die een zorgvraag hebben. Echter vooral mensen met psychische problemen of mensen met een migratie-achtergrond zouden moeizaam in beeld komen bij de wijkverpleging.

De verpleegkundigen en verzorgenden ervaren een toename van kwetsbare cliënten met complexe zorgvragen, bijvoorbeeld mensen met GGZ-problematiek, ouderen van zeer hoge leeftijd en mensen met dementie. Ze vinden dat de indicaties goed aansluiten bij de zorgvragen en rekening houden met het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten. Vooral mbo-opgeleide verpleegkundigen, maar ook verzorgenden vinden dat ze invloed hebben op de indicatiestelling, die veelal door hbo-opgeleide collega's wordt uitgevoerd. Verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat er veelal voldoende wijkverpleging beschikbaar is voor hun cliënten, maar dat andere ondersteuning – bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of individuele begeleiding - regelmatig onvoldoende is. Zij geven ook aan regelmatig taken uit te voeren die buiten de geïndiceerde zorg vallen.

Een andere hoofdvraag was:

Is er volgens verpleegkundigen en verzorgenden voldoende samenwerking tussen betrokkenen?

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn over het algemeen positief over de afstemming van zorg met huisartsen. Over afstemming van zorg met GGZ-professionals zijn zij minder tevreden. Een gelijk beeld is zichtbaar bij de overdracht van zorg. De ervaringen over afstemming met professionals vanuit gemeenten zijn erg wisselend. Een meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden ervaart dat gemeenten wel eens cliënten afschuiven naar de wijkverpleging. Over de overdracht vanuit gemeenten zijn zij ook kritisch. De ervaringen met (sociale) wijkteams variëren eveneens.

Over de samenwerking met mantelzorgers zijn verpleegkundigen en verzorgenden veelal positief en zien zij geen verschil met de situatie voor 2015. Wel rapporteert ruim driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden dat ze vaker te maken hebben met overbelaste mantelzorgers.

De laatste hoofdvraag was:

Wat merken verpleegkundigen en verzorgenden van zorgvernieuwing (mede) als gevolg van de in 2015 ingezette Hervorming Langdurige Zorg?

Verpleegkundigen en verzorgenden zien in hun werk duidelijke accentverschuivingen en nieuwe werkwijzen; bijvoorbeeld meer aandacht voor de bevordering van zelfredzaamheid en zelfmanagement, en een toegenomen gebruik van zorgplannen. Zij ervaren ook meer werkdruk, wat samenhangt met een toename van cliënten met complexe zorgvragen. Ondanks de werkdruk vindt het overgrote deel van de verpleegkundigen en verzorgenden hun werk wel aantrekkelijk.

De veranderingen in het werk hebben ook invloed op de samenstelling van teams. Het aantal helpenden neemt af en het aantal hoger opgeleide zorgverleners neemt toe, aldus de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden. Ook werkt de meerderheid inmiddels in een zelfsturend team.

Reflecties

Een hoofddoel van de van de Hervorming Langdurige Zorg is het verbeteren van de kwaliteit van langdurige zorg en ondersteuning. Cliënten die ervaring hebben met de wijkverpleging van vóór 2015 merken weinig verschil. Tegelijkertijd komt naar voren dat de huidige cliënten bijzonder tevreden zijn over de kwaliteit van de door de wijkverpleging geleverde zorg. De hoge waardering voor de wijkverpleging blijkt bijvoorbeeld ook uit de benchmarkstudie van brancheorganisatie ActiZ (2016). De benchmarkstudie laat echter ook zien dat cliënten ten opzichte van 2014 minder inspraak ervaren in de geleverde zorg. Uit ons vragenlijstonderzoek blijkt eveneens dat slechts een minderheid van de cliënten vindt dat zij mee kon beslissen over welke zorgverlener bij hen langskomt. Binnen het huidige beleid wordt eigen regie gestimuleerd. Mede daarom is het nodig dat cliënten en direct betrokken naasten ook inspraak hebben bij de keuze van wie er bij hen over de vloer komt.

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn positief over de zorg die ze geven, ook al signaleren zij dat de laatste jaren hun werkdruk is toegenomen, onder meer door de toename van cliënten met complexe zorgvragen. Verder rapporteren verpleegkundigen en verzorgenden dat de wijkverpleging over het algemeen goed toegankelijk is. Speciale aandacht blijft wel nodig voor de toegankelijkheid van bepaalde specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld mensen met psychische problemen of mensen met een migratie-achtergrond. Ook is een barrière dat zorgvragers vaak niet weten dat ze rechtstreeks contact op kunnen nemen met de wijkverpleging.

Een ander hoofddoel van de Hervorming Langdurige Zorg is het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving, met andere woorden dat mensen meer voor elkaar zorgen. Meer betrokkenheid van mantelzorgers kan naast voordelen (bijvoorbeeld minder eenzaamheid en betere financiële haalbaarheid) ook een schaduwzijde hebben, namelijk meer belasting. De mantelzorgers zijn in het huidige onderzoek niet zelf bevraagd over (over)belasting. Signalen van meer overbelaste mantelzorgers zijn er wel vanuit ons vragenlijstonderzoek onder

zorgprofessionals en ook uit andere hoeken, onder meer uit een enquête onder leden van beroepsorganisatie V&VN (<http://www.venvn.nl/Berichten/ID/1617454>). Een specifiek doel van de Hervorming Langdurige Zorg is meer zelfredzaamheid, zelfstandigheid en langer zelfstandig wonen van mensen die zorg nodig hebben. Dit evaluatieonderzoek laat zien dat veel cliënten wijkverpleging belangrijk vinden om zich te kunnen redden, langer zelfstandig te blijven en om sociale contacten te hebben. De ondervraagde zorgprofessionals ervaren dat zij sinds begin 2015 meer aandacht hebben voor bevordering van zelfredzaamheid. Wijkverpleging lijkt dus zeker bij te dragen aan voornoemd doel.

Zelfredzaamheid zal echter voor met name cliënten met complexe zorgvragen niet vanzelfsprekend zijn, terwijl zorgprofessionals in de wijkverpleging steeds vaker met dat soort cliënten te maken hebben. De toename van cliënten met complexe zorgvragen bleek ook uit eerder onderzoek (De Groot e.a., 2016). Deze toename is één van de redenen van de hogere werkdruk.

Uit het huidige onderzoek blijkt ook dat de zorgprofessionals vinden dat sinds 2015 hun werkdruk is toegenomen. Naast een toename van cliënten met complexe zorgvragen, lijken bij de wijkverpleegkundigen ook hun nieuwe taken bij het indiceren te leiden tot meer werkdruk. Of bij de werkdruk ook meespeelt dat zorgprofessionals nu meer moeten afstemmen met mantelzorgers en met andere professionals, is onduidelijk en vraagt verder onderzoek.

Ondanks de toename van (ervaren) werkdruk, vinden vooral de hbo-opgeleide verpleegkundigen dat hun werk nog aantrekkelijker is geworden sinds begin 2015. De aantrekkelijkheid van het werk hangt waarschijnlijk samen met nieuwe uitdagingen, zoals het zelf indiceren, meer zelfsturing en meer samenwerking met andere professionals.

Deze aantrekkelijke kanten van het werken in de wijkverpleging zouden meer benadrukt kunnen worden in beleid en campagnes om zorgprofessionals te behouden en te werven voor de wijkverpleging. In deze sector is immers een nijpend personeelstekort, met name als het gaat om de hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen (de Veer e.a., 2016).

Uit dit evaluatieonderzoek blijkt verder dat cliënten, mantelzorgers en betrokken zorgprofessionals veelal positief zijn over de indicatiestelling. Ook uit eerder vragenlijstonderzoek dat het NIVEL deed in het voorjaar 2015, bleek dat bijna de helft van de hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen vond dat de indicatiestelling (zeer) goed verloopt. Het huidige onderzoek laat nu zien dat niet alleen verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook cliënten en mantelzorgers positief zijn over de indicatiestelling. Tegelijkertijd laat het onderzoek ook zien dat in de indicatiegesprekken lang niet altijd aan de orde komt of cliënten naast wijkverpleging, ook andere hulp nodig hebben, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of een andere voorziening via de gemeente. Dit doet vermoeden dat van integraal indiceren nog lang niet altijd sprake is.

Ook andere thema's die horen bij een integrale aanpak, zoals of mantelzorgers het wel kunnen volhouden, komen volgens cliënten en mantelzorgers lang niet altijd aan bod. Ook is bekend dat cliënten lang niet altijd weten dat ze kunnen kiezen tussen zorgaanbieders en dat ze zelden kiezen voor een specifieke organisatie

(Tegelaar en Van Haastert, 2015). Vanuit het streven naar zorg en ondersteuning op maat, kan hier nog winst behaald worden.

Uit ons onderzoek blijkt verder dat de ervaringen met samenwerking tussen de wijkverpleging met gemeenten en sociale wijkteams wisselen. Uit rondetafelgesprekken van AEF (2016) bleek al eerder dat in 2015 de verbinding tussen wijkverpleegkundige en het sociale wijkteam niet altijd goed tot stand kwam. Deze verbinding was beter als er goede afspraken waren gemaakt.

Over de afstemming en overdracht met de huisarts, zijn verpleegkundigen en verzorgenden vaak positiever dan over die met gemeenten of sociale wijkteams . Dit kan komen doordat het bij de laatstgenoemden om relatief nieuwe samenwerkingspartners. De decentralisatie van de zorg en ondersteuning naar gemeenten, is mede bedoeld om cliënten op maat te helpen en om rekening te houden met hun omgeving. Samenwerking tussen de betrokken partners evenals een integrale aanpak van de indicatiestelling is daarvoor een voorwaarde. Goede samenwerking en integrale aanpak in wijken is ook met het oog op de toekomst cruciaal. De cliënten van 2035 zullen mogelijk niet dezelfde behoeften en wensen hebben als de huidige cliënten. Toekomstige cliënten zijn mogelijk nog mondiger en door de verdergaande vergrijzing zullen er steeds meer oudere cliënten met complexe zorgvragen komen. Die ontwikkelingen vragen om goed opgeleide zorgprofessionals en om optimale samenwerking binnen wijken.

1. Inleiding

Hoofdpunten

- Sinds 1 januari 2015 valt wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) in plaats van onder de voormalige AWBZ. Deze wijziging is onderdeel van de Hervorming Langdurige Zorg.
- Deze evaluatie beschrijft de ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals met de wijkverpleging na 1 januari 2015.
- De Zvw verstaat onder wijkverpleging *'alle zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop'*.
- Voor de wijkverpleging aan individuele verzekerden verrichten wijkverpleegkundigen sinds 1 januari 2015 de indicatiestelling. De hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen verlenen echter niet altijd zelf de wijkverpleging, dat kunnen ook mbo-opgeleide zorgprofessionals zijn.
- Ook zijn er sindsdien verschuivingen in de aard van de wijkverpleging: er moet nu meer aandacht uitgaan naar zelfredzaamheid en zelfmanagement van individuele zorgvragers en hun netwerk. Daarnaast moet er meer aandacht uitgaan naar gezondheidsbevordering en preventie op wijkniveau. Dit vraagt meer samenwerking tussen eerstelijnsprofessionals.

1.1 Achtergronden en beleidscontext van de Hervorming Langdurige Zorg¹

Sinds 1 januari 2015 wordt wijkverpleging gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarvoor werden de wijkverpleging en andere vormen van professionele langdurige zorg betaald vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze volksverzekering gaf, na een indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), recht op zorg thuis (extramuraal) of in een instelling (intramuraal). In de afgelopen decennia werden steeds meer vormen van zorg vanuit de AWBZ bekostigd, en deden steeds meer mensen hier een beroep op. In 2004 stelde het toenmalige kabinet dat de groei van de AWBZ financieel niet langer houdbaar was. Ook constateerde het kabinet een gebrek aan samenhang en maatwerk in het aanbod.

De overheveling van de huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007, was een eerste stap in het verkleinen van de reikwijdte van de AWBZ. In de jaren daarna werd de AWBZ geleidelijk verder beperkt en uiteindelijk besloot het kabinet Rutte II in het regeerakkoord van oktober 2012 dat de AWBZ helemaal afgeschaft moest worden

¹ De tekst in deze paragraaf is voor een groot deel gebaseerd op de beleidsanalyse Hervorming Langdurige Zorg van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze wordt in 2018 gepubliceerd in het eindrapport van de HLZ-evaluatie.

en dat de daaruit gefinancierde zorg ondergebracht moest worden in andere wettelijke regimes (zie kader hierna over veranderingen in wetgeving).

Bij de afschaffing van de AWBZ gingen inhoudelijke en financiële beweegredenen hand in hand, zo blijkt onder meer uit de brief die de Staatssecretaris van VWS in april 2013 aan de Tweede Kamer stuurde (Ministerie van VWS, 25 april 2013). In deze brief met de titel 'Hervorming Langdurige Zorg: naar een waardevolle toekomst', stonden drie hoofdredenen:

- De eisen die mensen stellen aan de organisatie van de langdurige zorg zijn aan het veranderen. Mensen worden steeds ouder en stellen andere eisen aan de kwaliteit van het leven bij dat ouder worden. Mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen en niet eenzaam zijn. Daarvoor zal vaak ondersteuning van het eigen sociale netwerk of er zullen (gemeentelijke) thuiszorgvoorzieningen nodig zijn. En als het thuis niet langer gaat, moeten er goede instellingen zijn waar oog is voor het individu en de kwaliteit van leven.
- De langdurige zorg moet financieel houdbaar zijn. In de afgelopen decennia is de AWBZ overbelast geraakt; teveel zaken die we ook zelf zouden kunnen regelen, worden uit de collectieve middelen betaald. Daarmee dreigt het gevaar van steeds hogere premies die het besteedbare inkomen uithollen en de solidariteit aantasten (Ministerie van VWS, 25 april 2013).
- De wijze waarop wij in Nederland samen leven moet veranderen. Wij moeten niet terug naar de tijd dat participatie afhankelijk was van liefdadigheid. Tegelijkertijd willen we ook geen samenleving, waarin het tegengaan van eenzaamheid afhankelijk is van betaalde en verzekerde zorg.

De Staatssecretaris vatte dit samen in 'drie motieven', die kunnen worden beschouwd als de hoofddoelen van de hervorming (bijlage bij Ministerie van VWS, 25 april 2013):

- het verbeteren van de kwaliteit van langdurige ondersteuning en zorg;
- het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en
- de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

Naast de voornoemde algemene doelen van de hervorming, benoemde de Staatssecretaris ook een aantal specifieke doelen voor het functioneren van mensen met een behoefte aan langdurige zorg of ondersteuning (bijlage bij Ministerie van VWS, 25 april 2013):

- meer participatie en gelijke deelname aan de maatschappij;
- meer eigen regie;
- meer zelfredzaamheid, zelfstandigheid en langer zelfstandig wonen;
- minder eenzaamheid.

De Hervorming Langdurige Zorg werd in wetgeving verankerd door afschaffing van de AWBZ, herziening van de Wmo, invoering van een nieuwe wet: de Wet langdurige zorg (Wlz) en aanvulling van de Zvw onder meer met een aanspraak wijkverpleging. Meer over de wettelijke veranderingen die op 1 januari 2015 van kracht gingen, staat in het nu volgende kader.

Kader: Veranderingen in wetgeving met ingang van 1 januari 2015

De zorg uit de voormalige AWBZ werd met ingang van 1 januari 2015 als volgt verdeeld (o.a. TK 2012/2013b, 30 597, nr. 296; TK 2013/2014, 30597, nr. 380):

- wijkverpleging valt onder de Zvw.
- extramurale begeleiding (inclusief dagbesteding en vervoer) en beschermd wonen zijn onderdeel van de Wmo 2015;
- persoonlijke verzorging die met begeleiding is verbonden valt onder de Wmo 2015;
- kortdurend verblijf (respijtzorg) is onderdeel van de Wmo 2015;
- extramurale behandeling i.v.m. een zintuiglijke beperking valt onder de Zvw;
- op behandeling gerichte intramurale GGZ valt in de eerste drie behandeljaren onder de Zvw, daarna onder de Wlz;
- intramurale zorg of volledige zorg thuis voor mensen met een blijvende, zware zorgbehoefte valt onder de Wlz.

De overheveling van de wijkverpleging vanuit de voormalige AWBZ naar de Zvw is dus één van de veranderingen in wettelijke regimes, binnen de Hervorming Langdurige Zorg. De Zvw valt onder de verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid en de aanspraak wijkverpleging is opgenomen in het basispakket van elke zorgverzekering. Elke Nederlander is wettelijk verplicht om een zorgverzekering af te sluiten, dus wijkverpleging is in principe goed toegankelijk voor zorgvragers.

1.2 Omschrijving van wijkverpleging

De Zvw verstaat onder wijkverpleging *'alle zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop'* (NZa, BR/REG-17113). Wijkverpleging betreft voor een deel zorg (bijvoorbeeld activiteiten voor preventie en gezondheidsbevordering) die gericht is op wijken of wijkpopulaties. Een ander, groter deel betreft wijkverpleging aan individuele verzekerden. Voor deze 'toewijsbare' zorg verrichten in principe hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen de indicatiestelling; in de situatie voor 2015 deed het CIZ dit. In principe mogen alleen hbo-opgeleide verpleegkundigen indiceren in het kader van de aanspraak wijkverpleging. In 2014 is door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en brancheorganisaties ActiZ en Branchevereniging Thuiszorg Nederland (BTN) een overgangsregeling opgesteld. In de overgangsregeling, die tot en met 2017 geldt, is geformuleerd dat onder bepaalde voorwaarden ook mbo-opgeleide verpleegkundigen tijdelijk bevoegd zijn om te indiceren. Reden voor de overgangsregeling is onder meer dat er bij de invoering van de wet onvoldoende hbo-opgeleiden zijn. Uitgangspunt van de overgangsregeling is dat de mbo-opgeleide verpleegkundigen zijn gestart met de opleiding tot hbo-opgeleide verpleegkundige. Daarnaast moeten deze mbo-opgeleide verpleegkundigen expert zijn in de wijk en minimaal 24 uur per week werken (ActiZ, BTN, V&VN, 2014). De verpleegkundige die indiceert, levert lang niet altijd zelf de wijkverpleging. Niet alleen de hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen en de mbo-opgeleide verpleegkundige in de wijk, maar ook verzorgenden en helpenden kunnen

(elementen van) wijkverpleging bieden (zie hoofdstuk 2). Daarnaast worden naasten waar mogelijk betrokken bij de zorg. In overleg met de cliënt stelt de verpleegkundige tijdens de indicatiestelling de benodigde zorg vast, waarbij zij ook nagaat welke zorg vanuit het eigen sociale netwerk van de cliënt beschikbaar is. Ook in andere opzichten is het takenpakket van zorgprofessionals in de wijk veranderd, in aansluiting bij de motieven en doelen van de Hervorming Langdurige Zorg. Bevorderen van zelfredzaamheid en zelfmanagement van de cliënt en diens netwerk zijn nu cruciale onderdelen van hun taken. Ook moet er gerichte aandacht zijn voor gezondheidsbevordering en preventie bij wijkbewoners. Daarvoor is samenwerking binnen de wijk nodig, onder meer met de huisarts en met multidisciplinaire sociale wijkteams (Transitiecommissie Sociaal Domein, 2016). Alles vanuit het perspectief van een kwalitatief hoogwaardige en financieel houdbare zorg aan huis, waarin zorgvragers en hun sociale netwerk zoveel mogelijk (samen)redzaam zijn (o.a. Ministerie van VWS, 8 juni 2016). De Hervorming Langdurige Zorg heeft dus consequenties voor alle betrokkenen bij wijkverpleging: cliënten, mantelzorgers en professionals.

1.3 Hoofdvragen van het onderzoek en onderzoeksthema's

Dit rapport gaat over de evaluatie van de wijkverpleging die het NIVEL in 2016/2017 uitvoerde. Deze evaluatie omvat twee onderdelen: een deel over de ervaringen van cliënten en mantelzorgers en een deel over de ervaringen van de zorgprofessionals die wijkverpleging leveren.

In het onderdeel dat zich richt op de ervaringen van cliënten en mantelzorgers bij wijkverpleging staan drie hoofdvragen centraal:

- 1) Hoe komen mensen die wijkverpleging nodig hebben terecht bij de zorgprofessionals die deze zorg bieden, met welke zorgvragen komen zij en wat zijn de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met de indicatiestelling?
- 2) Welke zorg ontvangen cliënten en wat zijn de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met het proces van wijkverpleging?
- 3) Hoe beoordelen cliënten en hun mantelzorgers de kwaliteit van de wijkverpleging?

Het tweede onderdeel gaat over de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk. In dit onderdeel staan de volgende hoofdvragen centraal:

- 1) Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden de bekendheid en bereikbaarheid van de wijkverpleging voor mensen die mogelijk zorg en ondersteuning nodig hebben?
- 2) Welke zorgvraag hebben mensen in de ogen van verpleegkundigen en verzorgenden en wat gebeurt daarmee? Sluit de beschikbare zorg en ondersteuning aan op de behoeften van de zorgvragers?
- 3) Is er volgens verpleegkundigen en verzorgenden voldoende samenwerking tussen betrokkenen?
- 4) Wat merken verpleegkundigen en verzorgenden van zorgvernieuwing (mede) als gevolg van de in 2015 ingezette Hervorming Langdurige Zorg?

Deze vragen zijn met behulp van diverse onderzoeksmethoden, te weten literatuurstudie, interviews, focusgroepen en vragenlijstonderzoek, beantwoord vanuit het perspectief van (Zvw-)cliënten, hun mantelzorgers en zorgprofessionals. In de paragrafen 3.1 en 4.1 staan de deelvragen die horen bij de voornoemde hoofdvragen.

1.4 Leeswijzer rapport

Deze rapportage geeft zowel zicht op de ervaringen van cliënten en mantelzorgers die wijkverpleging ontvangen als van de zorgprofessionals die wijkverpleging geven. Voorafgaande aan dit inleidende hoofdstuk vindt u een samenvatting en de belangrijkste conclusies en reflecties.

In het nu volgende hoofdstuk (Hoofdstuk 2) gaan we in op inzichten uit de literatuur. Vervolgens geeft het derde hoofdstuk de resultaten weer van ons vragenlijstonderzoek naar de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met wijkverpleging. In het vierde hoofdstuk staan de resultaten van de focusgroepen en vragenlijstonderzoek naar de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk centraal.

Bijlage A beschrijft de methoden die zijn gebruikt voor de literatuurstudie. Bijlage B geeft aan welke methoden zijn gebruikt voor werving en dataverzameling bij de cliënten en mantelzorgers. Bijlage C geeft de methoden weer die zijn gebruikt voor het onderzoek onder de professionals. Bijlage D tot slot bevat de opzet en resultaten van aanvullend onderzoek. Dit aanvullend onderzoek naar de bekendheid en het gebruik van wijkverpleging vond plaats onder mensen met een lichamelijke chronische ziekte of beperking, een potentiële doelgroep voor de wijkverpleging.

2. Inzichten uit de literatuurstudie

Dit hoofdstuk begint met een paragraaf (2.1) over wat binnen de Zvw onder wijkverpleging valt en over kenmerken van de betrokken cliënten, mantelzorgers en professionals. Vervolgens gaat paragraaf 2.2 in op eerder onderzoek naar de ervaringen met wijkverpleging.

2.1 Wijkverpleging: wat en wie?

Hoofdpunten

- Wijkverpleging bestaat deels uit 'toewijsbare zorg' voor individuele cliënten, voor een ander deel uit zorg gericht op de wijk(populaties).
- Naast hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen leveren ook mbo-opgeleide verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden (elementen van) wijkverpleging.
- Van de mensen die wijkverpleging ontvangen is ruim 60 procent vrouw. De gemiddelde leeftijd is 76 jaar.
- Bijna twee derde van de cliënten ontvangt zowel persoonlijke verzorging als verpleging, anderen ontvangen het één of het ander.
- Van de mantelzorgers in Nederland is bijna 60 procent vrouw. Veertien procent van de mantelzorgers zorgt voor zijn of haar partner.

Omschrijving van wijkverpleging

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt voor de Zvw de 'prestaties' vast, dat wil zeggen activiteiten en verrichtingen die een zorgaanbieder in rekening kan brengen bij de zorgverzekeraars. De NZa stelt ook de prestaties voor de wijkverpleging vast. De NZa gebruikt daarvoor niet de term wijkverpleging, maar 'verpleging en verzorging' en omschrijft deze als 'zorg die verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop'. Deze zorg is exclusief verblijf in een instelling en omvat ook geen kraamzorg. Ook kindzorg valt er niet onder, behalve als er sprake is van complexe somatische problematiek en/of een lichamelijke handicap die gepaard gaat met een behoefte aan permanent toezicht en/of vierentwintig uren beschikbaarheid in combinatie met verpleegkundige handelingen.

Elk jaar brengt de NZa een beleidsregel met daarin de prestaties uit. De prestaties die de NZa met betrekking tot wijkverpleging onderscheidde voor het jaar 2017 staan in het nu volgende kader.

**Prestatiebeschrijvingen m.b.t. wijkverpleging overgenomen uit NZa
(BR/REG-17113)**

Persoonlijke verzorging	Uitvoeren van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Het geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (met inbegrip van enige begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten), en welke verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook valt hieronder de met persoonlijke verzorging vervlochten directe contacttijd bij beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Hetzelfde geldt voor ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging aan de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt.
Oproepbare verzorging	De persoonlijke verzorging, in combinatie met de beschikbaarheid van persoonlijke verzorging welke verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het oproepbaar zijn van de betreffende zorgaanbieder buiten de afgesproken vaste tijden om verzorging te kunnen leveren.
Verpleging	Uitvoeren van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Observatie/monitoring, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding - waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen -vallen ook onder deze prestatie. Ook valt hieronder de met verpleging vervlochten directe contacttijd bij beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Hetzelfde geldt voor regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt.
Oproepbare verpleging	De verpleging, in combinatie met de beschikbaarheid van verpleging welke verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het oproepbaar zijn van de betreffende zorgaanbieder buiten de afgesproken vaste tijden om verpleging te kunnen leveren.

Gespecialiseerde verpleging	Uitvoeren van gespecialiseerde zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Observatie/monitoring, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding - waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen-vallen ook onder deze prestatie. Hieronder valt ook de met gespecialiseerde verpleging vervlochten directe contacttijd bij beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Hetzelfde geldt voor regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt. De gespecialiseerde verpleegkundige handelingen voldoen aan de specifieke eisen die de beroepsgroep stelt aan het kennis- en vaardigheden niveau.
Advies, Instructie en Voorlichting (AIV)	Bij advies, instructie en voorlichting gaat het om verpleegkundige zorg ten behoeve van een patiënt met een chronische aandoening of beperking met als doel het verbeteren van kennis, attitude, vaardigheden en gedrag van de patiënt, zodat hij/zij de nadelige gevolgen van ziekte beter kan hanteren en/of de algemene gezondheid kan verbeteren. Hiermee wordt het bevorderen van zelfmanagement bij de patiënt nagestreefd. De zorgverlening is kortdurend en niet direct gekoppeld aan andere verzorgende en verplegende handelingen bij diezelfde patiënt. Onder advies, instructie en voorlichting worden niet de activiteiten verstaan op het vlak van advies of voorlichting die een inherent onderdeel zijn van de prestaties verpleging, oproepbare verpleging en gespecialiseerde verpleging.
Beloning op maat	Deze prestatie biedt ruimte om op maat afspraken te maken over de beloning van innovatie, kwaliteit, uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder.
Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg	Het oprichten of in stand houden van infrastructuurle en personele voorzieningen die nodig zijn om regionaal uitvoering te kunnen geven aan de ongeplande zorgtaak in de regio. Dit kan bestaan uit de componenten bereikbaarheid en/of beschikbaarheid.
Ketenzorg dementie	De infrastructuurle en personele voorzieningen om netwerkstructuren /ketens voor dementiezorg op te richten en/of in stand te houden.

De eerstgenoemde zes prestaties (zie kader, bij de prestaties ‘persoonlijke verzorging’ tot en met ‘AIV’) betreft verpleging en verzorging aan individuele verzekerden, waar de wijkverpleegkundige een indicatie voor stelt. De wijkverpleging voor individuele verzekerden wordt ook wel ‘toewijsbare zorg’ genoemd. Cliënten krijgen deze zorg vergoed van de zorgverzekeraar of betalen die vanuit hun persoonsgebonden budget. Het onderscheid in deze verschillende prestaties brengt voor de betrokken zorgprofessionals veel administratie met zich mee. Het Ministerie van VWS werkt daarom toe naar één geïntegreerd tarief voor wijkverpleging aan individuele verzekerden (Ministerie van VWS, 8 juni 2016).

Binnen de prestatie 'Beloning op maat' (zie kader) zijn er mogelijkheden voor de wijkgerichte zorg die niet gericht is op individuele verzekerden maar op bijvoorbeeld gezondheidsbevordering of preventie in wijken of wijkpopulaties. Ten slotte zijn de twee laatste prestaties ('Regionale beschikbaarheidsfunctie' en 'ketenzorg dementie') gericht op personele en infrastructurele randvoorwaarden.

In de jaren daarvoor (2015 en 2016) bestond er nog een aparte prestatie 'wijkgericht werken'. Deze prestatie werd ook wel aangeduid als S1 (segment1). De wijkverpleging voor individuele verzekerden viel in S2 (segment 2). Met de aparte prestatie wijkgericht werken wilde het kabinet een impuls geven aan de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten en daarmee de samenhang tussen zorg en ondersteuning in de wijk. Ondanks de goede intenties, ontstonden er in de praktijk situaties waarin een functioneel onderscheid werd gemaakt tussen 'S1- en S2-verpleegkundigen' waarbij de ene wijkverpleegkundige zich richtte op de indicatiestelling en zorg voor individuele cliënten en de andere wijkverpleegkundige zich louter toelegde op de verbinding van het medische en het sociale domein en wijkgerichte zorg. Een dergelijk onderscheid kwam en integrale benadering waarin wijkverpleegkundigen over de grenzen van hun eigen domein heen kijken niet ten goede (Ministerie van VWS, 19 mei 2015). Daarom verviel de aparte prestatie wijkgericht werken en het onderscheid in S1 en S2 in 2017. Echter met name de prestatie 'Beloning op maat' biedt in 2017 nog de ruimte voor het maken van afspraken in het kader van wijkgericht werken.

De professionals die de wijkverpleging geven

Binnen de wijkverpleging is de hbo-opgeleide wijkverpleegkundige de spil: zij moet samen met de individuele cliënt en diens netwerk bepalen welke zorg nodig is (Ministerie van VWS, 8 juni 2016). 'Wijkverpleegkundige' is geen beschermd titel. Het landelijke Expertisegebied Wijkverpleegkundige stelt echter duidelijk dat het om een generalistisch werkende, hbo-opgeleide verpleegkundige gaat die bij mensen thuis komt (de Bont e.a., 2012). Volgens de tegenwoordig gehanteerde NLQF systematiek², is de wijkverpleegkundige opgeleid op hbo-niveau 6 (de Veer e.a., 2016). Ook het kwaliteitsregister van beroepsorganisatie V&VN gaat van dit opleidingsniveau uit en specificeert de opleidingseisen voor een wijkverpleegkundige als volgt (<http://kwaliteitsregister.venvn.nl/Registratie/Deskundigheidsgebieden>):

² Voor 2016 werden verpleegkundigen met een hbo-v diploma als verpleegkundige op niveau 5 aangeduid. Inmiddels is er een nieuw inschalingsstelsel in Nederland ingevoerd, waarin alle opleidingen (niet alleen die in de zorg) worden ingeschaald: het NLQF. In dit nieuwe inschalingsstelsel zijn hbo-bachelor opleidingen (ook de hbo-v) ingeschaald in niveau 6. Op dit moment wordt echter soms nog (onjuist) gesproken over de niveau 5 verpleegkundige als men het heeft over de hbo-opgeleide verpleegkundige (<https://www.actiz.nl/web/ouderenzorg/werkgeverschap/onderwerp/pag/opleidingen/open/verpleegkundige-niveau-5-of-6.-hoe-zit-het-nu>)

- Afgeronde hbo-verpleegkunde (hbo-v) opleiding met differentiatie Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ), **of**
- Hbo-v met een andere differentiatie, maar dan met een erkende post-hbo opleiding in de verpleging en verzorging thuis, **of**
- De (oude) inservice A-opleiding aangevuld met de (oude) MGZ-opleiding

Dat de hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen een spilfunctie heeft in de zorg aan huis, impliceert echter zeker niet dat alleen zij deze zorg biedt. In teams van thuiszorgorganisaties, werken wijkverpleegkundigen veelal samen met mbo-opgeleide verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. De mbo-opgeleide verpleegkundigen (volgens de NLFQ-systematiek mbo-niveau 4) noemen zich ook wel 'verpleegkundigen in de wijk'. Zij hebben een mbo-verpleegkunde diploma of een afgeronde inservice A-opleiding. De verzorgenden in de teams hebben een diploma in de zorg op (NLFQ) mbo-niveau 3. Soms wordt, als het gaat om mbo-niveau 3, een nadrukkelijk onderscheid gemaakt tussen verzorgende niveau 3 (ook wel ziekenverzorgende of verzorgende C genoemd) en de verzorgende Individuele Gezondheidszorg (verzorgende IG). Als een verzorgende tijdens de opleiding de afstudeervariant IG heeft gekozen, mag zij naast verzorgende ook verpleegkundige handelingen uitvoeren, zoals injecties geven of decubitusbehandeling (<http://zorgen.nl/zorgfuncties/verzorgende-ig/>). In dit rapport noemen we al de verschillende typen verzorgenden op mbo-niveau 3 kortweg 'verzorgenden'. Tevens werken er in de wijk helpenden van mbo-niveau 2. Zij hebben één van de mbo-opleidingen voor helpende op het gebied van zorg en welzijn gevolgd, met een duur van ongeveer 6 maanden tot anderhalf jaar (mede afhankelijk of het een fulltime of parttime opleidingstraject betreft). De opleidingen voor helpende zijn praktisch gericht.

Alle voornoemde zorgprofessionals leveren (elementen van) wijkverpleging, waarbij in de praktijk geen hele scherpe scheidslijnen bestaan tussen de taken van de diverse professionals. Echter in het algemeen geldt dat bij de complexere zorgtaken (bijvoorbeeld de indicatiestelling of complexe technische interventies) de hbo-opgeleide wijkverpleegkundige of mbo-opgeleide verpleegkundige worden ingezet, en bij de laag complexe zorg (bijvoorbeeld hulp bij wassen en aankleden) veelal verzorgenden of helpenden.

Volgens cijfers van AZW (2015) en Bloemendaal e.a. (2015) werken er in de wijk:

- Circa 7.560 hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen.
- Circa 10.900 mbo-opgeleide verpleegkundigen in de wijk.
- Circa 43.000 mbo-opgeleide zorgprofessionals (mbo-2 of mbo-3).

Wie zijn de cliënten?

Uit declaratiegegevens van Vektis (2017) over 2015 blijkt dat van de mensen die wijkverpleging ontvangen 63 procent vrouwen zijn en 37 procent mannen. De gemiddelde leeftijd is 76 jaar. Het grootste deel (65%) is ouder dan 75 jaar. In combinatie met cijfers van het CBS weten we dat iets meer dan de helft laag is opgeleid, ruim 30 procent middelbaar onderwijs heeft afgerond en 17 procent hoger is opgeleid. Vijfenvijftig procent van de cliënten woont alleen en vijfenveertig procent woont samen met partner of overige gezinsleden/huisgenoten. Ruim 65

procent van de cliënten woont in een matig tot zeer sterk verstedelijkt gebied, 35 procent in een weinig stedelijk of plattelands gebied.

Uit de declaraties blijkt dat bijna twee derde (62%) van de cliënten zowel persoonlijke verzorging als verpleging krijgt. Ruim tien procent krijgt of alleen verpleging, of alleen persoonlijke verzorging of iets anders. Op basis van de declaraties is daarom geen duidelijk beeld te schetsen van de precieze aard van de wijkverpleging die cliënten thuis krijgen.

Wie zijn de mantelzorgers?

Naar schatting gaven in 2014 ruim vier miljoen Nederlanders enige vorm van mantelzorg (de Klerk e.a., 2015). In aansluiting op de definitie van het SCP (de Klerk et al., 2015) verstaan we onder mantelzorg alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving. De mantelzorg kan onder andere bestaan uit het doen van het huishouden, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer of geldzaken regelen. Mantelzorg wordt veelal niet betaald, maar sommige ontvangers van hulp geven mantelzorgers een vergoeding vanuit het Persoonsgebonden budget (PGB). Een vrijwilliger die werkt vanuit een vrijwilligersorganisatie wordt niet gezien als een mantelzorger.

De meeste mantelzorg wordt geboden door vrouwen: van alle mantelzorgers in Nederland is 58 procent vrouw. Alleen als het gaat om mantelzorg voor een partner op hoge leeftijd, is het aandeel mannelijke mantelzorgers hoger³ (de Klerk e.a., 2015). In totaal zorgt een op de zeven mantelzorgers voor zijn of haar partner (14 procent). Deze mantelzorgers zijn vaak wat ouder (55+) en hebben geen baan. Ze wonen veelal bij degene die ze verzorgen. Er zijn geen cijfers bekend die specifiek gaan over de mantelzorgers van cliënten van de wijkverpleging.

Uit onderzoek van het CBS (2016) blijkt dat een op de zeven mantelzorgers aangeeft de zorg voor familie of bekenden zwaar of zeer zwaar belastend te vinden, of zelfs overbelastend.⁴ Deze groep van (zeer) zwaar belaste mantelzorgers zegt dat ze gemiddeld 28 uur per week mantelzorg biedt, tegenover de 8 uur van de overige mantelzorgers (CBS, 2016). Vrouwelijke mantelzorgers voelen zich vaker belast door de hulp dan mannen, ook als rekening wordt gehouden met de intensiteit van de hulp (de Klerk e.a., 2015).

Uit een peiling van Mezzo (2016) onder hun Nationaal Mantelzorgpanel en 2.000 individuele leden blijkt dat de groep die aangeeft problemen te hebben met de uitvoering van administratie- en regeltaken, meer overbelasting ervaart dan de groep die er geen moeite mee heeft.

³ Dit zal samenhangen met het feit dat vrouwen meer kans dan mannen hebben om op hoge leeftijd verweduwd te zijn.

⁴ Het CBS gebruikt een engere omschrijving van mantelzorg waarbij is toegevoegd dat de zorg minimaal drie maanden moet duren, minimaal acht uur per week is en wordt geboden aan personen die voor langere tijd ziek of hulpbehoevend zijn.

2.2 Eerder onderzoek naar perspectieven van cliënten, mantelzorgers of professionals

Deze paragraaf gaat in op bestaand onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Alleen studies van na 1 januari 2015 worden besproken, omdat toen de Hervorming Langdurige Zorg van start ging. Bijlage A bij dit rapport geeft meer informatie over de aanpak van de literatuurverkenning en over de andere fasen van het onderzoek.

Hoofdpunten uit bestaand onderzoek onder cliënten en mantelzorgers

- Cliënten met wijkverpleging weten lang niet altijd dat ze kunnen kiezen tussen zorgaanbieders. Zij kiezen zelden voor een specifieke organisatie.
- Wanneer cliënten wel zelf kiezen, luisteren ze vooral naar de ervaringen van anderen.
- In de jaarlijkse benchmarkstudie van ActiZ geven cliënten stabiel hoge waarderingen voor informatie, kwaliteit van medewerkers en voor bejegening. Cliënten worden graag door vaste medewerkers geholpen en willen graag tijd voor een praatje. In de benchmark 2016 is er wel een daling in positieve waarderingen van cliënten over inspraak bij de geleverde zorg.
- Voor zover er vanaf 2015 relevant onderzoek is gedaan naar zorginnovaties vanuit het perspectief van cliënten of mantelzorgers, betreft het vooral beeldschermzorg. Daaruit blijkt dat beeldschermzorg effect kan hebben op het welzijn van cliënten en op de rol en inzet van mantelzorgers.

Hoofdpunten uit bestaand onderzoek onder zorgprofessionals

- Wijkverpleegkundigen zijn positief over het zelf indiceren; de indicatie is nu minder een momentopname. Vanwege een gebrek aan wijkverpleegkundigen komt het nog voor dat ook mbo-opgeleide verpleegkundigen indiceren.
- Over hun competenties in de samenwerking met mantelzorgers en collega's is het merendeel van de hbo- of mbo-opgeleide verpleegkundigen die werken in de wijkverpleging positief. Bij samenwerking met andere sectoren (gemeenten en welzijnssector) voelen minder verpleegkundigen zich competent. Tot nu toe gaat er in onderzoek weinig aandacht uit naar de rol van verzorgenden bij samenwerking.
- Er is weinig bestaand onderzoek vanaf 2015 over het perspectief van zorgprofessionals op zorginnovaties in de wijkverpleging. De zorginnovaties waar informatie over is betreffen voornamelijk het zorgleefplan of beeldschermzorg. De ervaringen zijn positief.

Bekendheid en bereikbaarheid, zorgvragen en indicatiestelling

Perspectief en ervaringen van cliënten en mantelzorgers

Wanneer cliënten wijkverpleging nodig hebben, kunnen ze kiezen uit verschillende thuiszorgorganisaties. Om hen te helpen bij de keuze is de keuzehulp wijkverpleging ontwikkeld die zicht geeft op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (www.keuzehulpwijkverpleging.nl). In interviews met cliënten vonden Tegelaar en Van Haastert (2015) dat cliënten veelal niet voor een specifieke organisatie kozen en vaak ook niet wisten dat er keuze was. Mensen die wel zelf kozen, luisterden vooral naar de ervaringen van anderen. Het betrof hier een onderzoek onder 152 cliënten (of hun mantelzorgers) van vijftien organisaties, geworven via de brancheorganisaties ActiZ en BTN. Elk van de organisaties leverde tien cliënten voor het onderzoek aan en daarnaast deden tien PGB-houders mee. De cliënten varieerden in de ernst en aard van hun aandoening en de duur dat ze wijkverpleging nodig hadden.

Perspectief en ervaringen van professionals

Uit landelijk vragenlijstonderzoek bleek dat najaar 2015 driekwart (74%) van de hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen een toename van cliënten met complexe zorgvragen zag (de Groot e.a., 2016; verzorgenden bleven in die publicatie buiten beschouwing). De complexe zorgvragen strekten zich veelal uit over verschillende domeinen: lichamelijk, psychisch en sociaal.

Onderzoek van Rosendal en Sattoe (2016) geeft inzicht in de variatie aan indicaties en achterliggende diagnoses in 2015, op basis van een analyse van 120 eindopdrachten van wijkverpleegkundigen die van de Stichting Bevordering Wijkverpleegkunde een training kregen in indiceren. Als eindopdracht moesten de cursisten een verslag maken over hun indicatiestelling bij een cliënt met complexe zorgvragen. Uit de analyse van de eindopdrachten bleek dat bij cliënten met complexe zorgvragen, wijkverpleegkundigen gemiddeld negen diagnoses per cliënt vaststelden. Het vaakst betrof dit diagnoses binnen het domein 'Activiteit en Rust en Diagnosen ten aanzien van Zelfstandigheidstekorten' (domein 4 van de NANDA-I classificatie⁵). Ook wees het onderzoek van Rosendal en Sattoe in de richting dat er in 2015 nog een grote variatie was tussen wijkverpleegkundigen in de manier van diagnosticeren en indiceren.

Desalniettemin waren de meeste wijkverpleegkundigen in 2015 positief over het zelf indiceren. Bijna 80 procent gaf in voorjaar 2015 in een enquête van beroepsorganisatie V&VN onder 749 wijkverpleegkundigen aan dat de indicatiestelling nu minder een momentopname en meer een cyclisch proces was. Wel ervoer bijna 80 procent meer werkdruk door het indiceren, mede door het tekort aan wijkverpleegkundigen. De helft van de wijkverpleegkundigen uit de enquête van V&VN gaf voorjaar 2015 aan dat in hun organisatie daarom ook mbo-

⁵ Voor het stellen van een verpleegkundige diagnose worden in de praktijk verschillende zogeheten classificatiesystemen gebruikt: bijvoorbeeld NANDA-I, ICF, NIC, NOC, RAIview en Omaha System. Beroepsorganisatie V&VN heeft het standpunt dat het aan de zorgorganisatie zelf is om een keuze te maken voor een bepaald classificatiesysteem (<http://www.venvn.nl/Artikelen/ID/20250/Standpunt-VVN-over-classificatiesystemen>).

opgeleide verpleegkundigen indicaties stelden (<https://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2015/4/Wijkverpleegkundigen-Werkdruk-toegenomen-door-herindicatie-1746866W/>).

Ook uit vragenlijstonderzoek van het NIVEL uit voorjaar van 2015 bleek dat bijna de helft van hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen vonden dat het indiceren bij nieuwe en bestaande cliënten (zeer) goed verliep. Aan dat onderzoek deden 127 hbo-opgeleide en 123 mbo-opgeleide verpleegkundigen mee. Hiervan stelde 86% van de hbo-opgeleide en 51% van de mbo-opgeleide verpleegkundigen indicaties voor de wijkverpleging.

Verpleegkundigen kunnen bij het indiceren ondersteund worden door het 'Normenkader: normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' (V&VN, 2014). Uit het NIVEL-onderzoek uit voorjaar 2015 bleek echter dat vooral hbo-opgeleide verpleegkundigen toen op de hoogte waren van de inhoud van dit normenkader: 71% van hen gaf aan (zeer) goed op de hoogte te zijn versus 43% van de mbo-opgeleide verpleegkundigen. Ook gaven vooral hbo-opgeleide verpleegkundigen aan te werken volgens deze normen. Daarnaast bleek uit dat onderzoek dat hbo-opgeleide verpleegkundigen significant vaker vonden dat zij voldoende kennis en vaardigheden hadden om indicaties te stellen dan mbo-opgeleide verpleegkundigen (71% versus 48%).

Uit het eerder genoemde landelijke vragenlijstonderzoek van de Groot e.a. (2016), uitgevoerd in najaar 2015 onder professionals uit thuiszorgorganisaties, bleek eveneens dat hbo-opgeleide verpleegkundigen⁶ zich vaker competent voelden in het stellen van indicaties dan mbo-opgeleide verpleegkundigen (87% versus 66%). Opvallend is dat deze laatste percentages hoger liggen dan in het onderzoek dat plaatsvond in het voorjaar van 2015. Dit wijst erop dat de verpleegkundigen zich in najaar 2015 competent voelden hierin dan een half jaar eerder.

V&VN ondervroeg in voorjaar 2015 972 wijkverpleegkundigen in de 'V&VN enquête Wijkverpleegkundige'. Respondenten gaven aan dat door krappe budgetten, 25 procent van de indicaties niet leidt tot het verlenen van de benodigde zorg. Een kwart van de wijkverpleegkundigen zei het 'helemaal' (9%) of 'enigszins' (16%) oneens te zijn met de stelling dat er voldoende budget beschikbaar is om alle geïndiceerde zorg te geven

(<http://www.venvn.nl/Berichten/ID/128341/Wijkverpleegkundige-wil-integrale-zorg-leveren>).

⁶ We schrijven hier over hbo-opgeleide verpleegkundigen in plaats van hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen, omdat in het onderzoek van De Groot e.a. niet expliciet is gevraagd of men ook **wijk**verpleegkundige was.

Ervaringen met de zorg en kwaliteit van zorg vanuit perspectief van cliënten en mantelzorgers

De ActiZ Benchmark Zorg gaf aan de hand van de CQ-index⁷ over meetjaar 2015⁸ een beeld van de ervaringen van 8.300 cliënten met de wijkverpleging. De CQ-index (Consumer Quality-index) vragenlijst die tot 2016 verplicht afgenomen werd voor deze benchmarkstudie, bevat vijf schalen: ervaren bejegening, ervaren kwaliteit personeel, ervaren informatie, ervaringen met lichamelijke zorg en ervaren inspraak. In de benchmarkstudie werd voor de wijkverpleging de term Zorg Thuis gebruikt. De benchmarkstudie over het meetjaar 2015 liet hoge waarderingsscores zien voor bejegening, kwaliteit van medewerkers en informatie. Elk onderdeel kreeg meer dan een acht op een tienpuntschaal. Hierin was vanaf 2014 geen verandering te zien. De ervaringen met de lichamelijke zorg en de ervaren inspraak scoorden tussen de zeven en de acht en waren iets gedaald ten opzichte van 2014. Uit de mondelinge toelichtingen bleek dat negatieve waarderingen samenhangen met problemen met de tijdstippen van de zorg, het niet kunnen meebeslissen hierover, het gebrek aan tijd van zorgverleners voor een praatje en discontinuïteit van de zorgverleners. Hierachter lijkt vooral een behoefte aan meer maatwerk te zitten.

Aan het eerder genoemde onderzoek van Tegelaar en van Haastert (2015) namen 152 cliënten (of hun mantelzorgers) deel, verspreid over 15 organisaties. Uit dit onderzoek komt een aantal aspecten van zorg naar voren dat de ervaren kwaliteit bepaalt. Cliënten vinden de bejegening of manier van omgaan met elkaar belangrijk. Ook vinden de geïnterviewden professionele deskundigheid belangrijk; zorgprofessionals in de wijkverpleging moeten signaleren als er iets verandert in hun situatie en daar tijdig en adequaat op reageren. Daarnaast wijzen cliënten erop dat de zorg moet aansluiten bij hun leven, zodat ze dankzij de zorg kunnen blijven doen wat voor hen belangrijk is. Goede afspraken over de inhoud en de tijd van zorg, zijn daarvoor nodig. Als laatste is een vast team ook essentieel voor kwaliteit: vertrouwen en een goede zorgrelatie kunnen beter gerealiseerd worden met een vaste groep medewerkers die de zorg verleent. Over het belang van andere aspecten van zorg, zoals informatie, samenwerking met professionals en zelfredzaamheid, was er minder eenduidigheid onder cliënten.

Afstemming en samenwerking vanuit perspectief van professionals

Om een beeld te krijgen van de samenwerking in de wijk anno 2015, organiseerde bureau AEF (2016) in acht regio's rondetafelgesprekken met wijkverpleegkundigen, vertegenwoordigers van sociale wijkteams, andere eerstelijns professionals, zorgverzekeraars en gemeenten. Uit deze rondetafelgesprekken bleek dat goed contact met het sociale wijkteam en met de huisartsen belangrijk werd gevonden om als wijkverpleegkundige inhoud te geven aan de zorg (bijvoorbeeld

⁷ De CQ-index 'ervaringen met de zorg thuis' is een vragenlijst die zorgervaringen meet. Deze CQ-index is bedoeld voor thuiswonende cliënten van 18 jaar en ouder, die thuis (eventueel in een aanleunwoning) gedurende een periode van minimaal zes maanden Persoonlijke verzorging en/of Verpleging ontvangen van thuiszorgorganisaties of zorginstellingen. Deze vragenlijst is niet bedoeld voor cliënten met enkelvoudige Huishoudelijke Verzorging of enkelvoudige Begeleiding.

⁸ Het jaar 2015 was een overgangsjaar; in 2016 was de afname van de CQ-index niet langer verplicht en in 2017 maakt de CQ-index geen deel meer uit van de benchmark (website ActiZ, mei 2017).

gezondheidsbevordering en preventie) gericht op wijken of wijkpopulaties. Mits de sociale wijkteams duidelijkheid hadden over de taakverdeling (wat nog niet overal het geval was), kwam de verbinding tussen de wijkverpleegkundige en het sociale wijkteam goed tot stand (AEF, 2016).

Een enquête van Vilans in 2015/2016 onder contactpersonen⁹ van 32 thuiszorgaanbieders liet zien dat de positionering van de wijkverpleegkundige in sociale wijkteams verschilt tussen gemeenten. Deze variatie bleek ook uit een onderzoek over sociale (wijk)teams van Movisie (Arum en Schoorl, 2016). Van 234 gemeenten kreeg Movisie via schriftelijke ondervraging van contactpersonen van gemeenten informatie over de stand van zaken. Wijkverpleegkundigen participeerden in ruim de helft (58%) van de wijkteams. Hun taken in het wijkteam betroffen vaak signaleren en preventie, vaak via 'keukentafelgesprekken'.

Afstemming tussen alle bij een cliënt betrokken zorgprofessionals vraagt ook om coördinatie van zorg. Het landelijke vragenlijstonderzoek van de Groot e.a. (2016) liet zien dat in 2015 professionals in de wijkverpleging zich meestal competent voelden om coördinerende taken uit te voeren (80% van de hbo-opgeleide en 62% van de mbo-opgeleide verpleegkundigen). Over hun competenties in de samenwerking met mantelzorgers was het merendeel ook positief (90% bij hbo-opgeleiden en 83% bij mbo-opgeleiden). Bij samenwerking met andere sectoren (gemeenten en welzijnssector) voelden minder verpleegkundigen zich competent (68% van de hbo-opgeleiden en 61% van de mbo-opgeleiden).

Beroepsorganisatie V&VN verrichtte in de eerste helft van 2016 een enquête (via de V&VN website) onder bijna duizend leden die werkzaam zijn in de wijk. Ruim 30% van de respondenten vond dat ze meer taken moet overdragen aan mantelzorgers dan verantwoord was; 60% pakte wel eens taken op die niet in het zorgpakket horen om de mantelzorger te ontlasten. Verder gaf ruim een derde aan dat er geen tijd beschikbaar was voor contact met mantelzorgers. (<http://www.venvn.nl/Berichten/ID/1617454/VVN-mantelzorger-vaak-zelf-zorgvrager>).

Eerder onderzoek besteedde wel aandacht aan de rol van de wijkverpleegkundige bij samenwerking, maar veel minder aan de rol van verzorgenden. Onderzoek van Poortvliet en Lameris (2016) vormde daarop een uitzondering: zij raadpleegden bestaande beleids- en onderzoeksdocumenten, beroeps- en brancheorganisaties en praktiserende verzorgenden, verpleegkundigen, bestuurders en managers. De onderzoekers concludeerden dat er nog veel onduidelijkheid was over rollen en benodigde competenties van verzorgenden in de samenwerking binnen en buiten het eigen team. Het bestaande opleidingsaanbod voor verzorgenden besteedde ook weinig aandacht aan de samenwerkingscompetenties van verzorgenden, aldus de studie van Poortvliet en Lameris (2016).

⁹ Uit de publicatie van Vilans wordt niet duidelijk welk type contactpersonen zijn ondervraagd. Toch is besloten om deze onderzoekspublicatie mee te nemen in deze literatuurverkenning, omdat deze relevante informatie geeft over samenwerking tussen domeinen.

Ervaringen met zorgvernieuwing

Perspectief en ervaringen van cliënten en mantelzorgers

Om kwalitatief goede én betaalbare zorg te leveren, zijn zorginnovaties van belang. Zorginnovaties die in het licht van de Hervorming Langdurige Zorg spelen, zijn bijvoorbeeld andere manieren van samenwerken tussen mantelzorgers en zorgprofessionals. Ook kan daarbij bijvoorbeeld gedacht worden aan bevorderen van zelfmanagement en eigen regie, en gebruik van ondersteunende tools daarbij, zoals een zorgleefplan (www.zorgleefplanwijzer.nl) of vormen van eHealth (zoals beeldschermzorg).

Het schaarse onderzoek van na 1 januari 2015 dat het zorggebruikersperspectief belichtte betrof beeldschermzorg. In vragenlijstonderzoek en focusgroepen van Adriaansen e.a. (2016) zijn cliënten gevraagd naar hun ervaringen met beeldschermzorg (ook wel beeldbellen of zorg op afstand genoemd) via een Ipad. Ruim de helft van de 525 cliënten met wijkverpleging gaf aan dat hun welzijn door beeldschermzorg toenam. Ze ervoeren dat ze daardoor langer thuis konden blijven, voelden zich veiliger en zelfstandiger. Verder voelden ze zich minder eenzaam en vonden ze hun leven aangenamer door de beeldschermzorg. Beeldschermzorg kan ook invloed hebben op de rol en inzet van mantelzorgers. Mantelzorgers geven aan dat het effect heeft op de mate waarin ze zich zorgen maken over hun naaste, de tijd die ze voor zichzelf hebben, de zwaarte van het zorgen en op de aandacht die ze krijgen van professionele zorgverleners (Stunnenberg & Adriaansen, 2015).

Perspectief en ervaringen van professionals

De literatuurverkenning leverde ook weinig recente studies (van na 1 januari 2015) op over het perspectief van zorgprofessionals op zorginnovaties. Over ervaringen met het zorgleefplan¹⁰ was er wel enig onderzoek beschikbaar. Uit interviews¹¹ van Van Soest e.a. (2016) bleek dat wijkverpleegkundigen het veelal met elkaar eens waren over welke doelen en acties er moeten worden opgenomen in het zorgplan.

¹⁰ Het zorgleefplan is een document dat bedoeld is om de eigen regie van de cliënten te bevorderen, zodat zij hun leven (ondanks ziekte of handicap) zoveel mogelijk kunnen voortzetten zoals zij dat willen. De *voorkeuren, vragen, behoeften of doelen* van de cliënt worden gedocumenteerd in het zorgleefplan.

¹¹ De betreffende publicatie van Van Soest e.a. (2016) geeft geen informatie over de aanpak van de interviews en over de aantallen of specifieke kenmerken van de geïnterviewde zorgprofessionals.

Deze punten betreffen vooral bevordering van zelfmanagement en eigen regie van de cliënt, zoals:

- de cliënt goed informeren over de (medische) situatie;
- de motivatie van de cliënt peilen om iets aan zijn situatie te willen én kunnen veranderen;
- de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt bespreken;
- zelfmanagementvaardigheden van cliënt reëel inschatten;
- zelf een stapje terug doen;
- toewerken naar kleine persoonsgerichte doelen;
- inspirerende voorbeelden geven bijvoorbeeld als het gaat over leefstijlverandering.

Ander bestaand onderzoek betrof nieuwe technologie. Uit vragenlijstonderzoek in de 'eHealth monitor' van Nictiz en NIVEL, bleek dat vooral beeldschermzorg en medicijndispensers steeds meer voorkomen in de care sector (in de eHealth monitor worden de wijkverpleging en verpleeg- en verzorgingshuizen samen besproken en benoemd als 'care sector'). Beeldschermzorg, in de zin van communicatie met de cliënt via een beeldscherm op bijvoorbeeld een Ipad, zou door ruim een vijfde (23%) van de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden in 2015 gebruikt worden. In 2014 gold dat nog maar voor 12%. Het gebruik van elektronische medicijndispensers kwam in 2015 bij bijna een op de vijf verpleegkundigen en verzorgenden in de care sector voor (19%). In 2014 was dat nog maar bij 11% het geval (Krijgsman e.a., 2015).

In het eerder genoemde onderzoek van Adriaansen e.a. (2016) beschreven ook de zorgprofessionals hun ervaringen met beeldschermzorg via een Ipad. De waardering varieerde tussen de twee betrokken thuiszorgorganisaties. In de ene organisatie gaven de ondervraagde zorgprofessionals als gemiddeld waarderingcijfer een 7,6; in de andere organisatie een 6,3. Eerstgenoemden zagen vaker meerwaarde voor cliënten, bijvoorbeeld om langer thuis te kunnen wonen en meer veiligheid. Het feit dat er in de ene thuiszorgorganisatie vooral wijkverpleegkundigen aan het onderzoek deelnamen en in de andere organisatie vooral mbo-opgeleide verzorgenden en helpenden, gaf volgens de onderzoekers daarvoor een (deel)verklaring. Mbo-opgeleide zorgverleners verlenen vaak persoonlijke verzorging die moeilijk via beeldschermzorg gegeven kan worden (Adriaansen e.a., 2016).

3. Ervaringen van cliënten en hun mantelzorgers

Dit hoofdstuk gaat over het onderzoek dat eind 2016/begin 2017 is uitgevoerd onder cliënten van Zvw-gefinancierde wijkverpleging en hun mantelzorgers. Paragraaf 3.1 bevat een beknopte beschrijving van de onderzoeksopzet, waaronder ook de specifieke onderzoeksvragen die voor dit onderdeel van het onderzoek waren geformuleerd. In paragraaf 3.2 worden de resultaten van het onderzoek onder cliënten beschreven en in paragraaf 3.3 komen de resultaten van het onderzoek onder hun mantelzorgers aan bod.

Hoofdpunten

Wie zijn de cliënten en de mantelzorgers?

- Cliënten van de wijkverpleging zijn vooral ouderen; ruim 30 procent is zelfs 85 jaar of ouder. De meesten hebben mobiliteitsbeperkingen, pijn en problemen op het gebied van zelfzorg. Ongeveer de helft heeft ook cognitieve beperkingen en ruim 40 procent heeft stemmingsklachten.
- De mantelzorgers zijn vooral echtgenoten/partners of (aangetrouwde) kinderen. Een kwart van de mantelzorgers ervaart de eigen gezondheid als matig of slecht.

Toeleiding, zorgvraag en indicatiegesprek

- Cliënten of familieleden nemen in de helft van de gevallen zelf contact op met de wijkverpleging en anders doet de huisarts, praktijkondersteuner, specialist of verpleegkundige uit het ziekenhuis dat. Zorgverzekeraars, hulpverleners van de gemeente of sociale wijkteams spelen hierbij nog nauwelijks een rol; hetzelfde geldt voor onafhankelijk cliëntondersteuners.
- Ruim 80 procent van de cliënten gaf aan dat zij bij het indicatiegesprek konden meebeslissen over het type wijkverpleegkundige zorg dat ze zouden krijgen en over het tijdstip waarop.
- Maar of ze ook andere hulp, bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of een andere voorziening, via de gemeente nodig hebben kwam bij slechts een kwart van de cliënten aan bod. Dit doet vermoeden dat van integraal indiceren nog weinig sprake is.
- Ook andere thema's die horen bij een integrale aanpak, zoals de hulp van mantelzorgers en of zij het wel kunnen volhouden, komen volgens cliënten en mantelzorgers lang niet altijd aan bod. Niettemin zijn zowel cliënten als mantelzorgers zeer tevreden over het indicatiegesprek.

Aard en frequentie wijkverpleging en toereikendheid

- De verleende zorg komt veelal overeen met de zorgvraag en de indicatiestelling.
- De geboden wijkverpleging is volgens de cliënten over het algemeen toereikend. Van de mantelzorgers zou een vijfde meer wijkverpleging willen.

Contactpersoon wijkverpleging en afstemming en samenwerking

- Ongeveer 40 procent van de cliënten en de mantelzorgers heeft geen vast aanspreekpunt bij de wijkverpleging.
- Cliënten en mantelzorgers vinden dat de zorgprofessionals van de

wijkverpleging goed samenwerken. Zij hebben weinig zicht op de samenwerking tussen de wijkverpleging en andere zorgverleners.

- Mantelzorgers die geen familie van de cliënt zijn wat minder positief over de manier waarop de wijkverpleging met hen samenwerkt en afstemt dan mantelzorgers die wel familie zijn.

Ervaren kwaliteit en bijdrage wijkverpleging

- Vrijwel alle cliënten geven aan baat te hebben bij de wijkverpleging.
- Zowel cliënten als mantelzorgers vinden dat de wijkverpleging beschikt over de benodigde kennis en vaardigheden. Zij waarderen de wijkverpleging met een rapportcijfer van een ruime 8.
- Verschillen tussen cliënten in hun waardering van de wijkverpleging zijn vooral terug te voeren op individuele verschillen tussen cliënten; van welke zorgaanbieder zij de wijkverpleging krijgen speelt daarbij nauwelijks een rol.
- Cliënten en mantelzorgers noemen als verbeterpunten meer tijd, aandacht en personeel, en zoveel mogelijk dezelfde zorgverleners op vaste tijden en betere communicatie. Mantelzorgers benadrukken daarnaast het belang van een duidelijk zorgdossier dat ook door hen kan worden ingezien.
- Cliënten die voor 2015 ook al wijkverpleging ontvingen, merken over het algemeen weinig verschil tussen de wijkverpleging van nu en die van voor 2015.

3.1 Onderzoeksvragen en onderzoeksopzet

In paragraaf 1.3 werden de drie hoofdvragen van het onderzoek onder cliënten en mantelzorgers geformuleerd; hieronder beschrijven we de specifieke onderzoeksvragen die bij deze hoofdvragen horen en welke methode we hebben toegepast om deze vragen te beantwoorden. Voor een uitgebreide beschrijving van de gehanteerde onderzoeksmethode verwijzen we hier naar bijlage B.

Specifieke onderzoeksvragen

De eerste hoofdvraag betreft de **toeleiding, zorgvraag en indicatiestelling**:

Hoe komen mensen die wijkverpleging nodig hebben terecht bij de zorgprofessionals die deze zorg bieden, met welke zorgvragen komen zij en wat zijn de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met de indicatiestelling?

Deze hoofdvraag valt uiteen in de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- Hoe komen cliënten bij de wijkverpleging terecht? Door wie wordt het eerste contact met de wijkverpleging gelegd? En in welke mate spelen onafhankelijke cliëntondersteuners hierbij een rol?
- Met welke zorgvraag komen cliënten bij de wijkverpleging?
- Hoe ervaren cliënten en hun naasten het indicatiegesprek en de wijze waarop de indicierend verpleegkundige omgaat met hun zorgvraag?

Hoofdvraag 2 betreft de **ontvangen wijkverpleging en de ervaringen met het zorgproces**:

Welke zorg ontvangen cliënten en wat zijn de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met het proces van wijkverpleging?

Deze hoofdvraag omvat de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- Is de geïndiceerde zorg ook geleverd en was deze naar de mening van de cliënt en/of diens naaste in voldoende mate en tijdig beschikbaar?
- Hoe ervaren cliënten en mantelzorgers de afstemming van de wijkverpleging op hun behoeften?
- Is er volgens cliënten en mantelzorgers maatwerk geleverd en voldoende coördinatie van zorg?
- Is de ontvangen wijkverpleging qua aard en capaciteit toereikend of wordt bepaalde zorg gemist?
- Hoe ervaren cliënten en hun mantelzorgers de samenwerking tussen i) de verschillende zorgprofessionals die wijkverpleging verlenen, en ii) de zorgprofessionals die wijkverpleging verlenen en andere zorgverleners, zowel professionals als mantelzorgers?

Hoofdvraag 3 betreft de **ervaren kwaliteit van wijkverpleging**:

Hoe beoordelen cliënten en mantelzorgers de kwaliteit van de wijkverpleging?

Deze hoofdvraag omvat de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- Hoe beoordelen cliënten en mantelzorgers de deskundigheid van de zorgprofessionals die wijkverpleging bieden?
- Hoe beoordelen cliënten en mantelzorgers de kwaliteit van de wijkverpleging? In welke mate draagt de ontvangen wijkverpleging bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt? En hoe beoordelen cliënten de kwaliteit van de wijkverpleging in 2016 ten opzichte van de kwaliteit van de wijkverpleging die zij voor 2015 ontvingen?

Onderzoeksopzet

Ter beantwoording van deze onderzoeksvragen is eind 2016/begin 2017 een schriftelijke enquête gehouden onder een landelijke steekproef van cliënten van 18 jaar en ouder die in 2016 op basis van de Zorgverzekeringswet wijkverpleging ontvingen, alsmede onder hun naasten die mantelzorg verlenen. Hiertoe zijn willekeurig 73 organisaties getrokken uit een landelijk adressenbestand van thuiszorgorganisaties die wijkverpleging leveren, waarbij gestreefd werd naar deelname van ten minste twee thuiszorgorganisaties per provincie, om voldoende spreiding over het land te garanderen. De werving via email en telefonisch contact resulteerde in 23 deelnemende thuiszorgorganisaties, waarvan één het gehele land als werkgebied had en enkele andere provincie-overstijgend werkten. Aan de landelijk werkende organisatie werd gevraagd een willekeurige steekproef van 250 volwassen cliënten te trekken; de andere organisaties werd gevraagd een willekeurige steekproef van 100 volwassen cliënten te trekken of zo veel als mogelijk voor hen was. Bijlage B bevat een overzicht van de aantallen benaderde en deelnemende thuiszorgorganisaties per provincie.

De geselecteerde cliënten ontvingen een brief met informatie over het onderzoek en twee schriftelijke vragenlijsten: één voor henzelf en één voor een naaste die mantelzorg verleent (indien van toepassing). De vragenlijsten konden door de cliënt en de mantelzorger apart worden ingevuld en teruggestuurd in een (separate) antwoordvelop. De netto respons op de enquête bedroeg 1435 cliënten en 1025 mantelzorgers. Bijlage B bevat een overzicht van de achtergrondkenmerken van de respondenten.

De enquêtegegevens zijn met behulp van beschrijvende statistiek geanalyseerd. Daar waar kwaliteitsoordelen werden gevraagd, zijn multiniveau (lineaire en logistische) regressieanalyses uitgevoerd. Hierdoor konden we rekening houden met het feit dat een aantal cliënten en naasten de zorgverlening van eenzelfde thuiszorgorganisatie beoordeelde, en deze beoordelingen dus niet als onafhankelijk van elkaar kunnen worden beschouwd. Bij de multiniveau-regressieanalyses is tevens steeds getoetst of er verschillen bestaan tussen subgroepen cliënten of mantelzorgers in hun beoordeling van (aspecten van) de wijkverpleging. Indien de p-waarde behorend bij de toets kleiner was dan 0.01, spreken we van een (significant) verschil tussen de betreffende subgroepen.

Omdat de responderende cliëntengroep wat de verdeling naar leeftijd, geslacht en mate van stedelijkheid van de woonplaats betreft enigszins afweek van de totale populatie cliënten (van 18 jaar en ouder) die in 2016 wijkverpleging in Nederland ontving¹², is bij de analyse van de gegevens van de cliënten gecorrigeerd voor deze afwijking. Dit gebeurde door middel van weging (met een weegfactor gebaseerd op de drie genoemde kenmerken) bij de beschrijvende analyses en door berekening van de uitkomsten voor een gestandaardiseerde populatie bij de multiniveau-analyses.

3.2 Resultaten cliënten

In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen van cliënten die in 2016 wijkverpleging ontvingen van geselecteerde thuiszorgorganisaties op basis van de enquête die onder een steekproef van hen werd uitgezet. Allereerst geven we een beschrijving van de achtergrondkenmerken van de groep cliënten en hun ervaren gezondheid. Vervolgens komen de toeleiding tot de wijkverpleging, de zorgvraag van de cliënten en het indicatiegesprek aan bod (hoofdvraag 1). Daarna staan de ontvangen wijkverpleging en de ervaringen met het zorgproces centraal (hoofdvraag 2). Ten slotte komt de ervaren kwaliteit van de wijkverpleging aan bod (hoofdvraag 3).

Achtergrondkenmerken cliënten

Tabel 3.1. laat zien dat cliënten die wijkverpleging ontvangen vaker vrouw (63%) dan man (37%) zijn. De tabel laat ook zien dat minder dan vijf procent jonger is dan 50 jaar, en dat ruim dertig procent 85 jaar of ouder is. De gemiddelde leeftijd bedraagt 76,7 jaar (niet in tabel). Het overgrote deel van de cliënten (77%) is laag opgeleid. Bijna twee derde (61%) woont alleen. Achttien procent van de cliënten

¹² <https://www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>

woont in zeer sterk stedelijk gebied; tien procent woont juist in een niet stedelijke omgeving.

Tabel 3.1. laat ten slotte zien dat van de (gewogen) respondentengroep maar ruim een kwart in West-Nederland woont. Deze verdeling van cliënten naar landsdeel is niet representatief voor de totale populatie cliënten in Nederland (zie bijlage B). Dit komt doordat thuiszorgorganisaties in het westen van het land minder vaak bereid waren om aan het onderzoek deel te nemen dan thuiszorgorganisaties in andere delen van Nederland.

Tabel 3.1 Achtergrondkenmerken van cliënten die in 2016 wijkverpleging ontvingen (N=1258-1435^a; berekend over de gewogen cliëntengroep)

	%
Geslacht	
Vrouw	63,0
Man	37,0
Leeftijd	
18 t/m 49 jaar	4,6
50 t/m 64 jaar	11,6
65 t/m 74 jaar	18,6
75 t/m 84 jaar	34,6
85 jaar of ouder	30,5
Opleidingsniveau	
Laag	76,6
Midden	13,1
Hoog	10,3
Type huishouden	
Alleenwonend	61,0
Samenwonend	39,0
Mate van stedelijkheid van de woonomgeving	
Zeer sterk stedelijk	17,6
Sterk stedelijk	31,0
Matig stedelijk	17,8
Weinig stedelijk	23,8
Niet stedelijk	9,8
Landsdeel	
Noord-Nederland	23,9
Oost-Nederland	21,0
Zuid-Nederland	29,1
West-Nederland	26,0

^a De N varieert, omdat het aantal missende waarden per kenmerk varieert.

Omdat de groep cliënten van 18 tot en met 49 jaar erg klein is, wat overigens wel representatief is voor de populatie, is er in de analyses waarin de resultaten voor cliënten van verschillende leeftijden zijn uitgesplitst voor gekozen om deze groep samen te voegen met de groep cliënten van 50 tot en met 64 jaar. Bij deze analyses zijn tevens de cliënten uit zeer sterk stedelijk gebied en uit stedelijk gebied samengenomen. Hetzelfde geldt voor de cliënten uit matig stedelijk en weinig stedelijk gebied. Dit is gedaan om het aantal subgroepen cliënten te beperken.

Ervaren gezondheid en functioneren

Tabel 3.2 bevat informatie over hoe de cliënten hun gezondheid ervaren en welke functionele problemen zij hebben. De tabel laat zien dat een derde van de cliënten de eigen gezondheid ervaart als goed, of zelfs als zeer goed of uitstekend. Echter, ruim de helft beoordeelt de eigen gezondheid als matig en 14 procent als slecht.

Uit de tabel komt naar voren dat mobiliteitsproblemen, al of niet met gebruik van een hulpmiddel, het meest voorkomen bij de cliëntengroep (85%), gevolgd door problemen met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (82%), pijn of andere klachten (81%) en problemen met zelfzorg (65%). Dit zijn dus vooral fysieke problemen. Niettemin ervaart een deel van de cliënten ook andere problemen. Zo geeft ruim de helft van de cliënten (52%) aan dat zij enige of ernstige problemen op het gebied van cognitief functioneren ervaren en kampt 42 procent met stemmingsklachten zoals angst en somberheid.

Tabel 3.2 Ervaren gezondheid en functioneren van cliënten die in 2016 wijkverpleging ontvingen (N=1389-1403^a; berekend over de gewogen cliëntengroep)

	%
Ervaren gezondheid	
Uitstekend	0,4
Zeer goed	1,9
Goed	30,6
Matig	52,7
Slecht	14,4
Mobiliteit	
Geen problemen met lopen	15,3
Enige problemen met lopen	81,7
Bedlegerig	3,0
Zelfzorg	
Geen problemen om zich te wassen of aan te kleden	35,6
Enige problemen om zich te wassen of aan te kleden	43,6
Niet in staat zichzelf te wassen of aan te kleden	20,9
Dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld huishouden, werk, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)	
Geen problemen met dagelijkse activiteiten	17,6
Enige problemen met dagelijkse activiteiten	54,8
Niet in staat dagelijkse activiteiten uit te voeren	27,6
Pijn / klachten	
Geen pijn of andere klachten	19,2
Matige pijn of andere klachten	65,6
Zeer ernstige pijn of andere klachten	15,2
Stemming	
Niet angstig of somber	58,2
Matig angstig of somber	36,8
Erg angstig of somber	5,0
Cognitief functioneren (geheugen, concentratie)	
Geen problemen met cognitief functioneren	47,7
Enige problemen met cognitief functioneren	44,0
Ernstige problemen met cognitief functioneren	8,4

^a De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Toeleiding, zorgvraag en indicatiestelling

Hieronder beschrijven we hoe de cliënten in contact zijn gekomen met de wijkverpleging, met welke zorgvraag zij kwamen en hoe het indicatiegesprek verliep.

Eerste contact

In de vragenlijst gaven cliënten ook aan wie er contact heeft opgenomen met de wijkverpleging (de laatste keer dat men wijkverpleging nodig had). Tabel 3.3 laat zien dat in de helft van de gevallen de cliënt zelf of een familielid of kennis degene was die contact opnam met een organisatie voor wijkverpleging. Daarnaast waren het vooral huisartsen of praktijkondersteuners en medisch specialisten of verpleegkundigen van het ziekenhuis die het eerste contact legden. Incidenteel gebeurde dit ook door medewerkers van verzorgings- of verpleeghuizen of door de thuiszorg die huishoudelijke hulp verleende. Zorgverzekeraars, gemeenteambtenaren of sociale wijkteams speelden nauwelijks een rol. Hetzelfde geldt voor de onafhankelijke cliëntondersteuners. Hierbij moet wel worden aangetekend dat een deel van de cliënten al langere tijd wijkverpleging kreeg en het in hun geval dus al enkele jaren geleden kan zijn dat het eerste contact met de wijkverpleging werd gelegd.

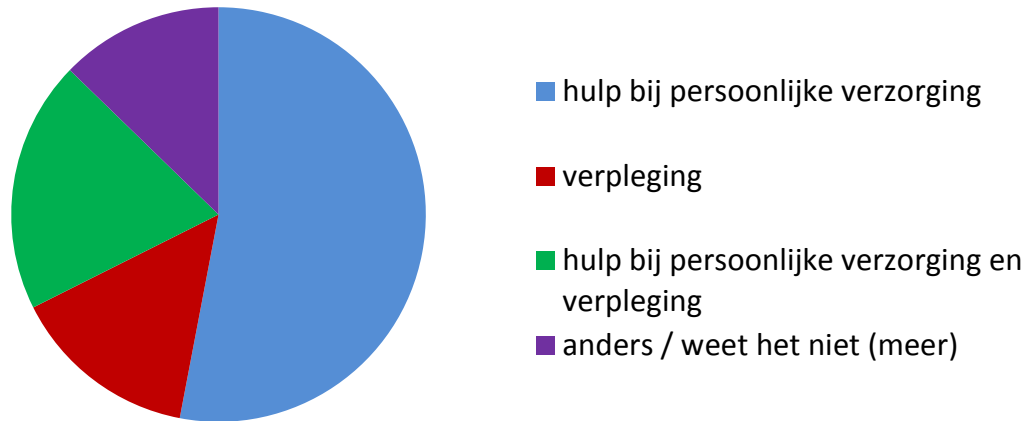
Tabel 3.3 Personen die contact hebben opgenomen met de wijkverpleging omdat cliënten wijkverpleging nodig hadden, meerdere antwoorden mogelijk (N=1435; berekend over de gewogen cliëntengroep)

<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	<i>%</i>
Cliënt zelf	19,6
Familielid of kennis	30,0
Huisarts of de praktijkondersteuner	22,6
Specialist of verpleegkundige van het ziekenhuis	24,5
Huishoudelijke hulp van de thuiszorg	2,3
Iemand van het verzorgingshuis of verpleeghuis	6,8
Andere zorgverlener, bijvoorbeeld fysiotherapeut of psycholoog	1,6
Zorgverzekeraar	0,3
Iemand van de gemeente of het wijkteam	1,4
Cliëntenondersteuner van bijvoorbeeld MEE of Zorgbelang	0,9
Anders	2,4
Weet het niet (meer)	3,7

Zorgvraag

De cliënten gaven ook aan wat de aanleiding was om de wijkverpleging in te schakelen. Figuur 3.1 laat zien dat ruim de helft van de cliënten (53%) een zorgvraag op het gebied van persoonlijke verzorging had. Zij hadden bijvoorbeeld hulp nodig bij het douchen of aankleden, het aantrekken van hun steunkousen of met eten en drinken. Bij twintig procent betrof de zorgvraag zowel hulp bij persoonlijke verzorging als verpleging. Deze mensen hadden, naast hulp bij hun persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld de wijkverpleging nodig voor het toedienen van medicijnen, voor wondverzorging of voor advies over het omgaan met hun

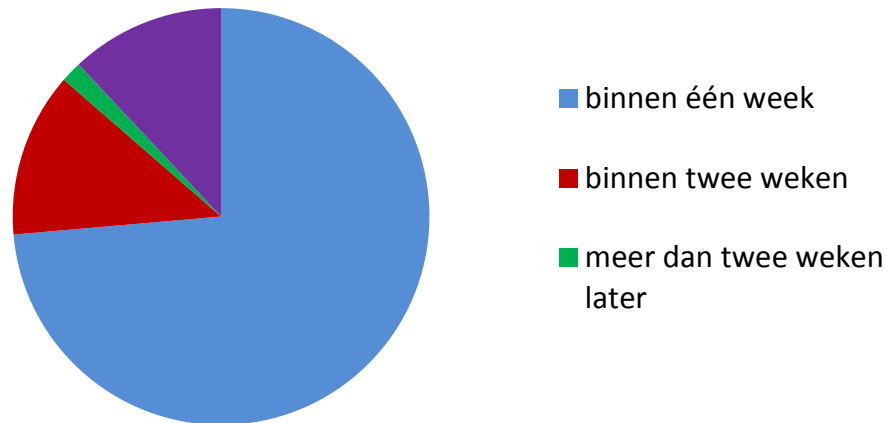
ziekte of instructies over het gebruik van hun medicijnen. Vijftien procent gaf aan dat de zorgvraag uitsluitend verpleegkundige zorg betrof. Een relatief grote groep (13%) gaf aan een andere zorgvraag te hebben gehad of wist het niet meer. Opgemerkt moet worden dat het onderscheid tussen hulp bij persoonlijke verzorging en verpleging arbitrair is; ook professionals werkzaam in de wijkverpleging vinden dit onderscheid soms lastig te maken.



Figuur 3.1 Aanleiding om wijkverpleging in te schakelen, volgens cliënten (N=1435; berekend over de gewogen cliëntengroep)

Het indicatiegesprek

Aan de cliënten die in 2016 een indicatiegesprek hadden over de benodigde wijkverpleging is een aantal vragen gesteld over dit indicatiegesprek. Figuur 3.2 laat zien dat bij driekwart (73%) van de cliënten het indicatiegesprek binnen een week plaatsvond (cliënten met een herindicatie zijn hier buiten beschouwing gelaten). Bij twaalf procent was dat binnen twee weken. Twee procent rapporteerde een langere wachttijd tot het indicatiegesprek en dertien procent wist niet (meer) hoe lang de tijd tussen de aanvraag en het indicatiegesprek was geweest.



Figuur 3.2 Periode tussen de aanvraag van wijkverpleging en het indicatiegesprek, volgens cliënten (N=695¹³; berekend over de gewogen cliëntengroep)

Tabel 3.4 laat zien dat een aantal onderwerpen relatief vaak aan bod komt in het indicatiegesprek, zoals hoe de cliënt zich voelt (62%), zijn gezondheid ervaart en wat de cliënt doet om fit te blijven (51%). Of de cliënt hulp krijgt van familieleden of bekenden (44%) en hoe de woonsituatie is (44%) komt echter lang niet altijd ter sprake en veel andere onderwerpen nog minder vaak. Opvallend is ook dat maar ruim een kwart van de cliënten aangeeft dat er in het indicatiegesprek besproken is of zij ook behoefte hebben aan andere hulp (via de gemeente). Dit zou kunnen betekenen dat integraal indiceren nog maar weinig gebeurt. Of de genoemde onderwerpen inderdaad niet besproken zijn, weten we niet. In de beleving van veel cliënten is het in elk geval niet gebeurd.

¹³ Dit betreft alleen cliënten die in 2016 een indicatiegesprek hebben gehad.

Tabel 3.4 Onderwerpen die in het (her-)indicatiegesprek in 2016 aan de orde kwamen (N=858^a; berekend over de gewogen cliëntengroep)

	%
Hoe cliënt zich voelt	61,6
Gezondheid van cliënt en wat hij/zij doet om fit te blijven	50,9
Woonsituatie cliënt	43,4
Gezin of familie van cliënt	32,5
Wat cliënt doet in vrije tijd	26,2
Sociale contacten cliënt	32,9
Vervoer en naar buiten gaan	29,0
Huishouden doen	39,5
Over werk of het zoeken van werk	2,9
Of cliënt hulp krijgt van gezinsleden, familie of bekenden	44,2
Of deze gezinsleden, familie of bekenden het kunnen volhouden	19,1
Of deze gezinsleden, familie of bekenden cliënt meer kunnen helpen	10,8
Of cliënt ook behoefte heeft aan andere hulp via de gemeente (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, hulpmiddelen of begeleiding)	26,1
Of verblijf in een verzorgingshuis of verpleeghuis nodig is	9,2
Wat cliënt zelf al heeft gedaan om vraag of probleem op te lossen	12,3
Wat cliënt zelf nog meer zou kunnen doen om vraag of probleem op te lossen	7,1
Weet het niet (meer)	12,1

^a Dit betreft alleen cliënten die in 2016 een (her-)indicatiegesprek hebben gehad.

Meebeslissen

Omdat het belangrijk is dat de zorg die een cliënt ontvangt aansluit bij zijn of haar behoeften en voorkeuren, is gevraagd of cliënten konden meebeslissen over de wijkverpleging die zij zouden krijgen. Allereerst gaven cliënten aan of zij konden kiezen uit meerdere thuiszorgorganisaties. Uit tabel 3.5 komt naar voren dat ruim de helft (54%) van de cliënten daadwerkelijk kon kiezen uit meerdere aanbieders van wijkverpleging. Eén op de vijf mensen (19%) gaf aan dat zij niet konden kiezen, omdat er in hun omgeving maar één aanbieder van wijkverpleging actief is. Veertien procent gaf aan dat iemand anders de keuze voor hen had gemaakt; dit kan zowel een zorgprofessional als een mantelzorger zijn geweest. Een kleine groep (3%) gaf aan om een andere reden geen keuze te hebben gehad. Veelal betrof dit mensen die woonachtig zijn in een serviceappartement of woonzorgcentrum van een zorgaanbieder die dan tevens de wijkverpleging levert. Enkele mensen gaven aan dat de identiteit of (religieuze) grondslag van een zorgaanbieder belangrijk voor hen is, waardoor zij geen andere opties hadden.

Tabel 3.5 Keuze uit meerdere thuiszorgorganisaties (N=1333; berekend over de gewogen cliëntengroep)

	%
Ja	54,4
Nee, maar één organisatie actief in woonomgeving cliënt	19,3
Nee, cliënt is geweigerd door andere thuiszorgorganisatie	0,7
Nee, iemand anders dan cliënt heeft thuiszorgorganisatie uitgekozen	14,3
Nee, om andere redenen	2,8
Weet het niet (meer)	8,5

Aan de cliënten die in 2016 een indicatiegesprek hebben gehad is tevens gevraagd of zij konden meebeslissen over het type zorg dat zij zouden krijgen (soort taken en werkzaamheden van de wijkverpleging) en wanneer zij deze zorg zouden krijgen (op welke tijdstippen en dagen). In beide gevallen gaf ruim 80 procent aan dat zij inderdaad konden meebeslissen: 82 procent gaf aan te hebben kunnen meebeslissen over het type zorg dat zij zouden krijgen en 85 procent over wanneer zij de zorg zouden krijgen. Respectievelijk acht en elf procent gaf aan dat zij niet konden meebeslissen over het type zorg dan wel het tijdstip of de dagen waarop de zorg zou worden verleend. De overige cliënten gaven aan het niet (meer) te weten.

Beoordeling van het indicatiegesprek

Aan cliënten die in 2016 een indicatiegesprek hebben gehad zijn ten slotte vier uitspraken voorgelegd over hun tevredenheid met bepaalde aspecten van het indicatiegesprek. Tabel 3.6 laat zien dat bijna 90 procent van de cliënten tevreden is over de tijd die de verpleegkundige nam voor het indicatiegesprek, de manier waarop er naar hen werd geluisterd en de mate waarin rekening werd gehouden met hun wensen. Het overgrote deel van de cliënten (86%) is eveneens tevreden over het gevoel dat de verpleegkundige samen met hen naar een oplossing zocht voor hun problemen of zorgvraag. Vrijwel niemand is ontevreden over het indicatiegesprek.

Tabel 3.6 Mate van (on-)tevredenheid met aspecten van het indicatiegesprek (N=722-765^a; berekend over de gewogen cliëntengroep)

	Tevreden	Niet tevreden / niet ontevreden	Ontevreden	Weet het niet (meer)
	%	%	%	%
De tijd die de wijkverpleegkundige nam om te bepalen welke zorg cliënt nodig had.	89,5	4,0	1,7	4,9
De manier waarop de wijkverpleegkundige naar cliënt luisterde.	89,3	5,8	1,3	3,5
Het gevoel dat ze samen naar een oplossing zochten voor vraag of probleem van cliënt.	85,9	7,1	2,1	4,9
De mate waarin de wijkverpleegkundige rekening hield met wensen van cliënt.	88,1	5,5	2,2	4,3

^a Dit betreft alleen cliënten die in 2016 een (her-)indicatiegesprek hebben gehad. De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Op basis van de bovenstaande vier items is een totaalscore over de tevredenheid met het indicatiegesprek geconstrueerd, waarbij het antwoord 'weet het niet' buiten beschouwing is gelaten (Cronbach's alpha .91). Hiertoe werd de gemiddelde score van de respondenten over de door hen beantwoorde items berekend. Alleen respondenten die ten minste drie van de vier items beantwoordden kregen een totaalscore.

De gemiddelde totaalscore voor alle cliënten die in 2016 een indicatiegesprek hebben gehad (N=568 van 21 thuiszorgorganisaties¹⁴; berekend voor een gestandaardiseerde populatie) was 2,9 op een schaal van 1 (minst tevreden) tot 3 (meest tevreden). Dit impliceert een zeer grote tevredenheid met het indicatiegesprek. Er bestaan geen verschillen tussen subgroepen cliënten¹⁵ in hun waardering van het indicatiegesprek. Het enige verschil is dat cliënten in de leeftijd van 75 tot en met 84 jaar (gemiddelde score van 3,0) nog net iets tevredener over het indicatiegesprek zijn dan cliënten jonger dan 65 jaar (gemiddelde score van 2,9).

Slechts 1,2 procent van de verschillen in de tevredenheid van cliënten met het indicatiegesprek houdt verband met de verschillende zorgaanbieders waarvan men wijkverpleging ontvangt.

¹⁴ Het aantal cliënten en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of de cliëntkenmerken.

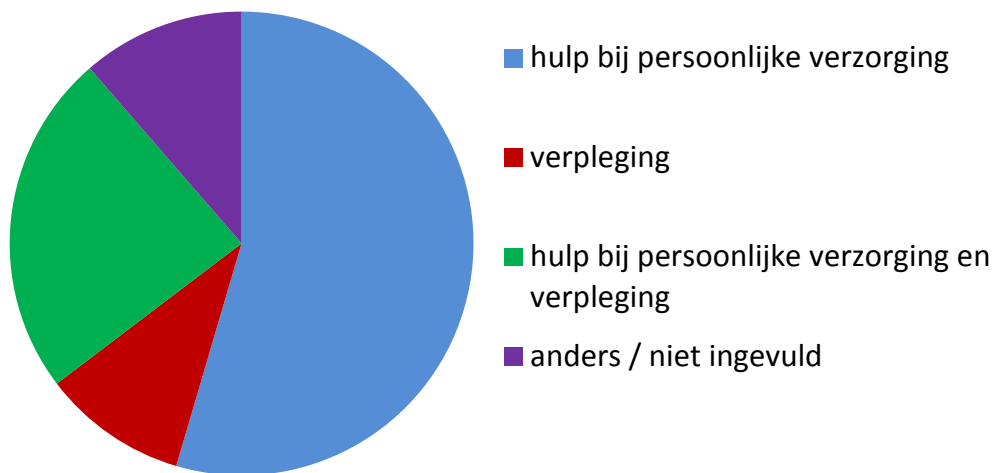
¹⁵ Naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, samenstelling van het huishouden en mate van stedelijkheid van de woonplaats

Ontvangen wijkverpleging en proces van zorgverlening

Aard en frequentie van de ontvangen wijkverpleging

Hiervoor hebben we de toeleiding tot de wijkverpleging, de zorgvraag en het indicatiegesprek dat cliënten in 2016 met de wijkverpleging hadden, onder de loep genomen. In de nu volgende sub paragrafen gaan we in op de zorg die cliënten ten tijde van het invullen van de vragenlijst (eind 2016/begin 2017) ontvingen en hoe zij het proces van zorgverlening ervoeren. Van de totale (statistisch gewogen) respondentengroep ontving 78 procent ten tijde van de enquête nog wijkverpleging. Deze paragrafen zijn gebaseerd op de antwoorden van deze respondenten.

Figuur 3.3 laat zien welke zorg deze cliënten naar eigen zeggen van de wijkverpleging ontvangen. Meestal krijgen zij hulp bij de persoonlijke verzorging (55%) of een combinatie van hulp bij persoonlijke verzorging en verpleging (24%). Bij tien procent gaat het uitsluitend om verpleging en 11 procent gaf aan andere zorg te krijgen of vulde de vraag niet in. Zoals eerder vermeld, moeten deze gegevens met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat het onderscheid tussen de verschillende typen zorg noch voor cliënten, noch voor professionals werkzaam in de wijkverpleging altijd duidelijk is.



Figuur 3.3 Type ontvangen wijkverpleging, volgens cliënten (N=1068¹⁶; berekend over de gewogen cliëntengroep)

Bijna driekwart van de cliënten (74%) gaf aan dat zij dagelijks wijkverpleging ontvangen, waarbij de helft van hen twee maal per dag zorg ontvangt, 30 procent één maal per dag, elf procent drie maal en vijf procent vier maal per dag. Enkele cliënten gaven aan nog vaker per dag zorg van de wijkverpleging te ontvangen. Zeventien procent van alle cliënten gaf aan meerdere keren per week wijkverpleging te krijgen en bij zeven procent gaat het om één keer per week. Een enkeling ontvangt minder dan één keer per week wijkverpleging.

¹⁶ Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen.

Volgens de cliënten komt de wijkverpleging altijd (27%) of meestal (59%) op vaste tijden. Tien procent gaf aan dat dat soms het geval is en volgens vijf procent komt de wijkverpleging nooit op vaste tijden. De duur van het bezoek van de zorgprofessionals varieert: bezoeken van dertig minuten komen het meest voor (bij 23% van de cliënten), gevolgd door bezoeken van een kwartier (18%), twintig minuten (15%), tien minuten (14%) of een uur (6%). Volgens enkele mensen duurt het bezoek meestal maar een paar minuten, terwijl enkele anderen rapporteerden dat het bezoek meestal wel 1,5 tot 3 uur in beslag neemt. Gemiddeld genomen duurt het bezoek van de wijkverpleging volgens cliënten zo'n 26 minuten.

Zorg zoals geïndiceerd en extra inzet indien tijdelijk nodig

Negentig procent van de cliënten gaf aan dat de zorg die zij ontvangen overeenkomt met wat met hen in het indicatiegesprek is afgesproken. Acht procent wist het niet (meer) en twee procent rapporteerde expliciet dat ze niet de zorg krijgen die met hen is afgesproken.

Ook gaven cliënten aan of ze de wijkverpleging krijgen op de momenten dat ze het nodig hebben. Bijna twee derde (65%) vond dat dit altijd het geval is en een derde (33%) dat dit meestal het geval is. Een enkeling gaf aan soms of nooit zorg te krijgen op de momenten dat het nodig is.

Daarnaast was er in de vragenlijst een vraag over of de wijkverpleging de zorg aanpast, dat wil zeggen meer zorg verleent, wanneer mantelzorg tijdelijk niet beschikbaar is. Bijna een kwart van de cliënten (23%) kon deze vraag niet beantwoorden, omdat de situatie zich bij hen nog nooit had voorgedaan. Vijfenvertig procent gaf aan dat ze niet méér wijkverpleging kregen toen een mantelzorger tijdelijk niet beschikbaar was, maar dat was volgens hen ook niet nodig. Ruim één op de vijf cliënten (22%) gaf aan dat zij inderdaad weleens meer wijkverpleging hadden gekregen, toen een mantelzorger tijdelijk niet beschikbaar was. Drie procent gaf aan dat zij geen extra wijkverpleging hadden gekregen, toen dat volgens hen wel nodig was. Zeven procent kon zich niet meer herinneren of de situatie zich weleens had voorgedaan en of de wijkverpleging toen al of niet was bijgesprongen.

Andere zorg verleend door de wijkverpleging

Het is mogelijk dat de wijkverpleging ook werkzaamheden uitvoert die strikt genomen niet tot het takenpakket behoren. Tabel 3.7 laat zien dat dit volgens cliënten¹⁷ weinig voorkomt. Wel bestellen, volgens 40 procent van de cliënten, zorgprofessionals van de wijkverpleging vaak of wel eens medicijnen of materialen. Tien procent van de cliënten gaf aan dat deze zorgprofessionals die dan ook vaak of weleens voor hen ophalen.

¹⁷ In het volgende hoofdstuk is te zien dat zorgprofessionals dat anders ervaren, zie tabel 4.15.

Tabel 3.7 Andere werkzaamheden verricht door de wijkverpleging, volgens cliënten (N=824-909^a; berekend over de gewogen cliëntengroep)

	Vaak %	Wel eens %	Nooit %
Huishoudelijk werk <i>Bijvoorbeeld stofzuigen of de was doen</i>	5,0	4,1	91,0
Administratieve taken <i>Bijvoorbeeld rekeningen afhandelen of post doornemen</i>	1,1	2,4	96,6
Bestellen van medicijnen of materiaal <i>Bijvoorbeeld van wond- of stomamateriaal</i>	22,8	17,1	60,1
Afhalen van medicijnen of materiaal <i>Bijvoorbeeld van wond- of stomamateriaal</i>	5,1	5,3	89,6
Boodschappen halen	1,2	2,6	96,2
Helpen om weer zelfredzaam te worden of te blijven <i>Bijvoorbeeld helpen met koken of lopen of met het maken van een boodschappenlijstje</i>	2,2	4,0	93,8

^a Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen. De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Meebeslissen

Evenals bij het indicatiegesprek, is ook over het zorgproces gevraagd of de cliënt kan meebeslissen, in dit geval over welke zorgverlener(s) bij hen de wijkverpleging verleent of verlenen. Uit ons onderzoek komt naar voren dat 24 procent van de cliënten vond mee te kunnen beslissen over welke zorgverlener bij hen langskomt voor de wijkverpleging. Het overgrote deel gaf echter aan hierover niet te kunnen meebeslissen of dat niet te weten. Als we deze laatste groep (degenen die het niet weten) buiten beschouwing laten, dan gaf 29 procent aan dat zij kunnen meebeslissen over welke zorgverlener(s) er bij hen thuis komt of komen.

Tabel 3.8 laat zien dat sommige subgroepen cliënten dit wel anders ervaren. Zo zegt de overgrote meerderheid van de cliënten jonger dan 65 jaar (66%) dat zij wel kunnen meebeslissen over welke zorgprofessionals bij hen de wijkverpleging verlenen. Daarmee verschillen ze van alle andere leeftijdsgroepen. Dit verschil kan niet worden toegeschreven aan een verschil in opleidingsniveau tussen de leeftijdsgroepen; hiervoor is in de analyse gecorrigeerd. Bovendien laat tabel 3.8 zien dat het opleidingsniveau van de cliënten geen verband houdt met of ze al of niet kunnen meebeslissen over dit aspect.

Van de aanwezige verschillen tussen cliënten in de mate waarin zij kunnen meebeslissen over de zorgprofessionals van wie zij wijkverpleging krijgen, kan 12,8 procent worden toegeschreven aan het feit dat zij wijkverpleging van verschillende zorgaanbieders krijgen. Op dit punt lijken er dus wel enige verschillen tussen aanbieders van wijkverpleging te bestaan.

Tabel 3.8 Percentage cliënten dat aangeeft te kunnen meebeslissen over wie bij hen wijkverpleging verleent (N=621 cliënten van 21 thuiszorgorganisaties^{a,b}; berekend voor een gestandaardiseerde populatie)

	Kan meebeslissen %	95% betrouwbaarheidsinterval	Versil tussen groepen (P <.01)
Totale cliëntengroep	29	21-39	
Geslacht			ns
1. Vrouwen	30	21-40	
2. Mannen	28	19-39	
Leeftijd			1 ≠ 2,3,4
1. Jonger dan 65 jaar	66	47-81	
2. 65 t/m 74 jaar	31	19-46	
3. 75 t/m 84 jaar	22	14-31	
4. 85 jaar en ouder	21	14-30	
Opleidingsniveau			ns
1. Laag	31	22-41	
2. Midden	26	15-42	
3. Hoog	21	10-39	
Woonsituatie			ns
1. Alleenwonend	33	23-43	
2. Woonachtig met andere(n)	24	16-35	
Mate van stedelijkheid woonplaats			ns
1. (Zeer) sterk stedelijk	36	24-50	
2. Matig of weinig stedelijk	22	15-32	
3. Niet stedelijk	29	16-47	

^a Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen.

^b Het aantal cliënten en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of de cliëntkenmerken.

Contactpersoon en aantal verschillende zorgprofessionals

Bijna twee derde van de cliënten (63%) gaf aan dat iemand van de wijkverpleging is aangewezen als hun contactpersoon. Opvallend is echter dat bijna een kwart (23%) aangaf geen contactpersoon te hebben. Daarnaast wist 14 procent het niet, wat in de praktijk betekent dat zij dus ook geen vast aanspreekpunt hebben.

Daarnaast was er in de vragenlijst een vraag over het aantal zorgprofessionals dat de afgelopen maand bij hen thuis was geweest voor wijkverpleging. Bijna een kwart (23%) van de cliënten gaf aan dat niet (meer) te weten. Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat het bij deze mensen dan meestal niet om één of twee zorgprofessionals ging, maar om meer. Dat beeld komt ook naar voren uit de antwoorden van diegenen (77%) die wel een schatting maakten van het aantal verschillende zorgprofessionals van de wijkverpleging dat die maand bij hen thuis was geweest. Volgens de meesten van hen ging het om vier, vijf of zes

zorgprofessionals. Twaalf procent schatte het aantal verschillende zorgprofessionals op tien en nog eens elf procent op meer dan tien. Gemiddeld genomen hebben zij naar schatting 6,7 zorgprofessionals van de wijkverpleging in die maand bij hen thuis gezien.

Ervaren samenwerking tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging

Als de wijkverpleging bij een cliënt wordt verleend door verschillende zorgprofessionals, wat bij vrijwel alle cliënten het geval is, dan moeten die zorgprofessionals goed met elkaar samenwerken. Daarom zijn aan de cliënten enkele vragen gesteld over deze samenwerking en afstemming. Tabel 3.9 laat zien dat ongeveer driekwart van de cliënten vindt dat de zorgprofessionals van de wijkverpleging informatie goed aan elkaar overdragen, goed samenwerken en van elkaar weten wat ze doen.

Tabel 3.9 Ervaren aspecten van de samenwerking en afstemming tussen zorgprofessionals van de wijkverpleging (N=948-959^a; berekend over de gewogen cliëntengroep)

	Eens %	Niet eens/ niet oneens %	Oneens %	Weet het niet %
De zorgverleners dragen informatie goed aan elkaar over.	74,6	8,6	4,4	12,4
De zorgverleners werken goed samen.	74,6	8,3	4,1	13,1
De zorgverleners weten van elkaar wat ze doen.	73,9	8,2	4,8	13,1

^a Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen. De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Op basis van de in tabel 3.9 genoemde items is een totaalscore over de ervaringen met de onderlinge samenwerking en afstemming tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging geconstrueerd, waarbij het antwoord 'weet het niet' buiten beschouwing is gelaten (Cronbach's alpha: .93). Hiertoe werd de gemiddelde score berekend over de antwoorden van de respondenten die ten minste twee van de drie items hadden beantwoord.

De gemiddelde totaalscore voor alle cliënten (N=710 cliënten van 21 thuiszorgorganisaties^{18,19}; berekend voor een gestandaardiseerde populatie) was 2,9 op een schaal van 1 (minst tevreden) tot 3 (meest tevreden), wat een zeer grote

¹⁸ Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen.

¹⁹ Het aantal cliënten en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of de cliëntkenmerken.

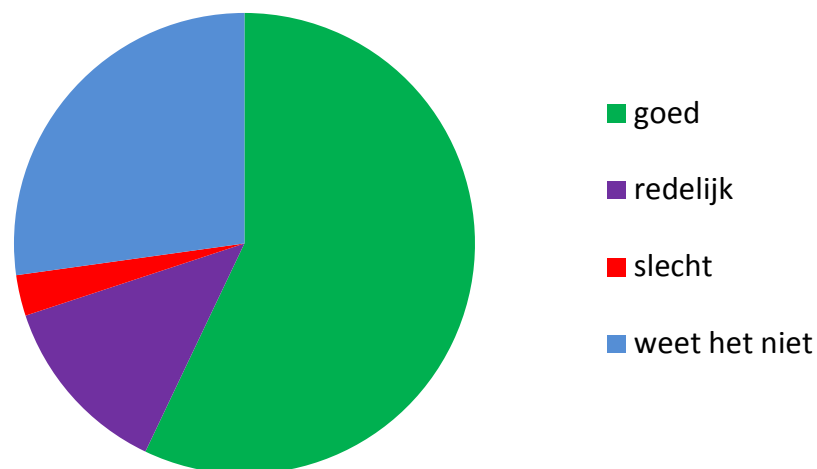
tevredenheid met de onderlinge samenwerking en afstemming tussen de professionals van de wijkverpleging impliceert. Er bestaan geen verschillen tussen subgroepen cliënten in hun waardering van deze onderlinge samenwerking en afstemming.

Vijf procent (5,1%) van de verschillen tussen cliënten in hun beoordeling van de samenwerking en afstemming tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging houdt verband met de verschillende zorgaanbieders waarvan men wijkverpleging ontvangt.

Ervaren samenwerking tussen de wijkverpleging en andere zorgverleners

Ook moesten cliënten hun oordeel over de samenwerking tussen zorgprofessionals van de wijkverpleging en andere zorgverleners geven; bijvoorbeeld samenwerking met de huisarts, mantelzorger(s), de huishoudelijke hulp, fysiotherapeut of zorgprofessionals van het ziekenhuis.

Figuur 3.4 laat zien dat ruim de helft van alle cliënten (57%) de samenwerking van de zorgprofessionals van de wijkverpleging met andere zorgverleners als goed ervaart; 13 procent beoordeelt deze samenwerking als redelijk en drie procent als slecht. De figuur laat ook zien dat ruim een kwart van de cliënten (27%) aangeeft niet te weten hoe goed of slecht deze samenwerking is. Zij hebben hier mogelijk weinig zicht op, maar hebben kennelijk ook geen grote knelpunten of lacunes ervaren.



Figuur 3.4 Beoordeling van de samenwerking tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging en andere zorgverleners (N=945²⁰; berekend over de gewogen cliëntengroep)

In aanvulling op de resultaten zoals weergegeven in figuur 3.4, is onderzocht of er verschillen tussen subgroepen cliënten bestaan in hun beoordeling van de samenwerking tussen de professionals van de wijkverpleging en hun andere zorgverleners. Hiertoe hebben we gekeken welk percentage per subgroep cliënten deze samenwerking als goed beoordeelt (ten opzichte van 'redelijk' of 'slecht');

²⁰ Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen.

cliënten die de vraag met 'weet het niet' hadden beantwoord zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Zo berekend (N=612^{21,22}; berekend voor een gestandaardiseerde populatie), beoordeelt 80 procent de samenwerking tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging en hun andere zorgverleners als goed. We zien daarbij geen verschillen tussen subgroepen cliënten.

Van de variatie tussen cliënten in hun beoordeling van de samenwerking tussen de wijkverpleging en hun andere zorgverleners hangt 7,5 procent samen met de verschillende zorgaanbieders waarvan men wijkverpleging ontvangt.

Beoordeling van de kwaliteit van de wijkverpleging

Tevredenheid over aard en omvang van de wijkverpleging en de zorgprofessionals

Hiervoor kwam reeds de beoordeling van cliënten van het indicatiegesprek aan bod. In deze paragraaf gaan we in op de beoordeling van de kwaliteit van de wijkverpleging zelf. Daarvoor is onder meer aan cliënten gevraagd of ze het eens of oneens waren met een aantal uitspraken die aspecten van de kwaliteit van de wijkverpleging weergeven. Tabel 3.10 laat zien dat acht procent aangeeft meer wijkverpleging te willen en dat 22 procent daar niet geheel afwijzend tegenover staat. Drie procent wil minder zorg of andere zorg van de wijkverpleging. Niettemin is meer dan negentig procent van de cliënten tevreden over de wijkverpleging die ze krijgen en maar heel weinig mensen echt ontevreden.

Tabel 3.10 geeft ook weer in hoeverre cliënten van mening zijn dat de zorgprofessionals van de wijkverpleging goed op de hoogte zijn van hun situatie, over de benodigde kennis en vaardigheden beschikken en in hoeverre ze zich kunnen inleven in de situatie van de cliënt. Al deze aspecten worden door cliënten positief gewaardeerd: meer dan 90 procent geeft aan dat de zorgprofessionals van de wijkverpleging goed op de hoogte zijn van hun situatie en de zorg die ze nodig hebben en ook over voldoende kennis en vaardigheden beschikken. De meeste cliënten (88%) vinden ook dat de zorgprofessionals zich goed in hun situatie kunnen inleven.

²¹ Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen.

²² Het aantal cliënten en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of de cliëntkenmerken.

Tabel 3.10 Mate van tevredenheid over aspecten van de ontvangen wijkverpleging (N=747-982^a; berekend over de gewogen cliëntengroep)

	Eens %	Niet eens/ niet oneens %	Oneens %
Cliënt zou eigenlijk <u>meer</u> wijkverpleging willen.	7,8	22,0	70,2
Cliënt zou eigenlijk <u>minder</u> wijkverpleging willen.	2,9	14,5	82,5
Cliënt zou eigenlijk <u>andere</u> wijkverpleging willen.	2,5	9,0	88,4
Cliënt is tevreden over de wijkverpleging die hij/zij krijgt.	93,3	5,2	1,5
De wijkverpleging is goed op de hoogte van situatie van de cliënt en de zorg die hij/zij nodig heeft.	92,1	5,8	2,0
De zorgverleners van de wijkverpleging hebben de kennis en vaardigheden om de cliënt de zorg te geven die hij/zij nodig heeft.	90,7	8,1	1,2
De zorgverleners van de wijkverpleging kunnen zich goed inleven in de situatie van de cliënt.	87,7	10,8	1,6

^a Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen. De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Waargenomen effect van wijkverpleging

Een belangrijk aspect van kwalitatief goede zorg is uiteraard of cliënten er ook baat bij hebben. Daarom is aan de cliënten gevraagd wat hun situatie zou zijn indien zij geen wijkverpleging zouden krijgen. Tabel 3.11 laat zien dat nog geen 4 procent van de cliënten verwacht dat het wegvallen van de wijkverpleging voor hen geen verschil zou maken. Ruim twee derde (68%) verwacht zich dan minder goed te kunnen redden in het dagelijks leven en ruim een derde (37%) verwacht een achteruitgang in de eigen gezondheid, wanneer er geen wijkverpleging zou zijn. Bijna één op de drie cliënten (29%) geeft bovendien aan dat ze dan niet meer zelfstandig zouden kunnen wonen en naar een verzorgings- of verpleeghuis zouden moeten. Bijna één op de vier (23%) verwacht dat ze dan vaker naar hun huisarts of het ziekenhuis zouden moeten voor zorg en ongeveer evenveel mensen (22%) denken dat ze dan minder sociale contacten zouden hebben dan ze willen. Opvallend is bovendien dat maar weinig cliënten denken zich te kunnen redden door zelf de benodigde hulp te betalen (5%) of hun naasten meer in te schakelen (13%).

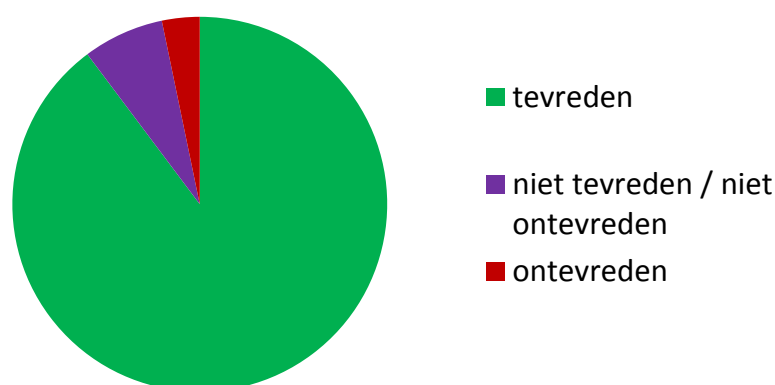
Tabel 3.11 Inschatting van cliënten van de eigen situatie zonder wijkverpleging (N=1068^a; berekend over de gewogen cliëntengroep)

Als cliënt geen wijkverpleging zou krijgen, dan.....	Situatie van toepassing %
- zou cliënt zich minder goed redden in het dagelijks leven	67,8
- gaat gezondheid van cliënt achteruit	37,3
- moet cliënt vaker naar de huisarts of het ziekenhuis	22,6
- helpen naasten cliënt meer	13,0
- betaalt cliënt de benodigde hulp zelf	5,4
- kan cliënt minder vaak de deur uit dan gewild	16,2
- heeft cliënt minder sociale contacten dan gewild	21,5
- moet cliënt naar een verzorgingshuis of verpleeghuis	28,9
- verandert er niets voor cliënt	3,5
- anders	2,3

^a Dit betreft alleen cliënten die ten tijde van de enquête nog wijkverpleging ontvingen.

Tevredenheid met de afronding van wijkverpleging

Een aantal cliënten dat in 2016 wijkverpleging ontving, gaf aan dat de zorg inmiddels was afgerond. Figuur 3.5 laat zien dat 90 procent tevreden is over de afronding; zeven procent is niet tevreden, maar ook niet echt ontevreden en drie procent is ontevreden over de afronding van de wijkverpleging.



Figuur 3.5 Beoordeling van de afronding van de wijkverpleging (N=475²³; berekend over de gewogen cliëntengroep)

²³ Dit betreft alleen respondenten die ten tijde van de enquête geen wijkverpleging meer ontvingen.

Samenvattend oordeel over de kwaliteit van de wijkverpleging

Aan alle cliënten zijn twee vragen voorgelegd waarmee zij een samenvattend oordeel konden geven over de kwaliteit van de wijkverpleging. Allereerst konden zij een rapportcijfer geven aan de *zorgprofessionals* van de wijkverpleging, dat kon variëren tussen 1 ('heel erg slecht') en 10 ('uitstekend'). Tabel 3.12 laat zien dat het gemiddelde rapportcijfer van de totale cliëntengroep 8,3 is. Daarbij zijn er geen verschillen tussen subgroepen cliënten in hun gemiddelde rapportcijfer.

Vier procent (3,9%) van de variatie in de rapportcijfers van cliënten houdt verband met de verschillende thuiszorgorganisaties waarvan men wijkverpleging ontvangt.

Tabel 3.12 Rapportcijfer van cliënten voor de zorgprofessionals van de wijkverpleging (N=1071 cliënten van 21 thuiszorgorganisaties^a; berekend voor een gestandaardiseerde populatie)

	Gemiddelde	95% betrouwbaarheidsinterval	Vershil tussen groepen (P < .01)
Totale cliëntengroep	8,3	8,1-8,4	
Geslacht			ns
1. Vrouwen	8,3	8,2-8,5	
2. Mannen	8,2	8,1-8,4	
Leeftijd			ns
1. Jonger dan 65 jaar	8,1	7,9-8,4	
2. 65 t/m 74 jaar	8,4	8,1-8,6	
3. 75 t/m 84 jaar	8,3	8,2-8,5	
4. 85 jaar en ouder	8,2	8,1-8,4	
Opleidingsniveau			ns
1. Laag	8,3	8,1-8,4	
2. Midden	8,3	8,1-8,5	
3. Hoog	8,3	8,1-8,6	
Woonsituatie			ns
1. Alleenwonend	8,2	8,1-8,4	
2. Woonachtig met andere(n)	8,3	8,2-8,5	
Mate van stedelijkheid woonplaats			ns
1. (Zeer) sterk stedelijk	8,2	8,0-8,4	
2. Matig of weinig stedelijk	8,3	8,2-8,5	
3. Niet stedelijk	8,3	8,0-8,6	

^a Het aantal cliënten en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of de cliëntkenmerken.

Cliënten konden daarnaast op een schaal van 1 ('zeer waarschijnlijk niet') tot 10 ('zeer waarschijnlijk wel') aangeven of ze de thuiszorgorganisatie waarvan zij wijkverpleging krijgen zouden aanbevelen bij hun vrienden of familie. Op basis hiervan is de zogenaamde Promotor-score²⁴ bepaald; kort gezegd komt het erop neer dat het percentage cliënten dat een score van 8 of hoger geeft als

²⁴ <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/bestuurlijke-afspraken-kwaliteitsinformatie-wijkverpleging/Paginas/Home.aspx>

aanbevelingscore voor de thuiszorgorganisatie wordt berekend. Tabel 3.13 geeft de Promotor-score van de totale cliëntengroep en voor subgroepen. De tabel laat zien dat 81 procent van de totale cliëntengroep een aanbevelingscijfer van 8 of hoger geeft aan de thuiszorgorganisatie waarvan ze wijkverpleging ontvangen. Er bestaan geen verschillen tussen subgroepen in het percentage cliënten dat een aanbevelingscore van 8 of hoger geeft.

Zes procent (5,9%) van de variatie in het aanbevelingscijfer van cliënten houdt verband met de verschillende zorgaanbieders waarvan men wijkverpleging ontvangt.

Tabel 3.13 Promotor-score van cliënten voor de zorgaanbieder van ze wijkverpleging (N=1068 cliënten van 21 thuiszorgorganisaties^a; berekend voor een gestandaardiseerde populatie)

	Promotor-score (% met aanbevelingscijfer ≥ 8)	95% betrouwbaar- heidsinterval	Vershil tussen groepen (P <.01)
Totale cliëntengroep	81	76-85	
Geslacht			ns
1. Vrouwen	82	76-86	
2. Mannen	80	73-85	
Leeftijd			ns
1. Jonger dan 65 jaar	77	65-85	
2. 65 t/m 74 jaar	85	78-91	
3. 75 t/m 84 jaar	81	75-86	
4. 85 jaar en ouder	80	74-85	
Opleidingsniveau			ns
1. Laag	81	75-85	
2. Midden	84	75-90	
3. Hoog	79	67-87	
Woonsituatie			ns
1. Alleenwonend	80	74-85	
2. Woonachtig met andere(n)	83	77-88	
Mate van stedelijkheid woonplaats			ns
1. (Zeer) sterk stedelijk	80	72-85	
2. Matig of weinig stedelijk	83	77-87	
3. Niet stedelijk	81	69-88	

^a Het aantal cliënten en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of de cliëntkenmerken.

Aan cliënten is ook gevraagd wat zij het beste vinden aan de wijkverpleging. Veelal antwoordden zij dat de zorgverleners vriendelijk, attent, lief, behulpzaam en zorgzaam zijn. Ook dat ze een luisterend oor en persoonlijk contact bieden, goed meedenken en samen naar oplossingen zoeken, op tijd, goed bereikbaar en deskundig zijn, worden gewaardeerd. Een aantal van deze uitspraken staan in Box 3.1

Box 3.1 Beste aspecten van de wijkverpleging, volgens cliënten

- *Ze doen hun werk goed, zijn betrouwbaar en deskundig.*
- *Gebruik van digitale cliëntportaal waarop ik kan zien wie, wanneer en hoe laat komt, en waarop mijn dossier wordt bijgehouden.*
- *Mensen uit het dorp, ze kennen je.*
- *Ze nemen de tijd voor je, vragen hoe het gaat, luisteren, fijn dat ze ook van de kerk zijn. Fijn de mogelijkheid van vaste mensen.*
- *Ze komen bij me op vaste tijden. Aandacht en vriendelijkheid. Er wordt altijd gevraagd of ze iets kunnen doen. Maken naargelang mijn bed op en maken als ik dat wil mijn ontbijt klaar.*
- *Medewerkers zijn erg positief naar mij toe, nemen de tijd als het kan voor een praatje. Heb voor het douchen altijd een vaste medewerker wat ik als zeer prettig ervaar.*
- *Zij helpt me veilig te voelen bij het douchen, iets dat mij toch veel energie kost. Ze wast mijn rug, iets dat ik zelf niet meer kan en we hebben erg goed contact.*
- *De liefde voor hun vak. Altijd correct, meelevend, hartelijkheid!*
- *Ze zorgen er ook voor dat ik er de moed een beetje in houd.*
- *Zorgzaam, aardig, georganiseerd en netjes en zeer mee- en inlevend.*
- *Dat ik goed in de gaten wordt gehouden inzake mijn gezondheid en functioneren.*
- *Ze zijn altijd vriendelijk en opgewekt, zijn een luisterend oor voor mij. Zo nodig ondernemen ze direct actie als er met mij iets niet goed is waarschuwen ze direct de huisarts.*

Cliënten zijn daarnaast gevraagd aan te geven wat de wijkverpleging kan verbeteren. Ze gaven vooral aan meer tijd en aandacht te willen en zoveel mogelijk vaste gezichten. Ook zouden ze graag zien dat de zorgverleners beter luisteren naar hun wensen, bijvoorbeeld over het tijdstip van het bezoek, en hen informeren als ze later komen (zie Box 3.2).

Box 3.2 Verbeterpunten voor de wijkverpleging, volgens cliënten

- *Onderlinge communicatie binnen het team. Transparanter communiceren naar mij als cliënt.*
- *Sommige wijkverpleegkundigen zijn te lief. Ik kon een deel zelf doen en dat moet je volgens mij ook stimuleren, ook al kost dat misschien iets meer tijd.*
- *Soms te betuttelend. Minder verschillende mensen, ik heb geen overzicht. Naamkaartjes dragen.*
- *Team van de verzorgenden graag uitbreiden i.v.m. dan grotere sociale contacten!*
- *Vaste tijden en vaste personen. Ook zorg in het weekend (hulp bij douchen).*
- *De juiste vaardigheid bij het aantrekken van de steunkousen, niet iedereen is kundig hierin.*
- *Vind het een plus dat één persoon alle zorg geeft en niet, zoals bij sommige organisaties, de één wast, de ander wondverzorging, de derde kousen etc.*

Ervaren kwaliteit van de wijkverpleging in vergelijking met voor 2015

Ten slotte is aan de cliënten die al voor 2015 wijkverpleging kregen, wat zij vinden van de huidige wijkverpleging ten opzichte van die van voor 2015 (dit betreft N=660 berekend over de gewogen cliëntengroep). Tweeënzeventig procent gaf aan weinig of geen verschil te merken. Eén op de vijf (19%) vond de huidige wijkverpleging beter dan destijds en negen procent vond de huidige wijkverpleging slechter dan voor 2015.

3.3 Resultaten mantelzorgers

Achtergrondkenmerken mantelzorgers

In de nu volgende paragrafen beschrijven we de kenmerken en ervaringen van de mantelzorgers van de cliënten. De resultaten zijn gebaseerd op de antwoorden van een groep van 1025 mantelzorgers van cliënten die door 23 thuiszorgorganisaties willekeurig waren geselecteerd voor deelname aan de eerder beschreven enquête (zie paragraaf 3.1). We vroegen de cliënten om de vragenlijst te geven aan degene uit hun omgeving die hen het meest helpt²⁵.

Tabel 3.14 laat zien dat bijna twee derde (65%) van de groep mantelzorgers uit dit onderzoek vrouw is. De gemiddelde leeftijd van de mantelzorgers is 64 jaar (niet in tabel) en de helft is laag opgeleid. Bijna alle mantelzorgers zijn familie van de persoon die wijkverpleging ontvangt; meestal zijn zij hun kind of aangetrouwd kind (43%) of hun echtgeno(o)t(e) of partner (35%). Ruim een derde (37%) woont bij de cliënt die wijkverpleging ontvangt in huis. De meeste anderen zijn in maximaal een kwartier bij hun naaste, maar enkele mantelzorgers wonen op meer dan een uur afstand.

²⁵ Daarbij werd vermeld: "Dit kan uw partner, dochter of zoon zijn of iemand anders die u vaak helpt, maar niet de wijkverpleegkundige of een andere professionele zorgverlener."

Veertig procent van de mantelzorgers verricht betaald werk, waarvan bijna één op de vier (38%) meer dan 32 uur per week werkt; de meesten hebben echter een parttime baan. Ruim een kwart (27%) doet ook vrijwilligerswerk. Bijna drie kwart (73%) van de mantelzorgers ervaart de eigen gezondheid als goed, zeer goed of zelfs uitstekend, maar ruim een kwart ervaart de eigen gezondheid als matig of slecht. Een zelfde beeld komt naar voren met betrekking tot de tevredenheid met het eigen leven: bijna vier op de vijf mantelzorgers (78%) is tevreden of zelfs zeer of buitengewoon tevreden over het leven dat men leidt; ruim een vijfde is hierover tamelijk of niet zo tevreden.

Tabel 3.14 Achtergrondkenmerken, ervaren gezondheid en kwaliteit van leven van mantelzorgers van cliënten die in 2016 wijkverpleging ontvingen (N=943-1007^a)

	%
Geslacht	
Vrouw	64,8
Man	35,2
Leeftijd	
15 t/m 49 jaar	11,0
50 t/m 64 jaar	42,3
65 t/m 74 jaar	19,8
75 t/m 84 jaar	18,8
85 jaar of ouder	8,1
Opleidingsniveau	
Laag	50,4
Midden	28,3
Hoog	21,3
Relatie tot naaste die wijkverpleging ontvangt	
Echtgeno(o)t(e) / partner	35,4
(Schoon-)dochter / (schoon-)zoon	43,0
(Schoon-/stief-)ouder	11,1
Ander familielid	6,3
Anders, geen familielid	4,2
Woont in huis bij naaste die wijkverpleging ontvangt: ja	
37,4	
Reistijd tot woonadres van naaste die wijkverpleging ontvangt	
<i>(N=570 mantelzorgers die niet bij hun naaste in huis wonen)</i>	
Minder dan een kwartier	56,7
Een kwartier tot een half uur	27,0
Een half uur tot een uur	9,7
Meer dan een uur	6,7
Betaald werk: ja	
39,8	
<i>aantal uren per week betaald werk (N=385)</i>	
Minder dan 12 uur	8,6
12 t/m 24 uur	33,5
24 t/m 32 uur	20,0
Meer dan 32 uur	37,9

	%
Vrijwilligerswerk: ja	26,8
<i>aantal uren per week vrijwilligerswerk (N=255)</i>	
1 t/m 4 uur	55,3
5 t/m 8 uur	22,8
9 t/m 16 uur	15,7
Meer dan 16 uur	6,3
Ervaren gezondheid	
Uitstekend	4,7
Zeer goed	14,5
Goed	53,9
Matig	24,4
Slecht	2,5
Tevredenheid met het leven	
Buitengewoon tevreden	3,9
Zeer tevreden	24,2
Tevreden	49,9
Tamelijk tevreden	14,8
Niet zo tevreden	7,3

^a De N varieert, omdat het aantal missende waarden per kenmerk varieert.

Omdat de groep mantelzorgers van 85 jaar en ouder erg klein is, is in de analyses waarin de resultaten voor mantelzorgers van verschillende leeftijden zijn uitgesplitst gekozen om deze groep samen te voegen met de groep mantelzorgers van 75 tot en met 84 jaar. Hetzelfde is gedaan voor mantelzorgers die behoren tot de categorie 'ander familielid'; zij zijn samengevoegd met de categorie '(schoon-/stief-)ouder'. Bij de analyses naar subgroepen zijn tevens de mantelzorgers van cliënten die wonen in zeer sterk stedelijk of in sterk stedelijk gebied samengenomen, evenals de mantelzorgers van cliënten uit matig stedelijk en weinig stedelijk gebied (niet in tabel). Dit is gedaan om het aantal subgroepen mantelzorgers te beperken.

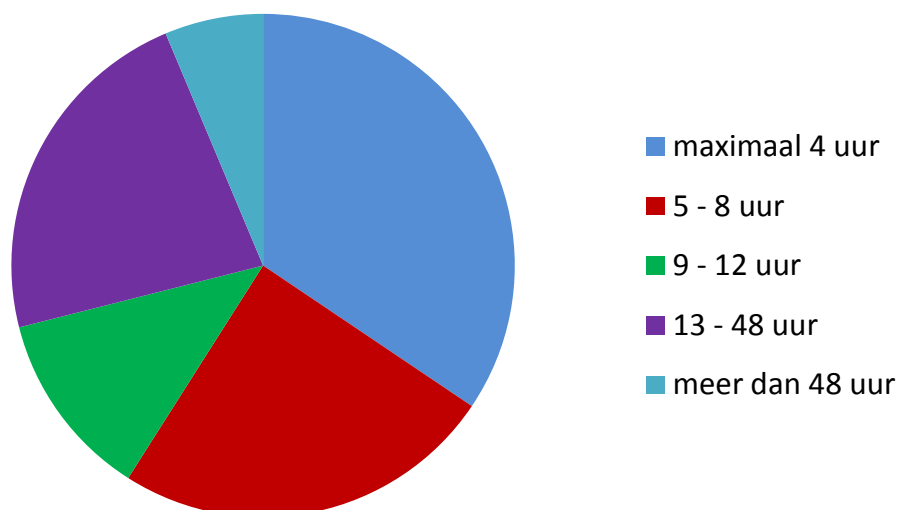
Aard en omvang van de verleende mantelzorg

Tabel 3.15 bevat informatie over de aard van de mantelzorg die de respondenten verlenen aan hun naaste die wijkverpleging ontvangt. De tabel laat zien dat bijna drie kwart (74%) hun naaste begeleidt wanneer hij of zij een arts bezoekt. Circa twee op de drie mantelzorgers verleent (ook) huishoudelijke hulp (66%), biedt gezelschap of emotionele ondersteuning (63%) en helpt bij administratieve klussen (62%). Een relatief klein deel van de mantelzorgers doet ook taken die specifiek op het terrein van de wijkverpleging liggen, zoals verpleging (20%) en hulp bij persoonlijke verzorging (15%).

Tabel 3.15 Aard en omvang van de mantelzorg verleend aan cliënten die in 2016 wijkverpleging ontvingen (N=1025 mantelzorgers)

	%
Begeleiding bij bezoek aan arts	74,2
Hulp bij het huishouden (schoonmaken, de was doen, boodschappen doen)	65,5
Gezelschap of emotionele ondersteuning	62,6
Administratieve hulp	62,3
Vervoer	52,9
Aanvragen, regelen en coördineren van zorg en ondersteuning	48,3
Begeleiding bij dagelijkse zaken, motiveren en activeren	43,9
Verpleegkundige hulp (klaarzetten / toedienen van medicijnen, wondverzorging)	19,5
Persoonlijke verzorging (wassen, aankleden)	14,7
Anders	5,4

Bijna negentig procent (88%) van de mantelzorgers (N=908) geeft aan al langer dan een jaar mantelzorg te verlenen aan de persoon die wijkverpleging ontvangt. Figuur 3.6 laat zien hoeveel uur per week men gemiddeld mantelzorg verleent. Bij ruim een derde (34%) gaat het om maximaal vier uur per week en bij een kwart (25%) om maximaal acht uur per week. Twaalf procent (12%) verleent gemiddeld acht tot twaalf uur mantelzorg en bijna een kwart (23%) meer dan twaalf uur, tot maximaal 48 uur per week. Ten slotte verleent een kleine groep (6%) meer dan 48 uur per week mantelzorg aan hun naaste die wijkverpleging heeft.



Figuur 3.6 Gemiddeld aantal uur per week dat men mantelzorg verleent aan persoon die wijkverpleging ontvangt (N=822 mantelzorgers)

Overige hulp

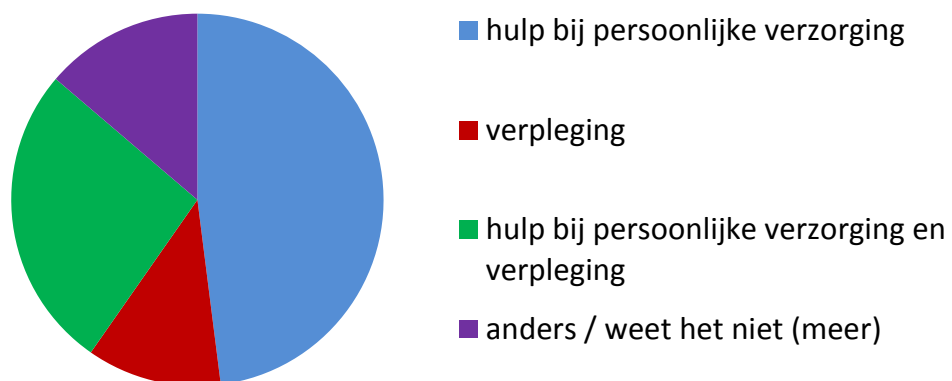
Bijna twee derde (65%) van de mantelzorgers (N=954) geeft aan dat ook andere mensen dan zichzelf weleens onbetaalde hulp verlenen aan hun naaste die cliënt van de wijkverpleging is. Meestal gaat het dan om één of twee andere mantelzorgers, soms om (veel) meer. Gemiddeld schat men het aantal andere mantelzorgers dat bij de zorg voor hun naaste betrokken is op 2,7 (N=573).

Daarnaast geeft 63 procent van de mantelzorgers (N=791) aan dat hun naaste ook nog door henzelf betaalde hulp heeft, bijvoorbeeld voor huishoudelijk werk of onderhoud van de tuin. Het gaat dan om één of twee personen die betaalde hulp verlenen. Opgemerkt moet worden dat een relatief groot deel van de mantelzorgers deze vraag niet heeft beantwoord.

Zorgvraag en indicatiestelling

Zorgvraag

Figuur 3.7 laat zien wat volgens de mantelzorgers de aanleiding was om wijkverpleging bij hun naaste in te schakelen. Volgens bijna de helft van de mantelzorgers (48%) was er een zorgvraag op het gebied van persoonlijke verzorging. Hun naasten hadden bijvoorbeeld hulp nodig bij het douchen of aankleden, het aantrekken van hun steunkousen of met eten en drinken. Bij ruim één op de vier (27%) betrof de zorgvraag zowel hulp bij persoonlijke verzorging als verpleging. Volgens deze mantelzorgers hadden hun naasten, naast hulp bij hun persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld de wijkverpleging nodig voor het toedienen van medicijnen, voor wondverzorging of voor advies over het omgaan met hun ziekte of instructies over het gebruik van hun medicijnen. Twaalf procent gaf aan dat de zorgvraag van hun naaste uitsluitend verpleegkundige zorg betrof. Een relatief grote groep (14%) gaf aan dat hun naaste een andere zorgvraag had of wist het niet meer.



Figuur 3.7 Aanleiding om wijkverpleging in te schakelen, volgens mantelzorgers (N=1025)

Het indicatiegesprek

Aan de mantelzorgers is tevens een aantal vragen gesteld over het (laatste) indicatiegesprek dat met hun naaste over de inzet van wijkverpleging was gevoerd. Van alle mantelzorgers aan wie deze vraag werd voorgelegd gaf 60 procent aan aanwezig te zijn geweest bij het laatste indicatiegesprek; 30 procent gaf aan niet aanwezig te zijn geweest en 10 procent wist het niet meer.

Aan degenen die *niet* bij het indicatiegesprek waren, werd gevraagd naar de redenen hiervoor. Zij konden meer dan één reden aangeven. Een kwart (26%) gaf aan niet te hebben geweten dat het indicatiegesprek zou plaatsvinden en één op de tien (11%) gaf aan niet te hebben geweten wanneer dit gesprek zou plaatsvinden. Eén op de vijf mantelzorgers (21%) gaf aan niet te hebben gekund op het tijdstip dat het gesprek plaatsvond. Maar enkele mantelzorgers (4%) gaven aan dat hun naasten niet wilden dat zij erbij waren. Een kleine groep (5%) zag er zelf het nut niet van in om bij het gesprek aanwezig te zijn. Daarnaast gaven mantelzorgers aan dat andere naasten bij het gesprek aanwezig waren geweest of dat hun naaste nog prima zelf het gesprek kon voeren.

Van de mensen die aangaven niet aanwezig te zijn geweest bij het (laatste) indicatiegesprek, had 44 procent wel aanwezig willen zijn en 30 procent niet. Eén op de vier (27%) wist niet of men bij het indicatiegesprek had willen zijn.

Aan de mantelzorgers die *wel* bij het (laatste) indicatiegesprek aanwezig waren is gevraagd welke onderwerpen in het gesprek aan de orde zijn gekomen. Twee derde (67%) gaf aan dat hun bijdrage in de zorg voor hun naaste is besproken en volgens ruim een derde (38%) werd ook besproken of andere gezinsleden, familie of bekenden mantelzorg verleenden. Met drie op de tien mantelzorgers (29%) werd besproken hoe de hulp voor hun naaste paste in hun eigen situatie en of zij het geven van mantelzorg nog volhielden (32%). Opvallend is dat maar één op de tien mantelzorgers aangaf dat het *kunnen* geven van meer zorg (12%) en het *willen* geven van meer zorg (10%) aan de orde kwamen in het indicatiegesprek. Een kwart (23%) van de mantelzorgers gaf aan dat er in het indicatiegesprek ook gesproken is over of zij zelf bepaalde ondersteuning nodig hadden, bijvoorbeeld informatie, advies of emotionele steun.

Beoordeling van het indicatiegesprek

Aan de mantelzorgers die aanwezig waren geweest bij het (laatste) indicatiegesprek zijn vijf uitspraken voorgelegd over hun tevredenheid met bepaalde aspecten van het indicatiegesprek (zie tabel 3.16). De tabel hierna laat zien dat mantelzorgers het vaakst tevreden zijn over de tijd die de verpleegkundige nam om te bepalen welke zorg hun naaste (cliënt) nodig had (88%). Minder mantelzorgers waren tevreden over de tijd die de wijkverpleegkundige nam om te bepalen welke hulp of ondersteuning zijzelf nodig hadden: twee derde (68%) was hier tevreden over, 15 procent was hierover niet tevreden, maar ook niet echt ontevreden en vier procent was hier uitgesproken ontevreden over. Vier op de vijf mantelzorgers (83%) waren tevreden over de manier waarop de wijkverpleegkundige naar hen luisterde en samen met hun naaste en henzelf naar een oplossing zocht voor de zorgvraag van hun naaste. Ten slotte waren zeven op

de tien mantelzorgers (72%) tevreden over de mate waarin de zorgprofessional die het indicatiegesprek voerde rekening hield met hun wensen. Een relatief grote groep (17%) was daar echter niet helemaal tevreden over en drie procent was echt ontevreden.

Tabel 3.16 Mate van (on-)tevredenheid met aspecten van het indicatiegesprek (N=473-517 mantelzorgers^a)

	Tevreden %	Niet tevreden/ niet ontevreden %	Ontevreden %	Weet het niet (meer) %
De tijd die de wijkverpleegkundige nam om te bepalen welke zorg naaste (cliënt) nodig had	88,2	7,4	1,0	3,5
De tijd die de wijkverpleegkundige nam om te bepalen welke hulp of ondersteuning mantelzorger nodig had	67,9	14,8	4,0	13,3
De manier waarop de wijkverpleegkundige naar mantelzorger luisterde	82,8	11,1	1,9	4,1
Het gevoel dat wijkverpleegkundige samen met cliënt en mantelzorger naar een oplossing zocht voor vraag of probleem van cliënt	83,2	10,0	2,0	4,7
De mate waarin de wijkverpleegkundige rekening hield met wensen van mantelzorger	71,6	17,0	3,1	8,4

^a Dit betreft alleen mantelzorgers die bij het (laatste) indicatiegesprek aanwezig waren geweest. De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Op basis van de bovenstaande vijf items is een totaalscore over de tevredenheid van de mantelzorgers met het indicatiegesprek geconstrueerd, waarbij het antwoord 'weet het niet' buiten beschouwing is gelaten (Cronbach's alpha: .89). Hiertoe werd de gemiddelde score van de respondenten over de door hen beantwoorde items berekend. Alleen respondenten die ten minste drie van de vijf items beantwoordden kregen een totaalscore.

De gemiddelde totaalscore van de mantelzorgers (N=394 mantelzorgers van cliënten van 21 thuiszorgorganisaties²⁶; berekend voor een gestandaardiseerde populatie) over het indicatiegesprek was 2,8 op een schaal van 1 (minst tevreden) tot 3 (meest tevreden). Dit impliceert een grote tevredenheid met het

²⁶ Het aantal mantelzorgers en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of op de achtergrondvariabelen over de mantelzorgers.

indicatiegesprek. Hoog opgeleide mantelzorgers zijn iets minder tevreden over het indicatiegesprek (gemiddelde score 2,7) dan laag opgeleide mantelzorgers (gemiddelde score van 2,9). Tussen subgroepen mantelzorgers naar geslacht en leeftijd bestaan geen verschillen in de beoordeling van het indicatiegesprek. Hetzelfde geldt voor groepen mantelzorgers die verschillen in de relatie die zij tot hun zorgbehoevende naaste hebben (partner, kind, etc.) en voor mantelzorgers van wie de naaste woont in meer of minder verstedelijkt gebied.

Slechts 0,3 procent van de variatie in de tevredenheid van mantelzorgers met het indicatiegesprek houdt verband met de verschillende zorgaanbieders waarvan hun naasten wijkverpleging ontvangen.

Ontvangen wijkverpleging en proces van zorgverlening

Zorg zoals geïndiceerd

In deze en de volgende paragrafen gaan we in op de zorg die cliënten volgens hun mantelzorgers ten tijde van het invullen van de vragenlijst (tweede helft 2016) ontvingen. Van alle mantelzorgers gaf 79 procent aan dat hun naaste wijkverpleging kreeg, ten tijde van het invullen van de vragenlijst. Deze paragrafen zijn gebaseerd op de antwoorden van deze mantelzorgers. Bijna 90 procent (89%) van deze mantelzorgers gaf aan dat de wijkverpleging die hun naaste ontvangt overeenkomt met wat in het indicatiebesluit. Negen procent wist het niet en twee procent gaf aan dat hun naaste niet de zorg krijgt die met hem of haar was afgesproken.

Mantelzorgers konden ook aangeven of hun naaste de wijkverpleging krijgt op de momenten dat het nodig is. Zes op de tien (61%) antwoordde dat dit altijd het geval is en ruim één derde (37%) dat dit meestal het geval is. Twee procent van de mantelzorgers gaf aan dat hun naaste soms zorg krijgt op de momenten dat het nodig is en een enkeling antwoordde dat het nooit het geval is.

Maatschappelijke ondersteuning

De vragenlijst bevatte ook een vraag of de naaste die wijkverpleging ontvangt, daarnaast ondersteuning heeft vanuit de gemeente. Dit betrof specifiek een aantal vormen van ondersteuning die de gemeente op basis van de Wmo2015 kan bieden. Tabel 3.17 laat zien in welke mate dit volgens de mantelzorgers het geval is. Zes op de tien mantelzorgers geeft aan dat hun naaste huishoudelijke hulp via de gemeente krijgt. Eén op de vijf mantelzorgers rapporteert dat hun naaste gebruik maakt van dagvoorzieningen en zeven procent van de mantelzorgers geeft aan dat hun naaste individuele begeleiding via de gemeente krijgt.

Tabel 3.17 Ondersteuning op basis van de Wmo2015 van cliënten die wijkverpleging ontvangen, volgens hun mantelzorgers (N=554-707 mantelzorgers^a)

	Cliënt krijgt deze ondersteuning %	Cliënt krijgt deze ondersteuning niet %	Weet niet %
Huishoudelijk werk			
Bijvoorbeeld stofzuigen of schoonmaken	60,5	38,9	0,6
Individuele begeleiding			
Bijvoorbeeld hulp bij koken, lopen of de administratie	7,4	91,9	0,7
Dagvoorzieningen			
Bijvoorbeeld dagbesteding of dagbehandeling	21,5	77,5	1,0

^a De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Contactpersoon

De vragenlijst bevatte ook een vraag aan de mantelzorgers of iemand van de wijkverpleging was aangewezen als contactpersoon voor henzelf (dus, voor de mantelzorger, niet voor de cliënt). Ruim de helft (56%) gaf aan dat iemand van de wijkverpleging is aangewezen als hun contactpersoon. Een kwart (27%) gaf aan dat ze geen contactpersoon hadden en 18 procent wist het niet, wat in de praktijk ook betekent dat ze geen vast aanspreekpunt hebben.

Ervaren samenwerking tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging

Omdat de wijkverpleging bij een cliënt vrijwel altijd door meer dan één persoon wordt verleend, is het belangrijk dat de zorgprofessionals van de wijkverpleging goed met elkaar samenwerken. Evenals aan de cliënten zelf, is daarom ook aan de mantelzorgers gevraagd naar hun ervaringen met deze onderlinge samenwerking. Onderstaande tabel 3.18 laat zien dat zeven op de tien mantelzorgers aangaven dat de zorgprofessionals van de wijkverpleging informatie goed aan elkaar overdragen en goed samenwerken. Twee derde van de mantelzorgers gaf aan dat de zorgprofessionals van elkaar weten wat ze doen.

Tabel 3.18 Ervaren aspecten van de samenwerking en afstemming tussen zorgprofessionals van de wijkverpleging (N=712-724 mantelzorgers^a)

	Eens %	Niet eens/ niet oneens %	Oneens %	Weet het niet %
De zorgverleners dragen informatie goed aan elkaar over	69,9	12,3	5,5	12,3
De zorgverleners werken goed samen	69,6	13,5	3,5	13,4
De zorgverleners weten van elkaar wat ze doen	67,4	14,5	3,9	14,2

^a De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Op basis van de in tabel 3.18 genoemde items is een totaalscore over de tevredenheid met de onderlinge samenwerking en afstemming tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging geconstrueerd, waarbij het antwoord 'weet het niet' buiten beschouwing is gelaten (Cronbach's alpha: .94). Hiertoe werd de gemiddelde score berekend over de antwoorden van de respondenten die ten minste twee van de drie items hadden beantwoord.

De gemiddelde totaalscore van de groep mantelzorgers (N=517 mantelzorgers van cliënten van 21 thuiszorgorganisaties²⁷; berekend voor een gestandaardiseerde populatie) was 2,8 op een schaal van 1 (minst tevreden) tot 3 (meest tevreden), wat een grote tevredenheid met de onderlinge samenwerking en afstemming tussen de professionals van de wijkverpleging impliceert.

Er bestaan geen verschillen tussen subgroepen mantelzorgers in hun waardering van deze onderlinge samenwerking en afstemming, afgezien van een verschil tussen mantelzorgers van verschillende leeftijden. Mantelzorgers die jonger zijn dan 65 jaar waarderen de samenwerking en afstemming tussen de zorgprofessionals van wie hun naaste wijkverpleging krijgt gemiddeld iets lager (gemiddelde score 2,6) dan mantelzorgers die 65 jaar of ouder zijn (de gemiddelde score van mantelzorgers van 65 tot en met 74 jaar is 2,8 en van mantelzorgers van 75 jaar en ouder 2,9). Deze verschillen kunnen niet worden toegeschreven aan de mogelijk verschillende relatie die mantelzorgers jonger dan 65 jaar (vaker kind) met de cliënt hebben dan mantelzorgers van 65 jaar en ouder (vaker partner), omdat hiervoor in de analyses is gecorrigeerd, evenals voor het geslacht en opleidingsniveau van de mantelzorgers en de mate van stedelijkheid van de woonplaats van de cliënt.

Geen van deze andere kenmerken van de mantelzorgers of hun naasten hangt samen met de beoordeling van de onderlinge samenwerking tussen zorgprofessionals van de wijkverpleging.

²⁷ Het aantal mantelzorgers en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of op de achtergrondvariabelen over de mantelzorgers.

Bijna negen procent (8,8%) van de variatie tussen mantelzorgers in hun beoordeling van de samenwerking en afstemming tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging houdt verband met de verschillende zorgaanbieders waarvan hun naaste wijkverpleging ontvangt.

Ervaren samenwerking met de wijkverpleging

Vanwege de belangrijke bijdrage die de mantelzorgers zelf verlenen aan hun zorgbehoevende naaste, is hen ook een aantal vragen voorgelegd over de samenwerking en afstemming van de wijkverpleging op de hulp die ze zelf aan hun naaste verlenen.

Tabel 3.19 laat zien wat de ervaringen van de mantelzorgers zijn met het contact met de wijkverpleging en met de afstemming en samenwerking met de zorgprofessionals van de wijkverpleging. Uit de tabel komt naar voren dat de wijkverpleging voor ruim vier op de vijf mantelzorgers goed bereikbaar is en voor evenveel mantelzorgers geldt dat zijzelf ander soort hulp geven dan de wijkverpleging. Bijna vier op de vijf mantelzorgers vindt ook dat de wijkverpleging goed aansluit op de hulp die zij zelf aan hun naaste geven.

Veel minder mantelzorgers hebben de ervaring dat de wijkverpleging met hen afstemt welke zorg er geboden wordt; volgens maar de helft van hen is dit het geval en bijna een kwart geeft expliciet aan dat dit niet gebeurt. Twee derde van de mantelzorgers geeft aan dat de wijkverpleging goed met hen samenwerkt en volgens eveneens twee derde komt de wijkverpleging op een voor de mantelzorgers geschikt tijdstip. Ruim zes op de tien mantelzorgers gaven aan dat de wijkverpleging met hen overlegt als zaken niet goed lopen en het overgrote deel (80%) gaf aan dat zij vragen over de hulp van hun naaste kunnen stellen aan de wijkverpleging. Bijna de helft van de mantelzorgers neemt de hulp niet over als de wijkverpleging door omstandigheden niet kan, maar drie op de tien doet dit wel. Andersom gaf een derde van de mantelzorgers aan dat als zij zelf door omstandigheden geen hulp kunnen geven, de wijkverpleging de hulp niet overneemt. Volgens 28 procent gebeurt dit wel.

Tabel 3.19 Ervaren aspecten van het contact, de afstemming van de verleende zorg en de samenwerking met (zorgprofessionals van) de wijkverpleging (N=656-723 mantelzorgers^a)

	Eens %	Niet eens/ niet oneens %	Oneens %	Weet het niet %
De wijkverpleging is goed bereikbaar	83,7	6,6	3,0	6,6
De hulp van de wijkverpleging sluit goed aan bij de hulp die mantelzorgers geeft	78,8	12,7	1,5	7,0
Mantelzorgers geeft ander soort hulp dan de wijkverpleging	84,1	7,6	4,0	4,3
De wijkverpleging stemt met mantelzorgers af welke zorg er geboden wordt	49,9	20,5	23,5	6,1
De wijkverpleging komt op een voor mantelzorgers geschikt tijdstip	64,3	19,1	7,5	9,2
De wijkverpleging werkt goed met mantelzorgers samen	65,9	19,7	7,6	6,7
Als zaken niet goed lopen, overlegt de wijkverpleging met mantelzorgers	61,9	18,0	13,0	7,1
Als de wijkverpleging door omstandigheden niet kan, neemt mantelzorgers de hulp over	29,1	15,1	45,1	10,7
Als mantelzorgers zelf door omstandigheden geen hulp kan geven, neemt de wijkverpleging de hulp over	28,4	17,9	33,8	20,0
Als mantelzorgers vragen heeft over de hulp van haar/zijn naaste, kan zij/hij dit vragen aan de wijkverpleging	80,3	8,1	3,5	8,1

^a De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

De uitspraken in tabel 3.19 zijn vervolgens samengenomen om een algemene indruk te krijgen van de beoordeling van de mantelzorgers van het contact met de wijkverpleging. We hebben daarbij de uitspraak ‘Mantelzorgers geeft ander soort hulp dan de wijkverpleging’ buiten beschouwing gelaten, omdat deze uitspraak niet bij de andere uitspraken bleek te passen. De resterende negen uitspraken vormden tezamen een betrouwbare schaal (Cronbach’s alpha: .77), waarop voor alle respondenten die ten minste vijf van de negen uitspraken beantwoordden een gemiddelde score werd berekend.

De gemiddelde totaalscore van alle mantelzorgers (N=543 mantelzorgers van cliënten van 21 thuiszorgorganisaties²⁸; berekend voor een gestandaardiseerde populatie) was 2,5 op een schaal van 1 (meest negatief) tot 3 (meest positief), wat een grote tevredenheid van de mantelzorgers met het contact en de samenwerking

²⁸ Het aantal mantelzorgers en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of op de achtergrondvariabelen over de mantelzorgers.

met de professionals van de wijkverpleging betekent. Tabel 3.20 laat zien dat daarbij wel enige verschillen zijn tussen de verschillende groepen mantelzorgers. Hoog opgeleide mantelzorgers zijn wat minder positief over het contact en de samenwerking met de wijkverpleging dan laag opgeleide mantelzorgers. Daarnaast zijn vooral mantelzorgers die de partner van de cliënt zijn hierover erg positief en zijn mantelzorgers die geen familielid van de cliënt het minst positief. Deze verschillen kunnen niet worden verklaard uit bijvoorbeeld de leeftijd van de mantelzorger, omdat bij deze analyses is gecorrigeerd voor de verschillen tussen de mantelzorgers in alle (andere) in tabel 3.20 genoemde kenmerken.

Ruim 4 procent (4,3%) van de verschillen tussen mantelzorgers in hun beoordeling van het contact en de samenwerking met de wijkverpleging hangt samen met de verschillende zorgaanbieders waarvan hun naaste wijkverpleging ontvangt.

Tabel 3.20 Totaalscore van de beoordeling van het contact en de samenwerking tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging en de mantelzorger (N=543 mantelzorgers van cliënten van 21 thuiszorgorganisaties^a; berekend voor een gestandaardiseerde populatie)

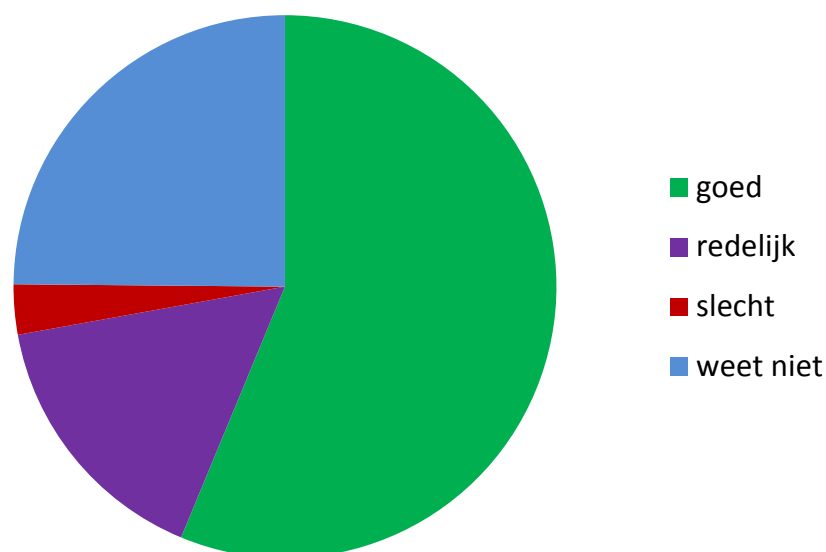
	Gemiddelde score	95% betrouwbaarheidsinterval	Verskil tussen groepen (P <.01)
Totale groep mantelzorgers	2,50	2,44-2,55	
Geslacht			ns
1. Vrouwen	2,51	2,45-2,57	
2. Mannen	2,48	2,41-2,55	
Leeftijd			ns
1. Jonger dan 50 jaar	2,44	2,34-2,54	
2. 50 t/m 64 jaar	2,45	2,38-2,52	
3. 65 t/m 74 jaar	2,51	2,42-2,60	
4. 75 jaar en ouder	2,57	2,48-2,67	
Opleidingsniveau			1 ≠ 3
1. Laag	2,55	2,48-2,62	
2. Midden	2,49	2,41-2,56	
3. Hoog	2,38	2,30-2,46	
Relatie tot cliënt: mantelzorger is ...			1 ≠ 3, 1,2 ≠ 4
1. Echtgeno(o)t(e) / partner	2,62	2,54-2,71	
2. (Schoon-)dochter / (schoon-)zoon	2,47	2,40-2,54	
3. Ander familielid	2,39	2,30-2,48	
4. Anders, geen familielid	2,15	1,98-2,33	
Mate van stedelijkheid woonplaats cliënt			ns
1. (Zeer) sterk stedelijk	2,48	2,39-2,57	
2. Matig of weinig stedelijk	2,49	2,43-2,56	
3. Niet stedelijk	2,52	2,43-2,62	

^a Het aantal mantelzorgers en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of op de achtergrondvariabelen over de mantelzorgers.

Ervaren samenwerking tussen de wijkverpleging en andere zorgprofessionals

Ten slotte is de mantelzorgers ook gevraagd naar hun oordeel over de samenwerking tussen de wijkverpleging en andere zorgprofessionals van wie hun naaste zorg krijgt, bijvoorbeeld de huisarts, de huishoudelijke hulp, fysiotherapeut of het ziekenhuis.

Figuur 3.8 laat zien dat ruim de helft van alle mantelzorgers (56%) de samenwerking van de zorgprofessionals van de wijkverpleging met andere zorgprofessionals als goed ervaart; 16 procent beoordeelt deze samenwerking als redelijk en drie procent als slecht. De figuur laat ook zien dat een flink deel van de mantelzorgers (25%) aangeeft niet te weten hoe goed of slecht deze samenwerking is. Zij hebben hier mogelijk weinig zicht op.



Figuur 3.8 Beoordeling van de samenwerking tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging en andere zorgprofessionals (N=704 mantelzorgers)

Ook is onderzocht of er verschillen tussen subgroepen mantelzorgers bestaan in hun beoordeling van de samenwerking tussen de professionals van de wijkverpleging en andere zorgprofessionals betrokken bij de zorg voor hun naaste. Hiertoe hebben we gekeken welk percentage per subgroep mantelzorgers deze samenwerking als goed beoordeelt (ten opzichte van 'redelijk' of 'slecht'); mantelzorgers die de vraag met 'weet het niet' hadden beantwoord zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Zo berekend (N=442 mantelzorgers van cliënten van 21 thuiszorgorganisaties²⁹; berekend voor een gestandaardiseerde populatie), beoordeelt ruim drie kwart

²⁹ Het aantal mantelzorgers en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of op de achtergrondvariabelen over de mantelzorgers.

(77%) van alle mantelzorgers de samenwerking tussen de zorgprofessionals van de wijkverpleging en de andere zorgprofessionals van hun naaste als goed. Verschillen tussen subgroepen mantelzorgers³⁰ bestaan er nauwelijks. Het enige verschil is dat van de mantelzorgers die geen familie van de cliënt zijn, minder dan de helft (46%) deze samenwerking als goed beoordeelt, terwijl van de mantelzorgers die de echtgenoot of partner van de cliënt zijn 81 procent de samenwerking tussen de wijkverpleging en de andere betrokken zorgprofessionals als goed beoordeelt. Mantelzorgers die wel familie zijn, maar geen echtgenoot of partner van de cliënt lijken wat hun beoordeling betreft op mantelzorgers die echtgenoot of partner zijn: 77 procent van de kinderen en 78 procent van de andere familieleden beoordeelt deze samenwerking als goed.

Van de variatie in de beoordeling door mantelzorgers van de samenwerking tussen de wijkverpleging en andere zorgprofessionals hangt maar 0,5 procent samen met de verschillende thuiszorgorganisaties waarvan hun naaste wijkverpleging ontvangt.

Tevredenheid over aard en omvang van de wijkverpleging en de zorgprofessionals

In de nu volgende paragrafen gaan we verder in op de beoordeling van de kwaliteit van de wijkverpleging door mantelzorgers. Allereerst is aan de mantelzorgers een aantal uitspraken voorgelegd om te peilen of ze tevreden of ontevreden zijn over bepaalde aspecten van de wijkverpleging, zoals de aard en omvang van de geleverde zorg en de professionele kwaliteiten van de zorgprofessionals. Tabel 3.21 laat zien dat 18 procent aangeeft meer wijkverpleging voor hun naaste te willen en dat een derde daarover ambivalent is; bijna de helft (49%) geeft expliciet aan dat meer wijkverpleging voor hun naaste niet nodig is. Slechts twee procent van de mantelzorgers denkt dat hun naaste juist met minder zorg wijkverpleging toekan en vier procent is van mening dat hun naaste baat heeft bij andere zorg van de wijkverpleging. Niettemin is het overgrote deel van de mantelzorgers (91%) tevreden over de wijkverpleging die hun naaste krijgt en zijn maar heel weinig mantelzorgers echt ontevreden (1%).

Tabel 3.21 laat ook zien hoe mantelzorgers de professionele kwaliteiten van de zorgprofessionals van de wijkverpleging waarderen. De overgrote meerderheid (87%) vindt dat de zorgprofessionals goed op de hoogte zijn van de situatie en zorgbehoefte van hun naaste. Bijna 90 procent vindt (ook) dat de zorgprofessionals over de benodigde kennis en vaardigheden beschikken. Tevens geeft 84 procent van de mantelzorgers aan dat de zorgprofessionals van de wijkverpleging zich goed kunnen inleven in de situatie van hun zorgbehoevende naaste en is 61 procent van mening dat ze zich (ook) goed in de situatie van henzelf als mantelzorger kunnen inleven.

³⁰ Naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, relatie tot de cliënt en mate van stedelijkheid van de woonplaats van de cliënt.

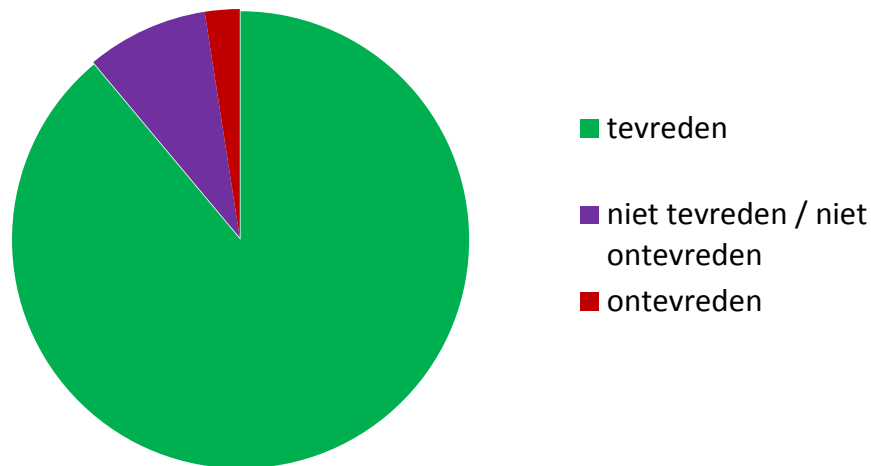
Tabel 3.21 Mate van tevredenheid over aspecten van de ontvangen wijkverpleging (N=625-709 mantelzorgers^a)

	Eens %	Niet eens/ niet oneens %	Oneens %
Mantelzorger zou eigenlijk <u>meer</u> wijkverpleging voor haar/zijn naaste willen.	18,0	33,3	48,8
Mantelzorger zou eigenlijk <u>minder</u> wijkverpleging voor haar/zijn naaste willen.	1,7	19,0	79,2
Mantelzorger zou eigenlijk <u>andere</u> wijkverpleging voor haar/zijn naaste willen.	3,5	19,2	77,3
Mantelzorger is tevreden over de wijkverpleging die haar/zijn naaste krijgt.	90,6	8,2	1,3
De wijkverpleging is goed op de hoogte van situatie van naaste (de cliënt) en de zorg die hij/zij nodig heeft.	87,2	11,0	1,8
De zorgverleners van de wijkverpleging hebben de kennis en vaardigheden om naaste (de cliënt) de zorg te geven die hij/zij nodig heeft.	88,6	9,2	2,2
De zorgverleners van de wijkverpleging kunnen zich goed inleven in de situatie van naaste (de cliënt).	84,1	13,7	2,2
De zorgverleners van de wijkverpleging kunnen zich goed inleven in de situatie van de mantelzorger zelf.	61,1	32,1	6,8

^a De N varieert, omdat het aantal missende waarden per vraag varieert.

Tevredenheid met de afronding van wijkverpleging

Een aantal mantelzorgers gaf aan dat de wijkverpleging van hun naaste inmiddels was afgerond. Aan deze mensen is gevraagd hoe tevreden of ontevreden ze zijn over de afronding van de wijkverpleging. Figuur 3.9 laat zien dat 89 procent tevreden is over de afronding; negen procent is niet tevreden, maar ook niet echt ontevreden en twee procent is ontevreden over de afronding van de wijkverpleging.



Figuur 3.9 Beoordeling van de afronding van de wijkverpleging (N=325 mantelzorgers³¹)

Samenvattend oordeel over de kwaliteit van de wijkverpleging

Aan alle mantelzorgers zijn ten slotte twee vragen voorgelegd waarmee zij een samenvattend oordeel konden geven over de door hen ervaren kwaliteit van de wijkverpleging. Allereerst is hen gevraagd om een rapportcijfer te geven aan de *zorgverleners (professionals)* van de wijkverpleging, wat kon variëren tussen 1 ('heel erg slecht') en 10 ('uitstekend').

Het gemiddelde rapportcijfer van de totale groep mantelzorgers voor de zorgprofessionals is 8,2. Er bestaan geen verschillen tussen subgroepen mantelzorgers in hun gemiddelde rapportcijfer over de zorgprofessionals van de wijkverpleging, afgezien van een verschil tussen mantelzorgers van verschillende leeftijden: mantelzorgers in de leeftijd van 50 tot en met 64 jaar zijn een fractie minder positief (gemiddeld rapportcijfer 8,0) dan mantelzorgers in de leeftijd van 65 tot en met 74 jaar (gemiddeld rapportcijfer 8,3) (zie tabel 3.22).

Vier procent (4,2%) van de verschillen tussen mantelzorgers in hun rapportcijfer houdt verband met de verschillende thuiszorgorganisaties waarvan hun naaste wijkverpleging ontvangt.

³¹ Dit betreft alleen mantelzorgers van cliënten die ten tijde van de enquête geen wijkverpleging meer ontvingen.

Tabel 3.22 Rapportcijfer van mantelzorgers voor de zorgprofessionals van de wijkverpleging (N=771 mantelzorgers van cliënten van 21 thuiszorgorganisaties^a; berekend voor een gestandaardiseerde populatie)

	Gemiddelde rapportcijfer	95% betrouwbaarheidsinterval	Verskil tussen groepen (P <.01)
Totale groep mantelzorgers	8,2	8,0-8,3	
Geslacht			ns
1. Vrouwen	8,1	8,0-8,3	
2. Mannen	8,2	8,0-8,3	
Leeftijd			2 ≠ 3
1. Jonger dan 50 jaar	8,1	7,9-8,4	
2. 50 t/m 64 jaar	8,0	7,8-8,2	
3. 65 t/m 74 jaar	8,3	8,1-8,5	
4. 75 jaar en ouder	8,3	8,1-8,5	
Opleidingsniveau			ns
1. Laag	8,2	8,1-8,4	
2. Midden	8,1	7,9-8,3	
3. Hoog	8,0	7,9-8,2	
Relatie tot cliënt: mantelzorger is ...			ns
1. Echtgeno(o)t(e) / partner	8,2	8,0-8,4	
2. (Schoon-)dochter / (schoon-)zoon	8,2	8,0-8,3	
3. Ander familielid	8,0	7,8-8,2	
4. Anders, geen familielid	8,2	7,8-8,5	
Mate van stedelijkheid woonplaats cliënt			ns
1. (Zeer) sterk stedelijk	8,0	7,8-8,2	
2. Matig of weinig stedelijk	8,2	8,1-8,4	
3. Niet stedelijk	8,2	8,0-8,4	

^a Het aantal mantelzorgers en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of op de achtergrondvariabelen over de mantelzorgers.

Mantelzorgers werd daarnaast gevraagd om op een schaal van 1 ('zeer waarschijnlijk niet') tot 10 ('zeer waarschijnlijk wel') aan te geven, of ze de thuiszorgorganisatie waarvan hun naaste wijkverpleging krijgt zouden aanbevelen bij hun vrienden of familie. Op basis hiervan is de Promotor-score berekend, volgens de methode die in de Bestuurlijke afspraken kwaliteitsuitvraag wijkverpleging³² voor 2017 door Zorginstituut Nederland met betrokken partijen landelijk is overeengekomen. De Promotor-score betreft in dit geval het percentage mantelzorgers dat een score van 8 of hoger geeft als aanbevelingsscore voor de thuiszorgorganisatie. Tabel 3.23 geeft de Promotor-score weer van de totale groep mantelzorgers en van subgroepen.

Tabel 3.23 laat zien dat ruim drie kwart (77%) van de mantelzorgers een aanbevelingscijfer van 8 of hoger geeft aan de thuiszorgorganisatie waarvan hun

³² <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/bestuurlijke-afspraken-kwaliteitsinformatie-wijkverpleging/Paginas/Home.aspx>

naaste wijkverpleging ontvangt. Er bestaan daarbij verschillen tussen subgroepen mantelzorgers van verschillende leeftijden: van de mantelzorgers in de leeftijd van 50 tot en met 64 jaar geeft twee derde een aanbevelingscijfer van 8 of hoger, terwijl dat bij de oudere mantelzorgers meer dan 80 procent is. Daarnaast geven minder mantelzorgers van cliënten die in (zeer) sterk stedelijk gebied wonen een aanbevelingscijfer van 8 of hoger (69%) ten opzichte van de groep mantelzorgers van cliënten die in een matig of weinig stedelijk gebied wonen (81%).

Vijf procent (4,8%) van de variatie in de scores van de mantelzorgers houdt verband met de verschillende thuiszorgorganisaties waarvan hun naaste wijkverpleging ontvangt.

Tabel 3.23 Promotor-score van mantelzorgers voor de thuiszorgorganisatie waarvan hun naaste wijkverpleging krijgt (N=762 mantelzorgers van cliënten van 21 thuiszorgorganisaties^a; berekend voor een gestandaardiseerde populatie)

		95% betrouwbaar- heidsinterval	Vershil tussen groepen (P <.01)
Totale groep mantelzorgers	77	72-82	
Geslacht			ns
1. Vrouwen	77	71-82	
2. Mannen	79	72-84	
Leeftijd			2 ≠ 3,4
1. Jonger dan 50 jaar	73	62-83	
2. 50 t/m 64 jaar	67	59-73	
3. 65 t/m 74 jaar	84	76-90	
4. 75 jaar en ouder	86	79-91	
Opleidingsniveau			ns
1. Laag	79	73-84	
2. Midden	78	70-83	
3. Hoog	74	65-81	
Relatie tot cliënt: mantelzorger is ...			ns
1. Echtgeno(o)t(e) / partner	76	68-83	
2. (Schoon-)dochter / (schoon-)zoon	79	73-85	
3. Ander familielid	76	67-83	
4. Anders, geen familielid	73	54-87	
Mate van stedelijkheid woonplaats cliënt			1 ≠ 2
1. (Zeer) sterk stedelijk	69	60-77	
2. Matig of weinig stedelijk	81	75-85	
3. Niet stedelijk	77	67-84	

^a Het aantal mantelzorgers en het aantal thuiszorgorganisaties is lager vanwege missende gegevens op de doelvariabele en/of op de achtergrondvariabelen over de mantelzorgers.

Mantelzorgers konden ook aangeven wat zij het beste vinden aan de wijkverpleging: velen noemden de vriendelijke, attente, behulpzame en zorgzame zorgverleners. Als het nodig is kan makkelijk contact worden gemaakt en de zorg worden aangepast. Daarnaast gaven mantelzorgers aan het prettig te vinden dat de zorgverleners betrokken zijn, tijd en aandacht geven aan hun naaste en alles goed in de gaten houden. Dat gunnen ze in feite elke hulpbehoevende (zie Box 3.3).

Box 3.3 Beste aspecten van de wijkverpleging, volgens mantelzorgers

- *Dat douchen (wassen) en aankleden op een veilige manier gebeurt en dat mijn naaste zijn verhaal kwijt kan.*
- *Dat mijn vrouw niet alleen gewassen/gedoucht en aangekleed wordt. Maar dat er daarna ook even een praatje wordt gemaakt.*
- *Ze zijn vriendelijk en behulpzaam. Ze proberen tijd te maken voor een praatje en leven mee.*
- *Het snelle handelen, de liefdevolle zorg. Het geduld, mijn schoonmoeder is niet makkelijk en houdt er een bijzondere manier van leven op na. Inlevingsvermogen!*
- *Ze zijn dichtbij en beschikbaar. Ze zorgen goed voor mijn schoonouders.*
- *Indien er acuut meer zorg nodig is voor mijn moeder is dat met een telefoontje direct geregeld.*
- *Prettige mensen, komen altijd, iedere dag even kort aandacht. Ik gun iedere oudere om die reden "steunkousen": alleen al vanwege een kort bezoekje iedere dag.*
- *Zorgvuldig en betrokken. Ze hebben een tijdschema. Indien nodig nemen ze meer tijd.*
- *Ze proberen zo veel mogelijk te regelen dat alles op rolletjes loopt. Ondanks de weinige tijd die ze hebben proberen ze zo veel mogelijk persoonlijke aandacht te geven.*

De mantelzorgers gaven vele suggesties wat de wijkverpleging nog kan verbeteren. Veelal wordt meer tijd, aandacht en personeel genoemd. Ook gaven veel mantelzorgers aan het op prijs te stellen als hun naaste zoveel mogelijk dezelfde zorgverleners ziet en hun naaste bij veranderingen in het team op de hoogte wordt gebracht. Ook zouden mantelzorgers meer inzicht willen in de zorgverlening, dit werkt niet altijd met een digitale zorgmap, meer overleg met de zorgverleners en een duidelijk aanspreekpunt. De multidisciplinaire samenwerking kan nog beter volgens mantelzorgers, evenals de communicatie binnen het team. Daarnaast zouden mantelzorgers graag zien dat zorgverleners meer rekening houden met de wensen en aandoening(en) van hun naaste, bijvoorbeeld door vroeger in de ochtend te komen en hun naaste te informeren als ze laat zijn.

Box 3.4 Verbeterpunten voor de wijkverpleging, volgens mantelzorgers

- *Zoveel mogelijk dezelfde persoon die komt voor wassen en aankleden. Niet te gehaast werken dat werkt averechts bij mensen met dementie.*
- *Wat meer tijd nemen voor persoonlijke aandacht. Dat ze hiervoor de tijd mogen nemen vooral bij eenzame ouderen.*
- *Dat de organisaties meer tijd geven aan zorgverleners voor verzorging, het is allemaal te gehaast.*
- *Niet de verpleging maar de organisatie en wel op gebieden van: coördinatie; planning; logistiek; communicatie; persoonsbeleid (de goede behouden en respecteren/koesteren de slechte direct verwijderen).*
- *Onderling beter afspraken maken! Leer met elkaar communiceren, er wordt nog als eens langs elkaar gewerkt. Ze zijn zich er wel van bewust dat sommige dingen beter moeten maar er gebeurt niets mee. Meer mensen op de werkvloer om de werkdruk te verlagen.*
- *Gehad met steeds wisselend personeel: steeds opnieuw problemen uitleggen en inbreuk op privacy.*
- *'s Ochtends iets eerder komen, soms zit ze tot 11.00 uur in haar pyjama. Contact met mij. Ik heb nooit contact. Als ik iets in haar zorgmap schrijf of ik spreek iemand persoonlijk aan, er komt nooit iemand op terug. Zou meer overleg willen.*
- *Zorgmap waarin na elk bezoek ervaringen opgeschreven werden werkte uitstekend. Nu tablet, niet prettig omdat door ons niets terug te lezen is.*
- *Rapportage over eten, drinken en of mijn moeder zich heeft gewassen. Soms is dat onduidelijk terug te lezen. De intentie dat ze zo gaat eten staat beschreven in het verslag maar of het daadwerkelijk heeft plaats gevonden is voor mij soms onduidelijk.*
- *Meer opschrijven in het zorgplan zodat het voor iedereen duidelijk is wat er gebeurd is.*
- *De communicatie tussen de wijkverpleging en ik als naaste. Ik kan op dit moment niet in het dossier kijken en dat is best lastig.*
- *Dat de uitvoerenden eerst in het boek kijken wat er die dag gedaan moet worden en daar ook naar handelen.*

4. Ervaringen van professionals

Dit hoofdstuk gaat over het onderzoek onder professionals van de wijkverpleging dat NIVEL eind 2016/begin 2017 deed. Paragraaf 4.1 bevat een beschrijving van de onderzoeksopzet en specifieke onderzoeksvragen. In paragraaf 4.2 worden de resultaten van het onderzoek onder professionals van de wijkverpleging beschreven.

Hoofdpunten

Bekendheid en bereikbaarheid

- De wijkverpleging is goed toegankelijk. Nieuwe cliënten komen vooral via professionele verwijzers terecht bij de wijkverpleging.
- De meeste verpleegkundigen en verzorgenden proberen zelf in de wijk te signaleren wie zorgbehoefstig is. Ook werken zij veelal samen met huisartsen en, in mindere mate, met gemeenten.
- Vooral voor kwetsbare ouderen en mensen met dementie worden in de wijk activiteiten georganiseerd om zorgbehoeftes te signaleren.
- Kwetsbare groepen die moeizaam in beeld komen zijn mensen met psychische of psychiatrische problemen en mensen met migratie-afkomst.

Zorgvragen en indicatiestelling

- Verpleegkundigen en verzorgenden vinden de problematiek van hun cliënten sinds 2015 complexer geworden.
- De indicatiestelling doet veelal een hbo-opgeleide verpleegkundige aan de hand van een classificatiesysteem. Verpleegkundigen vinden dat de indicaties goed aansluiten bij de zorgbehoeften van de cliënten. De verzorgenden zijn daar minder over te spreken.
- Er is voldoende wijkverpleging beschikbaar, maar huishoudelijke hulp is vaak onvoldoende beschikbaar volgens de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden. Zij ervaren ook dat het aanbod aan individuele begeleiding en dagbesteding vooral voor cliënten met dementie onvoldoende is. Het gaat hierbij om gemeentelijke voorzieningen waar verpleegkundigen meestal niet zelf voor kunnen indiceren.
- Verpleegkundigen en verzorgenden voeren regelmatig taken uit die buiten de geïndiceerde zorg vallen, voornamelijk huishoudelijke taken.

Samenwerking en afstemming

- Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren sinds 2015 meer samen te werken met andere zorgprofessionals. De meeste verpleegkundigen en verzorgenden zijn tevreden over de samenwerking met de huisartsen, maar samenwerking met ziekenhuizen, intramurale ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ verdient nog extra aandacht.
- Bij de meeste verpleegkundigen en verzorgenden is een (sociaal) wijkteam actief in hun werkgebied. De samenwerking met gemeenten en wijkteams verdient echter nog extra aandacht, hierover klinken vaker kritische geluiden.
- Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren dat mantelzorgers sinds 2015 vaker overbelast zijn.

Vernieuwde werkwijze

- Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren dat er sinds 2015 meer nadruk ligt op zelfredzaamheid en eigen regie van de cliënten. De meesten werken doelgerichter en coördinatie van zorg is een taak die vaker voorkomt. Vrijwel iedereen vindt de kwaliteit van de wijkverpleging goed.
- Verpleegkundigen en verzorgenden gebruiken sinds 2015 vaker zorgplannen en een ruime meerderheid vindt de informatie in het zorgdossier volledig genoeg om goede zorg te geven.
- Bijscholing zouden verpleegkundigen en verzorgenden vooral willen hebben over de zorg voor mensen met psychische of psychiatrische problemen.
- In de laatste jaren zijn er ook aanpassingen in teams: het gemiddelde opleidingsniveau in de teams is toegenomen en er is meer zelfsturing.
- Ondanks de toegenomen werkdruk vindt het overgrote deel van de verpleegkundigen en verzorgenden hun werk aantrekkelijk.

4.1 Onderzoeksvragen en onderzoeksopzet

Paragraaf 1.2 gaf de hoofdvragen van het onderzoek weer. In deze paragraaf beschrijven we ook de specifieke onderzoeksvragen die bij deze hoofdvragen horen.

Hoofdvraag 1 betreft **bekendheid en bereikbaarheid** van de wijkverpleging, vanuit het perspectief van de zorgprofessionals en luidt:

Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden de bekendheid en bereikbaarheid van de wijkverpleging voor mensen die mogelijk zorg en ondersteuning nodig hebben?

Deze hoofdvraag omvat de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- Wie verwijst mensen naar de wijkverpleging?
- Hoe worden signalen van mogelijk zorgbehoefte mensen opgevangen door de verpleegkundigen en verzorgenden?
- Hoe worden opgevangen signalen uitgewisseld tussen de verpleegkundigen en verzorgenden en andere professionals?
- Hoe wordt omgegaan met kwetsbare groepen?

Hoofdvraag 2 gaat over de **zorgvragen en indicatiestelling** en luidt:

Welke zorgvraag hebben mensen in de ogen van verpleegkundigen en verzorgenden en wat gebeurt daarmee? Sluit de beschikbare zorg en ondersteuning aan op de behoeften van de zorgvragers?

Deze hoofdvraag omvat de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- Wat gebeurt er nadat er een zorgvraag gesteld is en wat gebeurt daarmee?
- Welke zorg krijgen mensen met een zorgvraag en hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden deze?
- Is de in het zorgplan vermelde zorg en ondersteuning beschikbaar?
- Wat gebeurt er als overige ondersteuning en zorg tekort schieten?

Hoofdvraag 3 gaat over **samenwerking en afstemming**:

Is er volgens verpleegkundigen en verzorgenden voldoende samenwerking tussen betrokkenen?

Specifieke onderzoeksvragen daarbij zijn:

- Hoe verloopt de samenwerking tussen andere zorgprofessionals en de verpleegkundigen en verzorgenden?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen gemeenten, sociale wijkteam en de verpleegkundigen en verzorgenden?
- Hoe verloopt de samenwerking/afstemming tussen informele helpers en de verpleegkundigen en verzorgenden?

Hoofdvraag 4 gaat over **vernieuwde werkwijze** en luidt:

Wat merken verpleegkundigen en verzorgenden van zorgvernieuwing (mede) als gevolg van de in 2015 ingezette Hervorming Langdurige Zorg?

Deze hoofdvraag omvat de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- Hoe ervaren de verpleegkundigen en verzorgenden de zorgvernieuwingen?
- Hoe ervaren verpleegkundigen en verzorgenden het opstellen en gebruiken van een zorgplan?
- Hebben verpleegkundigen en verzorgenden voldoende kennis en vaardigheden om kwalitatief goede zorg te verlenen aan alle cliënten?
- Verbeterd de kwaliteit van de wijkverpleging?

Om de voornoemde onderzoeksvragen te beantwoorden is een kwantitatieve online vragenlijst uitgezet onder deelnemers van het landelijke NIVEL Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelvenv).

Ter voorbereiding en aanvulling op dit vragenlijstonderzoek zijn drie kwalitatieve focusgroepen georganiseerd in drie verschillende regio's verspreid door het land. In deze focusgroepen hebben in totaal 22 hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden geparticipeerd. De focusgroepen geven, naast bouwstenen voor de ontwikkeling van de vragenlijst, aansprekende illustraties van hoe verpleegkundigen en verzorgenden in 2016 de wijkverpleging ervaren. De resultaten van de focusgroepen zijn mogelijk niet altijd representatief voor de landelijke ervaringen, gezien het slechts drie regio's betrof.

De kwantitatieve vragenlijst is uitgezet onder 981 deelnemers van het Panel Verpleging & Verzorging en is ingevuld door 569 verpleegkundigen en verzorgenden (respons 58%). Er is in dit kwantitatieve deel gestreefd naar een onderzoeksgroep waarin hbo-opgeleide verpleegkundigen, mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden allen voldoende vertegenwoordigd waren (zie bijlage C tabel C.9). Dit maakt mogelijk dat deze groepen apart worden besproken in dit rapport. De onderzoeksgroep is goed verspreid over Nederland (tabel C.10 en C.11) en is qua man-vrouw representatief (tabel C.8). Wat betreft de leeftijd van de onderzoeksgroep blijken de hbo-opgeleide verpleegkundigen tot 35 jaar oververtegenwoordigd, vergeleken met alle hbo-opgeleide verpleegkundigen werkzaam in de wijkverpleging. Wat betreft de verzorgenden in de onderzoeksgroep zijn de jongeren ondervertegenwoordigd en de ouderen (55-plus)

oververtegenwoordigd, vergeleken met alle verzorgenden werkzaam in de wijkverpleging (tabel C.8).

De vragenlijst bestond vooral uit vragen met voorgestructureerde antwoordmogelijkheden en enkele open vragen. De vier onderzoeksvragen werden elk in een apart onderdeel van de vragenlijst geadresseerd. In de vragenlijst is de term ‘verpleging en verzorging thuis’ gebruikt in plaats van wijkverpleging. In de tabellen sluiten we aan bij de vragenlijst en gebruiken we dan ook de term ‘verpleging en verzorging thuis’.

Meer informatie over de dataverzameling, analyses en de achtergrondkenmerken van de respondenten is te vinden in bijlage C.

4.2 Resultaten professionals

Bekendheid en bereikbaarheid

Toegankelijkheid wijkverpleging

De deelnemers van de focusgroepen geven aan dat zorgvragers vaak nog niet weten dat de wijkverpleging direct toegankelijk is. Veelal gaan zij eerst naar de huisarts in plaats van direct te bellen naar een thuiszorgorganisatie.

“Er zit nu eenmaal nog ergens een beeld van dat moet de dokter of het ziekenhuis regelen.” (Focusgroep nummer 1)

Ook hebben de deelnemers de indruk dat mensen een barrière ervaren om wijkverpleging in te schakelen, omdat ze denken een eigen bijdrage te moeten betalen. Vooral de hbo-opgeleide verpleegkundigen geven aan dat zij sinds 2015 meer aandacht geven aan het informeren van mensen over de mogelijkheden van wijkverpleging. Zij doen dit bijvoorbeeld door aan te sluiten bij activiteiten in de wijken of door een inloopsprekkuur te organiseren.

Ook in het vragenlijstonderzoek kwam de toegankelijkheid van de wijkverpleging aan bod. Toegankelijkheid is in de vragenlijst omschreven als “wanneer mensen een zorgvraag hebben, zij op tijd en zonder grote barrières toegang hebben tot de verpleging en verzorging thuis”. Het vragenlijstonderzoek laat zien dat het overgrote deel van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat de wijkverpleging vaak of altijd toegankelijk is voor nieuwe cliënten met een zorgvraag (Tabel 4.1). Hierbij verschillen de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met verschillende opleidingsniveaus niet.

Tabel 4.1 Toegankelijkheid wijkverpleging voor nieuwe cliënten met een zorgvraag

Ervaart u dat verpleging en verzorging van u of uw team in het algemeen goed toegankelijk is voor nieuwe cliënten met een zorgvraag?	Hbo-vpk (N=234)	Mbo-vpk (N=135)	Vz (N=199)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Nooit of zelden toegankelijk	1,3	0,4	1,5	ns
Regelmatig toegankelijk	8,6	15,6	9,1	
Vaak of altijd toegankelijk	90,2	84,4	89,5	

Verwijzing naar wijkverpleging

Verpleegkundigen en verzorgenden in de focusgroepen geven aan dat vooral andere zorgprofessionals (huisartsen, professionals uit ziekenhuizen en paramedische professionals) cliënten naar wijkverpleging verwijzen. Zij hebben de indruk dat GGZ-instellingen sinds 2015 ook meer verwijzen. De deelnemers geven aan dat dit komt doordat GGZ-clieënten die voorheen in een instelling behandeld werden sinds 2015 meer thuis blijven wonen.

Het beeld dat cliënten vooral via verwijzing door andere zorgprofessionals bij de wijkverpleging terecht komen, bevestigt het vragenlijstonderzoek. Acht van de tien hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen geven in het vragenlijstonderzoek aan dat het vaak of altijd zorgprofessionals zijn die contact opnemen met de wijkverpleging voor nieuwe cliënten (Tabel 4.2). Verzorgenden merken dit in mindere mate op, maar alsnog geeft zeven van de tien verzorgenden aan dat zorgprofessionals vaak of altijd contact opnemen. Dit komt overeen met de ervaringen van de deelnemers uit de focusgroepen. Daarnaast blijkt ook uit het vragenlijstonderzoek dat cliënten en naasten nog relatief weinig gebruikmaken van de rechtstreekse toegankelijkheid van de wijkverpleging. Een derde van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan dat nieuwe cliënten zelden of nooit zelf contact opnemen met de wijkverpleging. Wanneer naasten wel rechtstreeks contact opneemt zijn het vaak de partner of kinderen.

Tabel 4.2 Manier van contact opnemen met de wijkverpleging

Hoe komen nieuwe cliënten met een zorgvraag in contact met u of uw team?	Hbo-vpk (N=229- 234) ^a %	Mbo-vpk (N=133- 135) ^a %	Vz (N=185- 199) ^a %	Verskil tussen groepen
Nieuwe cliënten nemen zelf direct contact op met u of met uw team				
Nooit of zelden	28,9	39,9	40,3	ns
Regelmatig	47,0	40,6	39,3	
Vaak of altijd	24,1	19,6	20,4	
Partner of kinderen van nieuwe cliënten nemen zelf contact op met u of uw team				
Nooit of zelden	20,6	27,6	26,0	ns
Regelmatig	53,7	44,8	51,9	
Vaak of altijd	25,8	27,6	22,2	
Andere familieleden, kennissen of vrienden van nieuwe cliënten nemen zelf contact op				
Nooit of zelden	53,7	55,6	50,5	ns
Regelmatig	35,4	27,8	36,2	
Vaak of altijd	10,9	16,5	13,3	
Professionals^b die betrokken zijn bij nieuwe cliënten nemen contact op met u of uw team				
Nooit of zelden	3,0	2,2	8,1	*
Regelmatig	11,5	12,6	19,2	
Vaak of altijd	85,5	85,2	72,7	

^a De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

^b Het gaat hier om zorgprofessionals zoals huisartsen, professionals uit ziekenhuizen en paramedische professionals

Bijna alle verpleegkundigen en verzorgenden noemen in het vragenlijstonderzoek de huisartsen als een verwijzer naar de wijkverpleging (Tabel 4.3). Ook van verpleegkundigen uit ziekenhuizen en praktijkondersteuners uit huisartsenpraktijken krijgen verpleegkundigen en verzorgenden vaak nieuwe cliënten. In de focusgroepen hadden deelnemers aangegeven dat wijkteams en welzijns- en mantelzorgorganisaties nauwelijks verwijzen. In het vragenlijstonderzoek wordt dat beeld wat genuanceerder: vooral de hbo-opgeleide verpleegkundigen noemen dat zij ook nieuwe cliënten via het (sociale) wijkteam, welzijns- en mantelzorgorganisaties krijgen. Bijna 6% van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan dat zij met andere verwijzers te maken hebben. Zij noemen hierbij vooral casemanagers dementie, maar bijvoorbeeld ook de wijkagent.

Tabel 4.3 Professionals die nieuwe cliënten verwijzen naar de wijkverpleging^a

Welke professionals hebben in het afgelopen jaar nieuwe cliënten met een zorgvraag naar u of uw team verwezen?	Hbo-vpk (N=235) %	Mbo-vpk (N=135) %	Vz (N=119) %	Verskil tussen groepen
Huisartsen	97,5	93,3	92,0	ns
Verpleegkundigen in ziekenhuizen	87,7	82,2	65,8	*
Praktijkondersteuners in een huisartsenpraktijk	80,4	77,8	59,3	*
Artsen in ziekenhuizen	58,3	55,6	58,8	ns
(Wijk)verpleegkundigen of verzorgenden van andere thuiszorgorganisaties	49,8	41,5	35,7	ns
(Sociale) wijkteams	44,3	31,9	19,6	*
GGZ-professionals	32,3	29,6	23,1	ns
Verpleegkundigen of verzorgenden uit de intramurale ouderenzorg	30,2	24,4	19,6	ns
Specialisten ouderengeneeskunde	29,4	22,2	21,6	ns
Welzijns- en mantelzorgorganisaties	33,6	15,6	17,1	*
Paramedici	24,3	20,0	15,6	ns
Gemeenten en gemeentelijke diensten	20,9	13,3	11,6	ns
Organisaties die werkzaam zijn op het gebied van maatschappelijke ondersteuning	13,6	9,6	11,6	ns
Verzekeraars/zorgkantoren	6,4	5,2	5,0	ns
Apothekers	6,4	4,4	3,5	ns
Woningcorporaties	4,7	3,7	3,0	ns
Anders	6,4	5,9	4,5	ns
Weet ik niet	0,4	3,0	3,5	ns

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

Signaleren van mogelijke zorgvragen

Naast nieuwe cliënten met een zorgvraag, hebben verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging ook te maken met mensen die (nog) geen formele zorgvraag hebben. In de focusgroepen noemen de deelnemers dat signalering van mogelijke zorgvragen sinds 2015 een belangrijke taak is voor de wijkverpleging. De deelnemers geven aan dat ze hiervoor wel mede afhankelijk zijn van anderen die ook signalen opvangen. Zo is de huisarts een belangrijke schakel die veel signaleert. Ook de bereidheid van cliënten om zorg te accepteren speelt een rol in het omzetten van signalen naar het bieden van zorg. De deelnemers geven aan dat mensen met psychiatrische aandoeningen en (andere) zorgmijders moeizaam in beeld komen bij thuiszorgorganisaties.

*“Ik vind dat je bij ons een verschuiving ziet ontstaan, dat er meer psychiatrische problematiek komt maar dat die niet altijd in beeld zijn.”
(Focusgroep nummer 1)*

Ook uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden een taak hebben bij signaleren van zorgvragen (Tabel 4.4): ongeveer driekwart van de verpleegkundigen signaleert zelf mogelijke zorgvragen en ook ruim zes van de tien verzorgenden signaleren zelf mogelijke zorgvragen bij mensen die nog geen zorg ontvangen. Ook uit het vragenlijstonderzoek blijkt de samenwerking met de huisarts bij het signaleren van zorgvragen belangrijk (zie Tabel 4.4). Signaleren in samenwerking met andere zorgprofessionals of medewerkers van gemeenten komt minder voor. Hoe hoger het opleidingsniveau van de verpleegkundigen en verzorgenden, hoe vaker zij aangegeven mogelijke zorgvragen te signaleren bij mensen die nog geen zorg ontvangen.

Tabel 4.4 Signaleren van mogelijke zorgvragen bij mensen die nog geen zorg ontvangen^a

Heeft u het afgelopen jaar mogelijke zorgvragen gesignaleerd bij mensen die nog geen zorg ontvangen?	Hbo-vpk (N=232- 235) ^b %	Mbo-vpk (N=130- 132) ^b %	Vz (N=189- 197) ^b %	Vershil tussen groepen
Ik signaleer zelf	78,9	70,2	61,9	*
Ik signaleer samen met huisarts	73,0	56,8	32,8	*
Ik signaleer samen met andere zorgprofessionals	53,2	44,3	29,2	*
Ik signaleer samen met gespreksvoerders van de gemeenten	55,7	36,2	17,5	*

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

^b De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

Ondanks dat verpleegkundigen en verzorgenden in het vragenlijstonderzoek aangeven regelmatig mogelijke zorgvragen te signaleren, geven zij ook bijna allen aan dat er mensen zijn die moeizaam in beeld komen (Tabel 4.5). Meest genoemd worden mensen met psychische of psychiatrische problemen en mensen met een migratie-achtergrond. Onderstaande tabel laat ook zien dat hbo-opgeleide

verpleegkundigen vaker dan de mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat (ook) mensen met lage gezondheidsvaardigheden en mensen uit de laagste inkomensgroepen moeizaam in beeld komen. Verder valt op dat tussen de 15% en 26% van de verpleegkundigen en verzorgenden niet weet of er groepen zijn die moeizaam in beeld komen.

Tabel 4.5 Groepen mensen die moeizaam in beeld komen bij de wijkverpleging^a

Zijn er in uw werkgebied groepen mensen die moeizaam in beeld komen bij u of uw team?	Hbo-vpk (N=234) %	Mbo-vpk (N=132) %	Vz (N=195) %	Verskil tussen groepen
Mensen met psychische of psychiatrische problemen	41,9	40,9	31,3	ns
Mensen met een migratie-achtergrond	40,6	39,4	28,7	ns
Mensen met kwetsbaarheid vanwege hoge leeftijd	27,4	29,6	29,7	ns
Mensen met lage gezondheidsvaardigheden	35,9	25,0	12,8	*
Mensen met dementie	18,8	28,0	25,1	ns
Mensen uit de laagste inkomensgroepen	26,1	15,9	13,3	*
Mensen met complexe problemen binnen verschillende domeinen	15,8	21,2	19,5	ns
Mensen met een verstandelijke beperking	12,8	23,5	15,4	ns
Mensen met comorbiditeit	4,3	6,8	4,6	ns
Mensen met kanker	2,6	3,0	2,1	ns
Andere groepen ^b	7,3	1,5	2,6	ns
Nee	10,3	12,9	12,8	ns
Weet ik niet	14,5	16,7	25,6	ns

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

^b In de toelichting wordt vooral verwezen naar 'zorgmijders'

In het vragenlijstonderzoek geven verpleegkundigen en verzorgenden aan speciale activiteiten en projecten uit te voeren om mogelijke zorgvragen te signaleren bij groepen kwetsbare mensen (Tabel 4.6). Deze initiatieven zijn vooral gericht op kwetsbare ouderen en mensen met dementie, groepen waarvan de verpleegkundigen en verzorgenden ook aangeven dat ze moeizaam in beeld komen. Hbo-opgeleide verpleegkundigen noemen de projecten voor deze twee groepen kwetsbare mensen het vaakst. Een mogelijke verklaring hiervoor volgt uit de focusgroepen waarin meerdere keren genoemd werd dat hbo-opgeleide verpleegkundigen samen met huisartsen participeren in projecten gericht op kwetsbare ouderen. Voor de andere vaak genoemde groepen die moeizaam in beeld komen, de mensen met psychische of psychiatrische problemen, met een migratie-achtergrond, en lage gezondheidsvaardigheden zijn er minder speciale activiteiten of projecten, aldus de verpleegkundigen en verzorgenden. Verder blijkt dat er ook een grote groep van verpleegkundigen en verzorgenden niet weet of er dergelijke activiteiten of projecten zijn. Vooral mbo-opgeleide verpleegkundigen (42,5%) en verzorgenden (50,8%) geven dit aan. Ook hier geeft een aanzienlijk deel van de hbo-opgeleide verpleegkundigen (22,3%) aan niet op de hoogte te zijn van activiteiten en projecten.

Tabel 4.6 Groepen mensen waarvoor speciale activiteiten of projecten worden uitgevoerd^a

Zijn er in uw werkgebied speciale activiteiten of projecten gericht op signaleren van mogelijke zorgvragen bij kwetsbare mensen die nog geen zorg ontvangen van u of uw team?	Hbo-vpk (N=224)	Mbo-vpk (N=127)	Vz (N=193)	Verschil tussen groepen
	%	%	%	
Kwetsbare ouderen	56,3	42,5	28,0	*
Mensen met dementie	42,0	34,7	24,9	*
Mensen met psychische of psychiatrische problemen	13,4	9,5	9,3	ns
Mensen met complexe problemen binnen verschillende domeinen	14,3	9,5	7,8	ns
Mensen met lage gezondheidsvaardigheden	9,4	5,5	4,2	ns
Mensen met een verstandelijke beperking	6,3	6,3	6,7	ns
Mensen uit de laagste inkomensgroepen	8,0	6,3	4,2	ns
Mensen met een migratie-achtergrond	4,9	7,1	4,2	ns
Algemene groep mensen	15,6	8,7	9,8	ns
Andere kwetsbare mensen	13,8	8,7	3,6	*
Nee	13,0	10,2	13,5	ns
Weet ik niet	22,3	42,5	50,8	*

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

Verpleegkundigen en verzorgenden verwijzen naar een grote variatie van activiteiten en projecten in de toelichting bij de betreffende vraag in de vragenlijst. De nu volgende box geeft een aantal voorbeelden van deze activiteiten of projecten.

Box 4.1 Voorbeelden van activiteiten of projecten gericht op signaleren van mogelijk zorgvragen

- **Kwetsbare ouderen:** spreekuur bij een ouderenbond, kwetsbare ouderen projecten samen met huisarts en/of praktijkondersteuner, aanwezig bij vaste koffiemoment voor wijkbewoners in buurtgebouw
- **Mensen met dementie:** Alzheimer café, Odensehuis (inloop/informatie/ontmoetingscentrum voor mensen met (beginnende) dementie), cursussen voor mantelzorgers van mensen met dementie
- **Mensen met psychische of psychiatrische problemen:** dagbesteding speciaal voor mensen met GGZ problematiek, 'pilot wijkgerichte zorg voor ggz', inloopmomenten bij GGZ instelling
- **Mensen met complexe problemen binnen verschillende domeinen:** transmurale zorgbrug, spreekuur in o.a. supermarkt, samenwerking met sociale wijkteam, inloopmomenten in buurthuis
- **Mensen met lage gezondheidsvaardigheden:** voorlichtingsprojecten, wijk brede samenwerking voor laaggeletterden, activiteiten in buurthuis, gezondheidssprekuren bij fysiotherapeut
- **Mensen met een verstandelijke beperking:** zorgboerderij, samenwerking met huizen voor beschermd wonen, in buurthuis samen koken voor anderen
- **Mensen uit de laagste inkomensgroepen:** mogelijkheden voor verschillende uitjes tegen een laag tarief, 'stand-by' project in samenwerking met anderen, inloopmomenten bij buurthuis, sociaal wijkteam
- **Mensen met een migratie-achtergrond:** speciale ontmoetingsactiviteiten voor mensen met migratie-achtergrond, vrouwen kookgroep, cursus EHBO voor mensen met migratie-achtergrond
- **Algemene groep mensen:** flyer in de wijk, aansluiten bij allerlei activiteiten waar mensen onder elkaar komen
- **Andere kwetsbare mensen:** vrijwilligersproject 'vind een maatje', zichtbare schakel projecten, eenzaamheidsprojecten o.a. in samenwerking met gemeenten.

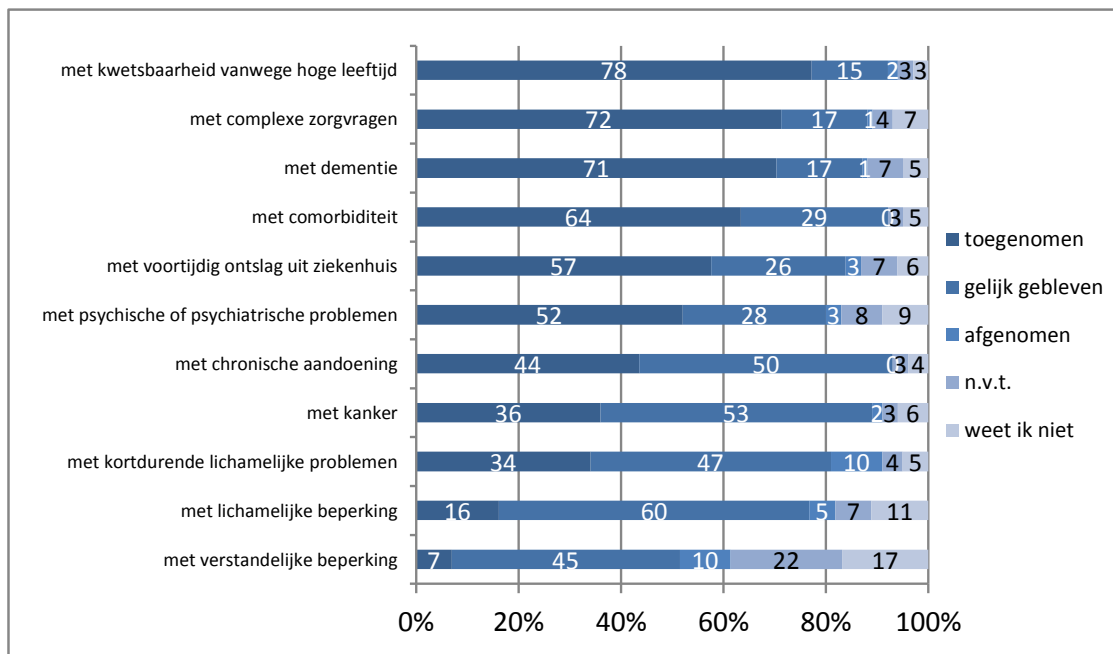
Zorgvragen, indicatiestelling en geboden zorg

Veranderingen in zorgvragen en zorgvragers

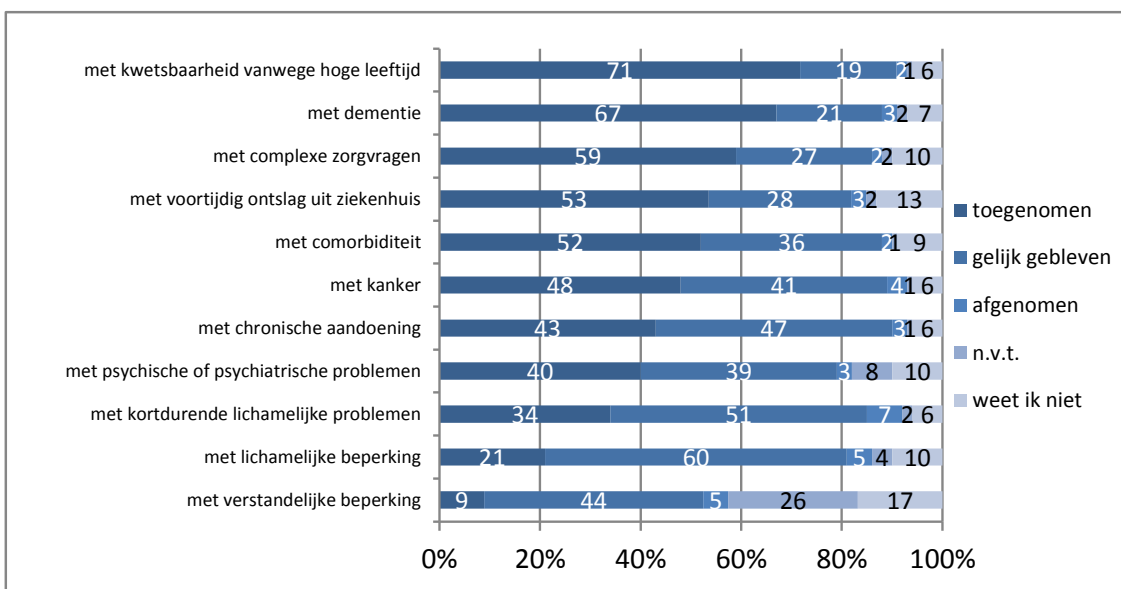
De deelnemers van de focusgroepen ervaren dat er veranderingen zijn in de zorgvragers en zorgvragen sinds 2015. Zij benoemen dat ze meer GGZ problematiek tegenkomen, aangezien deze cliënten minder vaak in een instelling behandeld worden. Ook zorgt het feit dat mensen sinds 2015 minder snel in de intramurale ouderenzorg opgenomen worden ervoor dat zij meer mensen met vergevorderde dementie tegenkomen.

"En ook mensen met dementie die in een veel verder gevorderd stadium nog thuis wonen. En eigenlijk totdat het een crisis wordt en dan pas doorgeplaatst worden." (Focusgroep nummer 2)

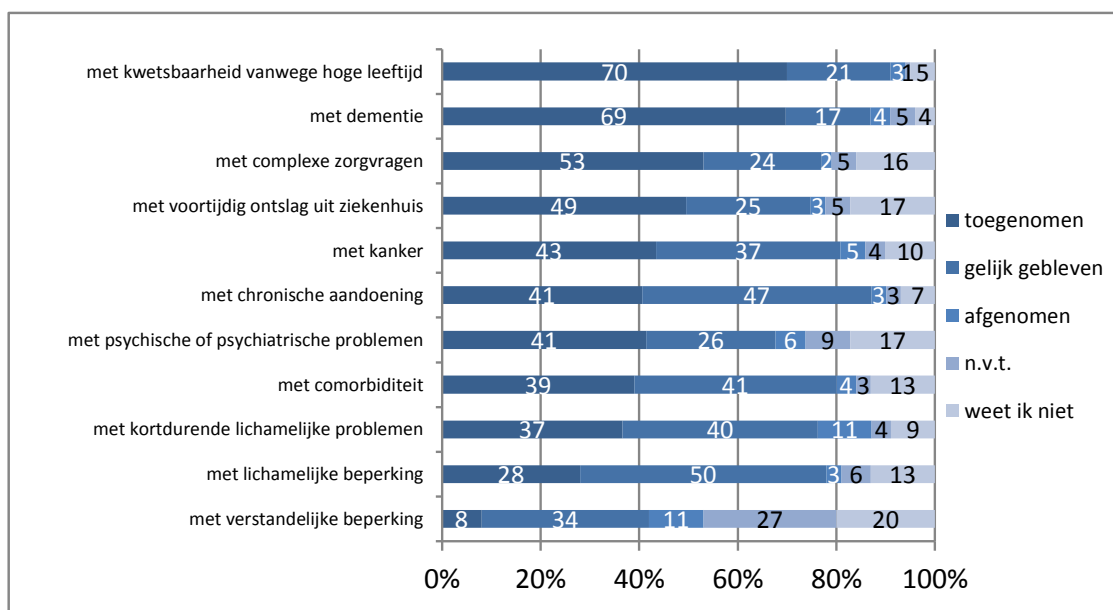
Ook het vragenlijstonderzoek wijst op veranderingen in zorgvragers en zorgvragen (Figuur 4.1, 4.2, 4.3). De helft van de hbo-opgeleide verpleegkundigen en vier op de tien mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat er een toename van cliënten is met psychische en psychiatrische problemen. Bijna twee derde van de hbo-opgeleide verpleegkundigen ziet ook een toename van cliënten met co-morbiditeit. Mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden merken deze toename in statistisch significant mindere mate op (respectievelijk 51,9% en 38,7%). Een vergelijkbaar verschil is zichtbaar bij cliënten met complexe zorgvragen. Hbo-opgeleide verpleegkundigen (72,2%) merken vaker een toename op van cliënten met deze zorgvragen dan de mbo-opgeleide verpleegkundigen (59,1%) en verzorgenden (53,2%). Een mogelijke verklaring voor deze verschillen is dat hbo-opgeleide verpleegkundigen meer inzicht hebben in onder andere de ziektebeelden van hun cliënten doordat zij als taak hebben de indicaties te stellen en hiervoor actief informatie navragen bij de cliënt. Deze informatie is inzichtelijk voor de anderen, maar die moeten dat zelf opzoeken.



Figuur 4.1 Ervaren veranderingen in zorgvragen cliënten sinds 1-1-2015 door hbo-opgeleide verpleegkundigen



Figuur 4.2 Ervaren veranderingen in zorgvragen cliënten sinds 1-1-2015 door mbo-opgeleide verpleegkundigen



Figuur 4.3 Ervaren veranderingen in zorgvragen cliënten sinds 1-1-2015 door verzorgenden

Cliënten kunnen terecht bij de verpleegkundigen en verzorgenden met zorgvragen voor verschillende types zorg, zo blijkt uit het vragenlijstonderzoek. Hierbij blijkt dat ongeveer zes op de tien verpleegkundigen en verzorgenden zorgvragen krijgen voor zowel persoonlijke verzorging, als voor verpleging en begeleiding (Bijlage C: Tabel C.4). De overige verpleegkundigen en verzorgenden geven veelal persoonlijke verzorging en verpleging aan. Hierbij verschillen de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met verschillende opleidingsniveaus niet.

Indicatiestelling voor wijkverpleging

Dat de hbo-opgeleide verpleegkundigen sinds 2015 zelf mogen indiceren, vinden de deelnemers van de focusgroepen een positieve ontwikkeling. De hbo-opgeleide verpleegkundigen vinden dat ze doelgerichter en met meer aandacht voor preventie indiceren dan het CIZ voorheen deed. Ook hebben zij en hun collega's de indruk dat de indicaties beter aansluiten op de zorgvraag van de cliënt doordat zij de cliënt thuis bezoeken. Een aantal deelnemers noemt dat het voor het indiceren belangrijk is dat hbo-opgeleide verpleegkundigen op de hoogte blijven van de cliëntsituaties. Hiervoor vinden zij het van belang dat hbo-opgeleide verpleegkundigen met regelmaat zelf zorg verlenen bij de cliënten waarbij zij ook de zorg indiceren.

“(..), waardoor je dus meer in de zorg mee kunt draaien. Dat zien ze als een kwaliteitsverhoging, zeg maar, voor de zorg. Want hoe meer je meedraait, hoe meer je de cliënten ziet en dan zie je wat er gebeurt. Dan ben je ook een betere sparringpartner voor je niveau vier verpleegkundigen.” (Focusgroep nummer 3)

Uit de focusgroepen en het vragenlijstonderzoek blijkt dat in 2016 de indicaties voor wijkverpleging grotendeels door hbo-opgeleide verpleegkundigen werden gesteld. Bijna negen van de tien hbo-opgeleide verpleegkundigen (86,3%) geeft aan zelf indicaties te stellen. Ook 34,1% van de mbo-opgeleide verpleegkundigen en 5,6% van de verzorgenden geeft aan dat zij in 2016 zelf indicaties stelden. Degenen die aangaven zelf indicaties te stellen, zijn ook gevraagd of zij zich daar competent voor voelen en op welke wijze zij tot de indicatiestelling komen. Van de verpleegkundigen en verzorgenden die zelf indicaties stellen voelt tussen de 73% en 89% zich hiervoor in hoge mate of volledig competent (Tabel 4.7).

Tabel 4.7 Ervaren competentie voor het stellen van indicaties

Voelt u zich competent (bekwaam) om indicaties te stellen?	Hbo-vpk (N=194)	Mbo-vpk (N=43)	Vz (N=11)	Vershil tussen groepen
	%	%	%	
Helemaal niet of enigszins	2,1	4,7	0	ns
In redelijke mate	8,8	20,9	27,3	
In hoge mate of volledig	89,2	74,4	72,7	

Gebruik van normenkader en classificatiesystemen bij de indicatiestelling

Het 'Normenkader: normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' (V&VN, 2014) beschrijft de randvoorwaarden voor het stellen van indicaties. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat tussen 9% en 21% van de indicerende verpleegkundigen gebruikmaakt van dit normenkader. Volgens het normenkader moet het indiceren van zorg plaatsvinden op basis van het verpleegkundig proces, wat ondersteund wordt door een classificatiesysteem. Het meest gebruikte instrument om tot een indicatiestelling te komen is het classificatiesysteem Omaha System (Tabel 4.8).

Tabel 4.8 Classificatiesystemen en/of indicatie instrumenten gebruikt bij het indiceren^a

Welk verpleegkundig classificatiesysteem of indicatie instrument gebruikt u om te indiceren bij uw cliënten?	Hbo-vpk (N=193)	Mbo-vpk (N=44)	Vz (N=11)	Verschil tussen groepen
	%	%	%	
Omaha System	76,7	77,3	90,9	ns
NANDA-NIC-NOC	28,5	25,0	0	ns
Gordon	18,7	13,6	9,1	ns
Ander instrument	4,7	4,6	0	-
Ander verpleegkundig classificatiesysteem	2,6	0	0	-
Weet ik niet	1,0	4,6	9,1	-

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

- Geen statistische toets uitgevoerd vanwege kleine aantal waarnemingen

Het normenkader stelt verder dat indicerende verpleegkundigen moeten kijken hoe de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het sociale netwerk versterkt kan worden. Aansluitend bij deze norm geven de meeste verpleegkundigen en verzorgenden in het vragenlijstonderzoek aan rekening te houden met andere mogelijkheden dan de inzet van wijkverpleging (Tabel 4.9). Ongeveer acht op de tien verpleegkundigen en verzorgenden houden zowel rekening met de mogelijkheid om een cliënt een handeling aan te leren, als de mogelijkheid dat mantelzorgers een deel van de zorg op zich kunnen nemen en dat hulpmiddelen een oplossing kunnen geven voor de zorgvraag van de cliënten. Hierbij verschillen de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met verschillende opleidingsniveaus niet.

Tabel 4.9 Andere mogelijkheden dan wijkverpleging

Houdt u bij het indiceren van verpleging en verzorging thuis rekening met de volgende zaken?	Hbo-vpk (N=190-191) ^a %	Mbo- vpk (N=44) %	Vz (N=10-11) ^a %	Verskil tussen groepen
De mogelijkheden om een cliënt een handeling aan te leren zodat de cliënt deze zelfstandig kan uitvoeren				
Nooit of zelden	1,1	4,6	0	ns
Regelmatig	10,5	18,2	27,3	
Vaak of altijd	88,4	77,3	72,7	
De mogelijkheden van mantelzorgers om een deel van de hulp voor uw cliënt op zich te nemen				
Nooit of zelden	0,5	0	0	ns
Regelmatig	17,9	25,0	27,3	
Vaak of altijd	81,6	75,0	72,7	
De mogelijkheid dat mantelzorgers zelf ook hulp en ondersteuning nodig hebben				
Nooit of zelden	2,6	2,3	0	ns
Regelmatig	16,8	38,6	20,0	
Vaak of altijd	80,6	59,1	80,0	
De mogelijkheden van vrijwilligers om een deel van de hulp voor uw cliënt op zich te nemen				
Nooit of zelden	15,2	18,2	27,3	ns
Regelmatig	27,8	36,4	27,3	
Vaak of altijd	57,1	45,5	45,5	
De mogelijkheden van het inzetten van hulpmiddelen als oplossing voor de zorgvraag van uw cliënt				
Nooit of zelden	2,1	6,8	0	ns
Regelmatig	15,7	29,6	18,2	
Vaak of altijd	82,2	63,6	81,8	

^a De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

Tevens vermeldt het normenkader dat het voor verpleegkundigen van belang is om de inzet van wijkverpleging te kunnen verantwoorden. Aanvullende informatie navragen bij anderen kan bijdragen aan deze verantwoording. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden dit vooral bij de mantelzorgers doen: ruim acht op de tien verpleegkundigen en verzorgenden die indicaties stellen vragen om aanvullende informatie bij de mantelzorgers van hun cliënten (Tabel 4.10). Daarnaast vragen zij informatie aan andere zorgprofessionals, met name aan huisartsen.

Tabel 4.10 Aanvullend informatie navragen voor indicatiestelling^a

Vraagt u naar aanvullende informatie over u cliënt bij anderen voordat u een indicatie stelt?	Hbo-vpk (N=190)	Mbo-vpk (N=44)	Vz (N=11)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Bij de mantelzorgers van de cliënt	85,8	86,4	72,7	ns
Bij de huisarts van de cliënt	79,0	86,4	81,8	ns
Bij de zorgprofessionals uit het ziekenhuis	65,8	70,5	54,6	ns
Bij GGZ-professionals	25,8	20,5	27,3	ns
Bij andere bij de cliënt betrokken professionals ^b	15,8	11,4	9,1	ns
Bij de gemeenten of gemeentelijke diensten	11,6	6,8	0	ns
Nee	4,7	4,6	18,2	ns
Weet ik niet	1,1	0	0	-

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

^b In de toelichting wordt vooral verwezen naar paramedische professionals

- Geen statistische toets uitgevoerd vanwege kleine aantal waarnemingen

Invloed van collega's op de indicatiestelling

In de focusgroepen noemden deelnemers dat mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden een belangrijke signalerende functie hebben voor de indicatiestelling door hbo-opgeleide verpleegkundigen. Het vragenlijstonderzoek bevestigt deze invloed, vooral vanuit het perspectief van de mbo-opgeleide verpleegkundigen. Bij nieuwe cliënten meent de helft van de mbo-opgeleide verpleegkundigen dat zij in (zeer) hoge mate invloed hebben op de indicatiestelling van hun collega's (Tabel 4.11) en bij bestaande cliënten zes op de tien van de mbo-opgeleide verpleegkundigen (Tabel 4.12). De verzorgenden ervaren in mindere mate invloed te hebben op de indicatiestelling van hun collega's, vooral bij nieuwe cliënten ervaart nog geen kwart van de verzorgenden veel invloed. Bij bestaande cliënten ervaren ruim vier op de tien van de verzorgenden wel in (zeer) hoge mate invloed.

Tabel 4.11 Invloed van zorgverleners die zelf niet indiceren op indicatiestelling bij nieuwe cliënten

Heeft u invloed op de indicatiestelling door de wijkverpleegkundigen bij cliënten die nieuw in zorg komen?	Hbo-vpk (N=30)	Mbo-vpk (N=84)	Vz (N=183)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Niet of nauwelijks	10,0	11,9	36,1	*
In redelijke mate	60,0	38,1	39,3	
In (zeer) hoge mate	30,0	50,0	24,6	

Tabel 4.12 Invloed van zorgverleners die zelf niet indiceren op indicatiestelling bij bestaande cliënten

Heeft u invloed op de indicatiestelling door de wijkverpleegkundigen bij bestaande cliënten?	Hbo-vpk (N=31) %	Mbo-vpk (N=84) %	Vz (N=184) %	Verskil tussen groepen
Niet of nauwelijks	6,5	4,8	15,2	ns
In redelijke mate	45,2	33,3	42,9	
In (zeer) hoge mate	48,4	61,9	41,9	

Aansluiting indicatiestelling op zorgvragen

Het vragenlijstonderzoek bevestigt deels het beeld dat uit de focusgroepen naar voren komt dat de indicatiestellingen beter aansluiten bij de zorgvragen van cliënten (Tabel 4.13). Ongeveer zeven op de tien verpleegkundigen vinden dat de indicatiestellingen in (zeer) hoge mate aansluiten. Verzorgenden zijn hier minder vaak uitgesproken positief over. De helft van de verzorgenden vindt dat de indicatiestelling in (zeer) hoge mate aansluit. De andere verzorgenden zijn voornamelijk van mening dat de indicatiestelling in redelijke mate aansluit bij de zorgvraag van cliënten.

Tabel 4.13 Aansluiting van indicatiestelling op zorgvraag cliënt

Sluit de indicatiestelling voor verpleging en verzorging thuis over het algemeen aan bij de zorgvraag van uw cliënten?	Hbo-vpk (N=226) %	Mbo-vpk (N=128) %	Vz (N=192) %	Verskil tussen groepen
Niet of nauwelijks	0,9	0,8	3,1	*
In redelijke mate	26,1	29,7	47,4	
In (zeer) hoge mate	73,0	69,5	49,5	

Indicatiestelling voor gemeentelijke voorzieningen

Naast wijkverpleging, krijgen cliënten vaak ook ondersteuning vanuit gemeentelijke voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp. Uit de focusgroepen blijkt dat de ervaringen van de deelnemers over het aanvragen van huishoudelijke hulp niet altijd positief zijn. In het vragenlijstonderzoek vroegen we of hbo-opgeleide verpleegkundigen de mogelijkheid hebben om te indiceren voor gemeentelijke voorzieningen. Ruim driekwart van de hbo-opgeleide verpleegkundigen geeft aan dat dit niet mogelijk is (Tabel 4.14). Mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden geven vaker aan dat de hbo-opgeleide verpleegkundigen uit hun team wel kunnen indiceren voor gemeentelijke voorzieningen. Echter het is voor twee op de tien mbo-opgeleide verpleegkundigen en ruim drie op de tien verzorgenden niet duidelijk of hbo-opgeleide verpleegkundigen hiervoor kunnen indiceren.

Tabel 4.14 Mogelijkheid om te indiceren voor gemeentelijke voorzieningen^a

Kunnen wijkverpleegkundigen in uw team indiceren voor gemeentelijke voorzieningen?	Hbo-vpk (N=225)	Mbo-vpk (N=127)	Vz (N=193)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Ja, voor hulpmiddelen	10,2	19,7	26,4	*
Ja, voor individuele begeleiding	11,6	16,5	26,4	*
Ja, voor huishoudelijke hulp	8,0	8,7	17,6	*
Nee	77,3	55,1	32,1	*
Weet ik niet	8,0	21,3	37,3	*

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

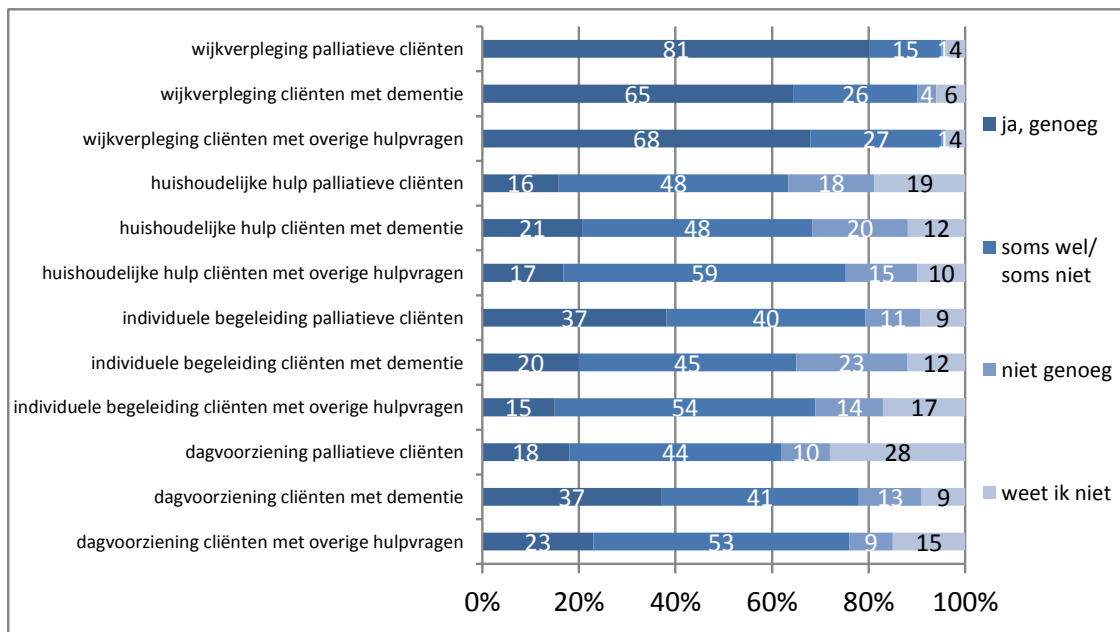
Beschikbaarheid zorg en ondersteuning

De deelnemers van de focusgroepen ervaren dat de geboden wijkverpleging in het algemeen toereikend is. Een aantal verzorgenden benoemt hierbij wel dat zij de laatste jaren minder tijd krijgen voor de zorgmomenten.

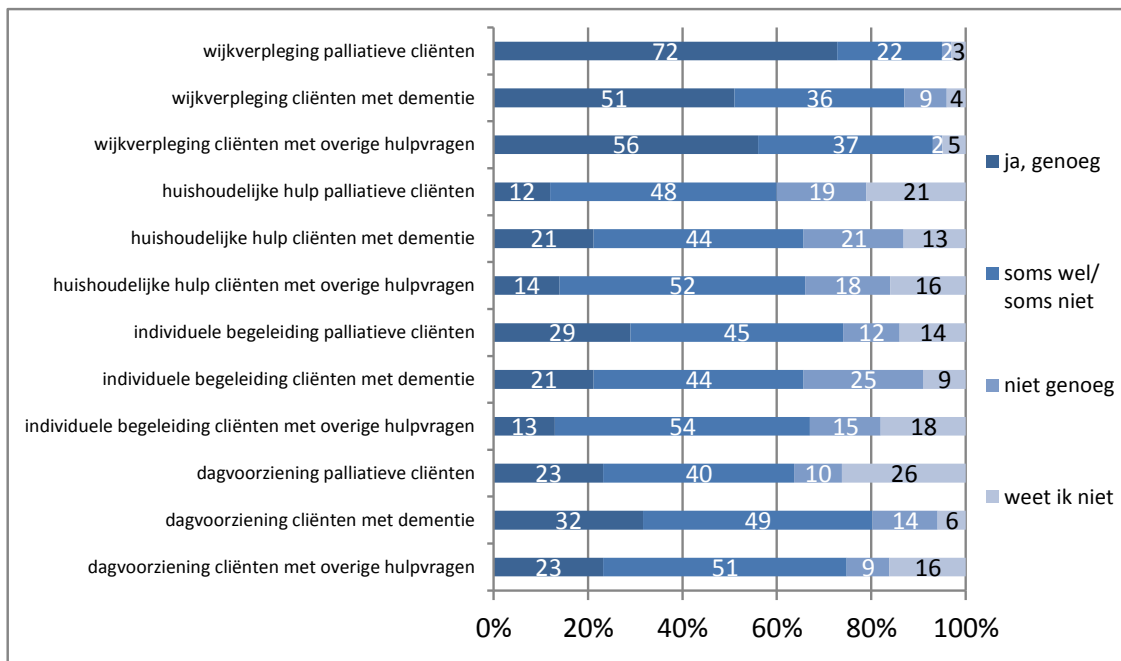
“Wij hadden eerst 30 minuten om te douchen en dan hadden we toch even tijd om een kop koffie te drinken. Dat is nu dus dat kwartier of 20 minuten en dan komt de volgende weer. Dus je hebt meer cliënten op een route.” (Focusgroep nummer 2)

Vooraf de hbo-opgeleide verpleegkundigen geven aan zich zorgen te maken over budgetplafonds, waarmee zij doelen op de jaarlijkse inkoop door zorgverzekeraars van een maximaal aantal te besteden uren wijkverpleging.

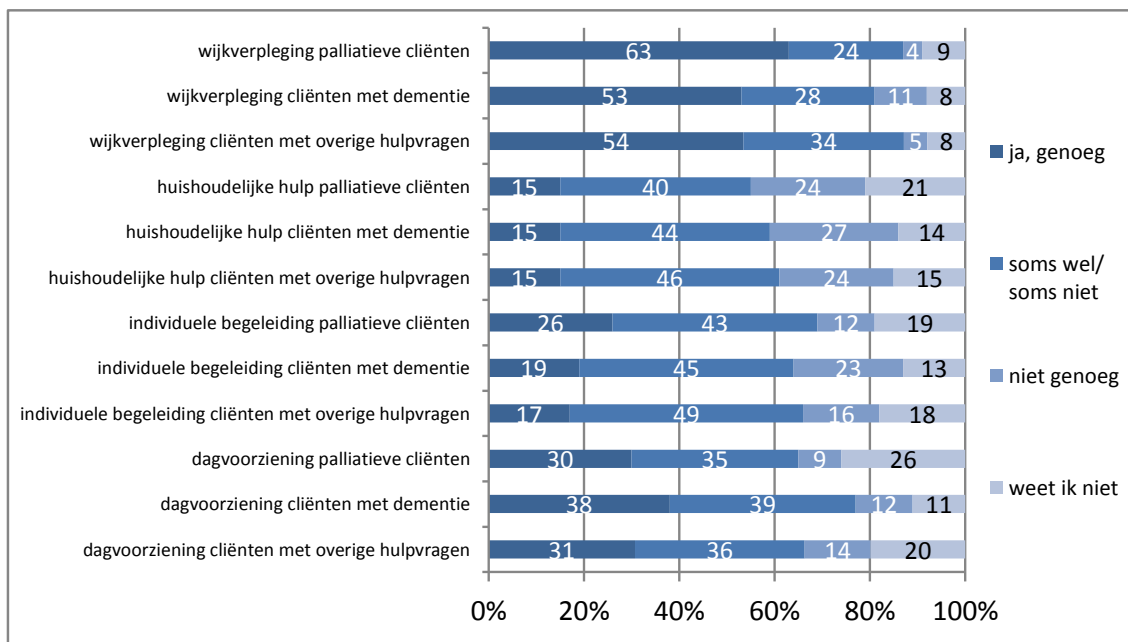
Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat meer dan de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat er voldoende wijkverpleging beschikbaar is voor hun cliënten en hun mantelzorgers (Figuur 4.4, 4.5, 4.6). De ervaringen verschillen wel tussen verpleegkundigen en verzorgenden, vooral bij cliënten met een palliatieve zorgvraag en bij cliënten met dementie. Zo vinden mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden minder vaak dat er voldoende wijkverpleging beschikbaar is bij deze twee cliëntgroepen dan de hbo-opgeleide verpleegkundigen. Ook in de focusgroepen wezen deelnemers op beperkingen in beschikbare tijd voor cliënten in de palliatieve fase en cliënten met dementie. Daarnaast noemden deelnemers van de focusgroepen beperkingen in inzet van huishoudelijke hulp en individuele begeleiding vanuit gemeentelijke voorzieningen. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat ongeveer twee op de tien verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat er nooit genoeg huishoudelijke hulp beschikbaar is voor hun cliënten. Bij de individuele begeleiding valt op dat ongeveer een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat er bij cliënten met dementie (altijd) onvoldoende begeleiding beschikbaar is.



Figuur 4.4 Ervaring met hoeveelheid geboden zorg en ondersteuning van hbo-opgeleide verpleegkundigen



Figuur 4.5 Ervaring met hoeveelheid geboden zorg en ondersteuning van mbo-opgeleide verpleegkundigen



Figuur 4.6 Ervaring met hoeveelheid geboden zorg en ondersteuning van verzorgenden

Taken buiten de geïndiceerde zorg

Onvoldoende inzet van andere ondersteuning kan voor een groter beroep op de wijkverpleging zorgen. We vroegen de verpleegkundigen en verzorgenden in de vragenlijst of zij taken buiten de geïndiceerde zorg uitvoeren. Het blijkt dat ongeveer acht op de tien verpleegkundigen en verzorgenden in 2016 wel eens taken heeft uitgevoerd bij hun cliënten die buiten de geïndiceerde zorg vielen. Ruim zeven op de tien verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat zij in 2016 huishoudelijke taken hebben uitgevoerd (Tabel 4.15). Van de verpleegkundigen en verzorgenden die aangeven huishoudelijke taken uitgevoerd te hebben geeft ongeveer een kwart aan dat dit wekelijks voorkwam. Naast huishoudelijke taken wordt het halen van medicatie ook vaak aangegeven als uitgevoerde taak buiten de geïndiceerde zorg. De ervaringen met het halen van boodschappen blijken wisselend te zijn: bijna vier op de tien verzorgenden (37,6%) geeft aan in 2016 boodschappen gehaald te hebben, terwijl slechts 22% van de mbo-opgeleide verpleegkundigen en 16% van de hbo-opgeleide verpleegkundigen dit aangeven. Naast voorgestructureerde taken geven tussen 9% en 13% van de verpleegkundigen en verzorgenden aan andere taken uit te voeren.

Tabel 4.15 Uitgevoerde taken buiten de geïndiceerde zorg^a

Welke taken die buiten de geïndiceerde zorg vielen heeft u het afgelopen jaar uitgevoerd?	Hbo-vpk (N=224- 235) ^b %	Mbo-vpk (N=127- 135) ^b %	Vz (N=185- 199) ^b %	Verskil tussen groepen
Huishoudelijke taken	71,1	70,5	70,0	ns
Medicatie halen	58,6	58,0	62,6	ns
Administratieve taken	42,2	32,8	40,5	ns
Boodschappen halen	16,1	22,1	37,6	*
Andere taken ^c	8,5	12,6	8,5	ns

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

^b De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

^c In de toelichting wordt vaak verwezen naar ondersteuning bij maaltijden en het wegbrengen van urine

Van de verpleegkundigen en verzorgenden die in het vragenlijstonderzoek aangeven taken buiten de geïndiceerde zorg uit te voeren, geeft tussen 25% en 39% aan dat zij deze taken vaker uitvoeren dan dat zij voor 1 januari 2015 deden (Tabel 4.16). Ongeveer de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden meent dat zij deze taken niet vaker uitvoeren dan voor 1 januari 2015.

Tabel 4.16 Verandering in frequentie van uitgevoerde taken buiten de geïndiceerde zorg

Heeft u het afgelopen jaar vaker dan voor 1-1-2015 taken die buiten de geïndiceerde zorg vielen uitgevoerd?	Hbo-vpk (N=176)	Mbo-vpk (N=102)	Vz (N=155)	Vershil tussen groepen
	%	%	%	
Ja	25,0	39,2	37,4	ns
Nee	58,0	51,0	46,5	
Weet ik niet	17,1	9,8	16,1	

Samenwerking en afstemming

Samenwerking met andere professionals

Deelnemers aan de focusgroepen geven aan dat sinds 2015 de samenwerking met andere zorgprofessionals is verbeterd, vooral met huisartsen, fysio- en ergotherapeuten. Verder noemen vooral de hbo-opgeleide verpleegkundigen meer tijd te besteden aan netwerken. Ook noemen de deelnemers dat de overlegmomenten sinds 2015 zijn toegenomen. Dit gebeurt zowel in de vorm van multidisciplinair overleg als via digitale netwerken. Naast de verbeterde samenwerking geven deelnemers ook aspecten aan die nog beter kunnen, bijvoorbeeld de overdracht van zorg vanuit het ziekenhuis of een GGZ-instelling.

“Ik vind dat de GGZ nog wel meer kan samenwerken met de thuiszorg. (..)Dan kondigen ze een cliënt aan voor medicijnen aanreiken, maar dan hoor je niks over waarom of over uit wat voor situatie de cliënt komt.” (Focusgroep nummer 3)

Ook uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden met veel verschillende professionals samenwerken in de zorg voor hun cliënten (Bijlage C: Tabel C.5). De professionals waarmee zij het vaakst samenwerken zijn huisartsen, praktijkondersteuners en apothekers. Over de mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden samenwerken met professionals lopen de ervaringen echter uiteen. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe vaker verpleegkundigen aangeven vaak of altijd samen te werken met zorgprofessionals zoals huisartsen, praktijkondersteuners, apothekers en paramedici. Ook bij vrijwilligers-, welzijns-, mantelzorg- en maatschappelijke ondersteuningsorganisaties geven hbo-opgeleide verpleegkundigen vaker aan samen te werken met deze organisaties dan de mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden.

Een nieuwe samenwerkingspartner van de wijkverpleging zijn de onafhankelijke cliëntondersteuners die cliënten uit de Wlz ondersteuning bieden. We vroegen in het vragenlijstonderzoek in hoeverre verpleegkundigen en verzorgenden in het afgelopen jaar te maken hadden met deze onafhankelijke cliëntondersteuners (Tabel 4.17). Hbo-opgeleide verpleegkundigen hebben het vaakst met deze samenwerkingspartner te maken: ruim vier op de tien hbo-opgeleide verpleegkundigen (45,3%).

Tabel 4.17 Samenwerking met onafhankelijke cliëntondersteuners

Heeft u het afgelopen jaar te maken gehad met onafhankelijke cliëntondersteuners?	Hbo-vpk (N=225)	Mbo-vpk (N=127)	Vz (N=193)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Wel voorgekomen	45,3	35,7	22,1	*

Afstemming met andere zorgprofessionals

Bij de verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben met afstemming van zorg voor hun cliënten met andere zorgprofessionals vroegen we in het vragenlijstonderzoek naar hun ervaringen daarmee. Aansluitend op de ervaringen van de focusgroep deelnemers blijkt dat de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden over het algemeen positief zijn (Tabel 4.18). Vooral de afstemming van zorg met huisartsen verloopt volgens ruim zeven op de tien verpleegkundigen en verzorgenden uitstekend tot goed. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn het minst tevreden over de afstemming van zorg met GGZ-professionals: tussen 17% en 25% vindt dat deze afstemming over het algemeen matig of slecht verloopt. Hierbij verschillen de ervaringen tussen de verschillende opleidingsniveaus niet.

Tabel 4.18 Ervaring met afstemming van zorg en ondersteuning

Hoe verloopt over het algemeen de afstemming van zorg en ondersteuning voor uw cliënten met andere zorgprofessionals?	Hbo-vpk (N=185- 223) ^b	Mbo-vpk (N=95- 126) ^b	Vz (n=144- 187) ^b	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Afstemming van zorg en ondersteuning tussen mijn team en huisartsen verloopt				
Uitstekend of goed	76,1	76,2	72,7	ns
Redelijk	18,0	20,6	23,0	
Matig of slecht	5,9	3,2	4,3	
Afstemming van zorg en ondersteuning tussen mijn team en andere zorgprofessionals verloopt^a				
Uitstekend of goed	62,3	63,7	56,7	ns
Redelijk	30,0	33,1	36,5	
Matig of slecht	7,7	3,2	6,7	
Afstemming van zorg en ondersteuning tussen mijn team en zorgprofessionals uit het ziekenhuis verloopt				
Uitstekend of goed	43,5	35,0	48,9	ns
Redelijk	45,7	55,3	38,6	
Matig of slecht	10,8	9,8	12,5	
Afstemming van zorg en ondersteuning tussen mijn team en GGZ-professionals verloopt				
Uitstekend of goed	34,1	27,4	43,8	ns
Redelijk	41,1	51,6	39,6	
Matig of slecht	24,9	21,1	16,7	

^a Het gaat hier om zorgprofessionals zoals apothekers en paramedische professionals

^b De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

Een mogelijke verklaring voor de positieve ervaringen over de afstemming van zorg met huisartsen ligt bij het gebruik van een gezamenlijk (zorg)dossier met de huisartsen. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt echter dat slechts tussen 12% en 23% van de verpleegkundigen en verzorgenden werkt met een gezamenlijk (zorg)dossier bij (vrijwel) al hun cliënten (Tabel 4.19). De meeste verpleegkundigen en verzorgenden (tussen 60% en 68%) werken niet met een gezamenlijk (zorg)dossier met de huisarts. Verpleegkundigen en verzorgenden denken wel dat een gezamenlijk (zorg)dossier de samenwerking met huisartsen kan bevorderen: ruim zes op de tien verpleegkundigen en verzorgenden menen dat een gezamenlijk (zorg)dossier de samenwerking in (zeer) hoge mate bevordert (Tabel 4.20).

Tabel 4.19 Gebruik van gezamenlijk dossier met huisartsen

Voert u bij uw cliënten een gezamenlijk (zorg)dossier met de huisarts?	Hbo-vpk (N=221) %	Mbo-vpk (N=127) %	Vz (N=193) %	Verskil tussen groepen
Ja, voor (vrijwel) al mijn cliënten	11,8	19,7	23,3	ns
Ja, voor een deel van mijn cliënten	20,4	20,5	13,0	
Nee	67,9	59,8	63,7	

Tabel 4.20 Bevordering van samenwerking door gezamenlijk dossier

Vindt u dat een gezamenlijk (zorg)-dossier met de huisarts de onderlinge samenwerking bevordert?	Hbo-vpk (N=218) %	Mbo-vpk (N=122) %	Vz (N=181) %	Verskil tussen groepen
Niet of nauwelijks	6,0	7,4	8,8	ns
In redelijke mate	28,0	32,0	30,9	
In (zeer) hoge mate	66,1	60,7	60,2	

Overdracht van andere zorgprofessionals

We vroegen verpleegkundigen en verzorgenden in het vragenlijstonderzoek wat zij vinden van de manier waarop andere zorgprofessionals cliënten overdragen naar de wijkverpleging. Gelijk aan de afstemming van zorg blijkt uit het vragenlijstonderzoek dat verpleegkundigen en verzorgenden vooral positief zijn over de overdracht vanuit huisartsen: ruim zes op de tien verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat de overdrachten vanuit huisartsen uitstekend of goed verlopen (Tabel 4.21). Uit de focusgroepen blijkt dat de overdrachten vanuit ziekenhuizen en GGZ-instellingen niet altijd toereikend zijn. Het vragenlijstonderzoek bevestigt deze ervaringen, vooral voor de GGZ-instellingen: tussen de 16% en 32% van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt de overdrachten vanuit de GGZ matig of slecht. Over de overdrachten vanuit ziekenhuizen zijn de verpleegkundigen en verzorgenden wat positiever, slechts tussen de 14% en 17% vindt deze matig tot slecht. De ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met verschillende opleidingsniveaus verschillen hierbij niet. Verpleegkundigen en verzorgenden die antwoordden dat de

overdracht met de zorgprofessional voor hen niet van toepassing was zijn niet meegenomen in de tabel.

Tabel 4.21 Ervaring met de overdracht van cliënten

Hoe verloopt over het algemeen de overdracht van cliënten van andere zorgprofessionals naar u of uw team?	Hbo- vpk (N=52- 222) ^a %	Mbo- vpk (N=33- 125) ^a %	Vz (N=39- 186) ^a %	Vershil tussen groepen
Overdrachten vanuit huisartsen				
Uitstekend of goed	62,4	62,4	61,3	ns
Redelijk	25,8	27,2	29,0	
Matig of slecht	11,8	10,4	9,7	
Overdrachten vanuit ziekenhuizen				
Uitstekend of goed	43,7	35,5	42,9	ns
Redelijk	42,8	47,6	40,8	
Matig of slecht	13,5	16,9	16,3	
Overdrachten vanuit de intramurale ouderenzorg				
Uitstekend of goed	30,0	40,6	38,3	ns
Redelijk	50,6	42,7	50,8	
Matig of slecht	19,4	16,7	10,8	
Overdrachten vanuit de GGZ				
Uitstekend of goed	21,1	24,4	32,3	ns
Redelijk	47,2	46,3	51,6	
Matig of slecht	31,7	29,3	16,1	
Overdrachten vanuit de gehandicaptenzorg				
Uitstekend of goed	13,5	21,2	33,3	ns
Redelijk	51,9	60,6	51,3	
Matig of slecht	34,6	18,2	15,4	

^a De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

Een mogelijke belemmering in de overdracht van cliënten is de privacywetgeving, waardoor het voor professionals niet altijd mogelijk is om onderling gegevens van cliënten uit te wisselen. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt echter dat ruim de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden nooit of zelden ervaart dat deze wetgeving de overdracht bemoeilijkt (Tabel 4.22). Hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen merken vaker op dat de privacywetgeving een belemmering vormt dan de verzorgenden (respectievelijk 15,3%, 10,3% en 3,1%). Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat verpleegkundigen ook vaker aangeven samen te werken met professionals die werkzaam zijn buiten de zorg (Bijlage C: Tabel C.5). Daarnaast geven mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden vaker aan niet te weten of de privacywetgeving een belemmering vormt.

Tabel 4.22 Ervaring met privacywetgeving

Heeft u ervaren dat de privacywetgeving de overdracht van cliënten naar andere professionals/instanties bemoeilijkt?	Hbo-vpk (N=223)	Mbo-vpk (N=126)	Vz (N=192)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Nooit of zelden	52,5	50,8	53,1	*
Regelmatig	26,5	22,2	16,2	
Vaak of altijd	15,3	10,3	3,1	
Weet ik niet	5,8	16,7	27,6	

Samenwerking met gemeenten en sociale wijkteams

De verwachting was dat de wijkverpleging sinds januari 2015 ook meer samenwerkt met gemeenten en sociale wijkteams. De ervaringen over samenwerking met gemeenten en wijkteams zijn erg wisselend. Een aantal deelnemers van de focusgroepen zegt nauwelijks samen te werken.

“Dat is maar weinig hoor. D’r wordt veel meer jeugdproblematiek behandeld dan echt de ouderen.” (Focusgroep nummer 1)

Andere deelnemers van de focusgroepen zeggen wel goed samen te werken met het wijkteam. Ook geeft een aantal deelnemers aan dat er geen wijkteams bestaan in hun gemeente, maar dat zij via andere netwerkbijeenkomsten wel in aanraking komen met professionals uit de gemeente.

Ook in het vragenlijstonderzoek zijn vragen gesteld over samenwerking met gemeentelijke voorzieningen. Ruim zes op de tien hbo-opgeleide verpleegkundigen geeft aan regelmatig of vaak samen te werken met gemeenten of sociale wijkteams (Bijlage C: Tabel C.5). Er is echter ook een vrij grote groep hbo-opgeleide verpleegkundigen (38,9%) die aangeeft nooit of zelden samen te werken met gemeenten of sociale wijkteams. Mbo-verpleegkundigen en verzorgenden geven in mindere mate aan regelmatig of vaak samen te werken met gemeenten of sociale wijkteams.

Afstemming met en overdracht van gemeenten en sociale wijkteams

Het beeld uit de focusgroepen dat de ervaringen over de samenwerking met gemeenten en wijkteams erg wisselend zijn, wordt bevestigd in het vragenlijstonderzoek. Ruim twee op de tien verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat de afstemming van zorg met gemeenten over het algemeen uitstekend of goed verloopt, maar ook ruim twee op de tien verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat de afstemming matig of slecht verloopt (Tabel 4.23). Over de overdracht van cliënten vanuit gemeenten zijn de verpleegkundigen en verzorgenden minder positief. Ongeveer vier op de tien verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat de overdracht over het algemeen matig tot slecht verloopt (Tabel 4.24). Verpleegkundigen en verzorgenden die aangaven dat de afstemming met of overdracht vanuit gemeenten niet van toepassing was voor hun werksituatie zijn niet meegenomen in de tabellen.

Tabel 4.23 Ervaring met afstemming met gemeenten

Hoe verloopt over het algemeen de afstemming van zorg en ondersteuning voor uw cliënten met andere professionals?	Hbo-vpk (N=198)	Mbo-vpk (N=104)	Vz (N=146)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Afstemming van zorg en ondersteuning tussen mijn team en gemeenten of gemeentelijke diensten verloopt				
Uitstekend of goed	34,9	22,1	22,6	ns
Redelijk	43,4	50,0	45,9	
Matig of slecht	21,7	27,9	31,5	

Tabel 4.24 Ervaring met overdracht vanuit gemeenten

Hoe verloopt over het algemeen de overdracht van cliënten van andere professionals naar u of uw team?	Hbo-vpk (N=153)	Mbo-vpk (N=82)	Vz (N=93)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Overdrachten vanuit de gemeenten of gemeentelijke diensten				
Uitstekend of goed	22,2	9,8	19,4	ns
Redelijk	37,9	43,9	44,1	
Matig of slecht	39,9	46,3	36,6	

In het vragenlijstonderzoek is gevraagd of verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat gemeenten of gemeentelijke diensten cliënten met hun zorgvragen afschuiven naar de wijkverpleging. Vooral hbo-opgeleide verpleegkundigen (64,4%) hebben in 2016 opgemerkt dat dit gebeurde (Tabel 4.25). Ook ongeveer de helft van de mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden heeft de indruk dat gemeenten cliënten afschuiven naar de wijkverpleging. Als voorbeelden van dit afschuiven noemen deelnemers van de focusgroepen onder andere dat verpleegkundigen en verzorgenden voor hun cliënten de was doen en boodschappen halen, omdat de huishoudelijke hulp vanuit de gemeenten ontoereikend is.

Tabel 4.25 Afschuiven zorgvraag van gemeenten naar wijkverpleging

Heeft u in het afgelopen jaar ervaren dat cliënten met hun zorgvragen worden afgeschoven door gemeenten of gemeentelijke diensten naar u of uw team?	Hbo-vpk (N=219)	Mbo-vpk (N=122)	Vz (N=182)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Wel voorgekomen	64,4	50,8	47,8	*

Tussen 59% en 72% van de verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat er in hun werkgebied een sociaal wijkteam is (Tabel 4.26). Daarnaast stellen ongeveer twee op de tien verpleegkundigen en verzorgenden dat in hun werkgebied geen

sociale wijkteams zijn, maar wel andere multidisciplinaire teams. Hierbij verschillen de ervaringen tussen hbo-opgeleiden en mbo-opgeleiden niet significant.

Tabel 4.26 Aanwezigheid (sociale) wijkteams

Wordt er in uw werkgebied gewerkt met (sociale) wijkteams?	Hbo-vpk (N=223)	Mbo-vpk (N=128)	Vz (N=192)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Ja	72,2	68,0	58,9	ns
Nee, niet met (sociale) wijkteams, maar wel met andere multidisciplinaire teams	19,3	20,3	22,4	
Nee, in mijn werkgebied wordt helemaal niet met multidisciplinaire teams gewerkt	8,5	11,7	18,8	

Verpleegkundigen en verzorgenden met een (sociaal) wijkteam in hun werkgebied, gaven in het vragenlijstonderzoek ook aan wie aan dit wijkteam deelnam. Ruim zes op de tien mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat een collega (wijk)verpleegkundigen uit hun eigen organisatie deelneemt aan het (sociale) wijkteam (Tabel 4.27). De hbo-opgeleide verpleegkundigen geven het meeste aan dat zij zelf in het wijkteam zitten, maar zij merken ook het meeste op dat er geen (wijk)verpleegkundige in het (sociale) wijkteam zit. Een mogelijke verklaring voor het verschil in ervaringen met mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgende is dat de hbo-opgeleide verpleegkundigen vaker samenwerken met de (sociale) wijkteams en daardoor beter op de hoogte zijn van de samenstelling van het wijkteam.

Tabel 4.27 Aanwezigheid (wijk)verpleegkundige in (sociale) wijkteams

Zit er een (wijk)verpleegkundige in het (sociale) wijkteam van uw werkgebied?	Hbo-vpk (N=161)	Mbo-vpk (N=85)	Vz (N=112)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Ja, ik zit zelf in het (sociale) wijkteam	17,4	2,4	3,6	*
Ja, een (wijk)verpleegkundige uit <i>mijn</i> zorgorganisatie zit in het (sociale) wijkteam	31,7	61,2	62,5	
Ja, een (wijk)verpleegkundige uit een <i>andere</i> zorgorganisatie zit in het (sociale) wijkteam	19,9	14,1	8,0	
Nee	23,0	11,8	6,3	
Weet ik niet	8,1	10,6	19,6	

Wanneer een verpleegkundige deelneemt aan een sociaal wijkteam kan zij een schakel zijn tussen de wijkverpleging en de gemeentelijke voorzieningen. We vroegen in het vragenlijstonderzoek aan verpleegkundigen en verzorgenden wat hun ervaringen daarmee zijn. Tussen de 36% en 49% van deze verpleegkundigen en

verzorgenden meent dat de verpleegkundige in (zeer) hoge mate een efficiënte schakel vormt (Tabel 4.28). Uit de toelichting (open vraag) blijkt dat de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met deelname aan sociale wijkteams erg wisselen. Een aantal verpleegkundigen en verzorgenden benoemt de meerwaarde van deelname aan wijkteams en de korte lijntjes die daarmee ontstaan tussen de wijkverpleging en de gemeenten. Echter worden er ook knelpunten ervaren, zoals een beperkte samenwerking met gemeenten. De ervaringen over de samenwerking met gemeenten verschillen niet tussen de verpleegkundigen en verzorgenden die zelf in een (sociaal) wijkteam zitten en zij die niet in een (sociaal) wijkteam zitten.

Tabel 4.28 (Wijk)verpleegkundige als schakel tussen wijkverpleging en gemeentelijke voorzieningen

Vindt u dat deze (wijk)verpleegkundige een efficiënte schakel is tussen de verpleging en verzorging thuis en de gemeentelijke voorzieningen?	Hbo-vpk (N=110)	Mbo- vpk (N=67)	Vz (N=39)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Niet of nauwelijks	18,2	16,4	18,8	ns
In redelijke mate	35,5	47,8	32,5	
In (zeer) hoge mate	46,4	35,8	48,8	

Samenwerking met mantelzorgers

Uit de focusgroepen komt het beeld naar voren dat de samenwerking met mantelzorgers gelijk is aan de situatie voor 2015, maar dat verpleegkundigen en verzorgenden wel vaker te maken hebben met overbelasting van mantelzorgers. Het vragenlijstonderzoek bevestigt dit beeld: ruim driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden zegt vaker overbelasting bij mantelzorgers te zien (Tabel 4.29). In de toelichting (open vraag) noemen verpleegkundigen en verzorgenden dat er sinds januari 2015 veel meer gevraagd wordt van de mantelzorgers. Mensen blijven langer thuis wonen, de overige ondersteuning schiet tekort en de wijkverpleging kan en mag dit niet volledig opvangen. Over de kwaliteit van zorg en ondersteuning die zij zelf bieden aan mantelzorgers vindt een ruime helft van de verpleegkundigen en verzorgenden dat deze goed tot uitstekend is (Tabel 4.30).

Tabel 4.29 Gesignaleerde verandering in overbelasting van mantelzorgers

Heeft u het afgelopen jaar vaker dan vóór 1-1-2015 te maken gehad met overbelasting bij mantelzorgers?	Hbo-vpk (N=220)	Mbo-vpk (N=124)	Vz (N=190)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Ja	73,6	79,0	79,0	ns
Nee	14,1	15,3	13,2	
Weet ik niet	12,3	5,7	7,9	

Tabel 4.30 Ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning voor mantelzorgers

Wat vindt u in het algemeen van de kwaliteit van zorg of ondersteuning die u of uw team biedt aan mantelzorgers?	Hbo-vpk (N=222)	Mbo-vpk (N=127)	Vz (N=190)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Uitstekend of goed	61,3	52,8	59,0	ns
Redelijk	34,7	37,0	30,0	
Matig of slecht	4,1	10,2	11,1	

Vernieuwde werkwijzen

Meer focus op zelfredzaamheid en eigen regie en andere nieuwe taken

De deelnemers van de focusgroepen ervaren sinds begin 2015 een omschakeling; er wordt sinds 2015 meer dan daarvoor gekeken naar wat cliënten zelf kunnen en er is een grotere focus op zelfredzaamheid en eigen regie. Hierbij worden ook vaker dan voorheen andere disciplines bij de zorg betrokken, zoals fysio- en ergotherapeuten. De deelnemers benoemen ook dat door de focus op zelfredzaamheid de zorg doelgerichter is geworden. Waar voorheen cliënten voor een onbepaalde periode zorg ontvingen wordt er sinds 2015 vaker een doel gesteld wanneer de cliënt zelfstandig zou kunnen zijn. Naar dit doel wordt dan ook gestreefd tijdens de verdere zorgverlening.

“Het is ook meer van zorgen voor naar zorgen dat. Dat je allerlei mogelijkheden aanreikt voor mensen: dit is er mogelijk, dat kun je doen. Je wijst ze de weg.” (Focusgroep nummer 3)

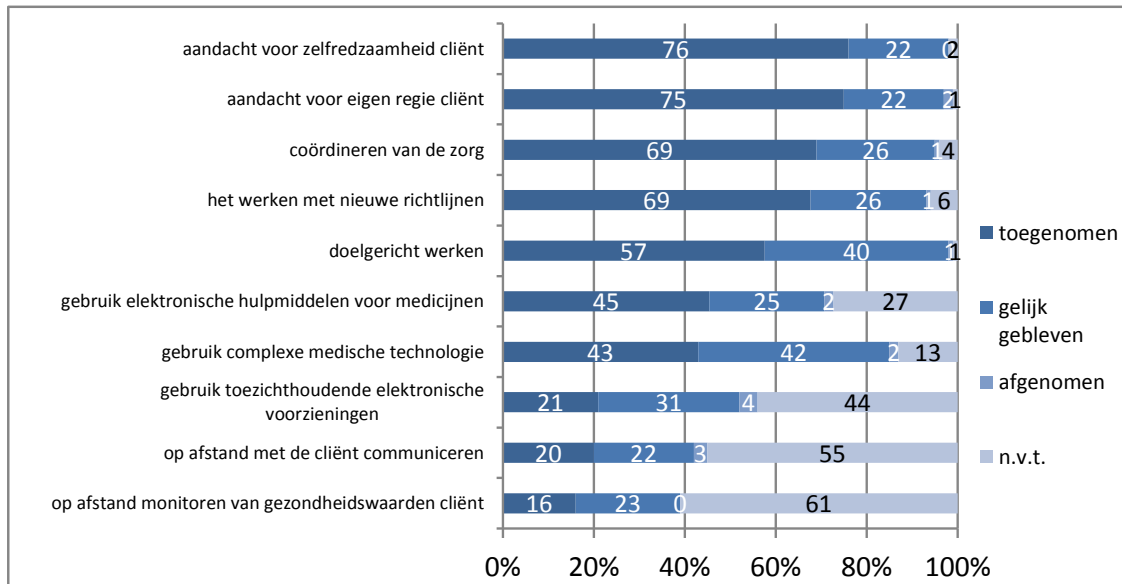
In het vragenlijstonderzoek vroegen we ook welke vernieuwing verpleegkundigen en verzorgenden ervaren in hun werk sinds januari 2015. Zij ervaren het meest een toename in aandacht voor de zelfredzaamheid van cliënten, meer dan de helft van zowel verzorgenden als mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen geeft dit aan (Figuur 4.7, 4.8, 4.9). Vooral hbo-opgeleide verpleegkundigen (74,7%) geven daarnaast aan meer aandacht te besteden aan de eigen regie van de cliënten. Mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden merken dit in mindere mate op (respectievelijk 69,1% en 56,4%).

Verder geeft tussen de 57% en 65% van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan meer doelgericht te werken.

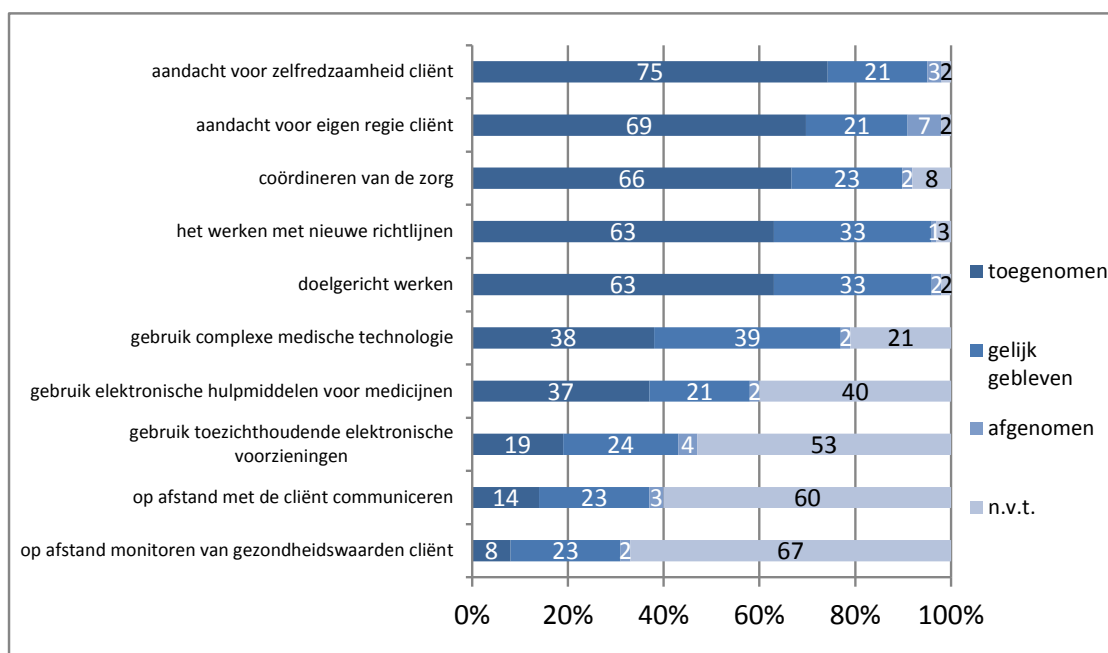
Daarnaast ervaren zes op de tien verpleegkundigen en verzorgenden een toename in werken met richtlijnen die specifiek zijn voor de wijkverpleging. Verzorgenden merken daarbij vaker op dat dit niet van toepassing is op hun werksituatie dan de mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. Bij het coördineren van zorg merken verzorgenden ook vaker op dat dit niet van toepassing is op hun werk dan de mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen.

Onder de vernieuwde werkwijze valt ook het werken met verschillende e-Health toepassingen. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat in brede zin verpleegkundigen en verzorgenden vaak aangeven niet te werken met deze toepassingen. Zo geven

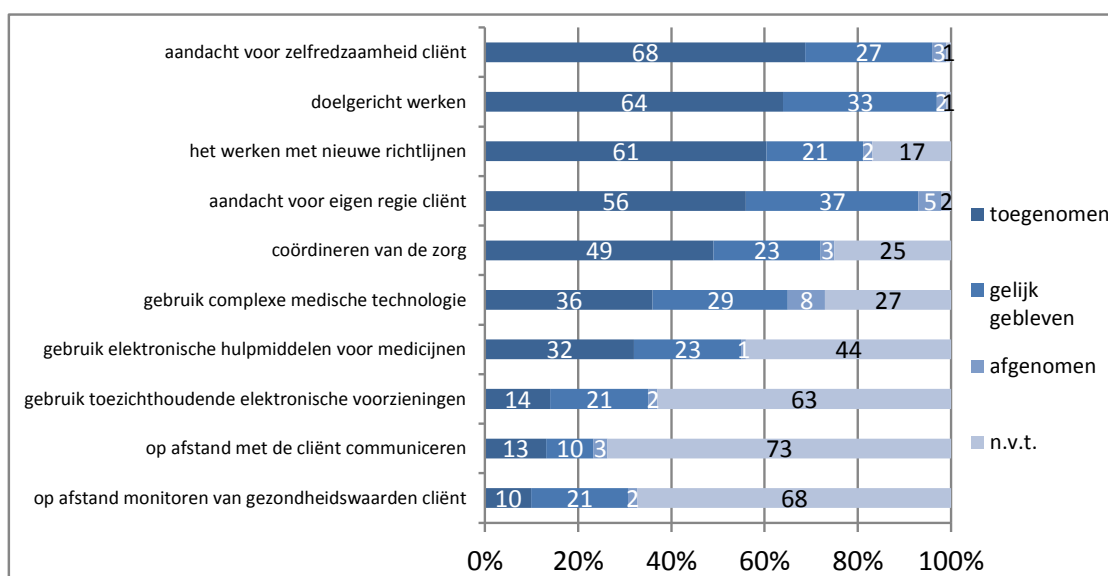
verzorgenden vaker dan verpleegkundigen aan dat het op afstand communiceren met cliënten via een beeldscherm niet van toepassing is op hun werksituatie. Dit geldt ook voor het gebruik van medische technologie in de thuissituatie. Echter, vier op de tien hbo-opgeleide verpleegkundigen ervaart wel een toename van medische technologieën, zoals infuuspompen en thuisdialyse. De medicijndispenser is de enige e-Health toepassing waarbij meer dan de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden aangeeft dat het gebruik daarvan is toegenomen of gelijk gebleven is.



Figuur 4.7 Ervaren veranderingen in frequentie uitvoeren taken sinds 1-1-2015 door hbo-opgeleide verpleegkundigen



Figuur 4.8 Ervaren veranderingen in frequentie uitvoeren taken sinds 1-1-2015 door mbo-opgeleide verpleegkundigen



Figuur 4.9 Ervaren veranderingen in frequentie uitvoeren taken sinds 1-1-2015 door verzorgenden

Zorgplannen

Een ander aspect van vernieuwde werkwijzen betreft het werken met zorgplannen, ook wel zorgleefplannen genoemd. De ervaringen van focusgroep deelnemers met het gebruik van een zorgplan in de dossiers van cliënten wisselen. Een aantal verzorgenden heeft de indruk dat sinds begin 2015 het zorgplan alleen voor de hbo-opgeleide verpleegkundigen is.

“Het werken met het zorgleefplan is heel erg veranderd bij ons. Dat is een beetje een niveau vijf formulier, waarop staat wat de acties zijn en heel de cliënt in kaart is gebracht. Voor niveau drie is dat niet werkbaar. (..) Vroeger hadden we een systeem waar gewoon per zorgmoment stond, heel concreet, wat ga je doen.” (Focusgroep nummer 1)

Andere deelnemers van de focusgroepen geven juist aan dat de zorgplannen sinds begin 2015 voor alle zorgverleners een leidraad zijn voor de zorgmomenten. Zij merken ook dat de zorgplannen verbeterd zijn sinds verpleegkundige diagnoses worden gebruikt. Een aantal deelnemers vindt dat het bijhouden van het zorgplan zorgt voor veel registratielast en werkdruk. De ervaringen hierover zijn echter wisselend.

Ook het vragenlijstonderzoek wijst op toegenomen gebruik van zorgplannen: 45% tot 60% van de verpleegkundigen en verzorgenden ervaart dat het gebruik daarvan sinds januari 2015 is toegenomen (Tabel 4.31).

Tabel 4.31 Ervaren verandering in gebruik zorgplannen

Heeft u sinds 1-1-2015 veranderingen ervaren in de frequentie van het gebruik maken van het zorg(leef)plan tijdens zorgmomenten bij uw cliënten?	Hbo-vpk (N=217)	Mbo-vpk (N=126)	Vz (N=188)	Verschil tussen groepen
	%	%	%	
Toegenomen	44,7	50,8	59,6	ns
Gelijk gebleven	52,5	47,6	36,7	
Afgenomen	0,9	0	2,1	
Niet van toepassing in mijn werksituatie	1,8	1,6	1,6	

Uit de focusgroepen komt naar voren dat vooral verzorgenden ervaren dat de zorgplannen voor hen niet werkbaar zijn. Om te onderzoeken of deze ervaringen een afspiegeling waren van de landelijke beroepsgroepen vroegen we in het vragenlijstonderzoek aan verpleegkundigen en verzorgenden of zij ondersteuning ervaren van het zorgdossier bij het uitvoeren van de zorgtaken. Hieruit blijkt dat bijna een kwart van de verzorgenden (24,7%) en bijna drie op de tien van de mbo-opgeleide verpleegkundigen (28,2%) niet of nauwelijks ondersteuning ervaren van het classificatiesysteem (Tabel 4.32). Slechts een kwart van de verzorgenden en bijna drie op de tien mbo-opgeleide verpleegkundigen ervaren in (zeer) hoge mate ondersteuning van het classificatiesysteem, in tegenstelling tot bijna de helft van de hbo-opgeleide verpleegkundigen.

Naast de ervaren ondersteuning vroegen we in het vragenlijstonderzoek ook aan verpleegkundigen en verzorgenden of de informatie uit het zorgdossier voldoende toereikend is om kwalitatief goede zorg te kunnen verlenen. Tussen 61% en 65% ervaart dat de informatie vaak of altijd volledig en duidelijk is (Tabel 4.33). Hierbij blijkt dat de ervaringen van hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden niet significant verschillen.

Tabel 4.32: Ervaren ondersteuning van classificatiesysteem

In welke mate ondersteunt het verpleegkundig classificatiesysteem u bij het uitvoeren van de zorgtaken?	Hbo- vpk (N=221) %	Mbo- vpk (N=124) %	Vz (N=178) %	Verskil tussen groepen
Niet of nauwelijks	11,3	28,2	24,7	*
In redelijke mate	40,3	42,7	50,0	
In (zeer) hoge mate	48,4	29,0	25,3	

Tabel 4.33: Ervaren volledigheid en duidelijkheid van informatie uit zorgdossier

Vindt u dat de informatie in het zorgdossier volledig en duidelijk is om kwalitatief goede zorg te kunnen verlenen?	Hbo- vpk (N=221) %	Mbo- vpk (N=124) %	Vz (N=178) %	Verskil tussen groepen
Nooit of zelden	6,3	8,0	10,3	ns
Regelmatig	28,5	31,2	25,4	
Vaak of altijd	65,2	60,8	64,3	

Kwaliteit wijkverpleging

De deelnemers van de focusgroepen vinden dat de kwaliteit van zorg sinds begin 2015 verbeterd is omdat er kritischer wordt gekeken of er geen andere mogelijke oplossingen zijn dan het inzetten van wijkverpleging. Zo kijken zij vaker dan voorheen of andere disciplines kunnen ondersteunen bij de zorgvraag van de cliënten. Ook zorgt de kritische blik ervoor dat de geboden wijkverpleging beter aansluit bij de wensen van de cliënten, wat maakt dat ervaren wordt dat de kwaliteit van de wijkverpleging is toegenomen. Daarnaast heeft het onderling overleg de zorg verbeterd, doordat zorgverleners elkaars oplossingen dan aanvullen. De deelnemers geven ook aan dat de zorg verbeterd is door de focus op zelfredzaamheid en eigen regie van de cliënten.

Een kanttekening bij deze algemene verbetering van de kwaliteit van zorg is de zorg voor cliënten met GGZ problematiek. Een aantal deelnemers ervaart te weinig kennis te hebben over deze doelgroep om kwalitatief goede zorg te verlenen.

“Wat ik wel heel sterk vind veranderen dat wij veel meer GGZ problematiek tegenkomen in de wijk. Waar wij voor het medische aspect komen, maar de rest eigenlijk cadeau erbij krijgen.” (Focusgroep nummer 2)

Uit het vragenlijstonderzoek komt een meer wisselend beeld naar voren over het perspectief van de professionals op veranderingen in de kwaliteit. Drie op de tien

verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat de kwaliteit van de wijkverpleging is toegenomen (Tabel 4.34), terwijl ruim vier op de tien vinden dat deze kwaliteit gelijk is gebleven. Het overgrote deel van de verpleegkundigen en verzorgenden (tussen 86% en 89%) meent dat de kwaliteit van de wijkverpleging over het algemeen uitstekend tot goed is (Tabel 4.35).

Tabel 4.34 Verandering in kwaliteit van de wijkverpleging

Heeft u veranderingen ervaren in de kwaliteit van de verpleging en verzorging thuis sinds 1-1-2015?	Hbo-vpk (N=221)	Mbo-vpk (N=124)	Vz (N=187)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Toegenomen	39,4	31,5	27,8	ns
Gelijk gebleven	40,3	47,6	44,9	
Afgenomen	11,8	16,9	20,9	
Weet ik niet	8,6	4,0	6,4	

Tabel 4.35 Ervaren kwaliteit van de wijkverpleging

Wat vindt u in het algemeen van de kwaliteit van de verpleging en verzorging thuis die de cliënten krijgen van u of uw team?	Hbo-vpk (N=221)	Mbo-vpk (N=125)	Vz (N=186)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Uitstekend of goed	86,0	88,8	86,0	ns
Redelijk	13,1	8,0	12,9	
Matig of slecht	0,9	3,2	1,1	

Een belangrijke voorwaarde voor verpleegkundigen en verzorgenden om kwalitatief goede zorg te verlenen is dat zij voldoende kennis en vaardigheden hebben voor alle cliëntgroepen waarmee zij te maken krijgen. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat tussen 75% en 87% van de verpleegkundigen en verzorgenden meent over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken (Tabel 4.36). Hierbij geven verzorgenden het meest aan dat zij voldoende kennis hebben: bijna negen op de tien verzorgenden ervaart voldoende kennis en vaardigheden te hebben ten opzichte van ruim acht op de tien mbo-opgeleide verpleegkundigen en driekwart van de hbo-opgeleide verpleegkundigen.

Tabel 4.36 Voldoende kennis en vaardigheden voor kwalitatief goede zorgverlening

Heeft u voldoende kennis en vaardigheden om aan alle soorten cliënten waarmee u in uw werk te maken krijgt kwalitatief goede zorg te verlenen?	Hbo-vpk (N=220)	Mbo-vpk (N=125)	Vz (N=188)	Verskil tussen groepen
	%	%	%	
Ja	75,0	84,8	87,2	*

Onder de verpleegkundigen en verzorgenden die in het vragenlijstonderzoek aangeven dat zij niet voldoende kennis en vaardigheden hebben blijkt dat zij vooral onvoldoende kennis en vaardigheden ervaren over cliënten met psychische of psychiatrische problemen (Tabel 4.37). Daarnaast blijkt dat zij bij cliënten met een verstandelijke beperking en cliënten met complexe zorgvragen ook ervaren relatief te weinig kennis en vaardigheden te hebben. Hierbij verschillen de ervaringen tussen de opleidingsniveaus niet significant.

Tabel 4.37 Ervaren kennis- en vaardighedentekort per groep cliënten^a

Voor welk soort cliënten heeft u niet voldoende kennis en vaardigheden om kwalitatief goede zorg te verlenen?	Hbo-vpk (N=56) %	Mbo-vpk (N=19) %	Vz (N=23) %	Verskil tussen groepen
Mensen met psychische of psychiatrische problemen	75,0	94,7	78,3	ns
Mensen met een verstandelijke beperking	44,6	42,1	43,5	ns
Mensen met complexe zorgvragen binnen verschillende domeinen	30,4	26,3	56,5	ns
Mensen met dementie	21,4	15,8	13,0	-
Mensen met comorbiditeit	17,9	10,5	17,4	-
Mensen met kanker	8,9	15,8	21,7	-
Mensen met vroegtijdig ontslag vanuit het ziekenhuis	10,7	0	17,4	-
Mensen met algehele achteruitgang en kwetsbaarheid vanwege hoge leeftijd	7,1	0	4,4	-
Mensen met kortdurende lichamelijke problemen	5,4	0	4,4	-
Mensen met chronische aandoeningen anders dan kanker	3,6	0	4,4	-
Andere groep mensen ^b	17,9	5,3	8,7	-

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

^b In de toelichting wordt vooral verwezen naar 'verpleegtechnische handelingen'

- Geen statistische toets uitgevoerd vanwege kleine aantal waarnemingen

Behoeftte aan bij- of nascholing

Bij- en nascholing zijn middelen om te zorgen voor voldoende kennis en vaardigheden. De meeste verpleegkundigen en verzorgenden hebben behoefte aan bij- of nascholing, zo blijkt uit het vragenlijstonderzoek. Hbo- en mbo-opgeleide verpleegkundigen (respectievelijk 74,2% en 70,4%) hebben significant vaker deze behoefte dan de verzorgenden (58,8%). Dit verschil tussen de opleidingsniveaus sluit aan bij het eerder genoemde verschil in de ervaring dat zij voldoende kennis en vaardigheden hebben (zie ook Tabel 4.36).

Van de verpleegkundigen en verzorgenden die in het vragenlijstonderzoek aangeven behoefte hebben aan bijscholing, hebben het meeste behoefte aan bijscholing over cliënten met psychische problemen, cliënten met dementie en cliënten met complexe zorgvragen binnen verschillende domeinen (Tabel 4.38). Deze groepen zijn ook eerder genoemd als groepen waarbij verpleegkundigen en

verzorgenden ervaren dat hun kennis en vaardigheden niet voldoende zijn. Daarbij werden ook cliënten met een verstandelijke beperking genoemd, maar slechts tussen 9% en 12% heeft behoefte aan bijscholing over deze cliëntengroep.

Tabel 4.38 Behoefte aan bij- of nascholing per groep cliënten^a

Voor welke soort cliënten heeft u behoefte aan bij- of nascholing?	Hbo-vpk (N=162) %	Mbo-vpk (N=87) %	Vz (N=110) %	Verschil tussen groepen
Mensen met psychische of psychiatrische problemen	64,2	55,2	63,6	ns
Mensen met dementie	47,5	46,0	48,2	ns
Mensen met complexe zorgvragen binnen verschillende domeinen	45,7	44,8	44,6	ns
Mensen met comorbiditeit	42,0	36,8	30,9	ns
Mensen met kanker	36,4	39,1	34,6	ns
Mensen met algehele achteruitgang en kwetsbaarheid vanwege hoge leeftijd	23,5	20,7	24,6	ns
Mensen met vroegtijdig ontslag vanuit het ziekenhuis	12,4	14,9	15,5	ns
Mensen met een verstandelijke beperking	16,7	9,2	10,9	ns
Mensen met chronische aandoeningen anders dan kanker	9,9	9,2	8,2	ns
Mensen met kortdurende lichamelijke problemen	7,4	9,2	4,6	ns
Mensen met een lichamelijke beperking	5,6	2,3	9,1	ns
Andere groep mensen ^b	14,2	18,4	4,6	*

^a Percentages in kolommen tellen niet op tot 100, omdat respondenten meerdere antwoorden konden kiezen

^b In de toelichting wordt vooral verwezen naar bijscholing over alle groepen cliënten en ontwikkelingen in de wijkverpleging

Op de open vraag in het vragenlijstonderzoek aan welke bij- of nascholing verpleegkundigen en verzorgenden behoeften hebben, geven zij uiteenlopende antwoorden. Voorbeelden zijn scholingen gericht op kennis over ziektebeelden, benaderingswijze en omgang met bepaalde groepen cliënten. Maar ook scholing gericht op vaardigheden, zoals gesprekstechnieken of verpleegtechnische handelingen, wordt genoemd.

Veranderingen in teams

De vernieuwde werkwijze sinds begin 2015 gaat ook gepaard met veranderingen in de teams. Zo benoemen de deelnemers van de focusgroepen dat de samenstelling van de teams verandert, doordat de complexiteit van de zorg toeneemt en meer hoger opgeleid personeel gewenst is. Daarbij zien deelnemers dat de scheiding tussen taken voor een verpleegkundige en taken voor een verzorgende niet strikt wordt gehanteerd. Ook geven zij aan dat meer zelfsturing en eigen verantwoordelijkheid in de teams ervoor zorgt dat verpleegkundigen en verzorgenden de nieuwe werkwijze beter toepassen.

“Zowel je zorgplannen, als je collega’s, ben je constant aan het bijsturen van: ja jongens, we moeten nu echt even anders denken hè, we waren af van die oude tijden.” (Focusgroep nummer 3)

De vernieuwde werkwijzen hebben ook consequenties voor de benodigde expertise van verpleegkundigen en verzorgenden. Er is meer behoefte aan hoger opgeleide zorgverleners in de teams. Het vragenlijstonderzoek bevestigt dit beeld: tussen 38% en 43% van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan dat het aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen in hun team is toegenomen sinds januari 2015 (Tabel 4.39). Daarnaast is het aantal helpenden in de teams afgenomen, aldus de respondenten.

Tabel 4.39 Veranderingen in team samenstelling sinds 2015

Welke van de onderstaande veranderingen heeft u sinds 1-1-2015 ervaren in de samenstelling van uw team?	Hbo-vpk (N=199-216) ^a %	Mbo-vpk (N=115-122) ^a %	Vz (N=163-175) ^a %	Verskil tussen groepen
Aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen				
Afgenomen	10,7	6,7	10,4	ns
Gelijk gebleven	43,5	49,2	45,1	
Toegenomen	43,1	40,8	38,2	
Niet van toepassing in mijn werksituatie	2,8	3,3	6,4	
Aantal mbo-opgeleide verpleegkundigen				
Afgenomen	11,7	9,0	9,5	ns
Gelijk gebleven	55,1	54,1	58,0	
Toegenomen	28,5	35,3	27,2	
Niet van toepassing in mijn werksituatie	4,7	1,6	5,3	
Aantal verzorgenden				
Afgenomen	12,4	13,3	13,1	ns
Gelijk gebleven	50,7	52,5	51,4	
Toegenomen	30,6	25,8	33,7	
Niet van toepassing in mijn werksituatie	6,2	8,3	1,7	
Aantal helpenden				
Afgenomen	49,8	49,6	46,0	ns
Gelijk gebleven	17,1	22,6	28,2	
Toegenomen	2,0	2,6	6,1	
Niet van toepassing in mijn werksituatie	31,2	25,2	19,6	
Totaal aantal zorgverleners				
Afgenomen	26,5	38,1	38,0	ns
Gelijk gebleven	42,5	32,2	36,2	
Toegenomen	24,5	22,9	22,1	
Niet van toepassing in mijn werksituatie	6,5	6,8	3,7	

^a De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

Het vragenlijstonderzoek laat zien dat tussen 53% en 62% van de verpleegkundigen en verzorgenden in een team werken dat in (zeer) hoge mate zelfsturend is (Tabel 4.40).

Tabel 4.40 Ervaren mate van zelfsturing van teams

In hoeverre is uw team een zelfsturend team?	Hbo-vpk (N=218) %	Mbo-vpk (N=125) %	Vz (N=181) %	Verskil tussen groepen
Niet of nauwelijks	9,6	8,8	13,8	ns
In redelijke mate	37,2	28,8	27,6	
In (zeer) hoge mate	53,2	62,4	58,6	

Werkdruk en de aantrekkelijkheid van het werk

De veranderingen in taken en werkwijze kunnen ook invloed hebben op de werkdruk. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat vooral voor hbo-opgeleide verpleegkundigen de ervaren werkdruk hoog ligt: bijna drie op de tien hbo-opgeleide verpleegkundigen ervaart dat hun werk te druk is en bijna vijf op de tien dat hun werk druk is (Tabel 4.41). Bijna één op de zeven mbo-opgeleide verpleegkundigen geeft ook aan dat hun werk te druk is. Verzorgenden merken in mindere mate werkdruk op, alhoewel ook één op de tien verzorgenden hun werk te druk vinden. Om na te gaan of deze hoge werkdruk samenhangt met de vernieuwde werkwijzen hebben we verpleegkundigen en verzorgenden gevraagd of hun werkdruk veranderd is sinds januari 2015. Hieruit blijkt dat tussen 61% en 75% van de verpleegkundigen en verzorgenden aangeeft dat hun werkdruk is toegenomen sinds januari 2015 (Tabel 4.42). Hierbij verschillen de ervaringen tussen de opleidingsniveaus niet significant.

Tabel 4.41 Ervaren werkdruk^a

Ervaart u uw werk als:	Hbo-vpk (N=221) %	Mbo-vpk (N=125) %	Vz (N=186) %	Verskil tussen groepen
Te druk	27,6	13,6	11,8	*
Druk	48,4	55,2	45,2	
Neutraal of (te) rustig	24,0	31,2	43,0	

^a Omdat de aantallen in de categorieën 'rustig' en 'te rustig' te laag zijn voor een Chi-kwadraattoets, zijn deze categorieën samengevoegd met de categorie 'neutraal'

Tabel 4.42 Ervaren verandering in werkdruk

Is uw werkdruk veranderd sinds 1-1-2015?	Hbo-vpk (N=221) %	Mbo-vpk (N=125) %	Vz (N=186) %	Verskil tussen groepen
Toegenomen	75,1	60,8	65,6	ns
Gelijk gebleven	23,1	36,8	31,7	
Afgenomen	1,8	2,4	2,7	

Naast een toename van de werkdruk kan de vernieuwde werkwijze ook invloed hebben op de aantrekkelijkheid van het werken in de wijkverpleging. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden hun werk in (zeer) hoge mate aantrekkelijk vinden om uit te voeren (Tabel 4.43). Bij de vraag of deze aantrekkelijkheid, net als de werkdruk, ook veranderd is sinds januari 2015 verschillen de meningen echter (Tabel 4.44). Verzorgenden merken het meest op dat de aantrekkelijkheid van hun werk gelijk gebleven is, of afgenomen is. Ook de helft van de mbo-opgeleide verpleegkundigen geeft aan dat de aantrekkelijkheid gelijk is gebleven. Vooral hbo-opgeleide verpleegkundigen (46,5%) merken op dat hun werk aantrekkelijker is geworden sinds januari 2015. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat vooral de hbo-opgeleide verpleegkundigen nieuwe taken gekregen hebben, waarvan uit de focusgroepen bleek dat zij deze als uitdagend ervaren.

Tabel 4.43 Ervaren aantrekkelijkheid van werk

Vindt u uw werk aantrekkelijk om uit te voeren?	Hbo-vpk (N=218)	Mbo-vpk (N=123)	Vz (N=187)	Vershil tussen groepen
	%	%	%	
Niet of nauwelijks	3,7	0,8	3,7	ns
In redelijke mate	22,5	23,6	23,0	
In (zeer) hoge mate	73,9	75,6	73,3	

Tabel 4.44 Ervaren verandering in aantrekkelijkheid van werk

Is de aantrekkelijkheid van uw werk veranderd sinds 1-1-2015?	Hbo-vpk (N=215)	Mbo-vpk (N=125)	Vz (N=188)	Vershil tussen groepen
	%	%	%	
Toegenomen	46,5	32,8	14,4	*
Gelijk gebleven	30,7	48,0	53,7	
Afgenomen	22,8	19,2	31,9	

Gebruikte literatuur en websites

- ActiZ. Benchmark zorg. Module cliënten resultaten en duiding. Utrecht: ActiZ, 2016.
- ActiZ, BTN, V&VN. Toewerken naar voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen in de wijkverpleging'. Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging'. Afspraken voor de overgangperiode 2015, 2016 en 2017. Utrecht: ActiZ, 2014.
- Adriaansen M, Hoekstra S, Stunnenberg L. Implementatie van beeldschermzorg. TVZ, 2016(4), 38-40.
- Andersson Elffers Felix (AEF). Niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Uitvoering en resultaten in 2015. GV352/eindrapport. AEF, 2016.
- Arum S van, Schoorl R. Sociale (wijk)teams in beeld. Stand van zaken na decentralisaties. Utrecht: Movisie, 2016.
- AZW. Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en agogisch personeel 2015-2019. AZW, september 2015.
- Bloemendaal I, Essen G van, Kramer S, Windt W. van der. Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019. Utrecht: Kiwa Carity en CAOP, 2015.
- Bont M de, Haaren E van, Rosendal H, Wigboldius M. Expertisegebied wijkverpleegkundige. V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, Utrecht: V&VN, 2012.
- CBS. 2016. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/45/een-op-zeven-mantelzorgers-vindt-zichzelf-zwaarbelast>.
- EuroQol. EuroQol. - a new facility for measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208.
- Eysink PED. Instrumenten voor de kwaliteit van leven. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. Bilthoven: RIVM, <<http://www.toolkitvtn.nl>> Toolkit regionale VTV\Inhoud\Methodologie, 25 februari 2010.
- Groot K de, Veer A de, Francke A. Verpleegkundigen in de thuiszorg houden zich goed staande in de veranderende zorg. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen experts, 2016, nr. 4, 32-33
- <http://kwaliteitsregister.venvn.nl/Registratie/Deskundigheidsgebieden>
- <https://www.actiz.nl/web/ouderenzorg/werkgeverschap/onderwerp/pag/opleidingen/open/verpleegkundige-niveau-5-of-6.-hoe-zit-het-nu>
- <https://www.nivel.nl/nl/cq-index-verpleging-verzorging-en-thuiszorg> CQ-index Verpleging, Verzorging en Thuiszorg.
- <https://www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2015/4/Wijkverpleegkundigen-Werkdruk-toegenomen-door-herindicatie-1746866W/>
- https://www.nza.nl/104107/662649/Factsheet_beleidsregel_Innovatie.pdf
- https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/verpleging-en-verzorging-thuis/
- http://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend_onderzoek/A_Z_alle_lopende_onderzoeken/Evaluatie_Hervorming_Langdurige_Zorg_HLZ Toegang tot Wmo en wijkverpleging: enquêtes onder melders, mantelzorgers en gespreksvoerders.
- <http://www.venvn.nl/Berichten/ID/1617454/VVN-mantelzorger-vaak-zelf-zorgvrager>

<http://www.venvn.nl/Berichten/ID/128341/Wijkverpleegkundige-wil-integrale-zorg-leveren>

<http://www.venvn.nl/Berichten/ID/1617454/VVN-mantelzorger-vaak-zelf-zorgvrager>

<http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/wijkverpleegkundige-sociale-domein.pdf>

<http://zorgen.nl/zorgfuncties/verzorgende-ig/>

<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/bestuurlijke-afspraken-kwaliteitsinformatie-wijkverpleging/Paginas/Home.aspx>

Jansen D, Werkman, W. & Francke A. (2016) Dementiemonitor mantelzorg 2016. Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning. NIVEL, Utrecht.

Klerk M de, Boer A de, Plaisier I. Schyns & Kooiker S. (2015) Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014. SCP: Den Haag.

Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, Brabers A, Jong J de, Moll T, Friele R, Gennip L van. Tussen vonk en vlam. eHealth monitor 2015. Den Haag/Utrecht: Dicties/NIVEL, 2015.

Maurits E, Veer A de, Francke A. Competenties in een veranderende gezondheidszorg: ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Utrecht: NIVEL, 2015.

Mezzo. Nationaal Mantelzorgpanel onderzoeksresultaten mantelzorg en regeldruk. Bunnik: Mezzo, 2016..

Ministerie van VWS. Brief van Staatsecretaris M.J. van Rijn aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Hervorming Langdurige Zorg: naar een waardevolle toekomst. Den Haag: VWS, 25 april 2013 (Kenmerk 114352-103091-LZ)

Ministerie van VWS. Brief van Staatsecretaris M.J. van Rijn aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Voorhangbrief bekostiging verpleging en verzorging thuis. Den Haag: VWS, 19 mei 2015. (Kenmerk 765400-136437-CZ)

Ministerie van VWS. Brief van Staatsecretaris M.J. van Rijn aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag: VWS, 8 juni 2016 Betreft Bekostiging verpleging en verzorging thuis 2017 (Kamerstukken II 2014-2015, 34104, nr. 33)

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Beleidsregel BR/REG-17113

Poortvliet P, Lameris P. Verzorgenden in wijkteams. Een verkenning naar aantallen, deskundigheid en rol. Rijswijk: Bosman & Vos, 2015.

Rosendal H, Sattoe J. Verpleegkundige diagnoses in de wijk. TVZ 2016:1, pg. 34-37. SCP. Beleidsanalyse HLZ. Den Haag: SCP (verschijnt in 2018).

Snijder TAB, Bosker RJ. Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling, second edition. London: Sage Publishers, 2012.

Soest K van, Daniels R, Lenzen S. Stimuleren van zelfmanagement: Hoe beslis je samen over doelen en acties? Tijdschrift M&G, 2016, jaargang 15 nummer 3, pag. 18-20.

Stunnenberg L, Adriaansen M. Zorg op afstand: de oplossing in een kantelende zorgomgeving? Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 2015, nr. 4: 48-52.

- Tegelaar R, Haastert C Van. Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis. Wat vinden mensen belangrijk? Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland. 2015.
- Transitiecommissie Sociaal Domein. 5e Rapportage Transformatie in het Sociaal Domein; De praktijk aan de macht. Den Haag: TSD, 30 september 2016
- Uijen AA, Schellevis WG, Bosch JW van den, Mookink HGA, Weel C van, Schers HJ. Nijmegen Continuity Questionnaire: Development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011; 64: 1391-99.
- Veer AJE de, Verkleij KAM, Peeters JM, Francke AL. Naar een toekomst met meer wijkverpleegkundigen? De aantrekkelijkheid van het werken in de thuiszorg en het doorstromen van MBO- naar HBO-Verpleegkunde. Utrecht: NIVEL, 2016.
- Vektis. 2017, <https://www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>
- V&VN. Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Utrecht: V&VN, 2014.
- Zee KI van der, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de Rand-36. Een handleiding. Groningen: UMCG/Rijksuniversiteit Groningen, Research Institute SHARE, 2012.

Bijlagen

Bijlage A Methoden literatuurstudie

Bijlage B Methoden onderzoek cliënten en mantelzorgers

Bijlage C Methoden onderzoek professionals

Bijlage D Bekendheid en gebruik wijkverpleging onder mensen met een chronische ziekte of beperking

Bijlage A Methoden literatuurstudie

Searches

Hoofdstuk 2 geeft resultaten van de literatuurverkenning naar perspectieven van zorgprofessionals, cliënten en mantelzorgers weer. Om relevante recente literatuur op het spoor te komen ondernamen we verschillende acties:

- Vrije searches op websites van ActiZ, Branchebelang Thuiszorg (BTN), Movisie, NIVEL, RIVM, Verwey-Jonker instituut, V&VN, SCP.
- Searches (handmatig en via hun websites) in relevante Nederlandse tijdschriften: TvZ, Nursing, Tijdschrift Maatschappij en Gezondheid, Verpleegkunde, V&VN Magazine, Zorgvisie en SKIPR is gezocht naar recente publicaties over de wijkverpleging.
- Navraag bij hoogleraren en lectoren: bij vijf hoogleraren verplegingswetenschap (in Amsterdam, Groningen, Nijmegen, Maastricht, Utrecht) en elf hogeschoollectoren op het terrein van de verpleegkunde deden we via e-mail navraag naar recent onderzoek.
- Navraag bij V&VN: bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van V&VN en bij de Commissie Wetenschap van V&VN is eveneens navraag gedaan naar relevant onderzoek.
- Searches in de internationale literatuurcatalogus PUBMED (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) en Google Scholar. Daarvoor is de volgende zoekstring gehanteerd: (patients[TIAB] OR users[TIAB] OR clients[TIAB] OR “older persons”[TIAB] OR elderly[TIAB] OR consumers[TIAB]) AND (experience[TIAB] OR experiences[TIAB] OR satisfaction[TIAB] OR assessment[TIAB]) AND (“home care”[TIAB] OR “home-care”[TIAB] OR “home health care”[TIAB] OR “home healthcare”[TIAB] OR “healthcare at home”[TIAB] OR “health care at home”[TIAB] OR “care at home”[TIAB] OR “home based long-term care”[TIAB] OR “home based care”[TIAB] OR “community care”[TIAB] OR “community care nursing”[TIAB] OR “district nursing”[TIAB] OR “community care nurses”[TIAB] OR “district nurses”[TIAB]) AND quality[TIAB] AND (“The Netherlands”[TIAB] OR Dutch[TIAB]).
- Searches in de HBO Kennisbank met de termen thuiszorg, mantelzorg, ervaringen, kwaliteit, wijkverpleging, wijkverpleegkundige en wijkverpleegkundigen.

In- en exclusiecriteria

Voor de literatuurverkenning analyseerden we alleen eerdere onderzoeksliteratuur indien deze voldeed aan de volgende inclusiecriteria. De literatuur:

- betreft officiële publicaties, dan wel websiteberichten of andere 'grijze literatuur' over onderzoek dat na 1 januari 2015 is verricht;
- gaat over de thema's uit de vraagstellingen;
- heeft aandacht voor de perspectieven of ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden die zorg geven aan thuis verblijvende mensen en/of
- heeft aandacht voor de perspectieven of ervaringen van cliënten en/of mantelzorgers die verpleging of verzorging thuis krijgen.

Analyses

De geïdentificeerde literatuur is thematisch en beschrijvend geanalyseerd aan de hand van de thema's in de onderzoeksvragen.

Bijlage B Methoden onderzoek cliënten en mantelzorgers

Methodie vragenlijstontwikkeling

Voor de ontwikkeling van de vragenlijsten voor cliënten en mantelzorgers is input vanuit verschillende bronnen gebruikt. Allereerst kreeg het onderzoeksteam via de literatuurstudie al enige input voor de vragenlijsten. Vervolgens zijn de waarderingen van cliënten die wijkverpleging ontvangen op de website Zorgkaart Nederland gescand en zijn interviews gehouden met enkele mensen die wijkverpleging ontvangen en deelnamen aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL (<https://www.nivel.nl/nl/panels/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten-0>).

Verder hebben we gesproken met vijf mensen die zelf wijkverpleging hebben; bij vier gesprekken waren de partners, tevens mantelzorgers, aanwezig. De leeftijd van de geïnterviewden varieerde tussen 56 en 84 jaar. De geïnterviewde cliënten woonden verspreid over het land, zowel in stedelijk gebied als in weinig stedelijk gebied.

Daarnaast hebben we voor de ontwikkeling reeds bestaande vragenlijsten ter inspiratie gebruikt:

- SCP-vragenlijst HLZ-Meldersonderzoek 2016;
- de CQI Zorg Thuis (onderdeel van de CQ-index Verpleging, Verzorging en Thuiszorg; NIVEL);
- NIVEL-vragenlijsten van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten over gebruik van professionele zorg en mantelzorg;
- NIVEL-vragenlijsten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg over vertrouwen in de zorg;
- NIVEL-vragenlijst over ervaringen met het (CZ) Zorgkantoor en de zorg, van juli 2016;
- NIVEL-vragenlijst van het project Evaluatie Aanspraak hulpmiddelenzorg 2013;
- Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ; Uijen et al., 2011).

De meeste vragen zijn door het onderzoeksteam zelf ontwikkeld, waarbij deels gebruik is gemaakt van bovengenoemde vragenlijsten. Het was niet mogelijk om (modules van) de genoemde vragenlijsten integraal in de vragenlijst op te nemen, omdat we – gezien de kwetsbare gezondheid van de meeste cliënten die wijkverpleging krijgen – de vragenlijst zo kort mogelijk wilden houden. Om die reden en ook omwille van de eenvoud hebben we ervoor gekozen om de vragen zo helder en bondig mogelijk te formuleren en het aantal antwoordopties bij de vragen te beperken.

Om de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven van cliënten te meten, is wel gebruik gemaakt van bestaande vragen. Zo is de vraag “Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?”, die behoort tot de Nederlandse versie van de Rand-36 vragenlijst (van der Zee & Sanderman, 2012), gebruikt om een indruk te krijgen van hoe de respondentengroep de eigen algehele gezondheid op het moment van het invullen van de vragenlijst ervoer. Daarnaast was in de vragenlijst voor cliënten ook de Nederlandse versie van de EuroQol EQ-6D vragenlijst (EuroQoL, 1990; Eysink, 2010) opgenomen. Dit is een vragenlijst die de

gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven meet aan de hand van zes items die elk een dimensie van kwaliteit van leven behelzen: mobiliteit, zelfzorg, functioneren in dagelijkse activiteiten, pijn of andere klachten, stemming en cognitief functioneren. Bij elk van deze items kon de respondent kiezen uit drie antwoordopties, van geen functionele problemen op het betreffende vlak (of: geen pijn of andere klachten, niet angstig of somber) tot (zeer) ernstige problemen (of: zeer ernstige pijn of andere klachten, erg angstig of somber). Van deze vragenlijst bestaat ook een variant met vijf antwoordopties, maar in dit onderzoek hebben we vanwege de eerder genoemde redenen gekozen voor de versie met drie antwoordopties.

Om een samenvattend oordeel te krijgen van de cliënten en mantelzorgers over de zorgprofessionals van de wijkverpleging met wie zij ervaring hebben is hen gevraagd een rapportcijfer tussen 1 ('heel erg slecht') en 10 ('uitstekend') te geven. Daarnaast is aan de cliënten en de mantelzorgers gevraagd een tweede cijfer, tussen 1 en 10, te geven van de waarschijnlijkheid waarmee zij de betreffende thuiszorgorganisatie zouden aanbevelen bij hun familieleden, vrienden of kennissen. Op basis van deze aanbevelingscijfers is de zogenaamde Promotor-score berekend, volgens de methode die in de Bestuurlijke afspraken kwaliteitsuitvraag wijkverpleging³³ voor 2017 door Zorginstituut Nederland met betrokken partijen landelijk is overeengekomen. De Promotor-score betreft hier het percentage cliënten of mantelzorgers dat een score van 8 of hoger geeft als aanbevelingscore voor de thuiszorgorganisatie.

De concept-vragenlijsten werden getest door middel van cognitieve interviews met drie cliënten en een mantelzorger. Op basis van de bevindingen van deze interviews zijn de definitieve vragenlijsten vastgesteld.

Methodie steekproeftrekking thuiszorgorganisaties

Idealiter zouden we de steekproef van cliënten van Zvw-gefinancierde wijkverpleging op basis van hun declaraties bij de zorgverzekeraars (via Vektis) hebben getrokken, omdat hierdoor alle cliënten een gelijke kans zouden hebben om in de steekproef terecht te komen. Hoewel deze aanpak samen met Vektis is verkend, kon deze uiteindelijk geen doorgang vinden. Daarom is gekozen voor het trekken van een getrapte steekproef, waarbij eerst een steekproef van thuiszorgorganisaties die wijkverpleging bieden is getrokken en vervolgens een steekproef van hun cliënten die Zvw-gefinancierde wijkverpleging ontvangen. Voor het trekken van de steekproef van thuiszorgorganisaties hebben we gebruik gemaakt van het openbare databestand van Zorginstituut Nederland met aanbieders van verpleging en verzorging thuis (VVT) van verslagjaar 2014³⁴. Dit bestand bevat adressen van 504 (locaties van) aanbieders. Om ervoor te zorgen dat een aanbieder met meerdere locaties even veel kans heeft om in de steekproef terecht te komen als een aanbieder met maar één locatie, is random gekozen voor één locatie van de organisatie met eenzelfde Kamer van Koophandel nummer. Na

³³ <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/bestuurlijke-afspraken-kwaliteitsinformatie-wijkverpleging/Paginas/Home.aspx>

³⁴ <https://www.zorginzicht.nl/opendata/Paginas/aangeleverdebestanden.aspx>

deze selectie bleven 183 (locaties van) aanbieders over. Deze (locaties van) aanbieders zijn vervolgens gestratificeerd naar provincie(s) waarin zij Zvw-gefinancierde wijkverpleging leveren, zodat een steekproef van cliënten kon worden getrokken met voldoende spreiding over het land.

In de offerteaanvraag van het SCP werd de gewenste omvang van de respondentengroep van cliënten gesteld op 1500 en van mantelzorgers op 500. Teneinde het gewenste aantal van 1500 responderende cliënten te behalen, werd besloten om een steekproef van 3000 cliënten te trekken (uitgaande van een respons van 50%). Omdat in de offerteaanvraag ook was vermeld dat men een representatieve steekproef per provincie wilde, hebben we het streefaantal te benaderen cliënten per provincie gesteld op 250, zodat we op ongeveer 125 respondenten per provincie konden rekenen. Omdat de provincies verschillen in hun aantal inwoners en derhalve waarschijnlijk ook in hun aantal cliënten wijkverpleging, heeft deze wijze van steekproeftrekking tot gevolg dat cliënten uit provincies met meer inwoners een wat kleinere kans hebben om in de steekproef terecht te komen dan cliënten uit provincies met minder inwoners.

Om 250 cliënten per provincie in de steekproef te kunnen opnemen, hebben we geprobeerd om per provincie twee thuiszorgorganisaties te vinden die bereid waren om een steekproef van 100 cliënten wijkverpleging te trekken. De resterende 50 cliënten per provincie wilden we via twee of drie landelijk werkende thuiszorgorganisaties benaderen; de benaderde landelijk werkende organisaties vroegen we daarom een steekproef van 250 cliënten verspreid over het hele land te trekken. De benodigde thuiszorgorganisaties zijn willekeurig uit het eerder genoemde adressenbestand getrokken en vervolgens per email en telefonisch benaderd. Daarbij werden ze geïnformeerd over het doel en de opzet van het onderzoek en ontvingen belangstellende organisaties instructies voor het trekken van de steekproef van cliënten. Als een organisatie in de steekproef niet wilde meedoen, werd daarvoor in de plaats een andere organisatie (uit dezelfde provincie) getrokken.

Enkele thuiszorgorganisaties bleken een te gering aantal cliënten wijkverpleging te hebben om 100 cliënten te kunnen aanschrijven. In die gevallen is ervoor gekozen om in dezelfde provincie nog een derde of vierde aanbieder te werven.

Een beperking van deze wijze van werving is dat cliënten van kleine thuiszorgorganisaties en pgb-houders buiten beeld zijn gebleven.

Tabel B.1 bevat een overzicht van het aantal benaderde en het aantal deelnemende thuiszorgorganisaties per provincie, alsmede van de daadwerkelijke omvang van de door hen getrokken steekproef van cliënten. De tabel B.1 laat zien dat we 73 thuiszorgorganisaties hebben benaderd, waarvan er uiteindelijk 23 aan het onderzoek hebben meegedaan. Alleen in de provincie Drenthe wilden alle (vier) benaderde organisaties meedoen; voor alle andere provincies geldt dat we (veel) meer organisaties moesten benaderen om minimaal twee deelnemende organisaties per provincie te krijgen. Dit is dan ook niet in alle gevallen gelukt. Van de beoogde twee of drie landelijk werkende organisaties was er één bereid om mee te doen. De meest genoemde reden om niet mee te doen was dat men al

recent een cliënttevredenheidsonderzoek had uitgevoerd of dat een dergelijk onderzoek nog liep of binnenkort van start zou gaan. Meestal ging het dan om een CQI-meting of een meting voor Zorgkaart Nederland. Een bijkomend probleem was dat een aantal organisaties geen grote aantallen cliënten wijkverpleging hadden, waardoor ze eenvoudigweg geen cliënten over hadden die konden worden benaderd voor dit onderzoek, naast de cliëntengroep die al voor het cliënttevredenheidsonderzoek benaderd was of zou gaan worden. Het combineren van beide onderzoeken bleek logistiek niet mogelijk. Andere redenen waarom sommige organisaties niet aan het onderzoek meededen waren dat ze de inspanningen niet vonden opwegen tegen de voor hen relevante opbrengsten, drukte of personeelstekort, bezig met een verhuizing, fusie of verbetertraject en/of andere prioriteiten. Eén organisatie zag van deelname af, omdat men de vragenlijst voor cliënten te lang vond.

Om te compenseren voor het geringere aantal deelnemende thuiszorgorganisaties in sommige provincies (en landelijk), hebben we in de tweede fase van de wervingsperiode enkele organisaties gevraagd om een grotere cliëntensteekproef te trekken (bijvoorbeeld in Groningen, ter compensatie van Friesland). Omdat inmiddels in overleg met het SCP besloten was om af te zien van uitsplitsing van de resultaten per provincie³⁵, bood dit een acceptabele oplossing. Daarnaast hebben enkele organisaties er zelf voor gekozen om wat meer cliënten te benaderen dan vooraf was afgesproken, omdat zij bijvoorbeeld de gelegenheid wilden aangrijpen om al hun cliënten wijkverpleging te (laten) bevragen³⁶.

³⁵ Uitsplitsing van de resultaten naar provincie zou mogelijk zijn geweest, indien we de steekproef van cliënten hadden kunnen trekken uit de declaratiebestanden van de zorgverzekeraars (ons eerste plan). Bij de nu uitgevoerde getrapte steekproef via de zorgaanbieders achtten wij de uitsplitsing van de resultaten naar provincie niet verantwoord, omdat de deelnemende cliënten per provincie van slechts enkele thuiszorgorganisaties werkzaam in de provincie de zorg ontvingen.

³⁶ De deelnemende organisaties ontvingen een terugkoppelingsrapportage met resultaten over hun eigen cliëntengroep en een vergelijking van enkele waarderingscijfers van hun cliëntengroep met die van de andere deelnemende organisaties.

Tabel B.1 Aantal benaderde en deelnemende organisaties per provincie en daadwerkelijke omvang steekproef cliënten per organisatie

Provincie	Aantal benaderde organisaties	Aantal deelnemende organisaties	Organisatiernr (per provincie)	Aantal benaderde cliënten
Landelijk	3	1	1	250
Drenthe	4	4	1	117
			2	100
			3	30
			4	95
Flevoland	4	1	1	100
Friesland	5	1	1	100
Gelderland	7	4	1	100
			2	100
			3	18
			4	103
Groningen	6	3	1	250
			2	180
			3	99
Limburg	5	2	1	120
			2	100
Noord-Brabant	5	2	1	150
			2	100
Noord-Holland	6	1	1	100
Overijssel	5	1	1	100
Utrecht	9	1	1	198
Zeeland	7	1	1	68
Zuid-Holland (incl. Zeeland)	7	1	1	170
Totaal				2748

Methodie steekproeftrekking cliënten

De organisaties die bereid waren aan het onderzoek mee te doen, ontvingen instructies om de steekproef te trekken. Daarbij werd een aantal methoden beschreven hoe zij een aselechte steekproef uit hun cliëntenbestand konden trekken. Bovendien werden zij geïnstrueerd de volgende selectiecriteria toe te passen:

Inclusiecriteria:

1. De cliënt was op 1 januari 2016 18 jaar of ouder.
2. De cliënt ontving in 2016 zorg vanuit de organisatie (ongeacht of de zorg inmiddels is afgerond of dat de cliënt nog steeds zorg ontvangt).
3. De zorg die de cliënt in 2016 ontving betrof Zvw-gefinancierde verpleging en/of verzorging (eventueel in combinatie met andere zorg of hulp).

Exclusiecriteria

1. De cliënt is overleden.
2. De cliënt woont op hetzelfde woonadres als een andere cliënt die reeds in de steekproef is opgenomen (dus maximaal één cliënt op hetzelfde woonadres).

De steekproeven van cliënten werden vervolgens (versleuteld) gestuurd aan het NIVEL-cluster Panel- en Survey-ondersteuning, waarmee de thuiszorgorganisatie een bewerkersovereenkomst had afgesloten. De onderzoekers die vanuit het NIVEL betrokken waren bij dit onderzoek hadden geen toegang tot deze gegevens. Het ondersteuningscluster stuurde de cliënten vervolgens een brief met informatie over het onderzoek, een vragenlijst voor de cliënt, een vragenlijst voor de mantelzorger, twee antwoordenvelopen en een presentje (notitieboekje met pen). In overleg met de thuiszorgorganisatie werd maximaal twee keer een herinneringsbrief³⁷ gestuurd aan de cliënten die nog niet gereageerd hadden.

Gegevensverzameling

Hoewel de totale steekproef in oktober 2016 nog niet compleet was, werden op 10 november 2016 de eerste vragenlijsten naar cliënten verzonden. De ingevulde (geanonimiseerde) vragenlijsten konden door de cliënten en mantelzorgers naar het NIVEL worden teruggestuurd en zijn vervolgens door een extern bureau (waarmee het NIVEL een bewerkersovereenkomst had gesloten) ingescand. De onderzoekers van het NIVEL ontvingen vervolgens de anonieme databestanden voor analyse.

Omdat enkele organisaties later waren geworven, zijn ook begin 2017 nog vragenlijsten verstuurd (tot 9 februari). Alle vragenlijsten die tot 20 maart 2017 binnenkwamen zijn in het onderzoek meegenomen.

Respons

In totaal werden 1464 vragenlijsten door cliënten ingestuurd (bruto respons: 53%), waarvan er 1435 voldoende compleet waren ingevuld om te worden geanalyseerd (netto respons: 52%). Door mantelzorgers werden 1096 vragenlijsten teruggestuurd, waarvan er 1025 bruikbaar waren voor analyse (zie tabel B.2). Hiermee werd het streefaantal van 1500 responderende cliënten vrijwel gehaald en het streefaantal van 500 responderende mantelzorgers ruimschoots gehaald.

³⁷ Cliënten van 20 organisaties hebben een eerste reminder ontvangen; een tweede reminder werd gestuurd aan cliënten van 17 organisaties.

Tabel B.2 Overzicht respons cliënten en mantelzorgers

	Cliënten	Naasten
Aantal uitgestuurde vragenlijsten	2719	(2719)
Aantal vragenlijst retour (bruto respons)*	1464 (53,8%)	1096
Aantal vragenlijsten voldoende ingevuld en data meegenomen in de Analyses (netto respons)	1435 (52,8%)	1025

* Exclusief de retour gestuurde lege vragenlijsten en doorgegeven non-respons

Van ongeveer één op de tien non-respondenten is bekend waarom zij niet aan het onderzoek meededen, omdat zijzelf of een familielid hierover contact opnamen. Enkele cliënten bleken zeer recent te zijn overleden. In andere gevallen wilde of kon de cliënt niet meedoen vanwege de volgende redenen: geen zin, omwille van privacy, tevreden met de wijkverpleging, recent verhuisd, teveel moeite, slechtziend, dementie, terminaal, te druk, te ingewikkeld, begrijpt het niet vanwege hoge leeftijd, taalbarrière, niet meer in zorg, moeite met schrijven en geen behoefte aan deelname.

Tabel B.3 bevat een gedetailleerd overzicht van de respons van de cliënten per provincie en thuiszorgorganisatie. Het laat zien dat de respons per organisatie behoorlijk verschilde, van 34% tot 94%.

Tabel B.3 Respons cliëntvragenlijst per provincie en thuiszorgorganisatie

Provincie	Organisatiernr (per provincie)	Aantal cliënten benaderd	Aantal cliëntvragenlijsten retour	Bruto respons	Aantal cliëntvragenlijsten voldoende ingevuld voor analyse	Netto respons
Landelijk	1	250	151	60,4%	150	60,0%
Drenthe	1	117	48	41,0%	45	38,5%
	2	100	61	61,0%	61	61,0%
	3	30	20	66,7%	20	66,7%
	4	95	50	52,6%	49	51,6%
Flevoland	1	100	52	52,0%	51	51,0%
Friesland	1	100	46	46,0%	43	43,0%
Gelderland	1	100	44	44,0%	41	41,0%
	2	100	56	56,0%	55	55,0%
	3	18	17	94,4%	17	94,4%
	4	103	59	57,3%	57	55,3%
Groningen	1	250	134	53,6%	133	53,2%
	2	180	92	51,1%	90	50,0%
	3	99	34	34,3%	34	34,3%
Limburg	1	120	64	53,3%	64	53,3%
	2	100	61	61,0%	61	61,0%
Noord-Brabant	1	150	74	49,3%	73	48,7%
	2	100	57	57,0%	56	56,0%
Noord-Holland	1	100	43	43,0%	42	42,0%
Overijssel	1	100	61	61,0%	60	60,0%
Utrecht	1	198	99	50,0%	95	48,0%
Zeeland	1	68	42	61,8%	41	60,3%
Zuid-Holland (en Zeeland)	1	170	99	58,2%	97	57,1%
Totaal		2748	1464	53,30%	1435	52,20%

Achtergrondkenmerken responderende cliënten en mantelzorgers

De tabellen B.4 en B.5 bevatten een overzicht van de achtergrond kenmerken van, respectievelijk, de deelnemende cliënten en de deelnemende mantelzorgers. Omdat de responderende cliëntengroep wat de verdeling naar leeftijd, geslacht en mate van stedelijkheid van de woonplaats betreft enigszins afweek van de totale populatie cliënten (van 18 jaar en ouder) die in 2016 wijkverpleging in Nederland ontving³⁸, is bij de analyse van de gegevens van de cliënten gecorrigeerd voor deze

³⁸ <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>

afwijking. Dit gebeurde door middel van weging (met een weefactor gebaseerd op de drie genoemde kenmerken) bij de beschrijvende analyses en door berekening van de uitkomsten voor een gestandaardiseerde populatie bij de multiniveau-analyses (zie verder bij Data-analyse).

Tabel B.4 Achtergrondkenmerken van de respondentengroep van cliënten (ongewogen en gewogen) en van de gedefinieerde standaardpopulatie van cliënten

	Respondentengroep cliënten (N=1435) Ongewogen	Respondentengroep cliënten gewogen*	Standaard- populatie cliënten
Geslacht	A		C
Vrouw	68,3%	63,0%	62,8%
Man	31,7%	37,0%	37,2%
Leeftijd	A		C
18 t/m 64 jaar	9,1%	16,2%	16,5%
65 t/m 74 jaar	14,7%	18,6%	18,8%
75 t/m 84 jaar	36,8%	34,6%	34,6%
85 jaar en ouder	39,5%	30,5%	30,1%
Stedelijkheid	B		C
Zeer sterk en sterk stedelijk	25,5%	48,6%	48,6%
Matig en weinig stedelijk	55,1%	41,6%	41,6%
Niet stedelijk	19,4%	9,8%	9,8%
Landsdeel	B		C
Noord-Nederland	34,8%	23,9%	12,1%
Oost-Nederland	24,3%	21,0%	22,7%
Zuid-Nederland	22,1%	29,1%	23,3%
West-Nederland	18,8%	26,0%	41,9%
Opleiding	A		D
Laag	80,8%	76,6%	80,8%
Middelbaar	11,0%	13,1%	11,0%
Hoog	8,2%	10,3%	8,2%
Samenstelling van huishouden	A		D
Alleenwonend	63,7%	61,0%	63,7%
Samenwonend	36,3%	39,0%	36,3%

* De respondentengroep voor de beschrijvende analyses is gewogen naar geslacht x leeftijd en stedelijkheid, zoals in de populatie cliënten wijkverpleging in Nederland in 2015, op basis van declaratiegegevens (Vektis).

A: Het gaat om zelf-gerapporteerde gegevens.

B: Cijfers zijn berekend op basis van viercijferige postcode van het woonadres van de cliënt.

C: Cijfers zijn gebaseerd op declaraties wijkverpleging van alle verzekerden van 18 jaar en ouder over 2015 (Vektis).

D: Cijfers zijn gebaseerd op de verdeling zoals aangetroffen in de respondentengroep, omdat populatiegegevens ontbreken.

Voor de specifieke groep mantelzorgers van cliënten die wijkverpleging ontvangen, geldt dat er geen gegevens van de standaardpopulatie beschikbaar zijn en wij er vanuit gaan dat de respondentengroep een goede afspiegeling is van de standaardpopulatie mantelzorgers. De analyses zijn dus gedaan over de ongewogen mantelzorgerspopulatie.

Tabel B.5 Achtergrondkenmerken van de respondentengroep van mantelzorgers en de daarvan afgeleide standaardpopulatie van mantelzorgers

	Respondentengroep mantelzorgers (N=1025)	Standaardpopulatie mantelzorgers
Geslacht	A	B
Vrouw	35,2%	35,2%
Man	64,8%	64,8%
Leeftijd	A	B
Jonger dan 50 jaar	11,0%	11,0%
50 t/m 64 jaar	42,3%	42,3%
65 t/m 74 jaar	19,8%	19,8%
75 jaar en ouder	26,9%	26,9%
Stedelijkheid	B	B
Zeer sterk en sterk stedelijk	24,6%	24,6%
Matig en weinig stedelijk	55,1%	55,1%
Niet stedelijk	20,3%	20,3%
Relatie	A	B
Partner/echtgenoot/-te	35,4%	35,4%
(Schoon)zoon/dochter	43,0%	43,0%
Overig familie	17,4%	17,4%
Geen familie	4,2%	4,2%
Opleidingsniveau	A	B
Laag	50,4%	50,4%
Middelbaar	28,3%	28,3%
Hoog	21,3%	21,3%

A: Het gaat om zelf-gerapporteerde gegevens.

B: Cijfers zijn gebaseerd op de verdeling zoals aangetroffen in de respondentengroep, omdat populatiegegevens ontbreken.

Data-analyse

De gegevens uit de vragenlijsten zijn met behulp van beschrijvende statistiek geanalyseerd. Daar waar kwaliteitsoordelen werden gevraagd zijn multiniveau (lineaire en logistische) regressieanalyses uitgevoerd (Snijders & Bosker, 2012). Hierdoor konden we rekening houden met het feit dat een aantal cliënten en mantelzorgers de zorgverlening van eenzelfde thuiszorgorganisatie beoordeelde, en deze beoordelingen dus niet als onafhankelijk van elkaar beschouwd kunnen worden. Er is dus sprake van ‘geneste’ waarnemingen: de cliënten en mantelzorgers zijn genest in de thuiszorgorganisaties. In het geanalyseerde multiniveau-model worden daarom twee data-niveaus onderscheiden: het niveau van de thuiszorgorganisatie en het niveau van de individuele cliënt/mantelzorgers. Bij de analyse van de gegevens zijn twee multiniveau-modellen gespecificeerd. Het lege model waarin alleen de niveaus thuiszorgorganisatie en cliënt en de

afhankelijke variabele zijn opgenomen, is gebruikt om een schatting te krijgen in welke mate de verschillen afhankelijk zijn van de thuiszorgorganisatie. In het uitgebreide model zijn voor de analyses van de enquêtegegevens van de cliënten de volgende onafhankelijke variabelen opgenomen: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie en mate van stedelijkheid woonplaats. Voor de analyses van de enquêtegegevens van de mantelzorgers zijn de volgende onafhankelijke variabelen in het uitgebreide model opgenomen: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, relatie tot cliënt en mate van stedelijkheid woonplaats cliënt. Het betreffen allen categorische variabelen, die als dummyvariabelen in het model zijn opgenomen. Dit uitgebreide model is gebruikt bij de analyse van die indicatoren waarbij, naast een schatting voor de totale populatie, ook schattingen voor subgroepen wenselijk en mogelijk waren. Wanneer bijvoorbeeld het gemiddelde rapportcijfer voor de zorgprofessionals werd geschat voor vrouwelijke cliënten (ten opzichte van mannelijke cliënten), dan werd hierbij door het opnemen van de andere variabelen in het model gecorrigeerd voor verschillen tussen de groepen mannelijke en vrouwelijke cliënten in leeftijdssamenstelling, opleidingsniveau, woonsituatie en mate van stedelijkheid woonplaats.

Bij de multiniveau-regressieanalyses is tevens steeds getoetst of er verschillen bestaan tussen subgroepen cliënten of mantelzorgers in hun beoordeling van (aspecten van) de wijkverpleging. Indien de p-waarde behorend bij de toets kleiner was dan 0.01, spreken we van een (significant) verschil tussen de betreffende subgroepen. De analyses zijn uitgevoerd met STATA versie 14.0.

Bijlage C Methoden onderzoek professionals

Het onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging bestond uit twee onderdelen: (1) focusgroepen en (2) een vragenlijstonderzoek. De focusgroepen geven geen volledig beeld van de landelijke ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden, daarvoor diende het vragenlijstonderzoek.

Aanpak focusgroepen

Deelnemers

Er zijn drie focusgroepen georganiseerd in drie verschillende regio's verspreid door het land (westen, oosten en zuiden). In totaal hebben 22 (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in tien verschillende thuiszorgorganisaties geparticipeerd in de focusgroepen. De werkgebieden van de deelnemers varieerden van platteland tot (grote) stad. Iedere focusgroep is georganiseerd met een gemixte groep van wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en verzorgenden.

Tabel C.1 Achtergrondkenmerken deelnemers focusgroepen

	N
Geslacht	
Vrouw	21
Man	1
Opleidingsniveau	
Hbo-opgeleide verpleegkundige	9
Mbo-opgeleide verpleegkundige	9
Verzorgende	4
Gemiddeld aantal jaren werkervaring (range)	11,2 (0,5 - 35)

Procedure

Op basis van de vier centrale onderzoeksvragen is een semigestructureerde gespreksleidraad voor de focusgroepen opgesteld. Deze gespreksleidraad bestond uit een aantal vragen en bijbehorende topics. De conceptgespreksleidraad is voorgelegd aan twee onderzoekers van het SCP ter controle van de volledigheid. Aanvullingen van deze medewerkers zijn verwerkt in de definitieve gespreksleidraad.

Iedere focusgroep duurde ongeveer 90 minuten. De focusgroepen zijn opgenomen met een voice-recorder en vervolgens letterlijk uitgeschreven. Tevens is na iedere focusgroep een samenvattend verslag van het gesprek geschreven.

Analyse

De uitgeschreven opnames en samenvattende verslagen zijn geanalyseerd door twee onderzoekers volgens de principes van thematische analyse (Braun&Clarke, 2006). Hierbij zijn relevante fragmenten vanuit de samenvattende verslagen op inductieve wijze onderscheiden en gecodeerd. Vervolgens zijn samenhangende codes gegroepeerd en zijn thema's geïdentificeerd die direct verband houden met de hoofdthema's van de vier centrale onderzoeksvragen.

Aanpak vragenlijstonderzoek

Ontwikkeling vragenlijst

De vragenlijst is opgesteld uitgaande van de vier centrale onderzoeksvragen in combinatie met de uitkomsten van de focusgroepen. Daarnaast is gekeken naar afstemming met de vragenlijsten voor cliënten en mantelzorgers van de wijkverpleging. De conceptversie van de vragenlijst is voorgelegd aan twee onderzoekers van het SCP. Aanvullingen van deze medewerkers zijn verwerkt in de vragenlijst.

Vervolgens is er een pilot georganiseerd onder verpleegkundigen en verzorgenden. De pilot groep bestond uit twee hbo-opgeleide verpleegkundigen, drie mbo-opgeleide verpleegkundigen en drie verzorgenden.

De verpleegkundigen en verzorgenden zijn gevraagd om de vragenlijst te beoordelen op relevantie, volledigheid en begrijpelijkheid van vragen en antwoorden. Zij zijn allen hierover telefonisch geïnterviewd. Aan de hand van de uitkomsten van de pilot is de vragenlijst nogmaals aangepast.

Dataverzameling

De vragenlijst is eind 2016 verstuurd naar 981 deelnemers van het landelijke NIVEL Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelvnev). De vragenlijst is ingevuld door 569 verpleegkundigen en verzorgenden die werken in de wijkverpleging (respons 58%). Respondenten konden de vragenlijst online of schriftelijk invullen. Paneldeelnemers die nog niet gereageerd hadden ontvingen na respectievelijk twee en vier weken een herinnering.

Analyses

Met het statistisch programma STATA 14.0 zijn rechte tellingen uitgevoerd. Percentages zijn telkens berekend voor de hbo-opgeleide verpleegkundigen (hbo-vpk), de mbo-opgeleide verpleegkundigen (mbo-vpk) en de verzorgenden (vz). Verschillen tussen deze groepen zijn getoetst met chi-kwadraattoetsen en t-toetsen. Vanwege het grote aantal toetsen spreken we van statistisch significant als $p < .01$. Dit wordt aangeduid met een sterretje (*).

Achtergrondkenmerken professionals in vragenlijstonderzoek

Tabel C.2 Persoonskenmerken van de professionals

	Hbo-vpk (N=235) %	Mbo-vpk (N=135) %	Vz (N=199) %
Geslacht			
Vrouw	94,9	95,6	97,0
Man	5,1	4,4	3,0
Leeftijd			
Jonger dan 35 jaar	32,8	11,9	3,0
35-54 jaar	41,7	58,5	49,3
55 jaar of ouder	25,5	29,6	47,7
Aantal jaren werkervaring			
Minder dan 10 jaar	31,9	15,6	12,6
10-19 jaar	20,0	23,0	20,1
20-29 jaar	18,3	30,4	28,6
30 jaar of meer	29,8	31,1	38,7

Tabel C.3 Kenmerken van de werkomstandigheden van de professionals

	Hbo-vpk (N=235) %	Mbo-vpk (N=135) %	Vz (N=199) %
Soort zorgorganisatie waar men werkzaam is			
Thuiszorgorganisatie	99,1	98,5	91,5
Verpleeghuis/verzorgingshuis/zorgcentrum	0,9	1,5	8,5
Typering werkgebied waarin men werkzaam is^a			
(Zeer) sterk verstedelijkt	26,8	23,7	19,1
Matig verstedelijkt	42,1	47,4	42,2
Niet of weinig verstedelijkt	36,2	32,6	41,2
Provincie waarin men werkzaam is^a			
Zuid-Holland	20,4	26,7	14,6
Noord-Brabant	22,6	13,3	16,6
Gelderland	14,5	10,4	14,6
Noord-Holland	9,4	14,8	13,1
Overijssel	8,5	11,1	7,0
Groningen	8,1	8,2	5,5
Utrecht	5,5	6,7	6,5
Limburg	3,8	2,2	6,5
Friesland	3,0	3,7	4,5
Drenthe	2,6	2,2	5,5
Zeeland	2,1	0,7	4,5
Flevoland	0,9	1,5	3,0

	Hbo-vpk (N=235) %	Mbo-vpk (N=135) %	Vz (N=199) %
Cliënten waar men meeste mee te maken heeft^a			
Mensen met algehele achteruitgang en kwetsbaarheid vanwege hoge leeftijd	76,2	74,8	85,4
Mensen met dementie	74,9	76,3	77,9
Mensen met kanker	63,8	68,9	54,3
Mensen met een lichamelijke beperking	14,9	23,7	39,7
Mensen met comorbiditeit	68,9	59,3	37,2
Mensen met complexe zorgvragen binnen verschillende domeinen (bijv. lichamelijk, psychisch, sociaal, etc.)	48,9	47,4	40,2
Mensen met kortdurende lichamelijke problemen	41,3	46,7	46,2
Mensen met chronische aandoeningen anders dan kanker	41,3	45,9	30,2
Mensen met psychische of psychiatrische problemen	22,6	19,3	28,1
Mensen vroegtijdig (eerder dan wenselijk) vanuit het ziekenhuis ontslagen	11,5	13,3	12,6
Mensen met een verstandelijke beperking	1,7	4,4	6,0
Verrichten van niet-cliëntgebonden/segment 1-taken	(n=224)	(n=121)	-
Ja	61,6	61,2	-
Nee	38,4	38,8	-

^a Respondenten konden meerdere antwoorden aankruisen waardoor het totaal percentage hoger ligt dan 100%

Tabel C.4 Zorgvragen van cliënten naar type zorg

Met welke zorgvraag komen cliënten bij u of uw team terecht?	Hbo-vpk (N=220) %	Mbo-vpk (N=126) %	Vz (N=194) %	Verskil tussen groepen
Persoonlijke verzorging + verpleging + begeleiding	61,4	57,9	61,3	ns
Persoonlijke verzorging + verpleging	32,7	33,3	30,9	
Verpleging	2,7	2,4	2,1	
Verpleging + begeleiding	1,4	4,0	0,5	
Persoonlijke verzorging	0,5	0,8	2,6	
Persoonlijke verzorging + begeleiding	0,9	0,8	1,6	
Begeleiding	0,5	0,8	1,0	

Tabel C.5 Samenwerkingspartners van de wijkverpleging

Hoe vaak werkt u samen met andere professionals in de verpleging en verzorging voor uw cliënten?	Hbo-vpk (N=218- 223) ^a %	Mbo-vpk (N=123- 128) ^a %	Vz (N=166- 188) ^a %	Verskil tussen groepen
Huisartsen				
Nooit of zelden	2,7	8,7	20,7	*
Regelmatig	19,0	32,3	41,5	
Vaak of altijd	78,3	59,1	37,8	
Praktijkondersteuners in een huisartsenpraktijk				
Nooit of zelden	8,5	10,4	20,4	*
Regelmatig	19,7	37,6	38,7	
Vaak of altijd	71,8	52,0	40,9	
Apothekers				
Nooit of zelden	13,1	14,1	23,8	*
Regelmatig	33,8	41,4	38,4	
Vaak of altijd	53,2	44,5	37,8	
Paramedici				
Nooit of zelden	16,7	32,8	41,9	*
Regelmatig	50,2	44,5	38,0	
Vaak of altijd	33,0	22,7	20,1	
Hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen (van andere organisaties dan uw eigen organisatie)				
Nooit of zelden	47,3	64,0	71,1	*
Regelmatig	28,2	19,2	11,6	
Vaak of altijd	24,6	16,8	17,3	
Mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden (van andere organisaties dan uw eigen organisatie)				
Nooit of zelden	67,0	65,1	72,9	*
Regelmatig	11,0	21,4	8,4	
Vaak of altijd	22,0	13,5	18,7	
Verpleegkundigen in ziekenhuizen				
Nooit of zelden	34,3	55,6	72,7	*
Regelmatig	45,2	40,5	22,7	
Vaak of altijd	20,6	4,0	4,7	
Gemeenten of gemeentelijke diensten of (sociale) wijkteams				
Nooit of zelden	38,9	67,2	75,7	*
Regelmatig	39,4	25,8	19,2	
Vaak of altijd	21,7	7,0	5,1	
Welzijns- en mantelzorgorganisaties				
Nooit of zelden	42,5	69,6	71,3	*
Regelmatig	40,6	22,4	19,9	
Vaak of altijd	16,9	8,0	8,8	
Vrijwilligersorganisaties				
Nooit of zelden	28,3	51,6	66,1	*
Regelmatig	54,3	40,5	27,7	
Vaak of altijd	17,5	7,9	6,2	
Verpleegkundigen of verzorgenden uit de intramurale ouderenzorg				
Nooit of zelden	69,9	73,0	69,1	ns
Regelmatig	20,4	20,5	20,0	
Vaak of altijd	9,7	6,6	10,9	

Hoe vaak werkt u samen met andere professionals in de verpleging en verzorging voor uw cliënten?	Hbo-vpk (N=218- 223) ^a %	Mbo-vpk (N=123- 128) ^a %	Vz (N=166- 188) ^a %	Verskil tussen groepen
GGZ-professionals				
Nooit of zelden	55,5	69,3	72,2	*
Regelmatig	36,8	22,8	19,3	
Vaak of altijd	7,7	7,9	8,5	
Organisaties die werkzaam zijn op het gebied van maatschappelijke ondersteuning				
Nooit of zelden	54,5	72,2	76,6	*
Regelmatig	32,0	23,8	19,4	
Vaak of altijd	13,5	4,0	4,0	
Specialist ouderengeneeskunde				
Nooit of zelden	67,1	75,6	83,8	*
Regelmatig	23,7	18,7	9,5	
Vaak of altijd	9,1	5,7	6,7	
Artsen in ziekenhuizen				
Nooit of zelden	57,3	64,8	80,4	*
Regelmatig	31,2	28,8	15,6	
Vaak of altijd	11,5	6,4	4,1	
Regionale ouderen- of patiëntenorganisaties				
Nooit of zelden	76,4	85,7	90,8	*
Regelmatig	18,2	9,5	6,3	
Vaak of altijd	5,5	4,8	2,9	
Woningcorporaties				
Nooit of zelden	82,7	94,4	89,6	ns
Regelmatig	13,2	4,8	9,3	
Vaak of altijd	4,1	0,8	1,2	

^a De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

Tabel C.6 Dossiervoering

Werkt u met een papieren zorgdossier of met een zorgdossier in digitale vorm?	Hbo- vpk (N=220) %	Mbo- vpk (N=124) %	Vz (N=185) %	Verskil tussen groepen
Papieren of digitaal dossier				
Papieren dossier	20,9	35,5	37,8	*
Digitaal dossier	30,9	24,2	27,0	
Deels papieren en deels digitaal dossier	48,2	40,3	35,1	

Tabel C.7 Kenmerken van teams van de professionals

	Hbo-vpk (N=167- 221) ^a %	Mbo-vpk (N=93- 124) ^a %	Vz (N=141- 185) ^a %	Vershil tussen groepen
Werkzaam in een team				
Ja	99,1	99,2	96,3	ns
Nee	0,9	0,8	3,7	
Totaal aantal zorgverleners in team				
0-5	2,3	5,7	1,7	ns
6-10	28,8	27,4	25,1	
11-15	47,5	42,7	45,8	
16-20	15,5	16,9	20,7	
Meer dan 20	5,9	7,3	6,7	
Aantal hbo-opgeleide verpleegkundigen in team				
0	1,4	7,5	4,2	ns
1-2	67,1	72,5	77,1	
3-5	26,4	17,5	16,9	
6-10	3,7	1,7	1,2	
Meer dan 10	1,4	0,8	0,6	
Aantal mbo-opgeleide verpleegkundigen in team				
0	7,2	0,0	5,7	*
1-2	48,1	41,0	49,0	
3-5	35,6	39,3	35,7	
6-10	7,7	18,9	7,0	
Meer dan 10	1,4	0,8	2,6	
Aantal verzorgenden in team				
0	4,8	5,9	0,6	ns
1-2	11,5	13,6	5,0	
3-5	31,1	34,8	33,3	
6-10	36,4	32,2	41,7	
Meer dan 10	16,3	13,6	19,4	
Aantal helpenden in team				
0	49,1	37,6	36,2	ns
1-2	21,6	33,3	31,9	
3-5	21,0	22,6	21,3	
6-10	7,2	6,5	7,1	
Meer dan 10	1,2	0,0	3,6	

^a De N varieert de tussen genoemde waarden, omdat het aantal missende waarden varieert per vraag

Vergelijking respondenten vragenlijstonderzoek en populatie

Om de onderzoeksgroep te vergelijken met de algehele populatie van professionals die wijkverpleging verlenen zijn we voor de populatiecijfers uit gegaan van de Werknemersenquête 2015 van het onderzoeksprogramma AZW (AZW,2015). In het databestand van de werknemersenquête hebben we een selectie gemaakt op werkzaam in de sub-brancher thuiszorg en een functie als (wijk)verpleegkundige of verzorgende. Het databestand bevat een weegfactor die corrigeert voor een afwijking in de leeftijdsopbouw van de netto steekproef van de

werknemersenquête. We hebben deze weegfactor gebruikt voor de vergelijking met de onderzoeksgroep van het eigen onderzoek.

De verdeling van de onderzoeksgroep naar geslacht is nauwelijks afwijkend van de algehele populatie. Ook de verdeling over leeftijd is grotendeels gelijk. De onderzoeksgroep omvat meer jongere hbo-opgeleide verpleegkundigen dan de algehele populatie en minder jongere verzorgenden. De groep oudere verzorgenden is groter in de onderzoeksgroep dan in de algehele populatie.

Tabel C.8 Persoonskenmerken respondenten en populatie

	Respondenten		Populatie ^a	
	N	%	N	Gewogen %
Hbo-opgeleide verpleegkundigen				
Vrouw	223	94,9	56	94,0
Man	12	5,1	4	6,0
Jonger dan 35 jaar	77	32,8	9	24,6
35-54 jaar	98	41,7	27	55,1
55 jaar of ouder	60	25,5	23	20,4
Mbo-opgeleide verpleegkundigen				
Vrouw	129	95,6	58	98,9
Man	6	4,4	1	1,1
Jonger dan 35 jaar	16	11,9	4	18,7
35-54 jaar	79	58,5	23	47,6
55 jaar of ouder	40	29,6	32	33,7
Verzorgenden				
Vrouw	193	97,0	243	98,7
Man	6	3,0	8	1,3
Jonger dan 35 jaar	6	3,0	23	24,7
35-54 jaar	98	49,3	124	55,5
55 jaar of ouder	95	47,7	104	19,8

^a Bron cijfers: databestand AZW Werknemersenquête 2015, verkregen op 18-07-2017 via: <https://azwinfo.databank.nl/documents/Bestanden-WNE>

Tabel C.9 Opleidingsniveau respondenten en populatie

	Respondenten		Populatie ^a	
	N	%	N	%
Opleidingsniveau				
Hbo-opgeleide verpleegkundige	235	41,3	7.560	12,3
Mbo-opgeleide verpleegkundige	135	23,7	10.900	17,7
Verzorgende	199	35,0	43.000	70,0

^a Bron cijfers: Van der Windt & Bloemendaal (2015)

De spreiding van de respondenten over regio's is nagenoeg gelijk aan de regionale spreiding van alle werknemers in de branche Verpleging en Verzorging/Thuiszorg. Ook komt de spreiding van de respondenten goed overeen met de regionale spreiding van alle 65-plussers in Nederland.

Tabel C.10 Regionale spreiding van respondenten en alle werknemers in de branche Verpleging en Verzorging/Thuiszorg

Regio's	Respondenten	Werknemers
	%	VVT ^a %
Groningen, Friesland of Drenthe	14,4	11,8
Overijssel, Gelderland, Flevoland	23,9	23,9
Utrecht, N-Holland, Z-Holland	38,2	39,7
Zeeland, Noord-Brabant, Limburg	25,3	24,6
Totaal ^b	101,8	100,0

^a Bron populatiecijfers: AZW, 2015

^b Het totaal percentage bij respondenten ligt hoger dan 100% wegens de mogelijkheid om meerder antwoorden in te vullen

Tabel C.11 Regionale spreiding van respondenten en alle 65-plussers in Nederland

Regio's	Respondenten	65-plussers ^a
	%	%
Groningen, Friesland of Drenthe	14,4	11,1
Overijssel, Gelderland, Flevoland	23,9	20,8
Utrecht, N-Holland, Z-Holland	38,2	42,2
Zeeland, Noord-Brabant, Limburg	25,3	25,9
Totaal ^b	101,8	100,0

^a Bron populatiecijfers: CBS, 2016

^b Het totaal percentage bij respondenten ligt hoger dan 100% wegens de mogelijkheid om meerder antwoorden in te vullen

Bijlage D Bekendheid en gebruik wijkverpleging onder mensen met een chronische ziekte of beperking

Aanvullend onderzoek

In deze bijlage rapporteren we een aanvullend onderzoek naar bekendheid en gebruik van wijkverpleging onder mensen met een lichamelijke chronische ziekte of beperking, een potentiële doelgroep voor wijkverpleging. De volgende vragen waren leidend voor dit aanvullend onderzoek:

- 1) In hoeverre zijn mensen met een chronische ziekte of beperking, die mogelijk hulp bij persoonlijke verzorging of verpleging thuis nodig hebben, op de hoogte van het bestaan van de wijkverpleging?
- 2) In hoeverre maken zij wel of niet gebruik van wijkverpleging, en wat zijn de belangrijkste redenen om geen gebruik van wijkverpleging te maken?

Onderzoeksmethode

Er zijn enkele vragen gesteld over de wijkverpleging in een enquête die in april 2017 naar de leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG; NIVEL) werd gestuurd. Het NPCG maakt deel uit van het onderzoeksprogramma 'Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking', dat door het NIVEL wordt uitgevoerd met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Panelleden vullen ten minste twee keer per jaar een vragenlijst in. Voor dit aanvullend onderzoek zijn in april 2017 enkele vragen aan de panelleden voorgelegd over bekendheid met de wijkverpleging, de behoefte aan wijkverpleging en het (niet-)gebruik. Deze vragen werden specifiek voor dit onderzoek door de onderzoekers ontwikkeld, in overleg met het SCP.

Het NPCG bestaat uit bijna 4000 mensen van 15 jaar of ouder die één of meer lichamelijke chronische ziekte(n) of beperking(en) hebben. Doordat de panelleden door middel van steekproeftrekking uit de bestanden van een groot aantal huisartsenpraktijken verspreid over heel Nederland of uit landelijk bevolkingsonderzoek van het CBS zijn geselecteerd, is het NPCG in grote mate representatief voor de totale populatie van mensen (van 15 jaar en ouder) met een lichamelijke chronische ziekte of beperking in Nederland. Daar waar de respondentengroep van wie in dit onderzoek gegevens zijn geanalyseerd (N=2532) afweek, is hiervoor door middel van weging gecorrigeerd.

Respons, achtergrondkenmerken respondenten en standaardpopulatie

In totaal werden 3998 panelleden voor de enquête uitgenodigd en hebben 3040 mensen de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld, wat neerkomt op een netto respons van 76 procent.

Tabel D.1 bevat een overzicht van de achtergrondkenmerken van de respondenten op de enquête (linker kolom). Daarnaast bevat de tabel de geschatte verdeling van de doelpopulatie van mensen met een lichamelijke chronische ziekte of beperking

van 15 jaar en ouder in Nederland op een aantal kenmerken (rechter kolom, “standaardpopulatie”). Voor toelichting op de samenstelling van de standaardpopulatie verwijzen we hier naar Cozijnsen et al., 2015.

Omdat de respondentengroep qua verdeling op een aantal kenmerken wat afwijkt van de standaardpopulatie, zijn de statistische analyses voor dit aanvullend onderzoek gedaan op een gewogen databestand. Daarbij is gewogen naar de verhouding op alle in de tabel genoemde kenmerken zoals deze voorkomen in de standaardpopulatie (tabel D.1, middelste kolom).

Tabel D.1 Achtergrondkenmerken van de respondentengroep van mensen met een chronische ziekte of beperking en van de gedefinieerde standaardpopulatie

	Respondenten- groep (N=3040) ongewogen	Respondenten- groep (N=2532)* Gewogen	Standaard- populatie
Geslacht	A		C
Vrouw	57%	61%	61%
Man	43%	39%	39%
Leeftijd	A		C
15 t/m 39 jaar	4%	5%	5%
40 t/m 64 jaar	36%	42%	42%
65 t/m 74 jaar	33%	25%	25%
75 jaar en ouder	27%	28%	28%
Opleidingsniveau	A		C
Laag	32%	41%	41%
Midden	44%	42%	42%
Hoog	24%	17%	17%
Ernst van de lichamelijke beperkingen	A		C
Geen / lichte beperkingen	54%	30%	30%
Matig ernstige beperkingen	32%	44%	44%
Ernstige beperkingen	14%	26%	26%
Stedelijkheid	B		C
Zeer sterk stedelijk	15%	18%	18%
Sterk stedelijk	36%	27%	27%
Matig stedelijk	20%	21%	21%
Weinig stedelijk	23%	22%	22%
Niet stedelijk	6%	12%	12%
Landsdeel	B		C
Noord-Nederland	9%	10%	10%
Oost-Nederland	24%	21%	21%
Zuid-Nederland	17%	22%	22%
West-Nederland	50%	47%	47%

A: Het gaat om zelf-gerapporteerde gegevens.

B: Cijfers zijn berekend op basis van viercijferige postcode van het woonadres van de respondent.

C: Bron: Cozijnsen R, de Putter I, Spreeuwenberg P, Rijken M. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Werk en inkomen: kerngegevens en trends. Rapportage 2015. Utrecht: NIVEL, 2015.

* Hierbij is gewogen op alle variabelen opgenomen in de tabel. Omdat niet van alle respondenten deze informatie compleet was, is de N van de gewogen respondentengroep lager.

Data-analyse

De vragen zijn met behulp van beschrijvende statistiek (op het gewogen databestand) geanalyseerd. Behalve frequentieverdelingen over de totale groep, is met behulp van chikwadraattoetsen getoetst of er verschillen bestaan in de bekendheid met en het gebruik van wijkverpleging tussen verschillende subgroepen van mensen met een chronische ziekte of beperking, naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ernst van hun beperkingen en naar de regio en stedelijkheidsgraad van hun woonplaats. De analyses zijn uitgevoerd met Stata 14.0.

Resultaten

Achtergrondkenmerken

Tabel D.1 laat zien dat mensen met een chronische ziekte of beperking vaker vrouw (61%) dan man (39%) zijn. Van de totale groep is maar 5 procent jonger dan 40 jaar; de helft is 65-plusser en ruim een kwart zelfs 75-plusser. Ruim 40 procent (41%) is laag opgeleid. Dertig procent van de totale groep ervaart geen lichamelijke beperkingen of alleen lichte beperkingen (deze mensen zijn wel allemaal gediagnosticeerd met één of meer chronische ziekte(n)). Bij 44 procent zijn de beperkingen matig ernstig, dat wil zeggen dat deze mensen moeite hebben met meerdere activiteiten, bijvoorbeeld op het gebied van mobiliteit of persoonlijke verzorging, maar deze nog wel zelf kunnen uitvoeren. Ruim een kwart (26%) heeft ernstige lichamelijke beperkingen, wat betekent dat zij bepaalde activiteiten niet zelf kunnen uitvoeren.

Bekendheid en gebruik

Tabel D.2 geeft weer in hoeverre mensen met een chronische ziekte of beperking in het voorjaar van 2017 op de hoogte waren van het bestaan van wijkverpleging. De tabel laat zien dat de bekendheid met de wijkverpleging onder deze groep groot is: bijna 90 procent gaf aan van het bestaan van wijkverpleging te weten. Ruim driekwart van de totale groep wist van het bestaan van wijkverpleging, maar gebruikte het niet; 13 procent maakte wel gebruik van wijkverpleging.

Tabel D.2 laat ook zien dat er verschillen bestaan tussen subgroepen van mensen met een chronische ziekte of beperking, wat de bekendheid en het gebruik van wijkverpleging betreft, naar leeftijd, opleidingsniveau en de ernst van hun beperkingen.

Wat de leeftijd betreft, zijn er niet zo zeer verschillen tussen de leeftijdsgroepen in de bekendheid met wijkverpleging, maar in het gebruik ervan. Van alle leeftijdsgroepen is ongeveer 10 procent niet op de hoogte van het bestaan van wijkverpleging. Vijfenzestigplussers met een chronische ziekte of beperking maken vaker gebruik van wijkverpleging dan mensen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 40 t/m 64 jaar. Het gebruik van wijkverpleging is het grootst onder de 75-plussers.

Kijken we naar de verschillen tussen mensen met een verschillend opleidingsniveau, dan zien we dat onder laag opgeleiden de onbekendheid met

wijkverpleging groter is (bijna 15%) en tegelijkertijd ook het gebruik van wijkverpleging groter is (17%) dan bij de andere twee opleidingscategorieën. Kijken we tenslotte naar de verschillen tussen mensen met een chronische ziekte of beperking naar de ernst van hun lichamelijke beperkingen, dan zien we weer hetzelfde als bij de leeftijdsverschillen: het zijn niet zozeer verschillen in bekendheid, maar in gebruik van wijkverpleging. De groep met de meest ernstige beperkingen maakt het meest gebruik van wijkverpleging (27%); onder de groepen met minder ernstige beperkingen ligt het percentage gebruikers op maximaal 10 procent.

Niet-gebruik van wijkverpleging

Binnen de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking die in het voorjaar van 2017 aangaven geen gebruik te maken van wijkverpleging zijn twee subgroepen te onderscheiden: zij die wel van het bestaan van wijkverpleging afwisten en zij die dat niet deden. Aan beide groepen is gevraagd of zij verpleging of verzorging thuis nodig hebben.

Van de groep niet-gebruikers die aangaven wel van het bestaan van wijkverpleging af te weten (N=1758) gaf 84 procent aan geen verpleging of verzorging thuis nodig te hebben. Veertien procent gaf aan dat wijkverpleging niet nodig was, omdat men door iemand uit de eigen omgeving geholpen werd. Slechts twee procent gaf aan wel wijkverpleging nodig te hebben.

Van de groep niet-gebruikers die niet van het bestaan van wijkverpleging afwisten (N=232) gaven drie op de vier mensen (75%) aan dat ze geen verpleging of verzorging thuis nodig hadden. Zeventien procent gaf aan dat wijkverpleging niet nodig was, omdat men door iemand uit de eigen omgeving geholpen werd. Acht procent gaf aan wel wijkverpleging nodig te hebben.

Onder de (kleine) groep mensen die niet van het bestaan van wijkverpleging afwisten ligt de on vervulde zorgbehoefte dus iets hoger dan bij de groep die wel bekend was met de mogelijkheid van wijkverpleging.

Tabel D.2 Bekendheid van mensen met een chronische ziekte of beperking met wijkverpleging

Wist u dat er verpleging of verzorging thuis bestaat voor mensen die zichzelf tijdelijk of langdurig niet goed kunnen verzorgen? We noemen dit wijkverpleging.	Ja, wist dat het bestaat en krijg het ook %	Ja, wist dat het bestaat, maar krijg het niet %	Nee, wist niet dat het bestaat %	Verschil tussen groepen (P<.01)
Totale groep	13,1	76,3	10,6	
Geslacht				ns
1. Vrouwen	14,0	76,9	9,1	
2. Mannen	11,6	75,5	12,9	
Leeftijd				2 ≠ 3,4
1. Jonger dan 40 jaar	11,0	78,9	10,1	
2. 50 t/m 64 jaar	7,1	81,8	11,1	
3. 65 t/m 74 jaar	14,5	74,8	10,7	
4. 75 jaar en ouder	21,8	68,7	9,6	
Opleidingsniveau				1 ≠ 2,3
1. Laag	16,9	68,3	14,8	
2. Midden	10,3	80,9	8,8	
3. Hoog	11,4	82,9	5,7	
Ernst van lichamelijke beperkingen				1,2 ≠ 3
1. Geen / licht	6,0	83,9	10,0	
2. Matig ernstig	9,9	80,0	10,2	
3. Ernstig	26,9	61,2	12,0	
Mate van stedelijkheid woonomgeving				ns
1. Zeer sterk stedelijk	15,7	69,7	14,6	
2. Sterk stedelijk	12,4	75,0	12,6	
3. Matig stedelijk	13,6	80,1	6,4	
4. Weinig stedelijk	11,5	77,5	10,9	
5. Niet stedelijk	12,5	80,9	6,7	

Wist u dat er verpleging of verzorging thuis bestaat voor mensen die zichzelf tijdelijk of langdurig niet goed kunnen verzorgen? We noemen dit wijkverpleging.	Ja, wist dat het bestaat en krijg het ook %	Ja, wist dat het bestaat, maar krijg het niet %	Nee, wist niet dat het bestaat %	Verschil tussen groepen (P<.01)
Landsdeel				ns
Noord-Nederland	9,0	79,0	12,0	
Oost-Nederland	14,9	76,9	8,2	
Zuid-Nederland	14,3	74,7	11,0	
West-Nederland	12,6	76,2	11,1	

(berekend over de gewogen respondentengroep; N=2354)

Redenen van niet-gebruik

Aan de kleine groep niet-gebruikers die in de enquête aangaven wel wijkverpleging nodig te hebben (N=49³⁹) is gevraagd naar de reden(en) van hun niet-gebruik. Omdat het niet bekend zijn uiteraard een belangrijke oorzaak van het niet-gebruik is, hebben we de redenen van het niet-gebruik apart geanalyseerd voor degenen die wel en niet bekend waren met de wijkverpleging, ondanks de zeer kleine aantallen.

De redenen van de niet-gebruikers die wel bekend waren met de mogelijkheden van wijkverpleging zijn anders dan van de niet-gebruikers die er niet bekend mee waren. Bij de eerste groep (N=34; 'wel bekend') is de meest genoemde reden dat men het moeilijk vindt om hulp van onbekenden te krijgen (negen mensen). Deze mensen willen dus waarschijnlijk geen wijkverpleging. In de tweede plaats denkt deze groep niet in aanmerking te komen voor wijkverpleging (zes mensen). Enkele mensen van deze groep noemden nog andere redenen, waaronder dat zij privé hulp hadden geregeld. Drie mensen gaven aan dat de gemeente had laten weten dat hun partner de benodigde hulp moest bieden.

Bij de groep die niet bekend was met wijkverpleging (N=16; 'niet bekend') is de meest genoemde reden dat men denkt dat de kosten van wijkverpleging te hoog zijn (genoemd door negen mensen). Acht van de zestien mensen in deze groep dachten bovendien dat ze niet voor wijkverpleging in aanmerking zouden komen. Vijf van de zestien mensen gaven aan niet te weten hoe ze wijkverpleging zouden kunnen krijgen.

Conclusie

Dit aanvullende onderzoek onder mensen met een chronische ziekte of beperking laat zien dat de bekendheid met wijkverpleging onder deze potentiële doelgroep groot is. Bijna negentig procent van de mensen met een lichamelijke chronische ziekte of beperking weet van het bestaan van wijkverpleging. Niettemin maakt maar 13 procent er ook gebruik van. Vijfenzeventigplussers (22%) en mensen met ernstige beperkingen (27%) maken vaker gebruik van wijkverpleging. Opvallend is dat onder laag opgeleide mensen met een chronische ziekte of beperking ook meer gebruikers zijn, maar dat de bekendheid met wijkverpleging onder deze groep desondanks minder groot is.

Van de niet-gebruikers die wel van het bestaan van wijkverpleging wisten geeft maar twee procent aan wijkverpleging nodig te hebben. De voornaamste redenen voor hen om geen wijkverpleging te vragen is dat ze niet door onbekenden geholpen willen worden of denken er niet voor in aanmerking te komen. Van de niet-gebruikers die niet van het bestaan van wijkverpleging wisten zegt acht procent wijkverpleging nodig te hebben. Naast hun onbekendheid met de wijkverpleging, speelt bij deze laatste groep vooral dat zij niet weten hoe ze wijkverpleging kunnen krijgen, zij denken er niet voor in aanmerking te komen of dat de kosten te hoog zijn.

³⁹ Dit betreft het aantal mensen berekend op de gewogen respondentengroep. Door afronding is hier N=49, terwijl bij de beschrijving van de twee subgroepen hierna, 'wel bekend' (N=34) en 'niet bekend' (N=16), de totale N niet 49 maar 50 is.

Hoewel de onervulde behoefte aan wijkverpleging onder mensen met een lichamelijke chronische ziekte of beperking dus over het algemeen gering is, heeft de toegankelijkheid van wijkverpleging voor specifieke groepen niet-gebruikers extra aandacht.

Sinds 1 januari 2015 is de langdurige zorg en ondersteuning in Nederland anders ingericht. Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) voert het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) over de periode 2015 tot en met 2017 de landelijke evaluatie uit van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ). In het kader van de HLZ-evaluatie zullen diverse deelrapporten verschijnen. In 2018 volgt een overkoepelend eindrapport.



De Hervorming Langdurige Zorg per 1 januari 2015 heeft onder meer gevolgen gehad voor de wijkverpleging. Dit onderzoek geeft inzicht in de ervaringen met de wijkverpleging van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Cliënten en mantelzorgers vulden vragenlijsten in over hun ervaringen met de wijkverpleging, bijvoorbeeld over de toegankelijkheid, eigen keuzen en kwaliteit. Daarnaast komen in dit rapport de zorgprofessionals aan het woord over de ervaren veranderingen, hun cliëntengroepen, de samenwerking met andere professionals, de kwaliteit van zorg en de aantrekkelijkheid van hun werk.

Het NIVEL verrichtte dit evaluatieonderzoek op verzoek van het SCP in 2016 en 2017. Het team dat onderzoek deed onder de cliënten van de wijkverpleging en hun mantelzorgers bestond uit *dr. Hennie Boeije, dr. Mieke Rijken en Karlijn Verkleij, MSc. Prof. dr. Anneke Francke, drs. Kim de Groot en dr. Anke de Veer* voerden het onderzoek uit onder de professionals in de wijkverpleging.

September 2017

NIVEL

ISBN 978 94 6122 461 3