

Gespecialiseerd verpleegkundigen en kwaliteit van zorg voor mensen met een chronische gezondheidsbeperking

A.P. Veninga (studentnummer 0445681)

Uitvoering afstudeerproject, versie definitief

Datum: 28 juni 2011

Universiteit Utrecht, Klinische Gezondheidswetenschappen,
Masteropleiding Verplegingswetenschap, UMC Utrecht

Begeleider: Dr. W.J.G.Ros

Cursusdocent: Drs. G.van der Hoof- Leemans

Stage-instelling: ZorgBrug, Gouda

Beoogd tijdschrift: Verpleegkunde

Referentiestijl: Vancouverstijl, maximum aantal woorden 3000

Aantal woorden definitief afstudeerwerkstuk: 3966

Aantal woorden Nederlandse samenvatting: 263

Aantal woorden summary: 258

Samenvatting

Doel: Inzicht krijgen in wat gespecialiseerd verpleegkundigen verstaan onder kwaliteit van zorg, welke factoren daarbij belemmerend of bevorderend werken en wat de invloed van de werksetting daarbij is.

Methode: Kwalitatief onderzoeksdesign waarbij gespecialiseerd verpleegkundigen werkzaam met cliënten met een chronische gezondheidsbeperking op semigestructureerde wijze werden geïnterviewd vanuit verschillende werksettings. De interviews werden volledig uitgetypt en getranscribeerd. Analyse vond plaats volgens de methode van de Grounded Theory.

Resultaat: Aansluiting bij de belevingswereld van de cliënt was essentieel voor goede kwaliteit van zorg waarvoor het huisbezoek een belangrijk instrument bleek. Er was een goede samenwerking nodig met de cliënt, mantelzorg en hulpverleners.

Onderhandelingsvaardigheden bleek een belangrijke competentie in de clientvolgende organisatie waar coördinatie van zorg door dezelfde verpleegkundige gebeurde in beide lijnen. Gebrek aan keuzevrijheid binnen het eigen vakgebied bleek een belemmerende factor.

Discussie: Aansluiting bij de belevingswereld van de cliënt is voor verpleegkundigen het belangrijkste kernpunt voor goede kwaliteit van zorg. Dit is moeilijk bereikbaar in de klinische setting waar behandeling centraal staat. In de thuissituatie staat het inpassen van de chronische gezondheidsbeperking centraal. Om de verpleegkundige zorg in beide lijnen beter op elkaar aan te kunnen sluiten is integrale financiering wenselijk in samenhang met (nieuwe) organisatievormen die cliënten met een chronische gezondheidsbeperking centraal stelt.

Conclusie: Door integrale financiering van verpleegkundige zorg, zoals bij clientvolgend werken, wordt betere aansluiting gevonden bij cliënten met een chronische gezondheidsbeperking die zich wisselend in de eerste- en tweede lijn bevinden. Kwaliteit van zorg wordt verhoogd als cliënten en verpleegkundigen keuzevrijheid hebben in de toegang en inhoud van zorg.

Trefwoorden: Kwaliteit van zorg, chronische gezondheidsbeperking, gespecialiseerd verpleegkundigen, gezondheidszorgorganisaties

Summary

Aim: To gain insight in the opinion of nurses on quality of care, to determine facilitating and impeding factors and the role of the nurse practice setting.

Method: A general qualitative research was conducted with specialised nurses who provide care to clients with a specific chronic disease in different settings. Individual semi-structured interviews were conducted in the workplace of nurses. Interviews were transcribed verbatim and analyzed according to the Grounded Theory Approach.

Findings: Connecting to the perception of the client was essential for quality of care. The home visits appeared to be an important tool. Good cooperation was needed with clients, colleagues and carers. The competence to deal with resistance and to negotiate were important for coordination in the 'clients following setting'.

Dependency and lack of choice was an obstacle for good quality care.

Discussion: Connecting to the perception of the client was essential for quality of care. This is not easy to reach in nurse clinics. It is important in home care, how to get on with chronic disease in daily living. It is important that nursing care fits in home care as well as in nurse clinics. Therefore it is important to look for full funded nursing care and new ways of organisation in the interests of people with chronic disease.

Conclusions: Full funded nursing care is best suited for clients with a chronic disease in different settings; clients and nurses have more independent choices which has a positive effect on quality of care.

Keywords:

Quality of care, chronic disease, specialised nurses, health care organizations

Inleiding

Door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten de komende twintig jaar sterk toenemen (1). Chronisch zieken zijn mensen met één of meer lichamelijke gezondheidsaandoeningen waarmee zij de rest van hun leven te maken hebben. De gevolgen zijn onomkeerbaar wat grote impact heeft op het leven (2). Gespecialiseerd verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het aanleren van vaardigheden en het inpassen van de ziekte in het dagelijks leven van cliënten (3). De zorg voor cliënten met een chronische gezondheidsbeperking wordt veelal geïnitieerd vanuit de intramurale setting, de tweedelijnsgezondheidszorg, waar behandeling en therapie wordt gestart en die daarna wordt voortgezet in de thuissituatie, de eerstelijnszorg. Volgens Grypdonck (4) kan een verpleegkundige op vier manieren zorg verlenen aan mensen met een chronische ziekte:

1. Ondersteunen bij het verwerken van chronisch ziek zijn,
2. Vergemakkelijken van de strijd voor het dagelijks leven,
3. Helpen bij de uitvoering van het therapeutisch regiem
4. Ondersteunen bij het management van de zorg

In de huidige Nederlandse praktijkvoering gaan cliënten in verband met hun chronische ziekte in de tweede lijn naar de verpleegkundige op de polikliniek en worden zij zo mogelijk in de eerste lijn thuis begeleid door (gespecialiseerd)verpleegkundigen vanuit de thuiszorg. Vanuit een verpleegkundige organisatie in Midden Holland bieden gespecialiseerd verpleegkundigen zowel in de eerste- als in de tweede lijn zorg voor cliënten met een chronische gezondheidsbeperking. Zij werken cliëntvolgend wat betekent dat de verpleegkundigen de cliënt zien op de polikliniek, op de intramurale/klinische afdeling en in de thuisomgeving met als doel zo goed mogelijk aan te sluiten bij de wensen en de mogelijkheden van de cliënt en het bevorderen van optimale afstemming van zorg (5).

Volgens Grypdonck zijn cliënten met een chronische gezondheidsbeperking in zekere mate afhankelijk van zorg (4). De kwaliteit van de geleverde verpleegkundige zorg is dan ook van grote betekenis voor de kwaliteit van het leven van deze cliënten (4). Volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) staan bij kwaliteit van de beroepsuitoefening methodische- en technische kwaliteitsaspecten naast attitude- en organisatorische aspecten. Er wordt dan uitgegaan van een 'en- en' benadering vanuit de filosofie dat de 'kwaliteit' bepaald wordt door een samenspel van verschillende factoren (6).

Verbeek bewerkte het model van professionele kwaliteiten van Van Delden (figuur 1) om de factoren aan te geven die spelen op beroepsniveau bij de kwaliteit van de

beroepsuitoefening in de zorgsector (6). In dit model wordt kwaliteit van de beroepsuitoefening bepaald door de kernvisie van de professional, cliëntgerichtheid, gebruik van methoden en instrumenten en rollen en vaardigheden. In Nederland beschikken verpleegkundigen over vijf centrale rollen die gebruikt worden in de uitoefening van het beroep: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar (2). Vanuit deze verpleegkundige rollen worden taken uitgevoerd waarvoor bepaalde competenties nodig zijn. De benodigde competenties verschillen volgens Pool afhankelijk van de setting waarin gewerkt wordt (2). Temmink bracht de taken in kaart die centraal staan bij transmuraal werken binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Daarbij lag de nadruk op de volgende taken: educatie, counseling, evaluatie lichamelijke- en psychosociale problemen, en doorverwijzing (7).

Probleemstelling

In Nederland leveren gespecialiseerd verpleegkundigen¹ zorg aan cliënten met een chronische gezondheidsbeperking in de eerste lijn (thuissituatie/extramurale setting) en in de tweede lijn ((poli) klinische setting) (2-8). Vanuit een verpleegkundige organisatie in Midden Holland werken gespecialiseerd verpleegkundigen² en verpleegkundig specialisten³ clientvolgend (5). Het was onbekend of deze manier van werken bevorderend werkt op het kunnen leveren van een goede kwaliteit van zorg. Daarnaast was onbekend of er voor deze manier van werken andere competenties nodig waren dan in reguliere settings.

Doelstelling

Doel van het onderzoek was om inzichtelijk te krijgen welke factoren van invloed zijn op het kunnen leveren van goede kwaliteit van zorg aan mensen met een chronische gezondheidsbeperking. Daarbij was aandacht voor de werksetting en voor de vraag of er voor clientvolgend werken specifieke competenties nodig zijn. Met behulp van de resultaten kunnen aanbevelingen gedaan worden voor de verpleegkundige praktijkvoering ten aanzien van de zorg voor cliënten met een chronische gezondheidsbeperking.

¹ Er zijn in Nederland twee beroepsniveaus voor verpleegkundigen (8). Waar gesproken wordt over gespecialiseerd verpleegkundigen wordt in het kader van deze studie beide opleidingsniveaus bedoeld.

² Gespecialiseerd verpleegkundige is een MBO of HBO opgeleide verpleegkundige met specialistische vervolgopleiding vallend onder art.3 Wet BIG (8).

³ Verpleegkundig specialist heeft een professionele verpleegkundige masteropleiding gevolgd aan een Hoge School vallend onder art. 14 Wet BIG (8).

Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd:

- Wat verstaat een gespecialiseerd verpleegkundige onder goede kwaliteit van zorg?
- Welke bevorderende- en belemmerende factoren spelen een rol in het kunnen leveren van goede kwaliteit van zorg?
- Welke rol speelt de werksetting op het kunnen leveren van goede kwaliteit van zorg?
- Welke competenties en vaardigheden zijn van belang bij clientvolgend werken?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethodiek van de casestudy omdat op die wijze professionele redenen en specifieke kennis van verpleegkundigen aan het licht komt (9). Er werden 15 gespecialiseerd verpleegkundigen geïnterviewd op basis van vier casussen die zij zelf inbrachten. Twee casussen waarvan zij vonden dat er goede kwaliteit van zorg geleverd was en twee waarbij dat minder gelukt was. Data analyse vond plaats volgens de Grounded Theory Approach (10). Daarmee konden de gegevens op systematische wijze geordend worden in kerncategorieën.

Locatie en steekproef

Het onderzoek vond plaats in vier verschillende typen zorgsettings: algemeen ziekenhuis, academisch ziekenhuis, thuiszorgorganisatie en clientvolgende organisatie. Er werd gekozen voor meerdere organisaties om zo breed mogelijk informatie te kunnen verzamelen over factoren die van belang zijn voor de kwaliteit van zorg.

Er werden verpleegkundigen geïnccludeerd die deelnamen aan een bredere studie (11) naar de effectiviteit van clientvolgend werken, en zorg leverden aan cliënten met een chronische gezondheidsbeperking op het gebied van reuma, hartfalen, neurologie en astma. Via de sneeuwbalmethode werden gespecialiseerd verpleegkundigen van andere intra- en extramurale zorginstellingen benaderd. Alle verpleegkundigen werden telefonisch of via e-mail benaderd door de onderzoeker waarbij zij mondeling en schriftelijk informatie kregen met betrekking tot doel- en vraagstelling van het onderzoek. Daarbij werd aangegeven dat de verzamelde gegevens vertrouwelijk en geanonimiseerd verwerkt zouden worden. Door de participanten en de onderzoeker werd een toestemmingsverklaring getekend.

Dataverzameling

De data werden verzameld door middel van semigestructureerde interviews waarbij gebruik werd gemaakt van een topiclist (9) die onderwerpen bevatte op het gebied van medisch-

technisch handelen, attitude en organisatie, zie tabel 1. De topics kwamen voort uit de beschreven rollen en competenties van Pool (2) en de taken van Temmink (7). De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Na 13 interviews werd saturatie bereikt, er kwam geen nieuwe informatie meer naar voren.

Data-analyse

Voor de data-analyse werd gebruik gemaakt van de principes van kwalitatieve analyse volgens de Grounded Theory Approach waarbij het uiteenrafelen en structureren centraal staan (13,10). In de eerste fase van de analyse vond open codering plaats waarbij zoveel mogelijk trefwoorden werden toegekend aan relevante tekstfragmenten. Met behulp van het computerprogramma MAXQDA ontstond een codeboom. Door middel van axiaal coderen werden codes vergeleken, geïnterpreteerd en geordend volgens de hoofdpunten van de topiclist. In de fase van selectieve codering lag de nadruk op integratie en het leggen van verbanden om te kunnen komen tot enkele kerncategorieën.

Kwaliteit van het onderzoek

De onderzoeker was opgeleid als verpleegkundige en werkzaam binnen een van de deelnemende organisatie maar niet als uitvoerend verpleegkundige. Om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen werd door de onderzoeker vooraf nagegaan wat de eigen veronderstellingen waren ten aanzien van de onderzoeksgroep en vond bracketing plaats (12). Om het evenwicht tussen afstand en betrokkenheid te bevorderen in het belang van een goede data-analyse werden reflectieve memo's bijgehouden (12).

Voorafgaand aan de dataverzameling werd de onderzoeker geschoold in kwalitatief interviewen en werden twee proefinterviews afgenomen (12). De uitwerking van de onderzoeksopzet werd met medestudenten en de cursusdocent besproken. De overwegingen voorafgaand en tijdens de analyse werden met de supervisor bediscussieerd.

Resultaten

Er werden 16 verpleegkundigen benaderd met het verzoek tot deelname aan het onderzoek. Eén verpleegkundige zag door tijdgebrek af aan deelname. De respondenten waren tussen de 27 en 58 jaar en hadden minimaal twee jaar ervaring in de zorgverlening voor de specifieke doelgroepen. De vooropleidingen varieerden van HBO Masteropleiding, HBO verpleegkunde en A- inservice opleiding met specialisatie (tabel 2).

Centraal stond de vraag wat gespecialiseerd verpleegkundigen verstaan onder goede kwaliteit van zorg. Daarbij werd gekeken naar factoren die bevorderend of belemmerend werkten, naar de invloed van de werksetting en naar het gebruik van verpleegkundige rollen en daarbij benodigde competenties en/of vaardigheden.

Voor kwaliteit van zorg bleek aansluiting bij de belevingswereld bij de cliënt essentieel. Het kunnen doen van huisbezoeken werd hierbij gezien als belangrijk instrument. Goede samenwerking met de cliënt, mantelzorg en andere hulpverleners was erg belangrijk. Daarnaast werd de mate van autonomie/keuzevrijheid van verpleegkundigen binnen het eigen vakgebied belangrijk gevonden. De verschillende uitkomsten worden hieronder nader toegelicht.

Wat verstaan gespecialiseerd verpleegkundigen onder goede kwaliteit van zorg

Verpleegkundigen geven aan dat zij onder goede kwaliteit verstaan dat zij op deskundige wijze hun beroep uitoefenen. Om dat te kunnen doen moest de zorg aansluiten bij de belevingswereld van de individuele cliënt. Kerntaak in de zorgverlening aan mensen met een chronische gezondheidsbeperking was het op verschillende manieren bieden van ondersteuning aan mensen die een specifieke, chronische en onomkeerbare diagnose hebben gehad. Het gebruik van evidence based richtlijnen en protocollen was daarbij belangrijk. Centrale activiteiten waren; verlenen van psychosociale begeleiding, ondersteuning bieden bij acceptatie en verwerking van de chronische aandoening, doorverwijzing en ondersteuning bij coördinatie van zorg en zelfmanagement, het geven van advies, voorlichting en instructie, voorkomen van verergering. Laagdrempeligheid en het kunnen opbouwen van een vertrouwensband bleken hierbij van belang omdat het voor cliënten soms moeilijk was om toe te geven dat bepaalde activiteiten minder goed gingen. Als er onvoldoende aansluiting was met de belevingswereld van de cliënt, werden adviezen niet opgevolgd waardoor het niet lukte om therapietrouw te bewerkstelligen.

Bevorderende factor: het kunnen doen van huisbezoeken

Het huisbezoek kwam als belangrijk instrument naar voren om goed aan te kunnen sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Cliënten bleken makkelijker te praten in hun eigen vertrouwde omgeving. Soms kreeg de verpleegkundige op de polikliniek niet helder waardoor het kwam dat er geen stabiliteit in een situatie ontstond, ondanks het inzetten van bepaalde therapieën of leefregels. Doordat de verpleegkundigen letterlijk in de leefwereld van de cliënt stapten, kregen zij sneller en beter zicht op de omgeving van de cliënt en op de factoren die van belang kunnen zijn in de omgang met de chronische gezondheidsbeperking thuis. *“als je*

dan ziet hoe het thuis gaat en hoeveel moeite ze hebben om überhaupt hun dagelijkse leven al te organiseren. Dan weet je dat je ook niet teveel kan verwachten aan gedragsverandering”

Bevorderende factor;

Samenwerking met cliënt en mantelzorg

Alle verpleegkundigen gaven aan dat samenwerking met de cliënt en diens mantelzorg van belang is voor het kunnen leveren van goede kwaliteit van zorg. Bij cliënten met een chronische gezondheidsbeperking is de cliënt zelf de bepalende factor bij acceptatie – en inpassing van de aandoening in het dagelijks leven. *“op een gegeven moment was de situatie toch wel zodanig verergerd dat hij eigenlijk niet meer zelfstandig kon lopen en toen heb ik aangeboden om bij hem thuis te komen, dan kunnen we misschien wat gemakkelijker praten. Thuis bleek dat hij vier hoog woonde zonder lift en het toilet was boven, ik vroeg hoe doe je dat nou? Toen gaf hij wel aan dat hij daar grote problemen mee had, en dat hij dat gewoon niet wilde weten van zichzelf”*.

Samenwerking andere hulpverleners

Het bleek van belang dat verwijzers wisten wat de verpleegkundige zorg inhield en dit op de heldere wijze bespraken met de cliënt. Als er onvolledige of onjuiste informatie werd verstrekt bleek het moeilijker om goede aansluiting te vinden met de cliënt omdat er dan andere verwachting ontstaan was van de zorg. Daarnaast was het belangrijk dat de zorg op elkaar aansloot, dat er onderlinge afstemming en terugkoppeling plaats vond over de zorg en dat afspraken nagekomen werden. *“dan heb je uitleg gegeven, niet te veel drinken want het hart kan het niet rond pompen. Maar dan kom je op huisbezoek en het is warm dus de mensen hebben het heet. De helpenden zeggen dan:” wel goed drinken, minimaal twee liter per dag” maar dat kan natuurlijk helemaal niet.*

Bevorderende factor;

Om kunnen gaan met weerstanden

Om kunnen gaan met diverse vormen van weerstand werd door alle verpleegkundigen genoemd als belangrijke competentie voor het leveren van kwaliteit van zorg.

In het omgaan met weerstand van een cliënt en mantelzorg bleken motiverende gespreksvaardigheden en overtuigingskracht van belang. *“Er was weerstand, dus heb ik eerst met haar gesproken over haar weerstand. Want ik had zoiets van “Ik kan nu uitleg geven over ziektebeeld, medicatie en noem maar op”, maar ja dat komt gewoon niet binnen.*

Voor het kunnen omgaan met weerstanden in de samenwerking met collega hulpverleners bleken onderhandelingsvaardigheid en flexibiliteit van belang. *‘Wij werken met 7 verschillende artsen, 7 verschillende visies en 7 verschillende persoonlijkheden. De ene arts mag je altijd storen, de andere wil alleen op afspraak gestoord worden, anderen willen alleen gestoord worden als er echt bijna een patiënt dood gaat en bij de ander moet je gewoon via de mail, en ander via een briefje...’*

Belemmerende factor;

Gebrek aan autonomie / keuzevrijheid verpleegkundigen binnen het eigen vakgebied

Uit het onderzoek kwam naar voren dat verpleegkundigen soms onvoldoende ruimte ervaren of hebben om cliënten te ondersteunen wanneer deze niet langer bij een specialist onder behandeling zijn, maar nog wel behoefte hebben aan de verpleegkundige zorg. Als cliënten medisch uitbehandeld waren kwamen ze niet meer bij de medisch specialist maar bleven de problemen voor cliënten in het dagelijks leven wel bestaan. *‘De cliënt kan niet rechtstreeks bij ons terecht. Dat vind ik jammer, artrose kan zoveel klachten geven hè, zoveel last voor mensen. En als mensen dan na een jaar denken, ik wil eigenlijk nog eens even weer naar de verpleegkundige voor wat tips of handigheidjes... Dan moeten ze toch eerst terug naar de reumatoloog die dan een DBC⁴ opent’.*

Daarnaast kwam naar voren dat bij problemen van cliënten vallend onder het ‘verpleegkundig domein’ zoals bijvoorbeeld slaapproblemen of omgang met pijn, de bevoegdheden gemist werden om deze problematiek aan te kunnen pakken. *‘Na inventarisatie van slaapproblematiek wilde de arts geen recept schrijven voor Melatonine. Ik heb gezegd dat hij het niet wilde voorschrijven omdat hij vond dat dit bij de GGZ lag. Dus ik heb geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts en het daar voor te leggen...’*

Belangrijke competenties

Aansluiting bij de belevingswereld, laagdrempeligheid, opbouwen van een vertrouwensband, goede samenwerking en om kunnen gaan met weerstanden spelen een belangrijke rol bij kwaliteit van zorg in alle settingen.

In de clientvolgende setting werd onderhandelingsvaardigheid belangrijk gevonden doordat er met veel verschillende partijen samen gewerkt werd.

⁴ DBC; diagnose behandel combinatie

Verpleegkundige rollen

Om kwaliteit van zorg te kunnen leveren bleken alle verpleegkundige rollen van belang waarbij de nadruk lag op de rol van zogverlener en beroepsbeoefenaar.

De regisseursrol werd in de clientvolgende setting en in de extramurale setting meer gebruikt en in complexe situaties.

Verpleegkundigen vonden de rol van ontwerper belangrijk maar vooral in de intramurale setting was daar minder ruimte voor.

De rol van coach werd door alle verpleegkundigen gebruikt maar werd meer gebruikt als verpleegkundigen affiniteit hadden met die rol.

Verschillen per setting

Intramuraal

Cliënten konden niet zonder verwijzing terecht. De medisch specialist was bepalend voor de toegang tot de verpleegkundige zorg. Verpleegkundigen hadden daardoor minder vrijheid in het ontwikkelen en organiseren van verpleegkundige zorg. Samenwerking met andere hulpverleners was grotendeels intern gericht. Er was weinig contact met huisartsen.

Extramuraal

Cliënten konden zonder verwijzing bij de verpleegkundige terecht. Contacten verliepen voornamelijk via huisbezoeken. De verpleegkundigen hadden zelfstandige beslissingsbevoegdheid zowel op de inhoud als op de organisatie van de zorg. Er was een groot sociaal netwerk met diverse hulpverleners in de eerste lijn. Er was weinig contact met huisartsen. Verpleegkundigen hadden via multidisciplinaire overleggen contact met de tweede lijn.

Clientvolgend

Cliënten konden zonder verwijzing terecht bij de verpleegkundige. De verpleegkundigen hadden contact met de cliënt en hulpverleners in de eerste- en tweede lijn waardoor coördinatie van zorg en de regisseurs rol veel prominenter naar voren kwam.

In de eerste lijn konden de verpleegkundigen zelfstandig keuzes maken ten aanzien van de inhoud van zorg. In de tweede lijn werd hierin minder vrijheid ervaren.

Binnen de clientvolgende organisatie werkten verpleegkundigen met diverse specialisaties waardoor collega's laagdrempelig geraadpleegd konden worden in geval van multimorbiditeit.

Discussie

Uit het onderzoek komt naar voren dat kunnen aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt het belangrijkste kernpunt is van de verpleegkundige visie op kwaliteit van zorg maar dat dit niet in elke setting even gemakkelijk bereikt kan worden. Volgens Verbeek is het van belang dat de kernvisie van de beroepsbeoefenaar aansluit op de visie die de organisatie heeft op het werk (6). In de tweede lijn sluit de verpleegkundige kernvisie niet goed aan op de visie van de ziekenhuisorganisatie. Daar staat de medische behandeling centraal en de organisatie en financiering zijn daarop afgestemd. Cliënten kunnen er alleen na verwijzing terecht.

Voor de verpleegkundige kwaliteit van zorg is vertrouwen en laagdrempelige toegang van belang. De verpleegkundige bijdrage houdt niet op bij de ziekenhuispoort maar zet zich voort in de thuissituatie en moet daar zo goed mogelijk op aan sluiten. Verbeek bevestigt dat aansluiting bij de behoefte van de cliënt belangrijk is omdat verschillen in opvattingen van beroepsbeoefenaar en cliënt kunnen leiden tot forse aanvaringen en verstoorde verhoudingen (6). Cliënten moeten daarom met hun dagelijkse problematiek gemakkelijk bij de verpleegkundige terecht kunnen. Dit is in de klinische setting niet makkelijk realiseerbaar. Er is eerst een verwijzing van een specialist nodig en als de cliënt medisch uitbehandeld is kan de cliënt ook niet meer terecht bij de gespecialiseerd verpleegkundige op de polikliniek.

Mensen met een chronische gezondheidbeperking bevinden zich wisselend in de eerste- en tweede lijn maar de verpleegkundige zorg kan daar onvoldoende op afgestemd worden. Oorzaak ligt in het verschil in financiering van behandeling en zorg in de eerste- en tweede lijn. Door deze financiële schotten worden vloeiende overgangen tussen beide lijnen belemmerd. Daarnaast wordt ook de toegang tot verpleegkundige zorg belemmerd in de tweede lijn door de verwijzing die nodig is. Voor het zelfstandig maken van vakinhoudelijke keuzes was in de tweede lijn minder ruimte doordat daar de behandeling leidend is. Dit kwam als belemmerende factor naar voren in het vinden van goede aansluiting van de zorg op de cliënt.

Binnen de clientvolgende setting konden de gespecialiseerd verpleegkundigen de cliënt 'volgen' in beide lijnen. Dit was mogelijk doordat gekozen was voor de specifieke organisatievorm van een BV waarbij de aandeelhouders gevormd werden door thuiszorgorganisaties (AWBZ zorg⁵) en een ziekenhuis (Zvw zorg⁶). Op die manier kon

⁵ AWBZ= Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

⁶ Zvw=Zorgverzekeringswet

gebruik gemaakt worden van beide financieringsstromen voor gespecialiseerd verpleegkundige zorg. De verpleegkundigen kregen daardoor meer keuzevrijheid op vakinhoud. De verpleegkundigen konden indien nodig een huisbezoek doen waardoor zij beter in staat waren om zicht te krijgen op de cliënt en omgeving. Cliënten konden vanuit hun thuissituatie, zonder verwijzing contact leggen met dezelfde verpleegkundigen als op de polikliniek waardoor de keuzevrijheid bij de cliënt lag. Afstemming van zorg vond in beide lijnen plaats door dezelfde verpleegkundige waardoor de verpleegkundigen beter zicht kregen op problematieken ten gevolge van comorbiditeit en een breed sociaal netwerk ontwikkelden. De verpleegkundigen hadden korte lijnen met collega's uit dezelfde organisatie die gespecialiseerd waren in andere ziektebeelden, en die zij gemakkelijk konden consulteren in geval van comorbiditeit.

De financiering en daarmee ook de organisatie van gespecialiseerd verpleegkundige zorg bleek een bepalende factor. Dit gold zowel voor de toegang van cliënten tot de verpleegkundige zorg als ook op de inhoud van de verpleegkundige zorg. De financiering in de tweede lijn werkt belemmerend op het kunnen ontwikkelen en uitvoeren van verpleegkundige zorg doordat deze zorg altijd gekoppeld moet zijn aan de medisch specialistische zorg. Dit komt overeen met de analyse in het rapport 'Verpleging in de wijk' waar geconstateerd werd dat de tweedeling in financiering formele en zorginhoudelijke consequenties heeft (14).

Een integrale verpleegkundige bekostiging waarbij verpleegkundigen de ruimte hebben om te werken vanuit de beroepsidentiteit en professionaliteit, kan een positief effect hebben op de kwaliteit van zorg voor mensen met een chronische gezondheidsbeperking. Het past bij de huidige politieke- en maatschappelijke ontwikkelingen om te zoeken naar vernieuwende organisatievormen. Clientvolgend werken vanuit meer integrale organisatievormen is daarvan een voorbeeld. Daarnaast biedt het meer vanuit een verpleegkundige visie organiseren van ziekenhuiszorg wellicht nieuwe kansen. Vanuit die visie staat de cliënt met de chronische gezondheidsbeperking centraal en is er specifiek aandacht voor de dagelijkse beperkingen die de ziekte en/of therapie en behandeling met zich mee brengt. Verpleegkundig specialisten zouden daarbij een belangrijke rol kunnen spelen in het leggen van de verbanden tussen behandeling en verpleging. Bij het zoeken naar passende organisatie- en financieringsvormen is het vooral van belang dat de cliënt met de gezondheidsbeperking centraal staat en dat de organisatie en financiering daarin volgend zijn. Ook Oosterom et al. stellen dat niet 'de ziekte' maar 'de zieke' centraal moet staan in de zorg (15). Cliënten (organisaties) en beroepsverenigingen

kunnen een belangrijke rol spelen in meedenken en advisering in het zoeken naar passende zorgvormen en organisaties specifiek voor mensen met een chronische gezondheidsbeperking.

Beperkingen onderzoek

Er werd onderzoek gedaan naar kwaliteit van zorg die geleverd werd door gespecialiseerd verpleegkundigen in verschillende settings. Voor de setting in de eerste lijn werden twee verpleegkundigen geïnterviewd, dit is geen representatief aantal. Door de veelheid van factoren die meespelen bij kwaliteit van zorg, geeft dit onderzoek vooral richting aan de mogelijke invloed die de setting heeft op kwaliteit van zorg. Dit kan als uitgangspunt dienen voor verdere visieontwikkeling.

Conclusie

Het onderzoek was gericht op factoren die van invloed zijn op kwaliteit van zorg waarbij verschillende werksettings onderzocht werden. Aansluiting bij de belevingswereld van de cliënt bleek een centrale verpleegkundige kernwaarde. Het kunnen doen van huisbezoeken was daarvoor een belangrijk instrument. Doordat dit binnen de clientvolgende organisatie op indicatie gebeurde, levert deze organisatievorm daarmee een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van zorg.

Binnen de clientvolgende organisatie vond coördinatie van zorg plaats in zowel de eerste- als de tweede lijn door één verpleegkundige. Hierdoor werkten de verpleegkundigen met veel verschillende partijen samen. Onderhandelingsvaardigheid bleek daarbij een specifiek benodigde competentie.

De financiering van zorg en (daarmee) het organiseren van verpleegkundige zorg speelt een belangrijke rol in het kunnen leveren van goede kwaliteit van zorg. Het integraal bekostigen van verpleegkundige zorg in de eerste- en tweede lijn levert een belangrijke bijdrage aan kwaliteit van zorg voor mensen met een chronische gezondheidsbeperking doordat de verpleegkundige zorg dan met de cliënt 'mee kan' van de eerste naar de tweede lijn.

Door het ontbreken van financiële belemmeringen in de clientvolgende organisatie was er meer ruimte voor professionele verpleegkundige afwegingen die passend zijn bij cliënten met een chronische gezondheidsbeperking, die zich wisselend in de eerste en tweede lijn bevinden. Een dergelijke werkwijze sluit aan bij cliënten met een chronische gezondheidsbeperking en past bij de verpleegkundige kernvisie voor kwaliteit van zorg.

Aanbevelingen vervolgonderzoek

In vervolgonderzoek zou gefocust kunnen worden op de waardering die cliënten zouden geven ten aanzien van de kwaliteit van zorg en op de eventuele financiële effecten van clientvolgend werken. Dit vindt dan ook plaats in het onderzoek dat tegelijk loopt met voorliggend onderzoek.

Aanbeveling voor de praktijk

Voor de verpleegkundige praktijk kan het verhelderend zijn als verpleegkundigen en organisaties zich bewust zijn van elkaars kernvisie zodat zij de kansen en bedreigingen daarvan met elkaar kunnen bespreken in het licht van kwaliteit van zorg.

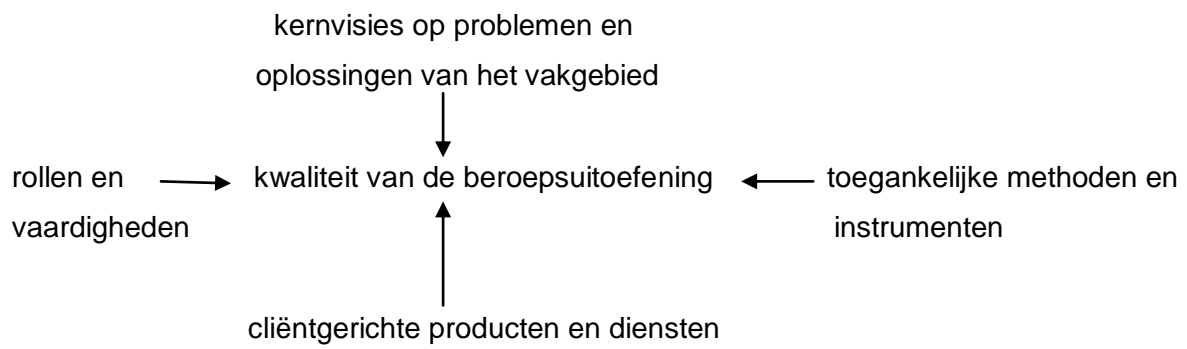
Om clientvolgend te kunnen werken worden meer vaardigheden gevraagd op het gebied van coördinatie, samenwerking en onderhandeling. Het is daarom aan te bevelen om verpleegkundigen hierin te trainen in het kader van kwaliteit van zorg.

Het is aan te bevelen om de mogelijkheden te onderzoeken voor integraal bekostigen van verpleegkundige zorg en daarbij op zoek te gaan naar organisatievormen die zo goed mogelijk aansluiten bij de cliënt met één of meerdere chronische gezondheidsbeperkingen.

Literatuur

1. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM; 2007
2. Pool A, Pool- Tromp C, Veltman- van Vugt F, Vogel S. Met het oog op de toekomst. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.; 2001
3. Geelink A. Gespecialiseerd verpleegkundigen als rots in de branding; verhalen van patiënten. Regionaal Patiënten Consumenten Platform Midden- Holland; 2005
4. Grypdonck MHF. Het leven boven de ziekte uittillen. Leiden: Spruyt, Van Mantgen & De Does bv; 1999
5. Bijsterbosch WJ. Communicatieplan ZorgBrug. Gouda; 2010.
6. Verbeek G. Het spel van kwaliteit en zorg. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg; 2004
7. Temmink D, Francke AL, Kerkstra A and Huyer AH. Dutch transmural nurse clinics for chronic patients: a descriptive study. *Patient Education and Counseling* 2000; 177-184.
8. Verpleegkundige beroepsstructuur en Opleidingscontnuum. Verpleegkundige toekomst in goede banen. Utrecht: V&VN; 2006
9. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2004
10. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design; choosing among five traditions*. Sage Publications; 2007
11. Ros WJG. *Onderzoeksopzet Evaluatie integrale ketenzorg*. UMC Utrecht.; 2010.
12. Evers JC. *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA; 2007
13. Boeije H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*. Boomonderwijs; 2005

14. Meer FM en Mastenbroek CG. Verpleging in de wijk: van samenhang verzekerd. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2010
15. Van Oosterom SH, Pricavet HSJ, Van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, Schellevis FG, et al. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. Nederlands Tijdschr. Geneeskd. 2011; 155: A3193



Figuur 1. Bewerking van model van professionele kwaliteit door Verbeek (2004)

Tabel 1. *Openingsvraag en topiclist bij de interviews*

Openingsvraag

Wat versta jij onder goede kwaliteit van zorg?

Subvraag

Welke factoren spelen een rol bij het leveren van goede kwaliteit van zorg?

Indicatoren:

Gebruik richtlijnen protocollen, standaarden

Vorm, inhoud, frequentie van contact met de patiënt

Psychosociale begeleiding

Nazorg

Multidisciplinaire samenwerking

Zorgcoördinatie en/of casemanagement

Frequentie en inhoud overdrachtsmomenten

Verpleegkundige competenties

Gebruik verpleegkundige rollen

Randvoorwaarden

Welke factoren zijn volgens jou van invloed om goede kwaliteit van zorg te leveren?

Beroepsuitoefening

Welke verpleegkundige rollen en competenties zijn nodig om goede kwaliteit van zorg te leveren?

- *Verpleegkundige rollen: professional, beroepsbeoefenaar, coach, ontwerper, regisseur*
- *Verpleegkundige competenties; kennis, waardigheden, attitude*

Tabel 2.

Demografische gegevens deelnemers

Specialisaties/ Patiëntengroepen	
Hartfalen	3
Neurologie	3
Reumatologie	4
Kinderen met astma	5
Opleiding	
Verpleegkundig specialist	3
HBO verpleegkunde	6
A- inservice met specialisatie	6
Werksetting	
Clientvolgend	7
Alleen intramuraal	6
Alleen extramuraal	2
Jaren werkervaring	
2- 5 jaar	4
Meer dan 5 jaar	11
Leeftijd respondenten	
Jonger dan 30 jaar	1
31- 40 jaar	1
41- 50 jaar	7
51- 60 jaar	6
Duur interviews in minuten	
55 minuten	1
61- 70 minuten	4
71- 80 minuten	4
81- 90 minuten	5
100 minuten	1