

Effectenanalyse wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg (instrument)

In dit document vindt u de drie onderdelen van de Effectenanalyse wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. Deze Effectenanalyse is opgesteld om meer inzicht te krijgen in de manier waarop invulling is gegeven aan de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige taken en de lokale samenwerking rondom de wijkverpleegkundige. Uitleg over (de drie onderdelen van) de Effectenanalyse vindt u in de toelichting. Deze is te vinden op www.werkagendamenzigemeenten.nl.

In dit document vindt u achtereenvolgend de volgende drie onderdelen:

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

1. Wijkscan

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

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

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

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

1. Fysieke omgeving

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

Indicator	Plaats
Aantal inwoners ¹ :	
Oppervlakte totaal (km ²) ¹ :	
Aantal inwoners per km ² (land) ¹ :	
Aantal kernen ² :	

2. Bevolking

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

Indicator	Plaats	Nederland	Vershil (%)
Percentage inwoners ouder dan 65 jaar ¹ :			
Percentage inwoners ouder dan 75 jaar ² :			

¹ Bron: Kerncijfers wijken en buurten, Centraal Bureau voor de Statistiek.

² Bron: gemeente/Menzis

3. Sociaaleconomische kenmerken

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

Indicator	Plaats	Nederland	Vershil (%)
Percentage ontvangers van een uitkering (WWB, WW, AO) op de bevolking ¹ :			
Percentage huishoudens dat op of onder 110% van het sociaal minimum leeft ¹ :			
Sociaaleconomische status ³ :			Plek ... van ...

4. Gebruik van zorg en ondersteuning

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

Indicator	Plaats	Nederland	Vershil (%)
Aantal hulpmiddelen (Wmo ⁴) per hoofd van de bevolking ³ :			
Aantal ouderen dat hulp bij huishouden (Wmo ⁵) krijgt ³ :			
Percentage inwoners met (individuele/groeps)-begeleiding (Wmo ⁴) ³ :			
Percentage inwoners dat verpleging krijgt ³ :			
Percentage inwoners dat verzorging krijgt ³ :			
Aantal huisartsenbezoeken per 1.000 inwoners ⁵ :			
Aantal COPD-patiënten per 1.000 inwoners ⁵ :			
Aantal diabetespatiënten per 1.000 inwoners ⁵ :			
Aantal patiënten met huisartscontact voor hartfalen per 1.000 inwoners ⁵ :			
Aantal patiënten met huisartscontact voor kanker per 1.000 inwoners ⁵ :			

³ De sociaaleconomische status (SES) bevat informatie over het (gemiddelde) inkomen van een wijk, de werkgelegenheid en het opleidingsniveau.
Bron: *Statusscores*, Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁴ De gemeente gaat (sinds 2015) over de toegang van deze voorzieningen. Door beleidskeuzes vanuit de gemeente kunnen deze cijfers afwijken t.o.v. het landelijk gemiddelde.

⁵ Dit gaat om het geschatte aantal patiënten dat de huisartsenpraktijk bezoekt voor een bepaalde aandoening. De registratie gaat per postcodegebied. Gebruik de postcode(s) die de wijk het beste representeren. Bron: *Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM)*, Nivel.

Aantal contacten met de huisarts voor psychische klachten per 1.000 inwoners⁵:

Aantal contacten met de huisarts voor psychische diagnoses per 1.000 inwoners⁵:

Aantal patiënten met huisartscontact voor Parkinson⁵:

Aantal patiënten met huisartscontact voor dementie⁵:

5. Aanwezige voorzieningen, infrastructuur en sociale structuur

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

Voorziening ²	Km	Voorziening ²	Km
Huisartsenpraktijk/apotheekpost		Instelling voor:	
Gezondheidscentrum		algemeen maatschappelijk werk	
Verpleeg-/verzorgingshuis		specifiek maatschappelijk werk	
		maatschappelijk advies en informatie	
Wijkcentrum		sociaal cultureel werk	
Supermarkt		Instelling die (groeps-) begeleiding aanbiedt	
Bushalte			
Bibliotheek		Overige relevante voorzieningen/instellingen:	
Gebedshuis (kerk/moskee/...)			
Voorzieningen voor:			
Sportactiviteiten voor ouderen			
Sociale activiteiten voor ouderen			
Preventieve programma's			
Maaltijdvoorziening			

Informele zorg²

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

Toelichting (evt.):

6. Capaciteit wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

Indicator	Plaats
Aantal FTE wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ²	
Wat is de verdeling van het aantal uur niet-toewijsbare zorg per wijkverpleegkundige? ²	

2. Vragenlijst voor netwerk- en takenanalyse

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

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

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

Opzet: groepsgesprek met – bij voorkeur - de meest relevante actoren in de wijk:

- Wijkverpleegkundige(n) met niet-toewijsbare taken
- Teamleider van het wijkteam (indien aanwezig)
- Huisarts, bij wie veel mensen in de wijk staan ingeschreven
- Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg

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

Opmerkingen:

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

De netwerkanalyse

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

Vragen:

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

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

Algemene vragen:

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

- Zijn er expliciet **afspraken** binnen het netwerk gemaakt over de **taakverdeling** [j/n], doelgroepen [j/n] en **problematieken** [j/n] en afstemming daarover?
- Denk je dat iedereen in je netwerk een **goed beeld** heeft van wat de anderen in dat netwerk precies doen, en hoe hun werk zich tot elkaar verhoudt? Hoe is iedereen dat te weten gekomen?

Takenanalyse (algemeen, dus los van specifieke casussen)

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

Vragen:

Algemene vragen:

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

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

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

Vragen specifiek voor een bepaalde taak

Doel: inzicht verkrijgen in de voorwaarden voor het succesvol uit kunnen oefenen van de betreffende taken.

N.B. De eerste drie genoemde taken (signaleren, netwerken, stimuleren) behoren volgens Menzis expliciet tot het takenpakket. Voor de andere taken is dat niet het geval, maar zij vallen in het schemergebied tussen toewijsbare en niet-toewijsbare taken. Het is daarom goed om ook voor die

taken oog te hebben.

Vragen:

Signaleren (het oppikken van en handelen naar signalen)

- Hoe vaak krijg je signalen van anderen (professionals en inwoners)? Via welke weg (persoon, plaats) komen die? [Huisarts, POH, wijkteam, andere medische/sociale professionals, inwoners, ...] Sluiten die signalen aan bij je beroepspraktijk?
- Is er een signaleringssysteem om signalen door te spelen?
- Ga je zelf ook actief op zoek naar signalen? Wat zie je als een signaal / waar sla je op aan?
- Hoe maak je vervolgens je afweging, wat betrek je daar wel en niet bij? [Leefsituatie, problematiek, bekendheid met de persoon, ...]
- Wat doe je vervolgens zoal met die signalen, en hoe vaak gebeurt dat? Als je die signalen doorgeeft, worden ze dan opgepakt (op de manier waarop je dat voor ogen stond)?

Coördineren (het onderling afstemmen over de beste aanpak en/of casusregie)

- Heb je zelf ook personen onder je hoede waar je de regie hebt over de zorg en ondersteuning die hij/zij krijgt? Zo ja, van een bepaald type cliënten? Hoe wordt bepaald wie wanneer de regie doet? *Speelt je medische achtergrond daarin een rol?*
- Welk mandaat / autoriteit heb je wat dit betreft? [Welk type interventies staat hierin tot je beschikking? Moet je anderen vaak overtuigen van je standpunt? Wie maakt de uiteindelijke beslissing. Wordt gevolg gegeven aan jouw beslissingen?]
- Wat is de rol van de cliënt en diens omgeving daarin? [Die bepaalt / bepalen grotendeels wat er gebeurt / worden altijd geconsulteerd, hebben nauwelijks een rol, ...]
- Zijn er afspraken over wanneer jouw taak afgerond is? Zijn dat vaste afspraken of wordt dat per casus bekeken? Hoe zorg je voor een goede overdracht?
- Wanneer is het nodig om vinger aan de pols te houden? (Hoe) doe je dat?

Stimuleren (inwoners aanzetten tot gedragsverandering t.b.v. de zelfredzaamheid, inschakelen of versterken van hun netwerk, zorgmijders aansporen hulp te zoeken)

- In wat voor situaties probeer je inwoners te stimuleren, zoals hierboven toegelicht? [Doelgroep, ervaring met cliënt, problematiek...] Hebben je inspanningen resultaat gehad? Zo ja, hoe kreeg je diegene uiteindelijk zover om hulp te zoeken / gedrag aan te passen / eigen netwerk te versterken / aan te spreken? Wat was daarvoor nodig? Hoe ga je te werk? Was er een rol voor diens persoonlijk netwerk daarin? Zo ja wat was deze?

Behoeftbepaling (vraagverheldering, diagnose)

- Wat versta je onder behoeftebepaling als onderdeel van de niet-toewijsbare zorg? Wanneer gaat dat over in diagnose / toewijsbare taken? [Zijn er bijvoorbeeld expliciete momenten, of situaties die een afbakening aangeven?]
- *Bepaal je alleen behoeftes die binnen het medische domein vallen, of ook breder? Zo ja, moet je daarvoor vaak anderen inschakelen voor advies? Hoe werk je daarin goed samen?*
- Doe je de behoeftebepaling zelf en zo nee, wie wel? Op basis waarvan wordt dat bepaald? [Doelgroep, ervaring met cliënt, problematiek, ...]
- Hoe bepaal je de behoefte van een cliënt, wat heb je ervoor nodig? [Gebruik je daarbij een bepaalde methodiek, en zo ja welke? Sluit die aan bij anderen in je netwerk?]
- Heeft de behoeftebepaling als onderdeel van de niet-toewijsbare zorg meerwaarde? [Versnelt/vergemakkelijkt deze het proces ook? Of vindt er soms nog dubbel werk plaats? *Welke rol speelt je medische achtergrond hierin?*]

Doorverwijzen

- *Is het je toegestaan om naar ondersteuning (sociaal domein) door te verwijzen? Hoe (vaak) doe je dat? Stuit je daarbij op beperkingen?*
- Ken je de aanbieders, hun verantwoordelijkheden en aanbod voldoende goed om met een doorverwijzing zorg/ondersteuning (beter) op maat te krijgen? Wat doe je in geval van twijfel?
- Op basis waarvan maak je de afweging naar wie je moet doorverwijzen? [Doelgroep waartoe persoon hoort, specifieke signalen of problematieken, bijzondere omstandigheden, ervaringen met betreffende persoon, ...]
- Betrek je voor doorverwijzing weleens professionals met andere expertise? Zijn daar afspraken over? [Heb je bijvoorbeeld vaste contacten voor bepaalde problematieken?]
- Hoe verwijs je door? Naar een organisatie of direct naar een persoon? Hoe gebeurt dat? [Raad je de cliënt aan naar de betreffende organisatie/persoon te gaan, vraag je de organisatie om contact op te nemen, ...]
- Wordt die doorverwijzing ook opgevolgd? Waarom wel/niet? Hoe weet je dat?
- Verwijs je naar de juiste persoon/professional door? Hoe weet je dat? [Zijn er bijvoorbeeld afspraken over terugkoppeling over of de doorverwijzing terecht was?, Is er een sociale kaart?]
- Wanneer je naar zorg doorverwijst, is kun je dan makkelijk een onafhankelijke positie daarin aannemen (zelf zorgverlener zijnde)?

3. Vragenlijst voor casusanalyse

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

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

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

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

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

Opmerkingen:

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

Casusanalyse
Voorafgaand aan de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige
Doel: een beeld krijgen van de situatie en de achtergrond waartegen deze casus zich afspeelde. Vragen:
— Hoe is de persoon in deze casus te omschrijven [leeftijd, geslacht, type huishouden, sociaaleconomische status, problematiek] — Hoe ziet het netwerk er van de persoon in kwestie uit? [Is het als zwak of sterk te kenschetsen?] Wie maken er deel van uit [partner, overige familie, vrienden/kennissen, burens, ...], welke betekenis/rol hebben zij in het netwerk? — In wat voor omgeving woont de persoon binnen de wijk? [Type woning, locatie binnen de wijk] Wat betekent dat voor de beschikbaarheid van faciliteiten? — Hoe is diegene onder je aandacht gekomen? [via wie (netwerk), waar (vindplaats), in welke situatie, uit eigen beweging, ...] Hoe is bepaald wie daar het beste op af kon gaan? Wie heeft dit besloten? — Wat kreeg diegene tot op dat moment aan ondersteuning en/of zorg?
De werkzaamheden van de wijkverpleegkundige:
Aanvullend op bovenstaande vragen kunnen de antwoorden op taak-specifieke vragen (zie de vragenlijst 'Netwerk en takenanalyse', onder het kopje 'Takenpakket'), aan de hand van de casus getoetst worden. Dit geldt alleen voor de taken die onderdeel zijn van de casus. Bovendien hoeven binnen die taak slechts de vragen gesteld te worden die relevant zijn.
Vergelijking met de werkwijze van vorig jaar
Doel: helder hebben wat de resultaten zijn en waar het verschil ten opzichte van eerder in zit. Vragen:
— Hoe was deze casus vorig jaar verlopen zonder inzet van de niet-toewijsbare zorg? Was dat anders geweest, en zo ja in welke opzichten? Wat was beter/minder goed verlopen? — Wat is in dit geval typisch voor de nieuwe aanpak (en van meerwaarde ten opzichte van de oude)? — Kwamen hier zowel zorg als ondersteuning aan te pas? Sloten die op elkaar aan? Wie was verantwoordelijk voor de totstandkoming van een samenhangend plan van aanpak? — Betrof het zowel de toewijsbare als niet-toewijsbare taken, en zo ja, welke? — Hoeveel (verschillende) professionals zijn er betrokken geweest, voordat de juiste zorg/ondersteuning is geboden? Hoeveel stappen waren daarvoor nodig? Over hoeveel schijven is dat gebeurd? — Hoe lang heeft het geduurd van het eerste signaal tot het moment dat de casus was overgedragen / de juiste zorg en ondersteuning waren ingeschakeld? — Wat had beter gekund in deze casus? — Heeft de cliënt in jouw ogen een passend aanbod gekregen, en weet je of deze hiermee tevreden was?

Bijlage: uitbreiding van het onderzoek

In de onderstaande paragrafen zijn twee suggesties weergegeven voor een verdieping van het onderzoek. Deze onderdelen zijn geen onderdeel van het hoofdinstrument (en zijn dus ook niet beschreven in de toelichting op de effectenanalyse), maar kunnen aanvullende vragen zijn bij de casusanalyse.

Ervaring vanuit cliëntperspectief

De interviews tijdens de netwerk- en takenanalyse en de casusanalyse worden gedaan met professionals in de wijk. De ervaringen van cliënten zijn echter ook van belang. Dit kan worden meegenomen in het onderzoek door bijvoorbeeld de cliënten uit de casussen van de casusanalyse te bevragen naar hun ervaringen. Hiervoor kunnen een deel van de vragen uit de casusanalyse worden gebruikt.

Daarnaast is er nog een interessante algemene vraag:

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

Inzichtelijk maken van effecten

Op het moment dat dit onderzoek werd opgezet, was nog veel in ontwikkeling wat betreft de niet-toewijsbare taken van de wijkverpleegkundige en de verantwoordelijkheden van de professionals in het medisch- en sociaal domein.

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

Effecten op langere termijn
Doel: inzicht krijgen in welke effecten (mogelijk) optreden, en in welke mate.
Vragen:
Algemeen
— Wat was er gebeurd wanneer er geen wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg was geweest? Wie had het dan opgepakt, wanneer en hoe? — Wat is de rol van het benutten van je professionele netwerk in het resultaat? — Zijn de volle mogelijkheden tot het combineren van ondersteuning en zorg benut?

Leidt de werkwijze tot een gezondere bevolking?

- Weet je hoe het de persoon vergaan is sinds het afsluiten van het dossier? Heb je deze daarna nog teruggezien, afgezien van dat je misschien zelf vinger aan de pols houdt?
- Kun je al concluderen of het een **stabiele situatie** opgeleverd heeft, of is er een kans dat zwaardere zorg later alsnog nodig blijkt?

Leidt de werkwijze tot beter / slechter (ervaren) zorg/ondersteuning?

- Is het samenstellen van het pakket zorg/ondersteuning **samen met de persoon in kwestie** gebeurd? Is expliciet rekening gehouden met de **wensen en behoeften** van diegene? Is daarin ruimte tot bijsturen (benut)? Was deze het eens met het pakket?
- Vond deze persoon dat er **voldoende zorg/ondersteuning** werd geboden? Als er taken door de naaste omgeving werden opgepakt: waren zij het ermee eens?
- Heb je klachten gehoord of **feedback** gekregen van de persoon of diens omgeving? Wat was de aard / inhoud daarvan? Wat heb je daarmee gedaan?

Leidt de werkwijze tot duurdere / goedkopere zorg/ondersteuning?

- Had de persoon anders geen zorg of ondersteuning gekregen, of was dat (alleen) later gebeurd? Op basis waarvan maak je die inschatting?
- Wat was het alternatieve scenario geweest wat de tijd betreft? Hoeveel tijdswinst heb je nu geboekt? Wat betekent die tijdswinst (mogelijk) voor de zorgkosten?
- Wat voor traject was de persoon mogelijk ingegaan wanneer de situatie was geëscaleerd? En was dat ook een duurdere traject geweest?
- Wat voor risico's op escalatie zie je, in het geval je niets gedaan had? Waar leid je dat uit af?