

Bijlage Documenten en intercollegiale toetsing voor indicatiestelling wijkverpleging: ervaringen van indicerende verpleegkundigen

Deze bijlage is onderdeel van een publicatie. De gegevens mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt: *Kim de Groot, Anke de Veer, Anneke Francke. Documenten en intercollegiale toetsing voor indicatiestelling wijkverpleging: ervaringen van indicerende verpleegkundigen. Factsheet. Utrecht: Nivel, 2021.*

1. Achtergrond

De factsheet ‘Documenten en intercollegiale toetsing voor indicatiestelling wijkverpleging: ervaringen van indicerende verpleegkundigen’ is gebaseerd op een online vragenlijst over de indicatiestelling in de wijkverpleging. De vragenlijst is in september 2021 verspreid via oproepen op sociale media en onder de deelnemers van het landelijke Panel Verpleging en Verzorging en is ingevuld door 192 verpleegkundigen die zelf indicaties voor wijkverpleging stellen.

De vragenlijst bevatte onder andere vragen over de bekendheid met en het gebruik van de verschillende documenten die kunnen helpen bij het stellen van indicaties.

De vragen betroffen de volgende documenten:

1. Normen indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving (V&VN, 2014). Dit document beschrijft in zes normen aan welke eisen verpleegkundigen moeten voldoen om wijkverpleging te indiceren en organiseren. Dit document is ook bekend onder de term ‘Normenkader’.
2. Begrippenkader Indicatieproces (V&VN, 2019). Dit document is een verdere toelichting op de zes normen uit het Normenkader.
3. Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving (V&VN, 2020). Dit document beschrijft wat de zes normen uit het Normenkader betekenen voor verpleegkundigen.
4. Toolbox Indicatieproces (V&VN, z.d.): De toolbox is een website met beslissingsondersteunende hulpmiddelen voor het in kaart brengen en evalueren van de zorgvraag- en behoefte van een cliënt(systeem) als onderdeel van het verpleegkundig proces.
5. Verpleegkundige indicatiestelling: een nadere duiding (Zorginstituut Nederland, 2019). Dit document vergelijkt en verheldert de begrippen die gebruikt worden in de wijkverpleging in het licht van de begrippen in de Zorgverzekeringswet.

Aan degenen die de inhoud van het document tenminste enigszins kenden is gevraagd: *“Heeft u suggesties om <Naam document> te verbeteren?”*

Hieronder staan de antwoorden van de indicerende verpleegkundigen letterlijk weergegeven. De antwoorden zijn verdeeld in suggesties ter verbetering van de inhoud van het document en suggesties voor de verdere verspreiding en implementatie van het document.

2. Normen indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving (het normenkader)

2.1 Suggesties ter verbetering van de inhoud van het document

Veel wat in het normenkader voor indiceren staat omvat het verpleegkundig proces van indiceren wat in de opleiding HBO-V aan de orde komt. Voor het verbeteren misschien aanreikingen om zorg af te schalen.

Proceseisen op nemen.

Eenvoud en beter onderbouwen.

Net als bij het kwaliteitskader wijkverpleging mis ik hier de praktische toepasbaarheid en richtlijnen voor kortdurende zorg, indiceren is nu in verhouding vaak te uitgebreid voor deze zorg die kortdurend is en in geval van terminale zorg ook snel wisselt.

Mag ook wat minder vaag. Dus bijvoorbeeld zelfredzaamheid versterken hier ook 1 van de normen. Maar hoe doe je dat dan, want nu doet elke verpleegkundige dit op z'n eigen manier. Hierin mogelijk de evidence erbij zetten, voorstel welke meetinstrumenten je kan gebruiken etc. En dan uiteindelijk blijft het dat je kijkt naar omgeving van cliënt, wijk en situatie. Dus het is niet helemaal een afvinklijstje, maar iets meer richting zou volgens mij nodig zijn.

Meer praktische handvaten.

Je moet veel lezen om de regels te lezen.

Wijkverpleegkundigen mee laten denken en beslissen.

Veel meer praktische voorbeelden van discussiepunten of je iets nu wel of niet mag indiceren of dat je die tijd bij de gemeente moet zien los te peuteren. Meer duidelijkheid wat verpleging is en wat persoonlijke verzorging.

Ook dit mag korter en bondiger.

Meer vertrouwen op de ervaringen en professionaliteit van de indicatiesteller.

Meer peer learning mogelijk maken, niet van papier, maar in de praktijk.

Meer concreet formuleren.

Vanuit je eigen ontwikkelde expertise weet je wat erin het normenkader staat en waaraan een indicatie moet voldoen. Het letterlijk gebruiken van het normenkader doe ik niet. Dit is te uitgebreid. Misschien moet het normenkader wat meer persoonsgericht worden.

Meer praktisch maken, bijvoorbeeld met een voorbeeld of een soort helpdesk in het leven roepen, waar collega's expert-collega's kunnen raadplegen.

Voor de gespecialiseerde verpleegkundigen zou ik graag zien dat ze ook mogen indiceren, ook al hebben ze geen HBO V diploma. Vaak hebben ze al extra opleidingen gedaan waardoor ze het niveau om te indiceren wel bezitten. Ook werken ze zelfstandig in de wijk waardoor het onwerkzaam wordt als iemand anders de indicatie voor hun moet doen.

Veelal blijft het een grijsgebied wat je kunt indiceren. Normenkader gebruik als verantwoording. Beter zou zijn wat je nou specifiek wel kunt indiceren vanuit welke wet- en regelgeving om meer duidelijkheid te schepen.

Bij het stellen van een pgb indicatie wordt het momenteel soms gebruikt om een indicatie af te wijzen of aanmerkelijk te verminderen. Ik vind dat oneigenlijk gebruik van het normenkader. Mogelijk kan de tekst nog een keer gereviseerd worden om te voorkomen dat deze voor meerdere uitleg mogelijk is.

Wellicht zou het een optie kunnen zijn als er een tekort aan wijkverpleegkundigen komt niveau 4 laagcomplexiteit zorg ook mag indiceren. Bijvoorbeeld zelfredzaam (oogdruppels toedienen) maken na staaroperatie.

Misschien ook meer focus op wat echt noodzakelijke zorg is in de wijkverpleging. En nog meer aandacht op preventie (van ziekte naar gezondheid).

Misschien zou ook dit iets concreter kunnen er is nu (teveel) ruimte voor discussie met de zorgverzekeraar.

Het moet worden geëvalueerd met alle partijen die tevens betrokken zijn geweest bij de opstelling ervan. Digitalisering en innovatie wordt steeds belangrijker. Personeelstekorten nemen toe. Dat zijn belangrijke factoren die van invloed zijn op de beschikbaarheid van zorg. Want als er niemand is om de door mij geïndiceerde zorg te verlenen, dan gaat er iets niet goed.....

Het is een groot document wat je niet elke keer weer opnieuw kan lezen en niet handzaam is om bij het indiceren paraat te hebben. Misschien een zakkaartje of waaier met de belangrijkste punten. Door het regelmatig te raadplegen maakt de wijkverpleegkundige zich de kwaliteiten eigen maar dan moet je dat wel doen.....

Checklist toevoegen als hulpmiddel die verwijst naar grotere tekst.

Aangezien ik alleen indiceer voor dementiezorg i.v.m. casemanagement is het normenkader niet handig daarbij. Mijn indicatie richt zich hoofdzakelijk op de cognitie, mantelzorg, sociaal en geestelijk welzijn en veiligheid. Ik signaleer wel zelfzorgtekorten en schakel daarop wijkverpleging in informele zorg of zorg vanuit de WMO.

2.2 Suggesties voor verspreiding en implementatie

Scholingen!

Breder bekend maken onder verpleegkundigen.

Wederom moet ook het normenkader voor indiceren veel meer bekendheid krijgen door de organisatie.

Hier zou ook meer bekendheid aan gegeven mogen worden. Uiteindelijk indiceren we allemaal op onze eigen manier, maar toetsen elkaar te weinig onderling.

Organisaties moeten het meer bekend maken.

Zakboekje van maken en iedere zorgorganisatie wijzen op het bestaan van het kader.

Meer bekendheid aan geven.

In eerste instantie meer bekendheid aan geven.

De ontwikkelde handreikingen indiceren en organiseren van zorg (V&VN) zijn enorm ondersteunend en goed. De bekendheid onder wijkverpleegkundigen is echter minimaal; hier zou veel meer aandacht voor moeten zijn in o.a. vakliteratuur.

Als dit door de werkgever zou worden ingepast in ons profiel in ONS [digitaal systeem] zou dit voor handen zijn dan nodigt meer uit te gebruiken.

Integreren in een digitaal systeem.

Mogelijk ook vaker de mogelijkheid tot intervisie. Liefst ook met verzekeraar om tafel!

Meenemen in het inwerkprogramma en gebruiken bij intervisie.

Meer aandacht ervoor op de hbo v.

3. Begrippenkader Indicatieproces

3.1 Suggesties ter verbetering van de inhoud van het document

Het blijft vaag wanneer je wat kunt indiceren per wet- en regelgeving. Mijn inziens kan dit specifieker waardoor het indicatieproces makkelijker wordt en er meer een lijn zit tussen de verschillende indicatiestellers.

Het is vrijwel onleesbaar. Eenvoudig en helder taal gebruik. Huur een schrijver in.

Meenemen met de evaluatie van het Normenkader. Het is als het ware een vervolgdokument. Maar dezelfde bezwaren gelden als voor het Normenkader. Het is verouderd.

Maak het korter en concreter. Haal input op bij de beroepsgroep waar nadere duiding nodig is. En ondersteun in godsnaam zorgverzekeraars om het gesprek aan te gaan vanuit vertrouwen in plaats van wantrouwen. De meeste intenties zijn goed, maar een beperkt aantal verziekt het voor de rest. Daar heeft de praktijk heel veel last van.

Ik zou het beter willen kennen om het te gebruiken. Misschien meer om uniforme begrippen te gebruiken door ons wijkverpleegkundigen. Weergeven in lijstvorm?

Je kent de begrippen en weet wat de kwaliteitseisen zijn vanuit de inspectie, en de zorgverzekeraar vanuit hier wordt er in de organisatie een eigen vertaalslag gemaakt.

Veel te vaag.

Meer praktische discussiepunten wel of niet indiceerbare zorg uitwerken.

Updaten?

Handvatten e.d.

Er staan al veel kaders in voor bepaalde onderwerpen. Misschien handig als dit breder getrokken wordt. Dan met name maaltijd, medicatie of opname.

3.2 Suggesties voor verspreiding en implementatie

Integreren in een digitaal systeem.

Wederom nog meer bekendheid. Het is bekend bij mij maar twijfel of het bekend is bij iedereen.

Meer bekendheid aan geven en ook aan de status van het begrippenkader!

Meer scholing d.m.v. webinars.

4. Handreiking Normenkader voor indiceren

4.1 Suggesties ter verbetering van de inhoud van het document

Zorgverzekeraars worden steeds strenger, alleen wat in de strikt binnen de zorgverzekeringswet past wordt gehonoreerd. Ik mis de menselijke maat. Iets met oefenen & bewegen wordt niet gehonoreerd terwijl iedereen weet hoe belangrijk dat vaak is. Ook coping-vaardigheden is bij iedere onverwachte diagnose aan de orde en geef je aandacht aan, qua tijd wordt dat niet gehonoreerd.

Als het normenkader goed is beschreven is de handreiking helemaal niet nodig.

Handig als samenvatting maar je moet toch vaak terugvallen op het normenkader zelf.

Meest recente document en heel overzichtelijk. Meer een hand-out. En zeer praktisch toepasbaar. Meenemen in de evaluatie.

Ook weer tijdig updaten en voor en door wijkverpleegkundigen.

4.2 Suggesties voor verspreiding en implementatie

Integreren in een digitaal systeem.

Je hebt meer tijd nodig om je in alles te verdiepen terwijl alle andere zaken ook doorgaan dan kan je 32 uur werken maar dan moet je eigenlijk 40 uur werken.

Er moet meer bekendheid aan gegeven worden.

Meer praktisch en meer bekend maken.

Schaal vooral de PR op; de onbekendheid ermee onder de wijkverpleegkundige beroepsgroep is nog te groot.

Voeg alles wat te maken heeft met indiceren samen tot een gebruiksvriendelijker document. Er is nu teveel!

Zie eerdere opmerkingen, er zijn veel documenten en handreikingen waardoor het onoverzichtelijk dreigt te worden

5. Toolbox Indicatieproces

5.1 Suggesties ter verbetering van de inhoud van het document

Nogmaals als het eerste stuk goed geschreven zou zijn dan is de toolbox niet nodig.

Maak er een zakkaartje van.

Ik vind dat je jezelf zo moet trainen dat je de verdiepvragen weet bij de diverse achtergronden. Heb het bekeken en kreeg vragen als: hoe vaak plast u, hoe vaak bent u incontinent, wat gebruikt u? Vond het leerstof voor studenten.

Niet te gebruiken tijdens het indicatiestellen omdat je het alleen digitaal kan gebruiken. Elke keer terug gaan naar de toolbox kost veel tijd, daarnaast leidt het af van het gesprek. Indicatiegesprek duurt vaak al heel lang, is heel vermoeiend voor de cliënt en men verliest interesse. Wel een mooie samenstelling van alle meetlijsten.

Ik zou het veel beter vinden als er gestreefd wordt naar eenheid in de indicatiestelling en welke instrumenten gebruikt kunnen worden via het ECD. Dat vraagt om het maken van keuzes. Nu wordt de Toolbox veel te uitgebreid en zie je door de bomen het bos niet meer. Lijsten t.a.v. Positieve Gezondheid zijn ook niet nuttig. Verwerk het met de beroepsgroep in een eenduidige anamnese. Dit hangt aan het ECD. Sommige signaleringsinstrumenten kunnen in het ECD worden opgenomen.

Zit niet in het Omaha systeem gekoppeld. Zoveel checklisten dat ik door de bomen het bos niet meer zie. Lastig bij gesprekken om te zoeken wat je nodig hebt. Tijdsdruk ligt hoog. Veel te doen in korte tijd.

In de veelheid van en het al intensieve indicatieproces maak ik hier geen gebruik van. Voor verdieping is deze zeker interessant.

<Organisatie> werkt met Omaha classificatiesysteem.

Niet perse, voor startende wijkverpleegkundigen is die reuzehandig.

*Heel lastig om instrumenten te zoeken, een zoekfunctie binnen de toolbox zou wenselijk zijn!
Je kunt hier uit halen wat je nodig hebt. Eigenlijk zouden alle ondersteunende documenten rondom het indicatieproces op één platform te vinden moeten zijn.*

5.2 Suggesties voor verspreiding en implementatie

Ik gebruik het nu niet. Dus enthousiasmeren wijkverpleegkundigen en toepasbaarheid in de praktijk promoten dan.

Nee, het is meer tijdsgebrek waardoor ik dergelijke tools niet inzet.

Meer verdiepingstijd nodig.

Implementeren in de verschillende elektronische dossiers.

Het is handig om te weten dat de toolbox aanwezig is.

Integreren in een digitaal systeem.

Als je de toolbox volledig zou gebruiken dan kom je nooit uit met de 3 uur die je mag declareren voor een indicatie.

Ik vraag me af of iedereen hem gemakkelijk kan vinden?

Toegankelijkheid zou makkelijker moeten zijn.

Het verwerken in de systemen voor het stellen van indicaties.

Ik ben onvoldoende op de hoogte om suggesties te doen behalve dan ook hier weer de opmerking dat er erg veel hulpmiddelen zijn waardoor het onoverzichtelijk wordt.

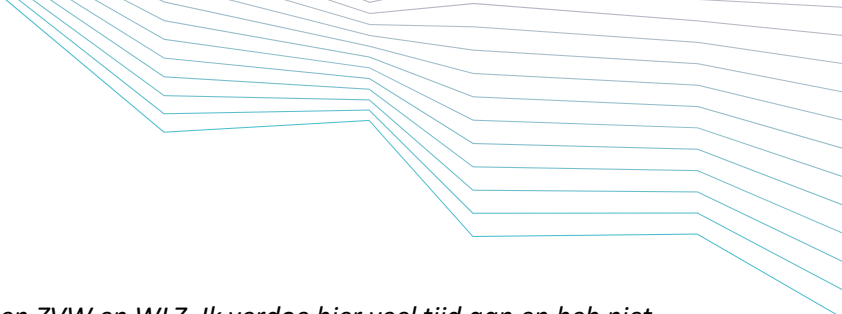
6. Verpleegkundige indicatiestelling: een nadere duiding

6.1 Suggesties ter verbetering van de inhoud van het document

Geldt hetzelfde, meenemen in de evaluatie en maak er weer een helder en kloppend geheel van.

Mogelijk meer voorbeelden er in betrekken. Bijv. bij maaltijdzorg is het lastig te onderscheiden wanneer nu iets onder een geneeskundige context valt en wanneer niet.

Het is nogal een groot document hoewel er ook wel een samenvatting is. Het is eigenlijk jammer dat het nodig is en geeft vooral de complexiteit van het indiceren weer. Er zijn veel documenten die een aanvulling zijn bij het indicatieproces en dat is handig maar maakt het ook wat onoverzichtelijk, zo van; heb ik aan alle voorwaarden en criteria voldaan? Vergeet niet dat de zorgverzekeraars ook nog hun eigen reglement hebben voor het al dan niet toewijzen van een PGB in de ZVW.



Ik wil toch meer handvaten voor overgang tussen ZVW en WLZ. Ik verdoe hier veel tijd aan en heb niet echt het idee dat dit grijs gebied geheel duidelijk is. En ik vraag me ook echt af: Moeten we hier wel mee bezig zijn gezien onze werkdruk? Waarom nog zo veel aandacht voor de verschillende financieringsstromen als dit werkplezier vermindert en de werkdruk verhoogt? In hoeverre moet de zorgvrager niet centraal staan i.p.v. het systeem?

Updaten en onder bestuurders onder de aandacht blijven brengen dat indiceren onafhankelijke taak van wijkverpleegkundigen is.

6.2 Suggesties voor verspreiding en implementatie

Misschien alle documenten samenvoegen nu zoveel (na) te lezen.

Misschien handige als alles gebundeld wordt in een document.

Er is erg veel papier waarmee je rekening zou moeten houden. Samen oefenen in de praktijk en het in de praktijk brengen van theorie zorgt voor betere borging van de documenten in het handelen van de wijkverpleegkundige.

Ik loop eerder tegen een probleem aan, namelijk dat de zorgverzekeraars (de medewerkers van de afdelingen medische beoordelingen het stuk niet kennen en zich dus niet aan de afspraken houden.

De inhoud is prima, het behoeft alleen meer bekendheid, ook bij zorgverzekeraars.