



## OMAHA: OPENING THE BLACK BOX

Inzicht in het  
verpleegkundig redeneren  
van professionals

**ONDERZOEKSTEAM:**

dr. Aenne Werner (Amstelring Wijkzorg)  
Saskia Duijs, MSc. (Vumc / Centrum voor Cliëntervaringen)

Ilse Flipsen en Cora Duinkerken (Wondzorg)  
Marilyn Houtkamp en Astrid van den Berg (Dementie)  
Isa Roser en Agnes van der Zon (Oncologie)

**LOOPTIJD PROJECT:**

november 2016 – december 2017



## SAMENVATTING

### Aanleiding en doel van het onderzoek

Het Omaha systeem ontstond in de jaren 70 in Omaha (Nebraska) toen de Visiting Nurse Association (VNA) een systeem ontwikkelden wat kan registreren wat professionals in de wijk 'observeren, plannen en doen'. Dit systeem biedt kansen om de (geregistreerde) interventies van de professionals in de wijk precies te analyseren en het werk van professionals inzichtelijker te maken (Koster, 2015). Tot op heden zijn de gegevens in Omaha nog niet eerder in Nederland geanalyseerd en gebruikt voor kwaliteitsverbetering op teamniveau. In dit onderzoek hebben Amstelring en Centrum voor Cliëntervaringen (vanuit VUmc) verkend welke gegevens uit Omaha inzicht geven in het verpleegkundig redeneren van professionals in de wijk en hoe deze gegevens gebruikt kunnen worden voor reflectie op teamniveau. Aangevuld met korte enquêtes (de QuickScans) die opgesteld zijn door specialisten en/of aandachtsvelders in de organisatie en kwalitatieve interviews met professionals in de wijk geven deze gegevens een goed inkijkje in de 'good practices', knelpunten en verbetermogelijkheden voor de teams. De focus lag hierbij op drie zorgdomeinen: dementie, wondzorg en oncologie. Hieronder vindt u een samenvatting van de signalen die uit deze verkenning naar voren zijn gekomen.

### Domein I: Dementie

#### Belangrijkste signalen

- Er is (nog) veel verschil in de manier waarop het casemanagement dementie als 'rol' (i.e. dementieverpleegkundigen) wordt ingevuld door in de wijkteams. De aanwezigheid van expertise in het team (oude casemanager of aandachtsvelder die recent een opleiding heeft gevolgd) is daarbij essentieel. Het is daarbij voor de aandachtsvelders vaak wel lastig om de verantwoordelijkheid met het gehele team te delen. Ze geven aan dat binnen het team idealiter met een duo van 2 aandachtsvelders moet worden gewerkt om draagvlak en continuïteit van zorg te creëren.
- Teamleden met de rol van aandachtsvelder dementie geven regelmatig aan dat het casemanagement onder dreigt te sneeuwen onder de dagelijkse zorg. Dit is met name het geval wanneer het team niet op formatie is, er onvoldoende draagvlak is voor begeleiding van cliënten met dementie of het niet goed (kan) worden ingepland.
- Er is meer aandacht nodig voor het belang van de continuïteitsbezoeken bij dementie, met name in het beginstadium van de ziekte of bij een vermoeden van dementie. Juist dan – wanneer er vaak nog geen sprake is van ADL zorg – zijn continuïteitsbezoeken heel belangrijk om zo aan preventie en steun van het sociale netwerk te werken. Dit vraagt ook afstemming met huisartsen en ziekenhuizen zodat zij tijdig, d.w.z. zo snel mogelijk na een diagnose of verdenking van dementie, door verwijzen naar het wijkteam.
- Er is meer aandacht nodig voor de ondersteuningsbehoefte van de mantelzorgers. De zorg lijkt nu vaak nog gericht op de cliënt alleen. In wijkteams waar professionals meer training hebben ontvangen lijkt er ook meer oog te zijn voor de mantelzorgers.

## SAMENVATTING

### Overzicht ingezette acties

- Signalen zijn teruggekoppeld in de Gilde bijeenkomsten Dementie
- Cognitie wordt nu vaak wel aangevinkt in het cliëntdossier. Dat duidt erop dat cognitie als aandachtsveld duidelijker op het netvlies van de teams is komen te staan.
- In het cliëntdossier is de optie 'persoonsbeeld' toegevoegd, waardoor er meer ruimte is voor de beschrijving van de biografie en persoonlijkheid van de cliënt. Dit komt de begeleiding door het gehele team ten goede.
- Er is meer aandacht voor de begeleidingsgesprekken van cliënt én mantelzorger.
- Eind 2018 wordt een tweede cursus toegevoegd aan het scholingsaanbod die zich vooral richt op de begeleiding en de begeleidingsgesprekken.
- Amstelring breed wordt ingezet op minimaal twee aandachtsvelders dementie per team. Teams die daar niet aan voldoen worden in 2018 verder begeleid om te kijken wat zij nodig hebben om het casemanagement goed neer te zetten in het team.
- Ondersteuning van mantelzorgers zal meegenomen worden als aandachtspunt in het vervolgonderzoek.

### Domein II: Wondzorg

#### Belangrijkste signalen

- Het aantal wonden dat in zorg is lijkt de afgelopen jaren gestegen te zijn. Dat lijkt met name het gevolg te zijn van de toenemende expertise binnen de teams en de bekendheid daarvan bij ketenpartners.
- Het principe van Stepped Care lijkt goed ingebed te zijn in de dagelijkse wondzorg. Coördinatie van de wond ligt meestal 'hoog' in de organisatie (aandachtsvelders / wondverpleegkundigen). De (dagelijkse) wondzorg wordt bijna altijd door het hele team gedragen.
- Registratie in het wondplan / wondassessment is bijna altijd goed op orde.
- Doorverwijzing naar de fysiotherapeut / ergotherapeut bij bewegingsproblemen blijft een aandachtspunt (dit verbeterpunt staat centraal binnen programma 'geïntegreerde wijkzorg').
- Ondersteuning bij problemen rondom voeding verdient extra aandacht.

#### Overzicht ingezette acties

- Wondzorgspecialisten uit het Gilde hebben een diëtiste met kennis van wondzorg benaderd om voorlichting te geven tijdens de slimdeeldag en tijdens de Gildebijeenkomsten wondzorg. In 2018 zal zij tevens voorlichting geven tijdens de mini-slimdeeldag.

## SAMENVATTING

### Overzicht ingezette acties (vervolg)

- De wondzorgspecialisten zijn alle teams langsgesegaan om zo hun benaderbaarheid te vergroten. De werkwijze rondom het openen van het wonddossier is tijdens deze bezoeken besproken.
- Het signaal rondom beweging is opgepakt binnen pilot 'geïntegreerde wijkzorg'. In deze pilot is er een workshop georganiseerd voor de deelnemende teams. Tevens is deze pilot opgenomen in de eindonderzoeken van een aantal studenten HBO-V.

### Domein III: Oncologie

#### Belangrijkste signalen

- Er wordt door de wijkteams relatief zware en intensieve zorg gegeven bij oncologie cliënten. Dit is nog onvoldoende bekend binnen de organisatie en bij verzekeraars.
- Er vindt nog onvoldoende informatieoverdracht plaats vanuit het ziekenhuis naar de wijkteams, dit speelt met name bij informatie over poliklinische behandelingen of bij zorg na grote ingrepen in het ziekenhuis. Hierdoor kunnen de teams hun signaleringsfunctie in de continuïteitsbezoeken niet goed vormgeven.
- Het principe van Stepped Care bij oncologie wordt in de praktijk nog onvoldoende toegepast. Dit heeft zowel te maken met onbekendheid bij de teams, als met een gebrek aan oncologieverpleegkundigen én (bij)geschoolde aandachtsvelders in de organisatie. Dit staat op de agenda van het gilde oncologie, die sinds een jaar is opgestart.

#### Overzicht ingezette acties

- De belangrijkste signalen zijn teruggekoppeld naar het gilde oncologie.
- Er wordt een extra impuls gegeven aan het uitwerken van de stepped-care werkwijze binnen het domein oncologie.
- Er wordt een aanvullende training ontwikkeld die zich vooral richt op de begeleiding van oncologie patiënten en de continuïteitsbezoeken.
- Er vinden gesprekken plaats met de VU en een ander opleidingsinstituut over het aanbieden van een opleiding tot oncologieverpleegkundige (HBO of MBO+) aan de teamleden van Amstelring, om zo binnen de organisatie meer wijkverpleegkundigen op te leiden tot oncologieverpleegkundigen.

## SAMENVATTING

### Kwantitatieve analyse van OMAHA

#### Belangrijkste signalen

- Er is veel overeenstemming tussen de uitkomsten van de kwantitatieve analyse van cliëntdossier in OMAHA, de uitkomsten van de QuickScans en de signalen die in de reflectiebijeenkomsten worden gedeeld. Dit wijst erop dat kwantitatieve analyse van OMAHA een goede informatiebron kan vormen om good practices en verbetermogelijkheden op organisatie én teamniveau te signaleren.
- Vooral het goed kunnen opzetten en uitwerken van een zorgplan volgens het OMAHA systeem kan de kwaliteit van zorg en de borging van goede zorg versterken. Uit de overeenstemming van de uitkomsten ziet men wel dat er inzicht is in het gebruiken van het OMAHA systeem en dat het evalueren van de zorgplannen en de uitgezette acties van enorme toegevoegde waarde zijn.
- De geregistreeerde gegevens in OMAHA geven redelijk goed weer welke acties teamleden wel en niet inzetten. Het analyseren van de gegevens in OMAHA is dan ook met name geschikt om te signaleren, maar biedt niet altijd een verklaring (m.n. 'waarom zetten teamleden een bepaalde actie wel/niet in?'). De QuickScans en reflecties met teamleden helpen om de overwegingen en knelpunten bij de teams verder boven tafel te krijgen.
- Nadere uitwerking van een handzame werkwijze voor teams om data uit OMAHA inzichtelijk te maken is nodig. Toegankelijke data – op het niveau van het team - kan zo bijdragen aan de reflectie en kwaliteitsverbetering binnen de teams. Het vraagt nog om meer gesprek met de teams om duidelijk te krijgen welke informatie voor hen het meest relevant is.

#### Overzicht ingezette acties

- Naar aanleiding van dit onderzoek is mogelijk gemaakt dat e steungebieden nu ook uit HUB gehaald kunnen worden.
- De signalen uit dit onderzoek zijn verwerkt in de bestaande trainingen rondom OMAHA voor de professionals in de wijk.
- HUB is nu goed inzichtelijk in alle teams.

### Meerwaarde cliëntperspectief in vervolgonderzoek

- In dit onderzoek is met name gewerkt vanuit het professionele perspectief. In het domein 'dementie' hebben enkele interviews plaatsgevonden met cliënten en mantelzorgers. Dit biedt een zeer waardevolle aanvulling op het professionele perspectief. In een vervolgonderzoek zou het cliëntenperspectief dan ook meer centraal moeten komen te staan.

# INHOUD

<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>2</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>6</b>
<b>ONDERZOEKSVERANTWOORDING</b> .....	<b>7</b>
Aanleiding en achtergrond .....	7
Onderzoeksvragen .....	8
Zorgdomeinen .....	9
Dataverzameling .....	10
<b>RESULTATEN</b> .....	<b>11</b>
Dementie .....	11
Wondzorg .....	17
Oncologie .....	22
<b>CONCLUSIE</b> .....	<b>26</b>
Reflectie mogelijkheden kwantitatieve analyse data uit OMAHA .....	26

# ONDERZOEKS- VERANTWOORDING

## Aanleiding en achtergrond

### Het Omaha systeem

Het Omaha systeem is ontwikkeld door wijkverpleegkundigen voor wijkverpleegkundigen om te registreren wat professionals in de wijk *'observeren, plannen en doen'*. Omaha onderscheidt zich van andere documentatiesystemen doordat het niet alleen gericht is op administratieve en juridische eisen, maar vooral ruimte biedt om de inhoudelijke beslissingen van de professionals in de wijk te documenteren om zo de wijkverpleegkundigen en –verzorgenden te ondersteunen in hun dagelijks werk (Voorlichting Omaha 0.2).

### Opening 'the black box'

Amstelring werkt in navolging van andere wijkzorgorganisaties (waaronder Buurtzorg) sinds 2014 met het Omaha-systeem. Dit systeem biedt kansen om de (geregistreerde) interventies van de professionals in de wijk precies te analyseren en het werk van professionals inzichtelijker te maken (Koster, 2015). Hiermee kan een verantwoording richting zorgverzekeraars en andere financiers plaatsvinden. Een eerste analyse van de Omaha-registraties binnen Amstelring laat bijvoorbeeld zien dat zij relatief weinig uren inzetten per cliënt. Het feit dat cliënten daarbij aangeven zeer tevreden te zijn over de ontvangen zorg, kan belangrijke informatie voor financiers zijn (gespreksverslag VUmc-Amstelring). Daarnaast kan een analyse van de registraties handvaten bieden voor kwaliteitsverbetering in de organisatie. Ook is in Nederland de data uit Omaha niet eerder geanalyseerd op het niveau van een wijkteam en/of de individuele professional.

### Kwaliteitsverbetering

Tot op heden zijn de gegevens in Omaha nog niet eerder uitgebreid geanalyseerd en gebruikt voor kwaliteitsverbetering binnen de organisatie. In het onderzoek van Koster (2015) is met name gekeken naar cliëntprofielen en duur van het zorgtraject (uren en aantal bezoeken). Er is echter niet specifiek gekeken naar de geregistreerde signalen en ingezette interventies als indicator voor het verpleegkundig redeneren van de professionals. Dit is een gemiste kans. De zorg kan verbeteren als er gekeken wordt naar het handelen van professionals. Het is met name interessant om de werkwijze van professionals wiens werkwijze zichtbaar goede resultaten oplevert (zoals het voorkomen van crisissituaties bij dementie), te analyseren. De casussen van deze professionals kunnen input zijn voor dialoog met andere professionals binnen de organisatie over kwaliteitsverbetering.

### Inzicht in verpleegkundig redeneren met een holistische blik

Het is vaak lastig om inzichtelijk te maken wat de succesvolle professionals, die met een holistische blik werken, precies doen. Welke interventies zetten zij in? En, nog belangrijker, wanneer? Hoe verhouden deze interventies zich tot de signalen die zij oppikken bij de cliënt en tot de gezondheidsuitkomsten of crisismomenten? En welke aspecten van hun werkwijze maakt deze professionals in de ogen van cliënten 'die goede zuster'? Daar willen wij met dit onderzoek meer inzicht in krijgen. Dit kan handvaten bieden voor andere professionals in de organisatie om deze goede werkwijze na te volgen.

# ONDERZOEKS- VERANTWOORDING

## Doel van het onderzoek

### Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is drieledig:

1. Het ontwikkelen van een methode om de geregistreerde werkwijze van professionals in de wijk te analyseren in het Omaha systeem en daarmee aanknopingspunten te bieden voor kwaliteitsverbetering in de organisatie.
2. In beeld brengen van 'good practices' van professionals in de wijk, in de zorgdomeinen dementie, wondzorg en oncologie, vanuit verschillende perspectieven (o.a. registraties in Omaha Systeem, signalen QuickScans, interviews aandachtsvelders en andere professionals in de wijk)
3. Het faciliteren van een gezamenlijk leerproces faciliteren en waar mogelijk direct praktijkverbeteringen realiseren.

### Onderzoeksvragen

Hierbij zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Welke signalen, interventies en gezondheidsuitkomsten registreren de verpleegkundigen in het Omaha-systeem en hoe hangen deze met elkaar samen?
- Welke elementen karakteriseert de werkwijze van wijkverpleegkundigen die goede zorg bieden (de zogenaamde good practices) volgens het Omaha systeem, cliënten, collega's en deze verpleegkundige zelf? (*bij dementie, wondzorg en oncologie*)
- Op welke manier vullen kwantitatieve en kwalitatieve analyses elkaar aan in het analyseren van de werkwijze van professionals in de wijk?
- Wat kunnen we leren, uit de ervaringen van professionals in de wijk, over wat goed en holistisch verpleegkundig redeneren inhoud binnen de drie domeinen (dementie, wondzorg, oncologie)?
- Welke verbeteracties om het het verpleegkundig redeneren te ondersteunen kunnen we destilleren uit de analyse van data uit Omaha, de QuickScans en de interviews met professionals?



# ONDERZOEKS- VERANTWOORDING

## Zorgdomeinen

### I. Dementie

**Dementiezorg** is als zorgdomein het meest complex en constant in ontwikkeling. Er spelen vragen over het functioneren van ketenzorg (MacNeil, 2015 van Mierlo, 2015). Daarnaast is preventie van crisismomenten zeer belangrijk in de ervaren kwaliteit van zorg, voor zowel cliënten als voor mantelzorgers. Het is vooral van belang om inzicht te verkrijgen in de goede werkwijze(n) van teamleden met de rol van casemanager (eindverantwoordelijke EVV'er), met name ten aanzien van hun handelen bij (dreigende) crisissituaties en mogelijke overbelasting van mantelzorgers.

### II. Wondzorg

Het domein **Wondzorg** is relatief helder georganiseerd. Er wordt gewerkt vanuit het principe van 'stepped care' waarbij altijd een professional betrokken is die deel uitmaakt van het gilde wondzorg. Er wordt gericht expertise vanuit het team ingezet. Echter, binnen Amstelring wordt de intentie uitgesproken om de kwaliteit te verbeteren (overleg VUmc/Amstelring 2016). Inzicht in de werkwijze van superzusters kan ondersteunen bij deze kwaliteitsverbetering. Wat is een goede werkwijze bij wondzorg? De gezondheidsuitkomsten binnen dit domein zijn relatief makkelijk te meten, want bij een genezen wond wordt de zorg stopgezet.

### III. Oncologie

Het domein **Oncologie** kwam in beeld na aanleiding van de pilot met het Spaarne Ziekenhuis. In die pilot kregen wijkverpleegkundigen de verantwoordelijkheid voor het afleggen van de continuïteitsbezoeken bij oncologie patiënten, die onder behandeling waren in het Spaarne. Vanuit de teams leefden hierover veel vragen. Wat hebben we hiervoor nodig? En hoe kunnen we deze zorg goed inzetten? Met behulp van dit onderzoek konden we tijdens de pilot direct reflecteren op hoe deze werkwijze in de praktijk zou verlopen, wat 'good practices' waren en waar de knelpunten lagen. Deze kennis kon door de, recent opgezette gildes oncologie, gebruikt worden voor het ontwikkelen van een leidraad voor de continuïteitsbezoeken en het verder uitwerken van de stepped care methode voor dit zorgdomein.

# ONDERZOEKS- VERANTWOORDING

## Data-verzameling

*Binnen elk afzonderlijk zorgdomein zijn verschillende vormen van data verzameld. Het domein dementie is – als eerste domein – het meest uitgebreid geanalyseerd. Op basis van de uitkomsten van dit domein, is besloten om in de domeinen wondzorg en oncologie met name te focussen op 1) de QuickScans, 2) een kwantitatieve analyse van Omaha en 3) reflectiebijeenkomsten met aandachtsvelders / gildeleden. Hieronder worden de methoden van data-verzameling per domein weergegeven.*

### **Domein Dementie (november 2016 –november 2017)**

- Verkennende kwalitatieve inventarisatie cliëntdossiers in Omaha (van cliënten met dementie) bij 7 teams, november 2016 – December 2016.
- Interviews met teamleden (N=5), november 2016 tot en met Februari 2017.
- Interviews met mantelzorgers (N=2), november 2016 tot en met februari 2017.
- Reflectiebijeenkomsten met de gilde-leden (N=2), maart 2017.
- Kwantitatieve analyse van cliëntdossiers in Omaha (AW), augustus 2017.
- Ontwikkeling QuickScan Dementie met gilde-leden, september 2017.
- QuickScan Dementie (respons N=26), november 2017.
- Eindejaarsoverleg Dementie, november 2017.

### **Domein Wondzorg (mei - september 2017)**

- Ontwikkeling QuickScan in samenwerking met aandachtsvelders wondzorg (Cora Duinkerken en Ilse Flipsen) (N=2 bijeenkomsten), januari 2017
- Pilot QuickScan Wondzorg (respons N=X), februari-maart 2017.
- QuickScan Wondzorg (respons N=42), augustus – september 2017.
- Reflectiebijeenkomsten met wondzorgspecialisten(N=2), september 2017.

### **Domein Oncologie (september – december 2017)**

- Ontwikkeling QuickScan door projectleider en oncologie verpleegkundigen (Agnes van der Zon en Isa Roser), september 2017.
- QuickScan Oncologie (respons N=15), oktober 2017.
- Reflectiebijeenkomst uitkomsten QuickScan samen met oncologieverpleegkundigen en projectleider (AW), november 2017.
- Reflectiebijeenkomsten (N=2) in oncologie-overleg regio Haarlemmermeer en Amsterdam-Amstelveen, november 2017.
- Afsluitende bijeenkomst met oncologieverpleegkundigen, december 2017 (N=1)

# DOMEIN I DEMENTIE

## Resultaten

### 1. Signalen uit de inventarisatie van cliëntdossiers in OMAHA

- Bij ouderen met dementie (in OMAHA onder de term: 'dementerende ouderen') staat soms niet aangegeven wat het specifieke probleem is (bv. cognitie), en soms ook geen specifieke acties rondom casemanagement of interventies gericht op casemanagement.
- In Omaha is niet altijd duidelijk wie in het team de rol van casemanager heeft.
- Degene die casemanagement rapporteert is niet altijd ook de EVV'ers. De taakverdeling tussen casemanager en EVV'er is niet altijd duidelijk terug te vinden in het Elektronisch cliënten dossier E.C.D.) en wellicht ook niet altijd richting familie of andere professionals zoals de huisarts.
- Bij ouderen die licht dementeren soms nog weinig casemanagement ingezet, terwijl het juist in het begin het heel belangrijk is om de zorg goed op te zetten en het netwerk te betrekken.
- Soms wordt er veel gesignaleerd, maar wordt in OMAHA niet gerapporteerd of en hoe deze signalen opgepakt worden. Het is daarbij de vraag of er daadwerkelijk onvoldoende wordt opgepakt *ofwel* dat het wel wordt opgepakt, maar onvoldoende gerapporteerd.
- In de teams waar teamleden (net) in opleiding zijn of de voormalig CM nog nauw betrokken is, wordt het CM goed opgepakt en wordt ook heel precies gerapporteerd. In teams waar het casemanagement nog niet wordt opgepakt is dat – logischerwijs – zichtbaar in de rapportages die ontbreken of onvoldoende helder zijn.

### 2. Resultaten van de kwantitatieve analyse in OMAHA

Belangrijk om te weten dat vanuit de Hub de steungebieden niet/nog niet terug te vinden zijn.

*Beschikbare informatie over dementie uit hub, dd. 22 augustus 2017:*

- Bij 176 cliënten is dementie als kenmerk gekozen
- Als dementie is benoemd als kenmerk bij de cliënt dan zijn deze bovenstaande gebieden het meest gekozen: cognitie, medicatie en persoonlijke zorg en voeding als probleem gebied
- Acties die werden uitgezet vielen signaleren en symptomen... medicatie toediening en gedragsverandering in de top drie.
- 33.7% gaf adviseren, voorlichten en begeleiden als belangrijkste soort actie, met monitoren en bewaken 30.8%. Behandelen en procedures toepassen werd aangeklikt in 21.5% en case managen in 14% (CM in O.S. staat niet gelijk aan het CM dementie of CM oncologie)
- Een jaar eerder werd er meer Behandelen en Procedures aangegeven als belangrijkste Soort actie.
- Er werden veel meetinstrumenten ingezet die varieerden van gewicht/lengte, glucose, snackscore, pijn score bloeddruk, medicatie en meetlijst onderbenen.
- De meeste teams gebruiken nu vaker en meer diverse meetinstrumenten dan vorige jaren.
- Uit de overleggen met aandachtsvelders en ervaren CM kwam ook naar voren dat er nu meer aandacht is voor het adviseren en organiseren van de zorg.
- Deze informatie kwam overeen met de informatie die de professionals gaven in de QuickScan

## DOMEIN I DEMENTIE

### Resultaten

### 3. Signalen uit de interviews met teamleden en mantelzorgers

#### ➤ inclusief aanbevelingen van teamleden

- CM wordt vaak opgepakt door teamleden die al ervaring hebben met procesbegeleiding (terminale zorg, geriatrie). Het is dan vaak lastig om de verantwoordelijkheid met het gehele team te delen: *'Het team zei; het is jouw ding'* (interview teamlid). De teamleden die het casemanagement op hebben gepakt geven aan dat het niet prettig is als dit teveel op één persoon leunt
  - Meer ondersteuning zou georganiseerd kunnen worden door casemanagement als duo op te pakken in het team. Dit komt de kwaliteit én de continuïteit van het casemanagement ten goede. Sommige teams geven aan dat dit vanuit Amstelring geadviseerd zou moeten worden aan de teams.
- Casemanagement als 'rol' binnen het team verhoogt de expertise en interesse binnen de teams voor dementie: *'Ik heb er niet voor gekozen om iets te gaan doen met dementie. Maar, ik vind het steeds leuker, omdat ik veel leer van mijn collega'* en *'Ik denk wel dat ik hier wat heb kunnen veranderen. Namelijk, dat er meer oog is gekomen voor de psychosociale kant, er is meer dan alleen die medische zorg'*. (interview teamlid).
- Er is veel collegiale ondersteuning. Bijna alle teamleden geven aan dat ze altijd ergens terecht kunnen met hun vragen, en aandachtsvelders/gildeleden geven aan dat ze vaak gebeld worden met vragen. De beschikbare ondersteuning (zoals in de gildes) wordt zeer gewaardeerd.
  - Blijf vanuit Amstelring actief de gildes ondersteunen.
- Veel teamleden gaven aan dat het casemanagement bovenop de dagelijkse zorg komt *'Ik zat zo vol 's ochtends en 's middags. Er was eigenlijk geen tijd voor'*. Het blijkt lastig om daar voldoende tijd voor te nemen: *'Het erbij doen, dat valt me best tegen'*. Dat speelt met name wanneer een team niet op formatie is. Een enkel teamlid benoemde dat ze het casemanagement in haar eigen tijd oppakte: *'Ik had wel contact met de familie, daar maak je tijd voor, maar dat ging dan buiten mijn dienst om. Dan bleef ik wat langer na een ochtenddienst, of kwam ik wat eerder voor een avonddienst. Om toch even langs de familie te kunnen.'* (interview teamlid)
  - Wanneer een team niet op formatie is, is het belangrijk om vanuit Amstelring extra aandacht te besteden aan de ondersteuning van de casemanager in het team. Om zo te voorkomen dat het casemanagement 'ondergesneeuwd raakt' onder de dagelijkse zorg. Tevens is bewustwording van het belang van casemanagement voor het gehele team een belangrijke randvoorwaarde om hier voldoende tijd voor 'vrij' te kunnen maken.

# DOMEIN I DEMENTIE

## Resultaten

### 4. Signalen uit de interviews met teamleden en mantelzorgers

- Bij teams leeft soms onterecht het idee dat casemanagement altijd gepaard gaat met zorg. Daardoor wordt er geen casemanagement aangeboden in een vroeg stadium. Mensen die net de diagnose dementie hebben gehad dreigen daardoor uit beeld te raken, terwijl juist het versterken van het netwerk en het aanbieden van hulpmiddelen in die fase het meest oplevert: *'De mensen die nét de diagnose hebben, maar nog geen zorg ontvangen. Die groep mis je nu. En juist op dat moment kun je werken aan een stuk preventie. Je bespaart een hele hoop thuiszorg, je maakt de omgeving sterker. Zeker, bij alleenstaande mensen' (interview teamlid)*. Dit punt wordt ook benadrukt door de geïnterviewde mantelzorgers.
  - De bewustwording over de mogelijkheid van continuïteitsbezoek in vroeg stadium begint wel te komen, maar verdient aandacht. Dit vraagt nadere afstemming met huisartsen en ziekenhuizen, die cliënten in een vroeg stadium – na het stellen van de diagnose – doorverwijzen naar zorg vanuit de wijkteams. Er wordt gesignaleerd dat ook huisartsen en ziekenhuizen soms laat zijn met doorverwijzen.
- Meer aandacht is nodig voor taboe onderwerpen (seksualiteit, financiën). Hoewel deze thema's belangrijk zijn voor cliënten en hun mantelzorgers, lijkt er een drempel te zijn voor teamleden om deze onderwerpen aan te snijden.
  - Organiseer ondersteuning voor teams om deze zaken bespreekbaar te maken, bijvoorbeeld tijdens de bijeenkomsten van het gilde.
- De geïnterviewde mantelzorgers (N=2) geven aan dat zij zich (nog) niet altijd gezien voelen door de EVV'ers of teamleden in de rol van 'casemanager' vanuit Amstelring en zij zich (nog) niet serieus genomen in hun ondersteuningsbehoefte en signaleringsfunctie.
  - Dit signaal wordt bevestigd in de interviews met team én gildeleden. Zij geven aan dat de teams steeds meer kennis hebben over praktische zaken bij dementie. De relationele, sociaalpsychologische impact van dementie staat nu meer op de agenda, maar verdient nog meer aandacht. Tegelijkertijd is er soms nog een verbeterslag te maken qua kennis en attitude bij de teams volgens de aandachtsvelders / gildeleden. Te vaak krijgen mantelzorgers nog te horen: *'ja, maar u bent geen cliënt'*.

# DOMEIN I DEMENTIE Resultaten

Planning acties Wijzigen

Nog te plannen 6 Casemanagement 6 Ochtend 3 Middag 6 Avond 6 Overig 6

+ Acties toevoegen

Cognitie	AIB	andere voorzieningen in de buurt/gemeenschap	<p>Advies over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mogelijkheden voor activiteiten en ondersteuning, afhankelijk van fase van dementie: dagbesteding, psychomotore therapie, reminiscentie, muziek, zintuigactivering, enz</li> </ul>
Cognitie	AIB	Communicatie	<p>Begeleiden bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemen zich uit te drukken</li> <li>- Afasie</li> </ul>

## 5. Geformuleerde verbeteracties voor in het OMAHA systeem

- Maak een apart tabblad aan in Omaha voor CM (zie afbeelding hierboven) om ervoor te zorgen dat CM en dagelijkse zorg niet te veel door elkaar lopen.
- Laat OMAHA meer *sturend* zijn bij cliënten met dementie (categorie OMAHA: dementerende oudere) bijvoorbeeld door middel van zorgpaden met suggesties, zoals 'cognitie'.
  - Nadeel: kan leiden tot een afvinklijstje: 'het moet geen moetje worden'. Daarnaast kunnen er goede redenen zijn om een bepaald thema *niet* te bespreken (gesprek over draagkracht voeren *of* over draaglast).
  - Er moet ruimte zijn voor de 'intuïtie' van de casemanager.
- Inbedden van bovenstaande ideeën in Omaha training (de omslag wordt gemaakt van 'simpele knoppen training' naar meer inhoudelijk verpleegkundig redeneren).
- Belangrijke documenten zijn lastig te vinden in het zorgdossier. Wellicht kan in het blok voor documenten een aantal documenten met 'potlood' worden weergegeven als checklist. Het gaat dan om: verslag screening anamnese voor heteroanamnese en aanvraag indicatie, aanvraag indicaties/WLZ, aanmelding HA, kopie toekenning indicatie.
- Creëer ruimte voor iemands levensgeschiedenis in het ECD. Juist bij dementie is het belangrijk om kennis te hebben van jeugd, levensloop, voormalig werk, etc.
  - actie trainers en e-care: persoonsbeeld komt erin te staan
- Soms zijn zowel cliënt als mantelzorgers in zorg, maar is er alleen een dossier van de cliënt in OMAHA gemaakt. Verbeterpunt is aandacht voor signaleren en rapporteren op overbelasting van mantelzorgers in OMAHA.

# DOMEIN I DEMENTIE

## Resultaten

### 6. Resultaten van de QuickScan dementie (respons N=26, 19 wijkverpleegkundigen & 7 verzorgenden)

#### *Cliëntpopulatie bij Amstelring komt overeen met landelijk beeld*

- De leeftijd van cliënten (53,3% is 75-85 jaar oud, 30% is 85-95 jaar oud) is vergelijkbaar met het landelijke beeld.
- Bij 22 van de 26 cliënten verzorgt Amstelring het casemanagement.
- De grootste groep cliënten (61,5%) wordt verwezen door de huisarts. 7 van de 26 cliënten wordt aangemeld door de familie of professionals in de wijk.

#### *Ondersteuning van aandachtsvelders verdient in sommige teams nog meer aandacht*

- Professionals geven aan dat zij goed bekend zijn met de stepped care methode (92%), en ook bijna alle teams (92%) hebben een aandachtsvelder dementie in het team. Teamleden geven aan dat aandachtsvelders bijna altijd (76,9%) op tijd worden betrokken. Deze aandachtsvelders worden dan met name betrokken bij de begeleiding van cliënt en mantelzorger (84,6%) of bij twijfel over de juiste zorg (53,8%).
- Er lijkt nog wel veel verschil te zijn per team in het functioneren van de aandachtsvelders. De meerderheid geeft aan dat zij voldoende scholing en ondersteuning ontvangen. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat voor een groot aantal teams winst te behalen is; aandachtsvelders hebben dan nog geen opleiding rondom dementie ontvangen, ervaren geen draagvlak voor CM binnen het team of participeert niet (15%) in gildebijeenkomsten of buddy overleggen.

#### *Casemanagement wordt nog te vaak te laat opgestart*

- Bij 10 van de 26 cliënten geven teamleden aan dat het casemanagement te laat is opgestart.
- In veel gevallen was er al sprake van een ver gevorderde dementie, een zeer complexe zorgsituatie of zelfs ontspoorde mantelzorg. Professionals gaven aan dat het in die situaties – vanwege achterdocht van de cliënt - lastig was om het vertrouwen te winnen, een band op te bouwen en/of iemand te motiveren om naar de dagbesteding te gaan. Tevens geven professionals aan dat verwijzing vanuit de huisarts soms te laat plaatsvindt.

#### *Informatie in OMAHA*

- Zorgplannen zijn eigenlijk altijd up to date (92%). De incidentele keren dat dit niet zo is, lijkt samen te hangen met het ontbreken van een aandachtsvelder in het team.
- Nog te vaak (19,5% van de gevallen) geven professionals aan dat informatie niet goed terug te vinden is in Omaha. Hoewel Omaha voldoende handvaten biedt om persoonsinformatie in het zorgplan / algemeen assessment / persoonsbeeld te verwerken, lijkt dit nog niet bij alle professionals bekend te zijn.

# DOMEIN I DEMENTIE

## Resultaten

### 6. Resultaten van de QuickScan dementie (respons N=26)

#### *Grote verschillen tussen teams*

- Het is opvallend dat grote verschillen bestaan in het aantal cliënten met dementie dat de verschillende teams het afgelopen jaar in zorg hebben gehad (variërend van 3 tot 30 cliënten per team).
- Ongeveer de helft van de teams ziet een toename aan cliënten met dementie in zorg. De andere helft ziet dat niet. Voor een deel wordt deze toename gewijd aan de vergrijzing en toename van dementie in de algemene populatie. Voor een ander deel wordt de toename verklaart doordat huisartsen en andere professionals in wijkzorgnetwerken steeds vaker cliënten met dementie verwijzen naar de wijkteams van Amstelring (meer bekendheid).

#### *Samenwerking met huisarts wisselt sterk per team en/of regio*

- Er is veel variatie tussen de teams in de waardering van de samenwerking met huisartsen. Dit signaal komt ook in de regio-overleggen naar voren. Dit vraagt soms wel om meer ondersteuning vanuit Amstelring.

#### *Samenwerking in het team*

- Hoewel in de meerderheid van de gevallen (96,6%) het hele team betrokken is bij de zorg voor cliënten met dementie, worden de assessments met name bijgehouden door de aandachtsvelder (19,2%), verpleegkundige in het team (42,3%) of dementieverpleegkundige van Amstelring (11,5%).
- Het casemanagement leunt volgens 42,3% van de professionals nog sterk op één persoon én wordt nog niet door het hele team gedragen. In de reflectiebijeenkomsten geven aandachtsvelders en verpleegkundigen ook aan dat zij het lastig vinden om het hele team betrokken te krijgen bij de het casemanagement. Dat uit zich ook in het relatief grote aantal professionals (42,3%) dat aangeeft dat overige teamleden zich niet houden aan de voorgeschreven begeleiding zoals beschreven in het behandelplan.

#### *Inzet vrijwilligers bij cliënten met dementie nog beperkt*

- In slechts 23,1% van de gevallen geeft de professional aan dat er mogelijkheden zijn om vrijwilligers in te zetten, om zo de mantelzorger te ontlasten. De meeste professionals zien echter vooral mogelijkheden om de mantelzorger te ontlasten door de inzet van professionele dagbesteding of aanmelding bij dagclubs (73,1%).

#### *Overige opvallende zaken*

- In bijna de helft van de gevallen (46,2%) staat in het zorgplan / assessment niet vermeld welke medicatie de cliënt gebruikt, 80,8 % van de professionals geeft echter aan dat zij wel inzicht hebben in welke medicatie de cliënt gebruikt. Dat lijkt niet met elkaar te rijmen.



## DOMEIN II WONDZORG

### Resultaten

#### 1. Uitkomsten QuickScan

##### *Toename wonden in zorg*

- Over het algemeen lijkt het aantal wonden die in zorg zijn toe te nemen ten opzichte van vorige jaren. Het aantal wonden die verschillende teams het afgelopen in zorg hebben gehad varieert sterk van 5 tot 50 cliënten / wonden per team.
  - De wondzorgspecialisten (IF, CD) vermoeden dat dit komt door de toenemende expertise binnen Amstelring en de groeiende bekendheid over deze expertise bij huisartsen.
  - De verschillen per teams worden door de wondzorgspecialisten verklaart door het verschil in opleiding / expertise per team.

##### *Stepped Care lijkt goed te werken in het domein wondzorg: coördinatie door aandachtsvelders en wonderpleegkundigen, wondzorg wordt gedragen door het hele team.*

- De coördinatie van de wondzorg vindt in meer dan de helft van de gevallen plaats binnen Amstelring (55%), waarvan in 26,2% van de wonden de coördinatie wordt gedaan door de aandachtsvelder. Bij 45% van de wonden wordt de zorg coördinatie gedaan door wondverpleegkundige of dermatoloog in het ziekenhuis (33%) of door de huisarts (12%).
- In 92% van de wonden wordt de aandachtsvelder op tijd betrokken, volgens de teamleden. Deze wordt met name betrokken bij twijfel over de juiste zorg of bij verandering van de wond.
- Hoewel de coördinatie van de wond meestal door aandachtsvelder of wondverpleegkundige van Amstelring wordt gedaan, wordt wond bijna altijd verzorgd door het hele team (79%). 88% geeft aan eens te zijn met de stelling dat 'de wondzorg door het hele team wordt gedragen'.

##### *Registratie in het wondplan / assessment is op orde*

- In 67% van de wonden wordt regelmatig een wondassessment gedaan.
- 98% van de professionals geeft aan dat de behandeling passend is bij de wond.
- 95% geeft aan dat duidelijk is hoe de behandeling is aangepast na het laatste assessment.
  - Niet bij iedere wond wordt er een regelmatig wondassessment gedaan. Volgens de wondzorgspecialisten (IF, CD) is dit geen 'ideaalbeeld', maar wel 'logisch' gezien de dagelijkse praktijk: het is niet bij alle wonden ook per se nodig én het lijkt er volgens de wondzorgspecialisten op dat de zorg wel op orde is, aangezien de behandeling in 98% van de wonden nog wel als passend wordt beschouwd door de betrokken professionals.

## DOMEIN II WONDZORG

### Resultaten

#### 1. Uitkomsten QuickScan

*Doorverwijzing naar fysiotherapeut en/of ergotherapeut blijft aandachtspunt*

- Bij 70% van de wonden is er ook sprake van problemen met de mobiliteit.
- Slechts in 30% van de wonden wordt er doorverwezen naar een fysiotherapeut en/of ergotherapeut.

*Voeding behoeft eventueel nog wel aandacht*

- In bijna 60% van de casussen is voeding een probleem.
- In bijna 40% van de casussen wordt er aan het feit dat voeding een probleem is concrete acties (niet incl. advies) verbonden.

*MyShopEye*

- MyShopEye wordt nog relatief weinig gebruikt door teamleden. In de QuickScan geven professionals aan dat dit niet zozeer ligt aan onvoldoende kennis, maar vooral aan de beperkingen van het systeem zelf; dat stelt vaak niet passende materialen voor. Specialistische kennis van wondzorg blijft dus nog steeds noodzakelijk.

## DOMEIN II WONDZORG

### Resultaten

#### 2. Kwantitatieve analyse in OMAHA

##### Resultaten van de kwantitatieve analyse in OMAHA

NB. Ten tijde van de analyse (augustus 2017) waren de steungebieden niet/nog niet terug te vinden in hub.

##### Resultaten uit hub (dd. 22 augustus 2017)

- Bij 373 cliënten waarbij in hun zorgplan bij het gebied HUID was aangeklikt als aandacht gebied; werd het symptoom Wond/decubitus als actueel probleem aangevinkt.
- Bij 85.5% werd de wondzorg in zijn geheel opgenomen in het zorgplan.
  - Duiding: dat houdt in dat het team zelf de wond behandelt al dan niet met ondersteuning van specialist wondzorg in het wijkteam of vanuit het ziekenhuis.
- Van deze zorg werd bij 98% het instrument wonddossier ingezet.
- De soort top 4 van acties die hierbij werden uitgezet waren:
  - Behandelen en procedures toepassen 53.2%,
  - Monitoren en bewaken 21.2%
  - Adviseren, instrueren en begeleiden 14,6%
  - Casemanager 11%
- Van alle cliënten waarbij het gebied Huid werd aangeklikt hadden er 275 problemen met huisirritaties/ huiduitslag zonder wond problemen.

##### Duiding door de onderzoeker (AW):

Deze informatie kwam overeen met de informatie die de professionals gaven in de QuickScan.

## DOMEIN II WONDZORG Resultaten

### 2. Reflecties in de gildes / aandachtsvelders

#### *Coördinatie van de wond*

- In de QuickScan werd duidelijk dat de huisarts soms ook het beleid bij wondzorg bepaalt (5 op de 42 wonden). De aanwezige wondzorgspecialisten zijn daar ook wel kritisch op: onderwijs van HA beslaat ongeveer 1,5 dag.
  - *Actie/verbeterpunt:* Wondzorgspecialisten hebben veel meer onderwijs genoten, zijn ook echt specialist, en moeten die rol ook nemen.

#### *Geïntegreerde wijkzorg bij wondzorg (samenwerking wijkteam en fysio/ergotherapeut).*

- De aanwezige wondzorgspecialisten herkennen en geven aan dat de doorverwijzing naar de fysio een aandachtspunt is.
  - *Verbeterpunt:* Zowel de wondzorgspecialisten en de organisatie gaan hier meer aandacht aan besteden.
  - *Actiepunt:* Mieke Verberg gaat cursussen doen voor de teams en in de mini-slimdeeldag over geïntegreerde wijkzorg. Tevens komt zij in een volgend overleg om dit toe te lichten.

#### *Consequent aanmaken van wonddossiers.*

- Wonddossier wordt niet altijd aangezet en ingevuld bij kleine wondjes. In eerste instantie gaven teamleden aan dat dit begrijpelijk is, aangezien het veel werk is. Wondzorgspecialisten geven echter aan dat elke “elk klein wondje kan groot worden”.
  - *Actiepunt:* Er komt een richtlijn waarin staat wanneer een wonddossier wel/niet openen en wat te doen als de wond dicht is. Willeke en Els koppelen dit terug naar alle aandachtsvelders.

#### *Stepped care: tijdig inzetten van specialisten*

- De aanwezige wondzorgspecialisten hebben over het algemeen het gevoel meer zichtbaar te zijn. Ze signaleerden wel dat in de QuickScan zichtbaar werd dat de specialisten soms nog ‘te laat’ ingezet worden. Hoewel dit percentage laag is (3 op de 42 wonden), blijft dit wel een aandachtspunt voor de wondzorgspecialisten. Ze vermoeden dat sommige medewerkers nog onvoldoende kennis hebben over de wondzorg en dan niet goed weten wanneer het de juiste tijd is om extra kennis in te schakelen. Volgens de wondzorgspecialisten is het belangrijk om zo laagdrempelig te zijn, dat ze ook bij ‘kleine vragen’ durven te bellen.
  - *Verbeterpunt/Actiepunt:* De wondzorgspecialisten willen richting de teams nog duidelijker communiceren dat ze altijd gebeld kunnen worden. Het gaat over elkaar ‘kennen’. Hoe beter je iemand kent, hoe sneller je gaat bellen.

## DOMEIN II WONDZORG

### Resultaten

#### 2. Reflecties in de gildes / aandachtsvelders

##### *Voeding*

- De aanwezige wondzorgspecialisten herkennen dat er veel problemen spelen rondom voeding, maar dat daar nog weinig concrete acties aan worden verbonden.
  - Actiepunt: twee wondverpleegkundigen maken een afspraak met een diëtiste die kennis heeft over wondzorg en dit thema komt terug in het overleg en op de slimdeeldag. De inzet van disciplines zal een aanvulling worden op de visie en SC wondgenezing.

## DOMEIN III ONCOLOGIE Resultaten

### 1. Resultaten van de QuickScan oncologie (respons N=15)

#### *Aantal cliënten in zorg*

- Er zitten grote verschillen in het aantal oncologie cliënten per team (variërend van N=5 tot 28).
- 33% van de professionals geven aan dat ze dit jaar meer oncologische cliënten in zorg hebben dan vorig jaar. Dit komt volgens deze professionals doordat huisartsen en de poli oncologie vaker doorverwijzen (meer bekendheid), én doordat alle medisch technische handeling door de wijkteams nu zelf worden gedaan.

#### *De wijkteams geven zeer complexe en intensieve zorg*

- Een groot aantal oncologie cliënten zit in de leeftijd 46-65 (26,7%). Dat zijn waarschijnlijk zeer complexe ziektebeelden waarbij cliënten uitbehandeld zijn en /of de zorg bestaat uit controle bezoeken. Deze leeftijd zie je niet bij andere cliëntgroepen.
- Dit wordt bevestigd met grote aantal picc-lijnen (33%), hoog percentage ADL zorg (60%) én de grote groep die via het ziekenhuis bij Amstelring in zorg komt (46,7%). Datzelfde percentage (als de groep die via het ziekenhuis komt, nl. 46,7%) zit tussen de 8 weken en 3 maanden in zorg.

#### *Informatievoorziening voor de professionals lijkt een aandachtspunt*

- Relatief veel professionals (20%) geven aan dat zij basale informatie niet goed terug kunnen vinden in het dossier.

#### *Stepped Care lijkt nog onvoldoende te functioneren: AV / oncologieverpleegkundige 'missing link'?*

- 27% van de professionals geven aan dat stepped care bij oncologie nog niet goed werkt, 66% van de professionals geven aan dat aandachtsvelders of oncologieverpleegkundigen niet betrokken zijn bij de zorg. De zorg wordt met name gedragen door het gehele wijkteam (46,7%) en/of door de verpleegkundige niveau 4/5 in het team (60%).
- Ook lijken aandachtsvelders of oncologie verpleegkundigen van Amstelring niet betrokken bij de coördinatie van de zorg (0%). Dit wordt met name gedaan door teamleden zelf (46,7%), de huisarts (26,7%) of door de oncologieverpleegkundige in het ziekenhuis (26,7%).
- De samenwerking met het ziekenhuis wordt in een groot deel van de gevallen als redelijk tot slecht beoordeelt (46,6%). In slechts 33% van de gevallen wordt de samenwerking als goed beoordeelt (zeer goed = 0%). In de overige gevallen speelt het ziekenhuis geen rol.

#### *Aandacht voor ondersteuningsbehoeften van cliënten*

- Er spelen bijna altijd problemen rondom voeding. Ondersteuning wordt met name geboden door voedingsadviezen (73,3%) en af en toe wordt er ondersteuning bij de maaltijd gegeven (26,7%). Er wordt echter weinig doorverwezen naar een diëtiste (40%). Het is onduidelijk of dit verklaard kan worden doordat deze ondersteuning reeds door het ziekenhuis wordt ingezet.
- In bijna de helft van de casussen signaleert de professionals problemen rondom bewegen. In de minderheid van de casussen wordt vervolgens doorverwezen naar een fysiotherapeut (3 vd 7).

## DOMEIN III ONCOLOGIE

### Resultaten

#### 2. Resultaten van kwantitatieve analyse in OMAHA

- Bij 245 cliënten werd kanker als kenmerk aangeduid.
- Top 5 van aandachtsgebieden:
  1. Bij N=161 cliënten werd *medicatie* als aandachtsgebied aangegeven.
  2. Bij N=154 cliënten werd *persoonlijke zorg* als een aandachtsgebied aangegeven.
  3. Bij N=132 cliënten werd *voeding* als een aandachtsgebied aangegeven.
  4. Bij N=126 cliënten werd *de huid* als aandachtsgebied aangegeven.
  5. Bij N=126 cliënten werd *pijn* als aandachtsgebied aangegeven.
    - *Duiding: Dit kwam ook sterk overeen met de QuickScan als gebieden waar veel zorg en aandacht aan werd besteed aan deze onderwerpen.*
- Geboden zorg:
  - Een groot deel van de zorg (68,8%) werd door het team zelf opgepakt.
  - Een klein deel (15,6%) bestond uit zelfzorg door cliënten.
  - Er word zeer weinig (6%) doorverwezen.
  - De overige acties (10%) waren nog niet verwerkt.
    - *Duiding: Het gebrek aan doorverwijzingen kan ook te maken hebben met het feit dat het ziekenhuis veel al heeft geregeld of dat men hier niet zeker van is wat er nog moet worden opgepakt.*
- Ingezette acties:
  - 46,2% behandelen en procedures toepassen
  - 30,3 % adviseren, instrueren en begeleiden
  - 17,7% monitoren en bewaken
  - 5,8% casemanagement
    - *Duiding: In de gesprekken met het gilde oncologie werd ook duidelijk dat er nog weinig casemanagement ingezet word door de teams. Daarnaast ontbreekt het vaak aan de samenwerking met het ziekenhuis en dan kan CM ook niet goed functioneren. Uitzondering hierop is de samenwerking van teams met het Spaarne Ziekenhuis.*
- Gebruikte meetinstrumenten:
  - Gewicht en Lengte (63,7%)
  - Pijn (24%)
  - De snackscore werd weinig gemeten (minder dan 5%)

## DOMEIN III ONCOLOGIE

### Resultaten

### 3. Reflecties op de resultaten

#### *Kernthema 1: Relatief zware zorg geboden door wijkteams*

- In de QuickScan kwam naar voren dat er relatief zware zorg geboden wordt. Dit wordt herkend door de oncologieverpleegkundigen in Amstelring en door de verschillende teams in regio Haarlemmermeer en Amsterdam-Amstelveen. Dit vraagt om meer kennis en ondersteuning voor de wijkteams. De opleiding van teamleden focust met name op het ziekenhuis, en er wordt een tekort aan kennis gesignaleerd over de zorg voor en begeleiding van oncologie-cliënten in de wijk (kennis over bloedwaarden is in de wijk bijvoorbeeld minder relevant).
  - Aanbeveling #1: Werk aan bewustwording bij teams én bij verzekeraars over het feit dat er relatief intensieve en zware zorg geboden wordt in de wijk.
  - Aanbeveling #2: Faciliteer scholing met betrekking tot oncologie in de wijk. Er is grote waardering voor de driedaagse cursus vanuit Amstelring i.s.m. ROC voor niveau 3/4. De cursus klinisch redeneren van de Amstelacademie wordt als minder passend ervaren.

#### *Kernthema 2: De informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis is vaak nog onvoldoende*

- In de QuickScan kwam naar voren dat teamleden basale informatie vaak niet kunnen terugvinden in het dossier. In de reflectiebijeenkomsten wordt duidelijk dat dit met name veroorzaakt wordt door de slechte informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis: *'we hebben vaak geen idee wat onze cliënt mankeert'*, aldus één van de aanwezigen. Dit wordt veroorzaakt doordat in 'POINT' alleen overdracht van de opname wordt gegeven, maar niet van de poliklinische behandeling, terwijl een groot deel van de cliënten poliklinisch chemo ontvangt. Ook zijn Point overdrachten regelmatig incompleet. Dit informatietekort beperkt de signaleringsmogelijkheden van de wijkteams (met betrekking tot braken, koorts, uitdroging, blauwe plekken en risico op bloeding, toxisch worden van cliënt), terwijl dit juist een belangrijke functie is van de zorg en begeleiding door de wijkteams. Tevens ontvangen de oncologieverpleegkundigen van Amstelring, wanneer ze signalen doorgeven aan het ziekenhuis, daar vaak geen terugkoppeling over.
  - Aanbeveling #1: Wees als team zelf proactief in het opvragen van informatie bij het ziekenhuis (m.n. poliklinisch). Vraag hiervoor toestemming van de patiënt.
  - Aanbeveling #2: Klik in OMAHA op kopje 'geschiedenis' en werk daar de ziektegeschiedenis uit. Gebruik niet alleen point (want alleen informatie over opname), maar vraag ook informatie op bij de huisarts en de poli (met toestemming patiënt). Let op: huisarts heeft vaak ook maar beperkte informatie (alleen point).
  - Aanbeveling #3: Een good practice is de samenwerking met het Spaarne-ziekenhuis. Daar is veel aandacht vanuit het ziekenhuis voor het belang van de continuïteitsbezoeken door de wijkteams en de samenwerking in signalering. In regio's waar de samenwerking lastig is, is het een mogelijkheid om het ziekenhuis uit te nodigen voor een werkbezoek aan het Spaarne, ter inspiratie.



## DOMEIN III ONCOLOGIE

### Resultaten

### 3. Reflecties op de resultaten

*Kernthema 3: Stepped Care is nog een aandachtspunt binnen het domein oncologie*

- In de QuickScan kwam naar voren dat de aandachtsvelders en oncologieverpleegkundigen nog geen rol lijken te spelen in de zorg bij oncologie. In de reflectie-bijeenkomst wordt dit herkend en beaamt. Er komen verschillende verklaringen hiervoor naar boven. 1) Stepped Care wordt gezien als iets 'van dementie'. Er lijkt nog weinig bekendheid te zijn binnen de teams over Stepped Care bij oncologie. 2) Er zijn onvoldoende oncologieverpleegkundigen en aandachtsvelders in de organisatie. 3) Extra steun van een oncologieverpleegkundige is in de praktijk ook niet altijd nodig, er is al (relatief) veel kennis bij 'reguliere' wijkverpleegkundigen.
  - Aanbeveling #1: Zorg voor een nader uitwerking van de werkwijze rondom 'Stepped Care' bij oncologie. Dit is nu nog onvoldoende op papier gezet.
  - Aanbeveling #2: Zet in op meer scholing van teamleden rondom oncologie, door a) meer verpleegkundigen op te leiden tot oncologieverpleegkundige én b) aandachtsvelders oncologie aan te wijzen en bij te scholen.

*Toelichting: scholing is nu opgezet in twee cursussen waarbij de eerste vooral de ziektebeelden behandelt en de tweede de problemen rondom behandelingen en de begeleiding daarbij.*
  - Aanbeveling #3: Werk vervolgens vanuit Amstelring aan meer bewustwording over de mogelijkheid en meerwaarde van Stepped Care binnen de teams. Dit is echter pas zinvol wanneer er ook daadwerkelijk meer oncologieverpleegkundigen en aandachtsvelders in de organisatie beschikbaar zijn.

## KWANTITATIEVE ANALYSE OMAHA Conclusies

### Gebruik kwantitatieve analyse van OMAHA

- Er is veel overeenstemming tussen de uitkomsten van de kwantitatieve analyse van cliëntdossier in OMAHA, de uitkomsten van de QuickScans en de signalen die in de reflectiebijeenkomsten worden gedeeld. Dit wijst erop dat kwantitatieve analyse van OMAHA een goede informatiebron kan vormen om good practices en verbetermogelijkheden op organisatie én teamniveau te signaleren.
- Vooral het goed kunnen opzetten en uitwerken van een zorgplan volgens het OMAHA systeem, kan de kwaliteit van zorg en de borging van goede zorg versterken. Uit de overeenstemming van de uitkomsten ziet men wel dat er inzicht is in het gebruiken van het OMAHA systeem en dat het evalueren van de zorgplannen en de uitgezette acties van enorme toegevoegde waarde zijn.
- De geregistreerde gegevens in OMAHA geven redelijk goed weer welke acties teamleden wel en niet inzetten. Het analyseren van de gegevens in OMAHA is dan ook met name geschikt om te signaleren, maar biedt niet altijd een verklaring (m.n. 'waarom zetten teamleden een bepaalde actie wel/niet in?'). De QuickScans en reflecties met teamleden helpen om de overwegingen en knelpunten bij de teams verder boven tafel te krijgen.
- Nadere uitwerking van een handzame werkwijze voor teams om data uit OMAHA inzichtelijk te maken is nodig. Toegankelijke data – op het niveau van het team - kan zo bijdragen aan de reflectie en kwaliteitsverbetering binnen de teams. Het vraagt nog om meer gesprek met de teams om duidelijk te krijgen welke informatie voor hen het meest relevant is.

### Hoe kunnen we kwantitatieve analyse van OMAHA inzetten in de organisatie?

Door de informatie vanuit de QuickScan en vanuit de kwantitatieve analyse van OMAHA (O.S. desk data) zijn er gedurende dit onderzoek adviezen naar voren gekomen. Waar mogelijk zijn deze direct geïmplementeerd. We concluderen dat kwantitatieve analyse van data uit het OMAHA systeem, indien wenselijk aangevuld met QuickScans en interviews, een goede vorm is waarmee je het gesprek over zorg aan kunt gaan en inzichten kunt ontwikkelen bij zorgprofessionals maar ook bij organisaties.

Er zijn nog enkele vervolgacties mogelijk:

- Inbedden van reflectie in de gilde-bijeenkomsten op basis van kwantitatieve informatie in OMAHA systeem om zo gezamenlijk te blijven kijken hoe de invulling van de zorg eruit ziet en waar verbeterpunten liggen.
- Uitwerken van een handzame werkwijze voor teams om informatie uit OMAHA op teamniveau eenvoudig inzichtelijk te maken.
- Mogelijk maken dat de steungebieden ook uit de Hub gehaald kunnen worden. Zij vormen een belangrijk onderdeel van het Omaha Systeem en het zou zeer inzichtelijk zijn om deze eruit te kunnen halen. (NB: dat is inmiddels gerealiseerd).



## CONTACT

**Meer informatie en/of contact:**

dr. Aenne Werner, projectleider Amstelring, [aenne@amstelring.nl](mailto:aenne@amstelring.nl)

Saskia Duijs, MSc, onderzoeker VUmc / Centrum voor Cliëntervaringen, [s.duijs@vumc.nl](mailto:s.duijs@vumc.nl)

drs. Barbara Groot, coördinator van het Centrum voor Cliëntervaringen, [b.groot@vumc.nl](mailto:b.groot@vumc.nl)

[www.CentrumVoorClientervaringen.com](http://www.CentrumVoorClientervaringen.com)