

“Een duidelijk overzicht van het aanmeldingsproces”.

7-6-2019

Een goed aanmeldingsproces voor ernstig zieke kinderen, omdat ziek zijn al erg genoeg is.

(Knarren, D. & Smeets, M. 2019)

Auteurs: Knarren, D (1609769)

Smeets, M (1632388)

Opleiding tot verpleegkundige.

Docentbegeleider: Erkens. P.

Praktijkbegeleiders: Smulders, T.

Wijckmans, D.

Projectbegeleider: Huveneers, D.

Praktijkleerplek: Adelante Contigo

Periode: 11-02-'19 tot en met 28-06-'19

Faculteit Gezondheidszorg.

Zuyd Hogeschool, Te Heerlen.

07-06-2019

Voorwoord

Voor u heeft u de thesis 'een duidelijk overzicht van het aanmeldingsproces'. Deze thesis is uitgevoerd bij Adelante Contigo voor kindzorg. Deze thesis is geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Verpleegkunde aan Hogeschool Zuyd Heerlen en in opdracht van onze stage bij Adelante Contigo van 11 februari 2019 tot en met 28 juni 2019. Gedurende deze tijd zijn we bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van deze thesis.

Samen met onze praktijkbegeleider, Dominique Huveneers, hebben we het definitieve onderwerp voor deze thesis bedacht. We hadden op deze manier een goede basis voor de start van ons onderzoek. Door middel van klinisch redeneren, samenwerken en het onderzoeken van literatuur, hebben we het onderwerp dusdanig kunnen uitdiepen dat we tot een mooi resultaat zijn gekomen. Tijdens deze thesis stonden onze stagebegeleiders, Dionne Wijckmans, Tessa Smulders en onze begeleider vanuit onze opleiding, Petra Erkens, altijd voor ons klaar. Zij hebben steeds onze vragen beantwoord waardoor we verder konden met onze thesis.

Bij dezen willen wij graag onze begeleiders bedanken voor de fijne begeleiding en hun ondersteuning tijdens afstuderen advies. Ook willen we alle personen bedanken die mee hebben gewerkt aan deze thesis. Zonder hun medewerking hadden we deze thesis nooit zo kunnen maken zoals hij nu is.

Tevens willen we onze collega's bij Adelante Contigo en de respondenten van het onderzoek bedanken voor de fijne samenwerking. We hebben vaak met hen op effectieve wijze kunnen discussiëren over ons onderzoek. Ook van onze vrienden en familie hebben we veel ondersteuning mogen ontvangen. Door de wijsheid en motiverende woorden van iedereen hebben we deze thesis tot een goed einde weten te brengen.

We wensen u veel leesplezier toe.

Demi Knarren & Maud Smeets

Heerlen, 07 juni 2019

Samenvatting

Voordat een kind met een indicatie MedischeKindZorg opgenomen kan worden bij een kindzorginstelling, moeten er een aantal taken voltooid zijn om veilige en kwalitatieve zorg te kunnen bieden. Het probleem dat in dit onderzoek naar voren komt, luidt: *'Doordat er geen overzicht of hulpmiddel van het aanmeldingsproces van een kind met de indicatie MedischeKindZorg bestaat binnen Adelante Contigo, kan het aanmeldingsproces maar door één hoofdverpleegkundige worden uitgevoerd. Wanneer deze hoofdverpleegkundige uitvalt, kan er geen nieuwe patiënt worden opgenomen.'* Om dit aanmeldingsproces duidelijk en overzichtelijk te maken, gaan wij een hulpmiddel ter ondersteuning ontwikkelen. Om dit hulpmiddel optimaal te kunnen ontwikkelen, is er een onderzoek nodig naar de werkwijze bij vergelijkbare kindzorginstellingen.

Het doel van dit onderzoek is om een hulpmiddel te ontwikkelen dat het aanmeldingsproces van een kind met de indicatie MKZ bij Adelante Contigo overzichtelijk maakt. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *'Hoe kan er een hulpmiddel worden ingezet om het proces rondom de voorbereiding van een aanmelding van een kind met de indicatie MedischeKindZorg binnen Adelante, te optimaliseren?'* Het aanmeldingsproces bestaat hierbij uit alle taken die een verpleegkundige moet uitvoeren, voordat een kind opgenomen mag worden. Denk hierbij aan een indicatie, uitvoeringsverzoek etc.

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een kwalitatief onderzoek met een exploratief karakter door middel van field research uitgevoerd. Hiervoor zijn vier experts van verschillende kindzorginstellingen geselecteerd aan de hand van bepaalde in- en exclusiecriteria. Uit de antwoorden van de semigestructureerde interviews is gebleken dat het aanmeldingsproces bij de vier kindzorginstellingen verschillend verloopt. Deze verschillen hebben vooral te maken met de uitvoerder(s) van het proces, de tijd waarin het proces wordt uitgevoerd en de communicatie. Door inventarisatie en vergelijking hebben we de succesfactoren van het aanmeldingsproces samengevoegd tot één checklist voor een succesvolle complete aanmelding.

Op basis hiervan wordt aanbevolen om deze checklist in te zetten bij Adelante Contigo ter ondersteuning van het aanmeldingsproces. Tevens raden wij aan om de huidige werkwijze los te laten en minimaal één verpleegkundige extra in dit proces te gaan betrekken. Voor eventueel vervolgonderzoek adviseren we om te onderzoeken hoe een checklist middels de richtlijnen van het MKS binnen alle kindzorginstellingen ingezet kan worden.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Inleiding.....	3
<i>Leeswijzer.....</i>	<i>5</i>
1. Theoretisch kader.....	6
1.1 Methodiek	6
1.2 Wet- en regelgeving kindzorg	6
1.2.1. Wetten	6
1.2.2. MKZ.....	7
1.2.3 Stappen MKS	7
1.2.4. Verwijsboom Medisch Kindsysteem (MKS)	8
1.3 Proces van een aanmelding	8
1.4 Knelpunten vanuit praktijk.....	9
1.4.1 Communicatie	9
1.4.2 Werk- en tijdsdruk	10
1.4.3 Educatie/scholing	11
1.5 Hulpmiddelen bij een proces	12
2. Plan van aanpak: methode	13
2.1 Onderzoeksbenadering	13
2.2 Onderzoekspopulatie	13
2.3 Dataverzamelingstechnieken	14
2.3.1. Semigestructureerde interviews	14
2.3.2. Focusgroep	14
2.4 Data-analyse methode.....	14
2.5 Ethische verantwoording	15
2.6 Kwaliteitseisen	15
3. Resultaten	17
3.1 Algemene informatie	17
3.2 Het aanmeldingsproces	18
3.3 Beïnvloedende factoren	20
3.4 Hulpmiddel.....	22
3.5 Checklist	23
3.6 Focusgroep.....	23
4. Discussie.....	25
4.1 Samenvatting primaire resultaten	25
4.2 Vergelijking resultaten met literatuur en verwachtingen.....	25
4.3 Interpretatie resultaten.....	26
4.4 Discussie methode en resultaten.....	26
4.5 Conclusie	27
5. Advies.....	28
5.1 Implicaties van resultaten voor de praktijk	28
5.1.1. Eigen werkplek	28
5.1.2. Buiten werkplek	28
5.1.3. Voor patiënt en ouders/voogd	28
5.2 Beïnvloedende factoren voor succes van kwaliteitsbevordering.....	29

5.3 Advies.....	30
5.3.1. Eigen werkplek.....	30
5.3.2. Verder onderzoek.....	31
Literatuurlijst.....	32
Gebruikte boeken, rapporten en artikelen.....	32
Bronnen Google Scholar	33
Bronnen PubMed.....	35
Bronnen Springerlink	38
Complete lijst	38
Bijlage 1.....	41
De zes zorgprofielen.....	41
Bijlage 2.....	43
Vragenlijst interviews	43
Bijlage 3.....	44
Codeboom interviews	44
Bijlage 4.....	45
Flowchart stappen MKS.....	45
Bijlage 5.....	46
Checklist aanmeldingsproces Adelante Contigo.....	46
Bijlage 6.....	48
Dinamo-model	48

Inleiding

Er zijn in Nederland circa 1000 ernstig zieke kinderen die na behandeling in het ziekenhuis verpleegkundige zorg nodig hebben (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010).

Deze verpleegkundige zorg voor het zieke kind en gezin gebeurt steeds meer in de eigen omgeving door de voortdurend toenemende medische mogelijkheden. Veel kinderen en jongeren met een fysieke beperking ontvangen zorg thuis, op school, op een verpleegkundig kinderdagverblijf of in een kindzorgtehuis.

In de kwaliteitsstandaard 'Het zieke kind en gezin die verpleegkundige zorg nodig hebben in de eigen omgeving' staat dat deze ziekenhuis verplaatste zorg van belang is voor de ontwikkeling van het kind. De kinderen houden namelijk, ondanks hun ziekte, contact met leeftijdsgenoten, blijven de veiligheid van de thuissituatie ervaren en hebben de mogelijkheid om mee te participeren op school (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2018). Een kindzorginstelling die zich onder andere inzet voor zieke kinderen is Adelante zorggroep.

De kindzorg van Adelante biedt een omvangrijk zorgpakket aan kinderen, jongeren en jongvolwassenen van 0 t/m 25 jaar met een blijvende fysieke beperking en/of langdurig gezondheidsprobleem. De missie is om deze kinderen en jongeren te begeleiden naar zelfstandigheid en participatie in de maatschappij. Hierbij neemt de hulpvraag van het kind een centrale plaats in: 'Eén kind, één plan' (Adelante zorggroep, z.d.). Dit betekent dat er met een multidisciplinair team kwalitatief hoogstaande en doelmatige zorg geboden wordt aan zieke kinderen, door het gebruik van een specifieke en individuele benadering. Hierbij dienen de kwaliteit van leven en het welzijn van het kind en gezin centraal te staan (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2013).

Uit onderzoek onder 288 gezinnen met een zorgintensief kind, blijkt dat er vijf verschillende knelpunten zijn die deze kwaliteit en doelmatigheid van de zorg aan zieke kinderen en het gezin in de weg staan. In dit onderzoek gaan wij aan de slag met een van deze vijf knelpunten: ziekenhuis verplaatste zorg (Kind&ziekenhuis, Kinderpalliatieve expertise, V&VN Kinderverpleegkunde & KinderThuisZorg, 2013).

Dit onderzoek gaat plaatsvinden op een kindzorgtehuis in Houthem en een verpleegkundig kinderdagverblijf in Kerkrade, samen genoemd Adelante Contigo. Een probleem dat binnen Adelante Contigo naar voren is gekomen heeft te maken met deze ziekenhuis verplaatste

zorg, namelijk de aanmelding van een kind met de indicatie MedischeKindZorg (MKZ). Dit probleem zit met name in het aanmeldingsproces, voordat een opname van een kind met de indicatie MKZ plaatsvindt. Dit zogenoemde aanmeldingsproces bestaat uit veel verschillende onderdelen en wordt binnen Adelante Contigo uitgevoerd door één hoofdverpleegkundige. Doordat dit aanmeldingsproces door één persoon wordt uitgevoerd en er geen hulpmiddel of overzicht bestaat van de stappen van het aanmeldingsproces, bestaat er het groot risico dat het aanmeldingsproces niet meer uitgevoerd kan worden wanneer deze hoofdverpleegkundige uit zou vallen. Hierdoor zouden er dus geen nieuwe patiënten opgenomen kunnen worden. Uit de praktijk blijkt dat er verschillende factoren zijn die het uitvoeren van dit aanmeldingsproces complex maken, waardoor het proces binnen Adelante nog niet optimaal verloopt.

De probleemstelling waar dit onderzoek mee in aanraking komt, luidt: *‘Doordat er geen overzicht of hulpmiddel van het aanmeldingsproces van een kind met de indicatie MedischeKindZorg bestaat binnen Adelante Contigo, kan het aanmeldingsproces maar door één hoofdverpleegkundige worden uitgevoerd. Wanneer deze hoofdverpleegkundige uitvalt, kan er geen nieuwe patiënt worden opgenomen.’*

Hierbij is een SMART-doelstelling opgesteld: ‘In de periode van 11 februari tot en met 7 juni 2019 wordt er een hulpmiddel ontwikkeld om het aanmeldingsproces van een kind met de indicatie MedischeKindZorg bij Adelante Contigo overzichtelijk te maken zodat het geoptimaliseerd kan worden’.

Om de doelstelling te kunnen behalen is de volgende hoofdvraag ontwikkeld: ‘Hoe kan er een hulpmiddel worden ingezet om het proces rondom de voorbereiding van een aanmelding van een kind met de indicatie MedischeKindZorg binnen Adelante, te optimaliseren?’

Tabel 1: Hoofdvraag uitgewerkt middels een pico.

P =	Problem	Doordat er geen overzicht of hulpmiddel is van het aanmeldingsproces van een kind met een MKZ-indicatie, kunnen niet alle zorgverleners dit uitvoeren.
I =	Intervention or defining question	Een hulpmiddel
C =	Comparison	-
O =	Relevant outcome	Duidelijk overzicht van het aanmeldingsproces voor alle zorgverleners.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1, het theoretisch kader, wordt de aanleiding van het probleem gepresenteerd en wordt relevante literatuur besproken. In hoofdstuk 2 gaan we in op de methodieken die gebruikt zijn bij het uitvoeren van dit onderzoek. Hoofdstuk 3 zal vervolgens de focus leggen op de uitgewerkte resultaten en het koppelen van deze resultaten met de topics van ons onderzoek. Vervolgens wordt er in hoofdstuk 4 inzicht gegeven in het proces van het onderzoek. De resultaten worden samengevat, vergeleken en geïnterpreteerd, waardoor er hoofdstuk 4 conclusies geschetst worden. Hoofdstuk 5 richt zich aansluitend op hoofdstuk 4 in het bieden van een passend advies dat vanuit ons onderzoek aan de praktijk gepresenteerd gaat worden. Tenslotte zullen de toegevoegde stukken uit de bijlage diepgang en onderbouwing geven op de daartoe aangewezen onderdelen van het onderzoek.

1. Theoretisch kader

1.1 Methodiek

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er onderzoek gedaan naar het best beschikbare bewijs, hierbij is gebruik gemaakt van verschillende zoekstrategieën en databanken.

Door het gebruik van een PIO-vraagstelling zijn concrete zoektermen opgesteld, deze zijn ook vertaald naar Engelse termen zodat ze in elke databank bruikbaar zijn. Er is gezocht naar deze zoek- en MESH-termen binnen Pubmed, Springerlink en Google scholar. De meest gebruikte zoektermen zijn: kindzorg, MKZ, wet- en regelgeving, childcare, hulpmiddelen, werkdruk, communicatie en scholing. Om het proces te vergemakkelijken is er gebruik gemaakt van Booleaanse operatoren. Tevens is er gebruik gemaakt van het sneeuwbal effect.

Voor de bruikbaarheid van de artikelen is er allereerst gekeken naar de titel, de publicatiedatum, de affiliatie van de auteur en de samenvatting. Verder is er gelet op de relevantie met betrekking tot het beantwoorden van de hoofdvraag en de mate van betrouwbaarheid. Voor de daadwerkelijke selectie is er zo veel mogelijk gebruik gemaakt van peer-reviewed artikelen, rapporten en vaktijdschriften.

1.2 Wet- en regelgeving kindzorg

Op 1 januari 2018 is de financiering van verzorging en verpleging van kinderen veranderd. Hierbij is de medische problematiek van het kind bij de bekostiging het uitgangspunt geworden. Deze financiering geeft meer ruimte om maatwerk te bieden en de zorg goed aan te laten sluiten bij de vraag van het kind (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010).

1.2.1. Wetten

De Zorgverzekeringswet (ZVW) is er voor kinderen met een medische of verpleegkundige zorgvraag, hierbij kan gedacht worden aan de verzorging van een stoma. De Jeugdwet is voor kinderen met een verzorgende zorgvraag vanuit een medische oorsprong. De verzorging vanuit de Jeugdwet kan bijvoorbeeld te maken hebben met de zelfredzaamheid van een kind met een ontwikkelingsachterstand, verstandelijke beperking of een gedragsprobleem. De Wet langdurige zorg (WLZ) is voor kinderen die levenslang een medische en/of verzorgende zorgvraag hebben (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017).

1.2.2. MKZ

Volgens het Handvest Kind & Zorg hebben zieke kinderen het fundamenteel recht om zorg te krijgen buiten het ziekenhuis. Ondanks dat het kind ziek is, moet het de mogelijkheid hebben om te blijven spelen, ontdekken, beleven en groeien als mens (Stichting Kind en Ziekenhuis, 2014).

Ondanks de toenemende medische mogelijkheden, is het een hele uitdaging om de ziekenhuis verplaatste zorg voor het kind op een adequate manier te organiseren en uit te voeren. Om deze reden is de kwaliteitsstandaard 'Het Medische Kindzorgsysteem' (MKS) ontwikkeld. Kwaliteitsstandaarden helpen zorgprofessionals in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het MKS is een nieuwe manier van indiceren, organiseren en uitvoeren van medische zorg buiten het ziekenhuis voor kinderen. Het kind staat centraal en er wordt rekening gehouden met de rechten van het zieke kind en gezin. Het gaat hierbij om kinderen t/m 17 jaar die onder de eindverantwoordelijkheid vallen van de arts. Dit systeem bestaat uit verschillende stappen die doorlopen worden bij de aanmelding en opname van een kind. Het systeem dekt het hele proces van ontslag uit het ziekenhuis tot het organiseren van de zorg buiten het ziekenhuis tot en met het bepalen van het vervolgtraject wanneer deze zorg niet langer nodig is (Verpleegkundigen & verzorgenden, 2018).

1.2.3 Stappen MKS

Het MKS bestaat uit 4 stappen. Stap 1 'Verwijsboom zorg buiten het ziekenhuis' houdt in dat de kinderarts en/of kinderverpleegkundige bepaalt onder welke wetgeving de zorg, na ontslag uit het ziekenhuis, voor het zieke kind valt. In deze fase wordt er een verwijsboom gebruikt als hulpmiddel, om zo bij het juiste vervolgloket aan te kunnen kloppen. In stap 2 'Hulpbehoftescan kind & gezin' worden de behoeften van het kind en gezin in kaart gebracht met behulp van een vragenlijst. Hierbij wordt er vastgesteld welke zorg of ondersteuning er nodig is, wanneer het kind met ontslag gaat uit het ziekenhuis. Er wordt bij de hulpbehoftescan onderscheid gemaakt in vier kinderleefdomeinen: medisch, ontwikkeling, sociaal en veiligheid. In stap 3 'Zorgplan kind & gezin' worden er doelen en activiteiten gepland om de behoeften van kind en gezin te kunnen behalen. Hierbij wordt er multidisciplinair gewerkt en alle zorgverleners werken samen in hetzelfde zorgplan. Eén van de belangrijkste kenmerken van het zorgplan is flexibiliteit zodat het zorgplan mee beweegt met de veranderde behoeften van het kind en gezin. Om deze reden wordt er regelmatig een evaluatie gepland. Stap 4 'Beslisboom, afsluiten zorgplan kind & gezin' is de laatste stap van het MKS. Hierin wordt het vervolgtraject, na het afsluiten van het zorgplan, inzichtelijk gemaakt. Het kan voorkomen dat het kind geen verpleegkundige zorg meer nodig heeft, het

kind geïndiceerd wordt voor de WLZ, het kind achttien jaar is geworden of het kind is overleden. In bovengenoemde situaties zal stap 4 worden ingezet, zodat het MKS afgerond kan worden (Het Medische Kindzorgsysteem, 2019).

1.2.4. Verwijsboom Medisch Kindsysteem (MKS)

De verwijsboom is een hulpmiddel om te bepalen welke bekostiging voor de verpleging, verzorging en daarmee samenhangende begeleiding van een kind van toepassing is. De uitkomst van deze verwijsboom wordt een MKS-profiel genoemd. Elk kind valt onder een van de zes zorgprofielen. Een tabel met de uitwerking van alle zes de zorgprofielen is te vinden in bijlage 1 'De zes zorgprofielen' op pagina 41.

1.3 Proces van een aanmelding

Inmiddels wordt er 15 jaar kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis verleend. Op dit moment vindt de levering van de zorg vaak nog gefragmenteerd plaats. Wanneer een ziek kind zorg nodig heeft, wordt er op dit moment door zorgorganisaties vooral gekeken op welke plek via welke wettelijke regeling zorg kan worden geleverd (Kind&ziekenhuis et al., 2018). In eerste instantie wordt er gekeken onder welk van de drie wetgevingen een kind valt. Dit kunnen zoals eerder beschreven de zorgverzekeringswet, de jeugdwet en de wet langdurige zorg zijn.

Voordat een kind kan starten zijn er dan ook een aantal wettelijk vastgelegde formulieren nodig, omdat een kinderarts bij zorg buiten het ziekenhuis niet 24/7 aanwezig is. Hieronder vallen: een medicatielijst, een uitvoeringsverzoek, een privacyverklaring, een indicatie en een toestemmingsverklaring van de ouders. Bij ziekenhuis verplaatste zorg zijn vooral de indicatie en het uitvoeringsverzoek erg van belang. Zonder deze gegevens zou een kind volgens de huidige wet- en regelgeving geen zorg mogen ontvangen. Een indicatie is schriftelijke rapport waarin door de gemeente wordt vastgelegd op welke zorg een patiënt recht heeft, wat de hoeveelheid van deze zorg is en hoelang deze zorg gaat duren (Zorgwijzer, 2019). Een uitvoeringsverzoek is een schriftelijke opdracht die een arts geeft voordat een voorbehouden handeling uitgevoerd mag worden. Het uitvoeringsverzoek moet de volgende elementen bevatten: de naam van de patiënt, de aard van de voorbehouden handeling, de frequentie en tijdstip(pen) waarop de handeling wordt uitgevoerd. Verder moeten de naam en paragraaf van de opdrachtgever met de datum, tijd en geldigheidsduur op de opdracht gerapporteerd zijn (Boomen & Vlaskamp, 2012).

1.4 Knelpunten vanuit praktijk

Uit onderzoek is gebleken dat er vijf verschillende knelpunten zijn die de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg aan zieke kinderen en het gezin in de weg staan in Nederland (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2018). Eén van de knelpunten die in dit onderzoek naar voren komt, is de ziekenhuis verplaatste zorg (Wagemaker & Wulferink, 2015). Uit onderzoek is gebleken dat binnen de praktijk een aantal beïnvloedende factoren binnen het proces van de ziekenhuis verplaatste zorg voorkomen. Deze factoren zijn communicatie, werk- en tijdsdruk en educatie (Kind&ziekenhuis, Kinderpalliatieve expertise, V&VN Kinderverpleegkunde, & KinderThuisZorg, 2013). De 24-uurs aanwezigheid van een kinderarts is op een bepaald moment niet meer nodig, waardoor de zorg op een andere locatie voortgezet kan worden. Op deze nieuwe locatie moet er gecommuniceerd worden met het ziekenhuis waar de zorg eerst geleverd werd, deze communicatie verloopt momenteel nog niet optimaal. Tevens draagt de hoge werkdruk niet bij aan een optimale communicatie. Een ziek kind moet gelijk de beste zorg kunnen ontvangen zonder dat er eerst contact met een arts opgenomen moet worden. Niet alle verpleegkundigen zijn even competent in het aannemen van nieuwe patiënten en het communiceren met andere zorgverleners, waardoor dit ook als struikelblok binnen de ziekenhuis verplaatste zorg kan werken.

1.4.1 Communicatie

Communicatie is met elkaar praten, op elkaar reageren, elkaar informeren en elkaar beïnvloeden. Het gaat over de interactie tussen mensen. Communiceren lijkt zo simpel, maar in de praktijk loopt het weleens anders dan bedoeld: er wordt door elkaar gepraat, het advies wordt niet begrepen en er wordt niet naar elkaar geluisterd (OR en doelgericht communiceren, 2011).

Communicatie heeft binnen de zorgsector een nieuwe vorm aangenomen. Met als gevolg dat de communicatieve rol van de verpleegkundige hierdoor is veranderd. Verpleegkundigen hebben een nieuwe taakafbakening gekregen en moeten nieuwe vaardigheden beheersen, waar goed communiceren er een van is (Dulmen, Weert, & Jansen, 2009). Slechte communicatie tussen verpleegkundigen en andere hulpverleners kan zorgen voor een verminderde kwaliteit van de zorg. Tevens kan een slechte communicatie voor negatieve gevolgen voor patiënten zorgen (Tang, Chan, Zhou, & Liaw, 2013).

Uit onderzoek van de journal of interprofessional care is gebleken dat artsen en verpleegkundigen niet dezelfde effectiviteit inzien op het gebied van de communicatie. Artsen vinden dat verpleegkundigen de professionele rol van de zorgverlener onvoldoende beheersen en nemen liever zelf de beslissingen in plaats van te communiceren met de verpleegkundigen (Matziou, et al., 2014).

Binnen adelante moeten de verpleegkundigen met veel partijen communiceren, namelijk verschillende kinderartsen, jeugdartsen en instanties. Deze communicatie moet altijd snel, efficiënt en volledig gebeuren om kinderen zo snel mogelijk te laten komen en veilige zorg te kunnen leveren. Op deze manier draagt communicatie binnen Adelante bij aan de complexiteit van ziekenhuis verplaatste zorg en het aanmeldingsproces voor kinderen met de indicatie medische kindzorg.

1.4.2 Werk- en tijdsdruk

Uit onderzoek onder verpleegkundigen blijkt dat verpleegkundigen hard werken niet erg vinden. Een van de respondenten gaf aan; "Hard werken, daar word je gezond moe van, maar kun je je patiënten of cliënten niet de zorg en aandacht geven die ze nodig hebben, dan ga je doodmoe en met een onbevredigd gevoel naar huis. Het gevoel te kort te schieten omdat je met te weinig mensen bent, is moordend" (Aarts, F. 2017).

De bezetting op een verpleegkundige afdeling heeft een relatie met allerlei nevenaspecten van de zorg, zoals complicaties, valincidenten en zelfs overlijden. Dat is geen verrassing, want bij een lagere bezetting neemt de werkdruk en daarmee de kans op fouten toe. Je moet nu eenmaal meer lopen en coördineren als je voor meer patiënten moet zorgen. Uit onderzoek is gebleken dat het risico op overlijden met zeven procent stijgt als je voor bijvoorbeeld zes in plaats van vijf patiënten moet zorgen (Vermeer, K. 2013). Dat deze nevenaspecten in de praktijk regelmatig voorkomen, is dan ook niet uit te sluiten. Tevens beïnvloedt de hoge werkdruk ook de mate van communicatie tussen verpleegkundigen.

De hoge werkdruk wordt ook gekenmerkt door de complexiteit van de medische zorg. De medische zorg wordt jaarlijks complexer. Wanneer de zorg gecompliceerd is, wordt de kans op miscommunicatie groter omdat er meer zorgverleners betrokken zijn. Dit kan ongewenste gebeurtenissen met schadelijke gevolgen tot gevolg hebben. Een goed verlopende communicatie zorgt ervoor dat een zorgproces slaagt of niet slaagt. Werkdruk, communicatie en samenwerking zijn nauw met elkaar verbonden. Wanneer de werkdruk hoog is en er weinig tijd is om met andere zorgverleners samen te werken en te communiceren, dan heeft dit een directe invloed op de effectiviteit, de kwaliteit en de veiligheid van de zorg (Molendijk, A., van Everdingen, J. J. E., & Molenaar, S. 2006).

De werkdruk draagt binnen Adelante bij aan de complexiteit van ziekenhuis verplaatste zorg en het aanmeldingsproces voor kinderen met de indicatie medische kindzorg, omdat het gehele aanmeldingsproces complex en tijdrovend is. De communicatie met alle partijen en het aantal officiële formulieren voor aanmelding zijn tijdrovend, wanneer de werkdruk op de vloer dan ook hoog is, is het extra moeilijk voor verpleegkundigen om tijd vrij te maken om gefocust bezig te kunnen zijn met het aanmeldingsproces van een nieuw kind.

1.4.3 Educatie/scholing

Om patiënten goede en veilige zorg te kunnen bieden moeten zorgverleners hun vak bijhouden. Patiënten hebben hier tenslotte recht op en tevens wordt de zorg er beter van. In de huidige maatschappij ontwikkelt de zorg zich razendsnel. Deze ontwikkelingen leiden tot nieuwe kennis en inzichten, die worden weergegeven in bijvoorbeeld eHealth toepassingen en nieuwe richtlijnen. Uit onderzoek is gebleken dat goed geschoolde medewerkers betere zorg leveren. Scholingen zijn hierbij dus van groot belang (V&VN, 2016).

Doordat het aantal patiënten met hoogcomplexere zorgsituaties toeneemt, wordt er een beroep gedaan op andere competenties van de huidige zorgverleners. Hun opleiding was gebaseerd op voorgaande beroepsprofielen, waardoor zij deze 'nieuwe' competenties niet geleerd hebben. Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat een deel van deze zorgverleners zich dan ook niet volledig competent voelt (de Veer, A., Dieteren, C., & de Groot, K. 2017).

In het huidige beroepsprofiel van BN2020 zijn verslagleggen, overleggen en overdragen van patiëntzorg meer op de voorgrond getreden. De huidige beroepsbeoefenaren voelen zich echter lang niet allemaal competent hiervoor. Dit blijkt uit een onderzoek onder de deelnemers van het NIVEL Panel Verpleging & Verzorging. De huidige zorgverleners staan veelal positief over deze nieuwe competenties maar beheersen nog niet allemaal de competenties die de zorgverleners die in 2020 afstuderen wel zullen hebben. Bijscholing in deze competenties zal dan ook nodig zijn voor zowel verzorgenden als verpleegkundigen. Bijscholing is daarnaast een mogelijke oplossing voor een aantal door de zorgverleners ervaren nadelen. De in 2020 hbo-opgeleide verpleegkundige moet deze competenties beheersen en bovendien patiënt overstijgend kunnen samenwerken met andere professionals uit andere organisaties en de gehele (zorg)keten kunnen regisseren. De zorgverleners die zich hiervoor minder competent voelen, zullen hier scholingen voor nodig hebben (de Veer, A., Dieteren, C., & de Groot, K. 2017). Doordat de zorg constant in beweging blijft, is het zeker van belang dat alle zorgverleners door middel van scholing up-to-date blijven en zo de competenties toch kunnen beheersen.

Binnen adelante is scholing erg belangrijk om de ziekenhuis verplaatste zorg en het aanmeldingsproces voor kinderen met de indicatie medische kindzorg minder complex te maken. Veel verpleegkundigen hebben nooit eerder een scholing gevolgd over ziekenhuis verplaatste zorg en nieuwe aanmeldingen, waardoor zij zelf geen aanmelding van een nieuw kind kunnen regelen. Wanneer er bijvoorbeeld een hulpmiddel aanwezig zou zijn, zouden deze verpleegkundigen ook zonder scholing een aanmelding kunnen regelen.

1.5 Hulpmiddelen bij een proces

De hierboven beschreven factoren maken het aanmeldingsproces complex, onoverzichtelijk en tijdrovend. Om deze reden zou een hulpmiddel het proces overzichtelijk kunnen maken en het managen ervan wordt makkelijker.

Procesmanagement levert een bijdrage aan de realisatie van een doelstelling. Het gaat daarbij om de beheersing en optimale inrichting van een reeks van gebeurtenissen (Bosman, Griep & Schijff, 2011). Om het aanmeldingsproces inzichtelijk te maken kan er gebruik gemaakt worden van een hulpmiddel, zoals bijvoorbeeld een checklist of een stroomdiagram.

Een checklist is een belangrijk hulpmiddel om tekortkomingen en aandachtspunten op het spoor te komen en acties te kunnen prioriteren. De inzet van een checklist zorgt voor kwaliteitsverbetering van de praktijkvoering (van den Hombergh & Dijkers, 2017).

Ook een stroomdiagram kan worden ingezet als hulpmiddel. Door het gebruik van een stroomdiagram kan er methodisch gewerkt worden en kan een proces duidelijk in kaart worden gebracht. Een stroomdiagram wordt toegepast om te bepalen welke deelprocessen moeten worden gemonitord, fouten in deelprocessen te identificeren en om veranderingen te standaardiseren (Rhodius, Bouwmeester & Leget, 2015).

Een checklist of stroomdiagram is een interventie die kan worden ingezet om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Kwaliteitsverbetering is het continue proces van het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg, de werknemers en zorgorganisatie zijn daar samen verantwoordelijk voor. Wanneer een interventie voor een kwaliteitsverbetering wordt ontwikkeld zijn er verschillende aspecten die leiden naar succes: het betrekken van experts en belanghebbenden, het vaststellen van de noodzaak van de kwaliteitsverbetering, het zoeken naar het best beschikbare bewijs, gebruik maken van andere vergelijkbare zorgorganisaties en het aanpassen van de interventie aan de behoeften van de desbetreffende zorginstelling (Berman & Goldin, 2018). Ook het beschrijven van de stappen moet op de juiste manier gebeuren. Alleen de stappen die essentieel zijn om het proces met succes te kunnen uitvoeren worden benoemd, het verloop van het proces moet te volgen zijn, er is zo nodig verwijzing naar aanvullende informatie en het begin en het einde van het proces moeten duidelijk herkenbaar zijn vastgelegd (Nieuwenhuis, 2010).

2. Plan van aanpak: methode

2.1 Onderzoeksbenadering

Op basis van dit literatuuronderzoek werd steeds duidelijker hoe een hulpmiddel kon worden ingezet om de voorbereiding van een aanmeldingsproces te optimaliseren. Het onderzoek gericht op de experts gaf een antwoord op de hoofdvraag "Hoe kan het proces rondom de voorbereiding van een aanmelding van een kind met de indicatie MedischeKindZorg overzichtelijk gemaakt worden voor iedere (kinder)verpleegkundige binnen Adelante?" Om deze vraag te kunnen beantwoorden werd er een kwalitatief onderzoek met een exploratief karakter gedaan door middel van field research. Door middel van semigestructureerde interviews en een focusgroep werden verpleegkundige experts binnen het onderwerp betrokken voor het beantwoorden van de hoofdvraag.

2.2 Onderzoekspopulatie

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag en een hulpmiddel te kunnen ontwikkelen, werden er semigestructureerde interviews gehouden met de experts die betrokken waren in het aanmeldingsproces. Er namen in totaal 4 verpleegkundigen deel aan dit onderzoek, deze waren geselecteerd aan de hand van in- en exclusiecriteria. Voor het in kaart brengen van het voorbereidingsproces bij de aanmelding van een kind met een MKZ-indicatie werden afgestudeerde (kinder)verpleegkundigen die ervaren experts zijn in de aanmeldingsprocessen van nieuwe patiënten, geïnterviewd. Onder de 4 verpleegkundigen die geïnterviewd werden over de aanmeldingsprocessen waren 2 verpleegkundigen van Adelante, de andere 2 verpleegkundigen waren van andere organisaties. De werving werd via de praktijk en de aangesloten kindzorginstellingen van BINKZ gedaan. Zo waren alle experts bij dezelfde beroepsvereniging aangesloten, waardoor ervan uit kon worden gegaan dat ze gebruik maakten van dezelfde basiskennis. Binnen het onderzoek werden verschillende kindzorginstellingen betrokken zoals kindzorgtehuizen, verpleegkundige kinderdagverblijven en kinderthuiszorg instellingen. Vervolgens werd in een focusgroep met de verpleegkundige experts van Adelante en 2 afdelingsverpleegkundigen van Adelante het in kaart gebrachte proces en de opzet van een hulpmiddel getoetst op juistheid, volledigheid, helderheid, haalbaarheid en inzetbaarheid. De informatie van beiden onderzoeken werd gegeven via een informatieve mail aan alle experts. Tevens werd de uitnodiging van de focusgroep al vroegtijdig verstuurd, zodat zo veel mogelijk experts deel konden nemen.

2.3 Dataverzamelingstechnieken

2.3.1. Semigestructureerde interviews

In de semigestructureerde interviews met in- en externe verpleegkundige experts werd de huidige procedure van het voorbereidingsproces bij een aanmelding verduidelijkt. Verder kwamen de tips en tops van de huidige aanmeldingsprocessen aan bod en was er plaats voor innovatieve ideeën. Hierbij werd gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde vragenlijst op basis van de hoofdtokens. Hoofdtokens die aan bod kwamen zijn setting, het aanmeldingsproces, beïnvloedende factoren en hulpmiddelen. Bij het hoofdtoken 'setting', kwamen de kindzorginstelling en de indicatiestellingen aan bod om zo algemene, vergelijkbare informatie te verkrijgen. In het volgende hoofdtoken 'het aanmeldingsproces', werden de stappen en onderdelen van een aanmelding besproken. In het hoofdtoken 'beïnvloedende factoren', ging het vooral over werk- tijdsdruk, communicatie en educatie. Op deze manier kon er onderzocht worden in hoeverre deze factoren vanuit de praktijk gevolgen hadden op het aanmeldingsproces. Het laatste hoofdtoken 'hulpmiddelen' ging over inzetbare hulpmiddelen bij een aanmeldingsproces. Tijdens de interviews was er een voorzitter en een notulist, de interviews duurden om en nabij 60 minuten. De voorzitter zorgde ervoor dat alle topics aan bod kwamen en dat de rode draad behouden bleef aan de hand van de vragenlijst, zie bijlage 2 'Vragenlijst interviews' op pagina 43. Tevens was de voorzitter bewaker van de tijd. De interviews werden, indien de verpleegkundige hier toestemming voor gaf, opgenomen door middel van audio-opnamen. Indien hier geen toestemming voor gegeven was, zorgde de notulist ervoor dat de belangrijkste punten van het interview op papier kwamen.

2.3.2. Focusgroep

Hierdoor kon een focusgroep meer inzicht geven in de diepgang van de individuele interviews. In de focusgroep waar alle 4 experts samenkwamen, was het van belang dat er onderling over de topics gediscussieerd ging worden. Deze focusgroep ging wederom plaatsvinden met een voorzitter en een notulist. De voorzitter liet kort een introductie en kennismakingsronde plaatsvinden, waarna er vragen over de topics gesteld konden worden. Wanneer dit had plaatsgevonden, was er tijd voor een discussieronde waarin deelnemers op elkaar konden reageren. Op het einde werd de focusgroep nog samengevat om er zeker van te zijn dat de verkregen informatie juist is.

2.4 Data-analyse methode

Door iteratieve dataverzameling en analyse ingezet te hebben, werd er na elk interview een analyse gemaakt om zo tot eventuele verdieping/aanvulling te komen voor het volgende interview. Deze interviews werden door middel van een geluidsopname opgenomen en later

getranscribeerd, transcriberen is het letterlijk uitschrijven van deze geluidsopnamen. De analyses werden gedaan via het programma NVIVO. De gegevens werden vervolgens zowel open, als axiaal gecodeerd. Door middel van open coderen werden labels aan tekstfragmenten gekoppeld, hierdoor kwamen de hoofdthema's naar voren. Vervolgens werden deze gegevens door axiaal coderen met elkaar vergeleken en werden bij elkaar horende labels binnen een overkoepelende code samengevoegd. Hierbij werd rekening gehouden met codes die belang hadden bij ons onderzoek, niet alle codes waren relevant voor dit onderzoek. Uiteindelijk kwamen belangrijke patronen en thema's naar voren die in het onderzoek gebruikt zijn geworden. De analyses werden door beiden onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd, later werd de codering vergeleken. Indien zich discrepanties voordeden, probeerden de onderzoekers op basis van argumenten tot overeenstemming te komen. Lukte dit niet, dan werd er een derde persoon vanuit het leernetwerk geraadpleegd.

2.5 Ethische verantwoording

Het onderzoek viel niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen, gezien er geen patiënten aan handelingen werden onderworpen en of hen gedragsregels werden opgelegd. Tijdens de uitvoering van het onderzoek, werd er bij de interviews gebruik gemaakt van audio opnamen. Voor deze audio opnamen moesten de experts die meededen aan de interviews een toestemmingsformulier ondertekenen. Dit toestemmingsformulier werd alvorens een interview door zowel de expert en de interviewers ondertekend. In de informatiemail voorafgaand aan de interviews werd aangegeven dat indien er toestemming werd gegeven voor audio opnamen, er een toestemmingsformulier ondertekend moest worden. In deze mail werd tevens weergegeven wat het doel van het onderzoek was, wat er ging gebeuren met de gegevens die uit de interviews werden verkregen, en wat er na het onderzoek met deze gegevens ging gebeuren. Het onderzoek bleef ten alle tijden geheel anoniem en er werden op Adelante na geen andere instanties in benoemd. De resultaten die gepubliceerd zijn geworden, waren hierdoor ook niet herleidbaar naar de betreffende personen/organisaties die deel hebben genomen aan het onderzoek.

2.6 Kwaliteitseisen

Tijdens het onderzoek werden de kwaliteitseisen van een kwalitatief onderzoek stap voor stap doorgenomen. Bij zowel de interviews als de focusgroep werden er memberchecks uitgevoerd bij de leden van het leernetwerk. Met medestudenten uit de thesiskring bijeenkomsten werd het onderzoeksproces constant besproken en werd er peer debriefing uitgevoerd zodat de analyses besproken werden. Door middel van iteratieve dataverzameling en analyse kwam er steeds meer diepgang in de interviews en kon er

uiteindelijk een focusgroep gegenereerd worden. Om de betrouwbaarheid te kunnen waarborgen bleef de data constant geanalyseerd worden, zodat er uiteindelijk vergelijkingen tussen verschillende soorten data konden ontstaan. Om de verifieerbaarheid te kunnen controleren, werd er gebruik gemaakt van een logboek. Dit logboek zorgde ervoor dat alle stappen van het proces stap voor stap werden genoteerd en dat er een uiteindelijke reflectie op het proces kon plaatsvinden.

3. Resultaten

De resultaten zijn ontstaan door vier interviews uit verschillende kindzorginstellingen. De interviews zijn vervolgens gecodeerd en verdeeld in codes en subcodes. Van deze codering hebben wij een codeboom gemaakt die te vinden is in bijlage 3 'Codeboom interviews' op pagina 44. Onderstaand zullen de resultaten per code worden uitgewerkt.

3.1 Algemene informatie

Voordat de resultaten van ons onderzoek naar voren zullen komen, willen wij kort een aantal factoren van respondenten duidelijk maken. De gemiddelde leeftijd van de respondenten van het onderzoek was tussen de 30 en 50 jaar. Alle respondenten hadden een functie als kinderverpleegkundige en waren meer dan 10 jaar werkzaam in dit vak, waardoor ze door ons als ervaringsdeskundigen worden gezien. De respondenten waren werkzaam binnen de kindzorg in een kindzorgtehuis, een verpleegkundig kinderdagverblijf of de kinderthuiszorg. Tevens waren alle respondenten vrouwelijk.

Tabel 2, Algemene informatie over de betrokken respondenten. (N=4)

Beroep - Kinderverpleegkundige	4
Geslacht - Vrouwelijk	4
Leeftijd - 30 – 50 jaar	4
Ervaring - 11 – 19 jaar - > 20 jaar	3 1
Werkomgeving - Kindzorgtehuis - Kinderthuiszorg - Verpleegkundig kinderdagverblijf	2 1 1

Op de vraag of de leeftijd en ervaring van de verpleegkundigen een rol spelen in het aanmeldingsproces, is geantwoord dat het vooral de ervaring is die een grote rol speelt. Ervaring wordt gekoppeld aan leeftijd, omdat ervaring ontstaat door het aantal jaren dat iemand werkzaam is in een setting.

“Ervaring komt met de jaren, hoe ouder je wordt hoe meer ervaring je krijgt.”

(Verpleegkundige 2)

Tevens is er gevraagd of er algemene verschillen waren tussen de verschillende kindzorginstellingen. Op deze vraag is door respondenten de financiering benoemd. De afgelopen jaren zijn er veel bezuinigingen doorgevoerd, waardoor de duurdere spullen

worden vervangen door goedkopere zelfs als dit de kwaliteit van zorg verminderd. Eén instelling bleek minder last te hebben van deze bezuinigingen omdat de instelling los stond van de overheid.

“Onze instelling bestaat uit het evangelisch kerkgenootschap. Op deze manier komt er extra geld binnen via sponsorgeld vanuit goede doelen. Met dit geld kopen we extra spullen die de kinderen hier goed kunnen gebruiken.” (Verpleegkundige 3)

3.2 Het aanmeldingsproces

Alle respondenten hadden kennis over het MKS en konden de voordelen ervan verwoorden. Desondanks werd er bij geen enkele instelling daadwerkelijk met het MKS gewerkt zoals dit zou moeten, in bijlage 4 ‘Flowchart stappen MKS’ op pagina 45 zijn de stappen van het MKS te zien zoals het gebruikt moet worden. Volgens verpleegkundige 4 is de kennis er wel, maar zijn er te weinig vaardigheden aanwezig bij de verpleegkundigen om het MKS optimaal toe te kunnen passen. Ook de ziekenhuizen in de regio van instelling 1 en 2, zijn een opstart aan het maken met het MKS. Verpleegkundige 3 vertelde daarentegen dat de ziekenhuizen in de regio van instelling 3 nog absoluut niet bekend waren met het MKS en zij dit als belemmerend ervaarde.

Het volgende is gezegd tijdens de interviews, waaruit blijkt dat het MKS van meerwaarde zou hebben voor het aanmeldingsproces.

*“De visie van het MKS is erg interessant en zou veel meerwaarde opleveren. [...] De transfer vanuit het ziekenhuis zit volledig gedekt in dat systeem. Er ontstaat duidelijkheid tussen meerdere disciplines en dat is wat je graag wilt.”
(Verpleegkundige 4)*

“Ouders hoeven maar met hun vingers te knippen en wij lossen het op, maar zo werkt het niet in het leven. En dat is ook sterkte van het MKS, dat de ouders gaan bepalen welke zorg ze nodig hebben en waar ze die vandaan gaan halen.” (Verpleegkundige 3)

Alhoewel de stappen van het aanmeldingsproces vrijwel hetzelfde zijn bij de vier kindzorginstellingen, wordt het proces toch op verschillende manieren uitgevoerd. Bij alle kindzorginstellingen komt een aanmelding binnen via een mail of telefoontje van de arts, de ouders of een andere kindzorginstelling. Hierbij wordt de hulpvraag in kaart gebracht en onderzocht of het kind bij de huidige zorginstelling past en kan worden aangenomen. Verpleegkundige 2, 3 en 4 vertelden dat zij na dit contact via telefoon of mail streven naar

een intake met ouders en kind, een zogenoemde warme overdracht. Tijdens een warme overdracht komen de verpleegkundigen vaak nog meer te weten over de gehele situatie. Zo een warme overdracht is niet altijd mogelijk op korte termijn. Verpleegkundige 1 benoemde ook afstand en tijd als belemmerende factor voor deze warme overdracht.

“Vaak is er geen tijd om de ouders op bezoek te laten komen voordat de daadwerkelijke opname plaatsvindt. Daarnaast komen kinderen en ouders vaak van ver weg, omdat wij het enige kindzorgtehuis zijn in de buurt.” (Verpleegkundige 1)

De volgende stap bestaat uit het regelen van de benodigde formulieren en materialen. Uit de interviews is gebleken dat een kind pas opgenomen wordt, wanneer de volgende formulieren door een arts en/of ouders/voogd ondertekend en aanwezig zijn: het aanmeldingsformulier, intakeformulier, toestemmingsformulier, toestemmingsverklaring, schema inentingen, algemene gegevens, formulier noodplan, uitvoeringsverzoek, medicatielijst.

“Mijn inzet is dat alles geregeld moet zijn voordat het kind komt en anders komt het kind niet. En daar ben ik echt, echt heel streng in.” (Verpleegkundige 3)

De tijd waarin alle benodigde informatie wordt verzameld, bleek te verschillen tussen de drie kindzorginstellingen.

“Ik probeer alles zo snel mogelijk te regelen, zodat de opname ook zo snel mogelijk kan komen. Dit is belangrijk zodat ik korte lijntjes kan houden met het ziekenhuis en zij positief denken over ons. Wanneer een opname niet snel genoeg mogelijk is, zullen de artsen de volgende keer minder snel contact met ons opnemen, omdat het toch te lang duurt voordat wij een opname kunnen regelen.” (Verpleegkundige 1)

“Bij een snelle opname zit er tussen aanmelding en opname minimaal een week, wanneer het niet geregeld is moeten ze maar even wachten. [...] Ik snap dat je je verplicht voelt om die zorg te kunnen bieden, maar je wil ook kwaliteit en veiligheid van zorg bieden.” (Verpleegkundige 3)

Het proces wordt binnen de opdrachtgevende zorginstelling uitgevoerd door één hoofdverpleegkundige, waardoor alle druk en verantwoordelijkheid bij haar ligt. Dit verschilde bij de andere zorginstellingen, hier zijn meerdere verpleegkundigen verantwoordelijk voor het aanmeldingsproces. Hierdoor worden volgens verpleegkundige 3 de collega's ook meer betrokken bij het regelen en organiseren van de zorg in plaats van alleen het uitvoeren

ervan. Ook gaven beide respondenten van de andere zorginstellingen aan dat er tijd moest en kon worden vrijgemaakt voor deze administratieve taken. Verpleegkundige 1 gaf echter aan dat er geen tijd was om collega's te betrekken bij dit proces. Verder vertelde verpleegkundige 2 dat degene die het aanmeldingsproces uitvoert, hier ook bevoegd en bekwaam voor moet zijn. Het stellen van een indicatie mag alleen door een kinderverpleegkundige die hier een scholing in heeft gevolgd, gedaan worden.

3.3 Beïnvloedende factoren

Een van de topics die bij de beïnvloedende factoren van het aanmeldingsproces naar voren kwam was de communicatie. Op de eerste plaats kwam hier het deelonderwerp communicatie tussen de verantwoordelijke verpleegkundige van de kindzorginstelling en de arts vanuit het betreffende ziekenhuis naar voren. De verschillende zorginstellingen hebben een aantal aspecten van deze communicatie benoemd. Vanuit de verschillende instellingen werd duidelijk gemaakt dat het behouden van korte lijnen met de verschillende artsen erg belangrijk is in verband met het opvragen van gegevens en het ondertekenen van bepaalde formulieren. Wanneer deze korte lijnen er zijn, verloopt het proces sneller. Helaas zijn deze korte lijnen niet altijd mogelijk, omdat het in elk ziekenhuis en in elke instelling anders verloopt. Niet overal staan ze open voor zulke korte lijnen.

“Omdat ik al zolang in deze functie zit, weet ik precies voor welke aandoening bij welke arts ik moet zijn. Als er een nieuwe arts komt, probeer ik meteen langs te gaan om contact te leggen.” (Verpleegkundige 3)

“Vaak worden er vanuit het ziekenhuis geen overdrachten meegegeven, hierdoor ontstaat er al gelijk een slechte communicatie tussen de verpleegkundige en de arts.” (Verpleegkundige 4)

Desondanks komt naar voren dat alleen door het behouden van korte lijnen het proces niet automatisch sneller zal lopen. Momenteel moeten alle documenten, zoals bijvoorbeeld een indicatie, schriftelijk worden ondertekend. Op deze wijze duurt het vaak erg lang voordat een arts hier een respons op geeft. De verschillende respondenten gaven aan dat artsen verantwoordelijk zijn voor veel patiënten en het terugsturen van deze documenten hierdoor sneller vergeten.

“Een digitale handtekening zou een grote uitkomst zijn, het duurt momenteel lang voordat documenten terug worden gestuurd door de arts.” (Verpleegkundige 4)

Op de tweede plaats komt de communicatie tussen de verpleegkundigen in een team. Alle respondenten gaven aan het belangrijk te vinden dat er voldoende communicatie onderling was. Eén respondent gaf aan dat een nieuwe aanmelding vaak erg snel verloopt, waardoor er niet voldoende tijd is om het gehele team hierover in te lichten.

“Wanneer een patiënt gelijk kan starten, kan er door ons als instelling gelijk zorg van hoge kwaliteit geleverd worden. Daar staat dan wel tegenover dat niet het hele team voor de opname geïnformeerd kan worden.” (Verpleegkundige 1)

Daarentegen gaf een andere respondent aan dat een nieuwe patiënt niet start zonder dat het team hierover ingelicht is, omdat de kwaliteit van zorg dan niet voldoende gewaarborgd kan worden. Er blijken duidelijk verschillende meningen te zijn over de communicatie tussen verpleegkundigen in een team en hoe dit het aanmeldingsproces zou beïnvloeden.

Vervolgens kwam de werk- en tijdsdruk van de huidige zorgsituatie ter sprake. Alle respondenten gaven aan last te ervaren van de verhoogde werk- en tijdsdruk. Bij een verhoogde werkdruk werden meermaals de personeelstekorten benoemd. Alle instellingen gaven unaniem aan dat de kwaliteit van zorg verminderd is, doordat er te weinig personeel op de vloer aanwezig is.

“Tegenwoordig moet er veel administratief werk worden gedaan, waardoor er minder tijd overblijft voor het leveren van zorg. Er staat al te weinig personeel op de vloer en zo zijn we ook nog een collega kwijt aan de administratie. Op deze wijze merken we het tekort steeds meer.” (Verpleegkundige 3)

Om deze reden geven verschillende respondenten aan een redding te hebben gevonden in vrijwilligers. Vrijwilligers zorgen ervoor dat bepaalde kleine taken zoals het uitruimen van een vaatwasser niet meer door het verpleegkundig personeel gedaan te hoeven worden. Op deze wijze wordt de tijdsdruk volgens de respondenten verlaagd en kunnen ze zich meer richten op de zorg van patiënten.

“Vrijwilligers zijn heel erg belangrijk voor ons, zonder vrijwilligers moeten we ons ook nog met alle nevenactiviteiten bezighouden.” (Verpleegkundige 2)

“Ik zou niet weten wat we hier zonder vrijwilligers moeten, ze helpen overal waar nodig.” (Verpleegkundige 3)

Als laatste factor kwam de scholing van het personeel. Op de vraag of het personeel geschoold werd voor het aanmeldingsproces van een nieuwe patiënt werd vrijwel door iedere respondent geantwoord dat er op dit vlak geen of te weinig scholing werd gegeven. Momenteel is er nog geen vast scholingsprogramma voor de aanmelding van kinderen met een MKZ-indicatie. Het MKS is een nieuw systeem dat in de toekomst volledig geïmplementeerd zal worden. Het meenemen van een scholing in dit systeem wordt door de respondenten als erg praktisch gezien. In de huidige situatie zijn er wel scholingen over indiceren en verpleegtechnische handelingen, maar niet specifiek over de aanmelding van een patiënt met een MKZ-indicatie.

“We krijgen heel veel scholingen en worden constant up-to-date gehouden, bijvoorbeeld scholingen over verpleegtechnische handelingen. [...] Er is momenteel wel een scholing indiceren voor hbo-verpleegkundigen, maar een scholing over het aanmeldingsproces van een nieuwe aanmelding is er nog niet.” (Verpleegkundige 4)

3.4 Hulpmiddel

Uit het interview bleek dat bij Adelante Contigo momenteel geen hulpmiddel bestaat die de verpleegkundige ondersteunt bij het aanmeldingsproces. Doordat het proces uitgevoerd wordt door één hoofdverpleegkundige, is het een groot risico dat er geen hulpmiddel of overzicht van het proces is. Wanneer deze hoofdverpleegkundige zou uitvallen, zou er ook geen kind opgenomen kunnen worden, omdat er geen enkele andere verpleegkundige is die weet hoe het aanmeldingsproces gaat. Op de vraag of er een hulpmiddel gebruikt wordt bij het aanmeldingsproces bij de andere zorginstellingen, is er geantwoord dat dit zeker het geval is. Een respondent heeft het volgende hierover gezegd:

“Hebben jullie dat niet?! Wat een struggle moet dat zijn, dat kan toch bijna niet?” (Verpleegkundige 3)

Het hulpmiddel in de kinderthuiszorg bestaat uit een aanmeldschema, waarin puntsgewijs de stappen worden afgewerkt die nodig zijn voor opname. Dit gebeurt via een tablet of computer, waarin de taken kunnen worden afgevinkt. De informatie is vervolgens zichtbaar voor alle verpleegkundigen die zorg moeten leveren bij het desbetreffende kind. Bij het andere kindzorgtehuis hebben ze een lijst van formulieren en wanneer alle formulieren in orde zijn, kan het kind opgenomen worden. De verpleegkundige noemde het zelf een ‘handig stappenplan’.

3.5 Checklist

Op basis van de verzamelde informatie uit de interviews, hebben we een hulpmiddel ontwikkeld ter ondersteuning voor het aanmeldingsproces bij Adelante Contigo. Door het inventariseren en vergelijken van de aanmeldingsstappen en beïnvloedende factoren binnen het aanmeldingsproces bij verschillende kindzorginstellingen, is deze checklist tot stand gekomen voor de opdrachtgevende kindzorginstelling. De checklist is gebaseerd op een succesvolle complete aanmelding. Uiteindelijk hebben we hierbij gekozen voor een checklist, die bestaat uit alle taken die afgewerkt moeten worden vóór opname van het kind. De taken kunnen worden afgetekend wanneer voltooid, dit maakt het proces overzichtelijk. We hebben de taken in chronologische volgorde gezet, maar deze volgorde is niet bij elke aanmelding hetzelfde. Dit is ook de reden waarom we hebben gekozen voor een checklist in plaats van een stroomdiagram. We hebben een focusgroep gedaan om te bepalen of de checklist zinvol en compleet genoeg is voor gebruik bij Adelante Contigo. De checklist is bijgevoegd in bijlage 5 'Checklist aanmeldingsproces Adelante Contigo' op pagina 46.

3.6 Focusgroep

Uit de focusgroep zijn een aantal resultaten gekomen over de voorlopige checklist die vooraf aan de focusgroep was opgesteld. Er zijn vragen gesteld over de bruikbaarheid en betrouwbaarheid. Ten opzichte van de bruikbaarheid zijn er vanuit de aan de focusgroep deelnemende zorgverleners een aantal punten naar voren gekomen die nog verbeterd konden worden. Dit waren onder andere de formulieren die in de checklist meegenomen moeten worden. Door middel van de focusgroep kunnen deze nog in de checklist verwerkt worden.

"Er zijn veel formulieren die door een arts ondertekend moeten worden. Probeer deze allemaal samen in het begin naar de arts te sturen, zodat alles samen ondertekend kan worden." (Focusgroep verpleegkundige 1)

De betrouwbaarheid van de checklist werd door de leden van de focusgroep als erg betrouwbaar beschouwd. Er was voldoende onderbouwing vanuit de interviews die eerder uitgevoerd waren. Verder kwam er naar voren dat er voor de opdrachtgevende instelling nog punten misten die door de andere respondenten niet waren benoemd. Deze punten waren het meenemen van een medicatie aftekenlijst die door de ouders aangeleverd moet worden, het regelen van zorgvervoer wanneer ouders/voogd de patiënt niet kunnen brengen en het aanvragen van een noodplan bij de betreffende arts in het ziekenhuis.

“Is er bij de checklist ook gedacht aan het vervoer? Hoort deze nog bij de checklist van een aanmeldingsproces of komt dit pas na een aanmelding?” (Focusgroep verpleegkundige 2)

4. Discussie

In de discussie zullen we de resultaten interpreteren en vergelijken met de verwachtingen en de literatuur. Ook zullen we in dit hoofdstuk de conclusies van het onderzoek beschrijven en de limitaties van het onderzoek bespreken.

4.1 Samenvatting primaire resultaten

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: 'Hoe kan er een hulpmiddel worden ingezet om het proces rondom de voorbereiding van een aanmelding van een kind met de indicatie MedischeKindZorg binnen Adelante, te optimaliseren?'. Hiervoor is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar het huidige aanmeldingsproces binnen Adelante en andere kindzorginstellingen.

Uit de resultaten van de uitgevoerde interviews is gebleken dat de aanmeldingsprocessen bij de vier verschillende kindzorginstellingen op een andere manier verlopen. Deze verschillen hebben vooral te maken met de uitvoerder(s) van het aanmeldingsproces, de tijd waarin het proces wordt uitgevoerd, de communicatie en het wel of niet gebruiken van een hulpmiddel. In tegenstelling tot de andere kindzorginstellingen, wordt er bij Adelante Contigo nog geen hulpmiddel gebruikt bij het aanmeldingsproces. Bij het andere kindzorgtehuis wordt een lijst van formulieren afgewerkt als hulpmiddel en bij de kinderthuiszorg bestaat er een aanmeldschema, waarin puntsgewijs de stappen worden afgewerkt die nodig zijn voor opname. Dit zijn twee voorbeelden van een checklist als hulpmiddel. Tevens wordt het aanmeldingsproces beïnvloed door werk- en tijdsdruk, communicatie en een gebrek aan scholing. De vier kindzorginstellingen gaan verschillend om met deze beïnvloedende factoren. Uit de interviews is gebleken dat het aanmeldingsproces binnen Adelante Contigo nog niet optimaal verloopt. Een hulpmiddel, in de vorm van een checklist, zou het aanmeldingsproces bij Adelante Contigo overzichtelijk maken. Het aanmeldingsproces kan dan ook uitgevoerd worden door meer dan alleen de hoofdverpleegkundige, omdat de checklist dient als stappenplan.

4.2 Vergelijking resultaten met literatuur en verwachtingen

Een onderwerp dat veel ter sprake kwam tijdens de interviews is het MKS. Het MKS is zeker bekend bij de vier kindzorginstellingen, maar wordt nog niet geïmplementeerd zoals het zou moeten. In de literatuur hebben wij gevonden dat het MKS een nieuwe manier van zorg voor zieke kinderen betreft, een geheel nieuwe werkwijze. Het MKS betreft ziekenhuis verplaatste zorg en treedt in werking als bekend is dat het kind het ziekenhuis mag verlaten tot aan het moment dat zorg buiten het ziekenhuis niet langer nodig is, kortom: de periode waarin de

geïnterviewde kindzorginstellingen een rol spelen. Staatssecretaris van Rijn heeft in een voortgangsbrief (2015) deze systematiek beschreven als nieuwe landelijke werkwijze, vandaar dat wij verwacht hadden dat het MKS al geïmplementeerd zou zijn. Bij alle vier de kindzorginstellingen bleek dit niet het geval (Medisch Kindzorgsysteem, z.d.). In de literatuur hebben wij tevens gevonden dat slechte communicatie tussen verpleegkundigen en andere hulpverleners kan zorgen voor een verminderde kwaliteit van de zorg, dit blijkt ook zo te zijn in de praktijk (Tang, Chan, Zhou, & Liaw, 2013). De communicatie tussen de verpleegkundigen en de arts blijkt bij alle vier de kindzorginstellingen beter te kunnen. De communicatie is niet effectief, duurt vaak lang en afspraken worden niet duidelijk gecommuniceerd. Dit heeft negatieve gevolgen voor het aanmeldingsproces en dus voor de patiënt. De patiënt moet langer wachten op een plaats bij de gewenste kindzorginstelling en moet vaker zijn verhaal uitleggen. Het probleem in de praktijk ligt voornamelijk bij het ontbreken van een overzicht van het aanmeldingsproces, waardoor het door maar één hoofdverpleegkundige uitgevoerd kan worden. Verder wordt er niet effectief gecommuniceerd tussen arts en verpleegkundige waardoor de arts de formulieren, die noodzakelijk zijn voor opname van een kind, te laat ondertekent en opstuurt. Ook ervaart de hoofdverpleegkundige werk- en tijdsdruk waardoor er soms taken blijven liggen.

4.3 Interpretatie resultaten

Vanuit de interviews is gebleken dat bij de andere kindzorginstellingen wel gebruik wordt gemaakt van een hulpmiddel bij het aanmeldingsproces. Bij Adelante Contigo is het ook belangrijk dat er gewerkt gaat worden met een hulpmiddel in de vorm van een checklist. De checklist maakt duidelijk wat, wanneer en hoe het moet gebeuren. Hierdoor zal het aanmeldingsproces uitgevoerd kunnen worden door meerdere verpleegkundigen, waardoor de verantwoordelijkheid van het proces niet meer bij één hoofdverpleegkundige ligt.

4.4 Discussie methode en resultaten

Voor dit onderzoek zijn vier semigestructureerde interviews gehouden bij verschillende kindzorginstellingen aan de hand van eenzelfde vragenlijst. De antwoorden en de uitvoering van het aanmeldingsproces bij elke kindzorginstelling is representatief voor de huidige situatie. Op basis hiervan kan gesteld worden dat bij een herhaling van dit onderzoek, de resultaten hetzelfde zouden zijn en dat daarmee de resultaten van dit onderzoek valide zijn. Het houden van interviews bleek een geschikte manier voor het verzamelen van informatie tijdens ons onderzoek. Allereerst hebben we interviews uitgevoerd bij de opdrachtgevende kindzorginstelling zelf, dit was een slimme keuze omdat we via deze weg het huidige aanmeldingsproces konden inventariseren en de 'sense of urgency' duidelijk kregen. Ook hadden we snel door wat er misliep tijdens het aanmeldingsproces bij de opdrachtgevende

instelling. Doordat we verschillende kindzorginstellingen hebben benaderd en hier het aanmeldingsproces en het hulpmiddel hebben vergeleken, hebben we de belangrijkste componenten samen kunnen voegen tot een checklist. Ook waren deze interviews nuttig om een beeld te krijgen van het complete aanmeldingsproces in een ideaalsituatie. Na de interviews hebben we de checklist opgesteld en gekozen voor een focusgroep om de checklist te evalueren met de uitvoerders van het aanmeldingsproces. De focusgroep liep niet zoals verwacht, vanwege twee afmeldingen op de dag zelf. Vanwege de naderende deadline van de scriptie, hebben we ervoor gekozen om de focusgroep toch door te laten gaan. De focusgroep heeft, ondanks het beperkt aantal deelnemers, toch nuttige feedbackpunten opgeleverd voor verbetering van de checklist. Doordat de checklist is gebaseerd op hulpmiddelen die bij andere kindzorginstellingen worden gebruikt én voorzien is van feedback door experts, is de checklist betrouwbaar. Ook wordt de transferability hierdoor vergroot.

4.5 Conclusie

Het lijkt erop dat we kunnen concluderen dat een hulpmiddel het aanmeldingsproces bij Adelante Contigo overzichtelijk maakt en kan optimaliseren. Doordat het aanmeldingsproces door meerdere verpleegkundigen uitgevoerd kan worden, zal de verantwoordelijkheid niet alleen liggen bij de hoofdverpleegkundige. Wanneer zij uitvalt, kan het aanmeldingsproces toch plaatsvinden en op een juiste manier verlopen.

5. Advies

5.1 Implicaties van resultaten voor de praktijk

5.1.1. Eigen werkplek

Tijdens ons onderzoek hebben we door middel van de resultaten van de interviews een checklist opgesteld, passend bij de instelling die het onderzoek heeft opgestart. Zie bijlage 5 'Checklist aanmeldingsproces Adelante Contigo' op pagina 46 voor de opgestelde checklist. Binnen de checklist worden een aantal stappen beschreven die het aanmeldingsproces van een nieuwe patiënt zouden kunnen vergemakkelijken. Deze stappen zullen in paragraaf 5.3 'Advies' verder worden uitgewerkt in de vorm van aanbevelingen en gekoppeld worden aan de stappen uit de checklist. De hoofdverpleegkundigen van beide locaties van de opdrachtgevende instelling zijn geïnstrueerd over het gebruik van de checklist. Op deze wijze kunnen ze de instructies verder geven aan andere teamleden die zich in het proces willen verdiepen. Onze intentie is dat de stappen gemakkelijk aan kinderverpleegkundigen die enige ervaring in het aanmeldingsproces hebben, zijn uit te leggen. Tevens kan er bij de checklist een handleiding met uitleg van iedere individuele stap ontwikkeld worden, zodat er in de handleiding gekeken kan worden of een stap via de juiste wijze wordt uitgevoerd.

5.1.2. Buiten werkplek

De checklist is bruikbaar binnen iedere soortgelijke instelling voor kindzorg, omdat het gehele MKS erin is meegenomen. Doordat het MKS is opgesteld door verschillende brancheverenigingen, wordt het systeem in de toekomst in iedere kindzorginstelling toegepast. Op deze wijze sluit de checklist aan bij de toekomstige werkwijze van alle instellingen. De documenten die de instelling voor een opname moet ontvangen van ouders/voogd en de arts, zijn wettelijk vastgelegd waardoor deze bij iedere instelling hetzelfde zijn. De andere stappen uit de checklist zijn momenteel aangepast aan de wensen van de opdrachtgevende instelling. Echter bevatten de stappen het gehele aanmeldingsproces, waardoor ze naar iedere instelling kunnen worden toegeschreven. Dit wil zeggen dat de checklist als een basis kan fungeren voor iedere soortgelijke checklist bij iedere instelling voor kindzorg. Doordat de checklist binnen veel instellingen voor kindzorg gebruikt kan worden, is de generaliseerbaarheid hoog. Het onderzoek is hierdoor representatief voor een grote groep mensen en niet voor maar één instelling.

5.1.3. Voor patiënt en ouders/voogd

De resultaten van het onderzoek hebben ook meerwaarde voor de patiënt en de ouders/voogd van de patiënt. Door het toepassen van de checklist kunnen er in de toekomst minder snel stappen in het aanmeldingsproces worden vergeten. Hierdoor kan een nieuwe

patiënt snel opgenomen worden en de juiste zorg ontvangen. Een nieuwe patiënt zou op deze wijze snel kunnen starten, zonder dat er gegevens en wettelijke documenten ontbreken doordat deze vergeten zijn. Tevens zal er minder tijd over een nieuwe opname heen gaan, omdat er duidelijk op papier staat welke stappen ondernomen moeten worden voordat er een nieuwe opname kan komen. Voor ouders/voogd kan de checklist ook meer duidelijkheid geven. Wanneer een verpleegkundige de stappen van het aanmeldingsproces makkelijk kan doorlopen en de ouders/voogd tijdig kan informeren, is het mogelijk dat de ouders/voogd zich meer op hun gemak gaan voelen. Ouders kunnen vooraf al geïnformeerd worden over de benodigde documenten en kunnen deze tijdig aanvragen. De checklist helpt op deze wijze niet alleen de patiënt maar tevens de ouders/voogd.

5.2 Beïnvloedende factoren voor succes van kwaliteitsbevordering

Om de beïnvloedende factoren voor succes van kwaliteitsbevordering in kaart te brengen, hebben we gebruik gemaakt van het Dinamo-model. Middels de het Dinamo-model hebben we gekeken naar de elementen die van invloed zijn op het veranderbeleid. We hebben de elementen verdeeld in drie verschillende groepen: Elementen die we willen veranderen, elementen die moeten veranderen en elementen die kunnen veranderen. Deze elementen onderverdeeld in de drie verschillende groepen zijn te vinden in een tabel in bijlage 6 'Dinamo-model' op pagina 48. Niet alle elementen hebben evenveel invloed op een succesvolle implementatie van de checklist bij het aanmeldingsproces van een kind met een MKZ-indicatie, hierdoor hebben wij ervoor gekozen om alleen de elementen die de grootste invloed hierop hebben uit te werken.

Omdat we als advies vanuit de resultaten een checklist voor het proces rondom de aanmelding hebben ontwikkeld, vinden we het element complexiteit van het aanmeldingsproces een van de elementen is die de grootste invloed heeft. Het aanmeldingsproces is een complex proces met veel stappen die vooraf geregeld moeten worden. Uit de resultaten is gebleken dat het aanmeldingsproces in iedere instelling anders verloopt. Een checklist kan veel invloed hebben op het minder complex maken van het aanmeldingsproces, doordat een checklist makkelijk en goedkoop te veranderen is zodat iedere kindzorginstelling gebruik ervan kan maken. Op deze wijze wordt het aanmeldingsproces minder complex en kan het proces in iedere kindzorginstelling in grote lijnen op dezelfde wijze verlopen.

Als tweede element om uit te werken hebben we gekozen voor het loslaten van de huidige werkwijze. Wanneer de huidige werkwijze losgelaten wordt, kan de checklist makkelijker worden ingezet. De checklist bevat stappen die indirect ook invloed hebben op het huidige

informatietekort aan het personeel en de patiënt. Op deze wijze pakt het element de huidige werkwijze loslaten ook twee andere elementen aan, waardoor deze verbeterd kunnen worden. Het loslaten van de huidige werkwijze heeft zowel positieve als negatieve invloeden. Een positieve invloed zou zijn dat er een nieuwe werkwijze opgestart kan worden, waar er meer verpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor het aanmeldingsproces van kinderen met een MKZ-indicatie. Wanneer er dan een verpleegkundige uit zou vallen, zijn er nog genoeg anderen die het aanmeldingsproces kunnen uitvoeren waardoor alles door kan gaan. Helaas staat hier een negatieve invloed tegenover. Het opleiden van meer verantwoordelijke verpleegkundigen zal tijd en geld gaan kosten.

Het derde en tevens laatste element dat door ons uitgewerkt wordt, is de tijds- en werkdruk tegenover de veranderbereidheid. Uit de resultaten is gebleken dat iedere geïnterviewde kindzorginstelling een hoge tijds- en werkdruk ervaart: Er zijn tekorten aan personeel, handelingen moeten uitgevoerd worden met minder tijd etc. Wij hebben voor dit element gekozen met onze blik op de tijds- en werkdruk van de verpleegkundige die in de huidige situatie verantwoordelijk is voor het aanmeldingsproces voor een kind met een MKZ-indicatie. Wanneer deze verpleegkundige haar taken zou kunnen verdelen met andere verpleegkundigen die ook kennis over dit proces hebben, kan haar werkdruk verminderd worden. Op deze wijze heeft ze meer tijd voor andere verantwoordelijkheden van haar functie als hoofdverpleegkundige. Door de checklist kunnen andere verpleegkundigen de stappen van het proces uitvoeren en controleren zonder de hoofdverpleegkundige hierbij nodig te hebben.

5.3 Advies

5.3.1. *Eigen werkplek*

Voor onze werkplek geven we een aantal punten advies die vanuit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Ten eerste adviseren we om de huidige werkwijze los te laten en minimaal één verpleegkundige extra in dit aanmeldingsproces te gaan betrekken. Een extra verpleegkundige die kennis heeft van het aanmeldingsproces is altijd handig wanneer de huidige verantwoordelijke verpleegkundige zal uitvallen. Dit kan gebeuren met behulp van ons tweede advies de checklist. Zo kan er op een makkelijke goedkope wijze een extra kracht geschoold worden in het gebruik van de checklist en het aanmeldingsproces. Zoals eerder benoemd is ons tweede advies het gaan gebruiken van de door ons ontwikkelde checklist. De checklist is makkelijk in gebruik en snel te veranderen als er iets ontbreekt of bijkomt, zodat hij gebruikt kan worden in het huidige en toekomstige proces. Ons allesomvattende eindadvies is het inzetten van een checklist, minimaal één extra verantwoordelijke verpleegkundige en tijd vrijmaken zodat deze verantwoordelijke

verpleegkundige(n) het proces van een aanmelding van een kind met een MKZ-indicatie optimaal kunnen uitvoeren. Tevens sluit dit eindadvies aan op de hoofdvraag: 'Hoe kan er een hulpmiddel worden ingezet om het proces rondom de voorbereiding van een aanmelding van een kind met de indicatie MedischeKindZorg binnen Adelante, te optimaliseren?'.

5.3.2. *Verder onderzoek*

Voor verder onderzoek adviseren we om te onderzoeken hoe een checklist middels de richtlijnen van het MKS binnen alle kindzorginstellingen ingezet kan worden. Uit de resultaten kwam naar voren dat patiënten en ouders/voogd geen optimale kwaliteit van zorg ervoeren door een informatietekort. De oorzaak hiervan bleek een niet goede informatieoverdracht. Hierdoor is het ook van belang dat er onderzoek komt naar de informatieoverdracht aan de patiënt en diens ouders/voogd. Een checklist is nooit uitontwikkeld, waardoor er altijd onderzoek naar verbetering en implementatie gedaan kan worden.

Literatuurlijst

Gebruikte boeken, rapporten en artikelen

(2011). In C. d. Bont, & R. Latten, *OR en doelgericht communiceren*. Vakmedianet.

Boomen, I. v., & Vlaskamp, A. (2012). *Bevoegd en bekwaam*. Opgeroepen op 04 2019, van V&VN:
<https://www.venvn.nl/Portals/1/Downloads/Bijeenkomsten/Zwolle2017/WS%20bevoegd%20en%20bekwaam.pdf>

Bosman, J., Griep, R., & Schijff, M. (2011). *Verbeteren & Beheersen*. Wolters Kluwer Nederland B.V.

De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2009). *Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden*. Nivel.

Kind&ziekenhuis, Kinderpalliatieve expertise, V&VN Kinderverpleegkunde, & KinderThuisZorg. (2013). *Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg*. Opgeroepen op 03 2019, van Medisch kindzorg systeem:
http://medischkindzorgsysteem.nl/resources/cfiles/mks_nl/rapporten/Ernstig-zieke-kinderen-hebben-recht-op-gezonde-zorg.pdf

Kind&ziekenhuis, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, V&VN, Branchevereniging Integrale Kindzorg, Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg & VSCA. (2018). *Routemap: om te komen tot integrale zorg voor zieke kinderen*. Opgeroepen op 03 2019, van:
http://www.hetmedischkindzorgsysteem.nl/images/afbeeldingen/Publicaties/5._Bijlage_Bouwsteen_-_Roadmap_naar_integrale_kindzorg.pdf

Nieuwenhuis, M. (2010). *The Art of Management Deel 1. Strategie en Structuur*. Opgeroepen op 2019, van:
https://lawpreneur.net/wp-content/uploads/2016/01/Deel_1_Strategie_Structuur.pdf

Stichting Kind en Ziekenhuis. (2014). *Handvest Kind & Zorg*. Opgeroepen op 03 2019, van:
<https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/default.asp?guid=8E97C7BE15B946AF9C0925600C9F5EC8>

Verpleegkundigen & Verzorgenden. (2018). *Kwaliteitsstandaard Het zieke kind en gezin die verpleegkundige zorg nodig hebben in de eigen omgeving*. Opgeroepen op 03 2019, van:
https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/204/Kwaliteitsstandaard_kindzorgthuis.pdf

Wagemaker, J., & Wulferink, G. (2015, 09). *Expertisegebied kinderverpleegkundige*. Opgeroepen op 04 2019, van V&VN:
<https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/20160512%20Expertisegebied%20kinderverpleegkundige.pdf>

Bronnen Google Scholar

Aarts, F. (2017). De verpleegkunde is volwassen. *Nursing*, 23(7-8), 18-23.

Vermeer, K. (2013). Werkomgeving van invloed op verpleegkundigen én patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 11(3), 21-23.

Molendijk, A., van Everdingen, J. J. E., & Molenaar, S. (2006). 8 Communicatie en teamwork. In *Praktijkboek patiëntveiligheid* (pp. 103-111). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

De Veer, A., Dieteren, C., & de Groot, K. (2017). Cliëntgebonden samenwerking over organisatiegrenzen heen: Verpleegkundige voelt zich onvoldoende competent. *TVZ-Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(4), 32-33.

Zoektermen	Afbakening	Aantal hits	Gekozen bron	Redenatie
Fouten door hoge werkdruk in de zorg	Afgelopen 10 jaar	2310	Nummer 1 'Werkomgeving van invloed op verpleegkundigen en patiënten.'	De bron gaat over de overeenkomst van een hoge werkdruk en het maken van fouten. De bron is goed bruikbaar om duidelijk te kunnen maken wat de werkdruk voor een invloed kan hebben op bepaalde processen.
Werkdruk verpleegkundigen	Afgelopen 10 jaar	2060	Nummer 5 'De verpleegkundige is volwassen.'	De bron gaat over de invloed van de huidige werkdruk in de zorg. Er worden zowel positieve als negatieve aspecten benoemd, waardoor er wordt

				gekeken naar verschillende aspecten. De bron komt uit het tijdschrift Nursing uit 2017 dat door veel zorgverleners wordt gelezen, deze factoren maken de bron bruikbaar voor dit onderzoek.
Tijdsdruk en communicatie in de zorg	Afgelopen 15 jaar	2520	Nummer 10 'Communicatie en teamwork.'	De bron komt uit 2006, wat eigenlijk iets te oud is, maar doordat het een boek is, is de bron toch nog erg bruikbaar. De bron legt erg duidelijk uit dat de zorg met het jaar complexer wordt en hierdoor ook meer tijdrovend wordt. Tevens bespreken ze in de bron ook de communicatie tussen zorgverleners en de invloed van een hoge werkdruk.

Scholingen verpleegkundige	Afgelopen 10 jaar	3120	Nummer 4 'Cliëntgebonden samenwerking over organisatiegrenzen heen: Verpleegkundige voelt zich onvoldoende competent.'	De bron gaat over het nieuwe opleidingsprofiel van BN202, waarin wij momenteel ook worden opgeleid. Er worden duidelijke verbanden gelegd tussen het huidige opleidingsprofiel en het oude opleidingsprofiel. Tevens bespreken ze de onzekerheden van verpleegkundigen waardoor zij zich onvoldoende competent voelen. De bron komt uit 2017 en uit het tijdschrift voor verpleegkundigen.
-------------------------------	----------------------	------	---	---

Bronnen PubMed

Berman, L., & Goldin, A. (2018). Process improvement strategies: designing and implementing quality improvement research. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27, 379-385. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.10.006>

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014, 07 08). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526-533.

Tang, C., Chan, S., Zhou, W., & Liaw, S. (2013, 09). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291-302.

Zoektermen/ MeSH termen	Afbakening	Aantal hits	Gekozen bron	Redenatie
Attitude of Health Personnel AND Cooperative Behavior AND Interdisciplinairy Communication AND Interprofessional Relations AND Nurses AND Physicians	Afgelopen 10 jaar	32	Nummer 15 'Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration.'	De bron gaat over een studie die de communicatie en samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen onderzoekt. Er komen duidelijke resultaten met verbeteringen naar voren die in dit onderzoek meegenomen kunnen worden en de bron is uit 2014 waardoor hij nog vrij recent is.
Attitude of Health Personnel AND Communication AND Cooperative Behavior AND Deciscion Making AND Medical Staff AND Nursing Staff AND Physician-Nurse Relations	Afgelopen 10 jaar	6	Nummer 4 'Collaboration between hospital psysicians and nurses: an integrated literature review.'	De bron laat de gevolgen van ineffectieve samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen zien. Tevens komen bevindingen naar voren waardoor deze samenwerking ineffectief is. De informatie uit de bron is op deze wijze bruikbaar in dit onderzoek en de bron komt uit 2013,

				waardoor hij nog vrij up-to-date is.
Process improvement AND Strategies AND Child care	Afgelopen 10 jaar	131	Nummer 4 'Process improvement strategies: Designing and implementing quality improvement research'.	Het is een bron uit 2018, waardoor hij erg recent is. Hierdoor wordt duidelijk wat er precies speelt in de huidige gezondheidszorg rondom kwaliteitsverbetering. Er wordt duidelijk uitgelegd hoe een interventie voor een kwaliteitsverbetering het beste kan worden opgesteld. Verder worden belemmerende factoren en voorbeelden hierbij benoemd waardoor het goed leesbaar en duidelijk is.

Bronnen Springerlink

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). Medische Problemen Van Kinderen Moeten Uitgangspunt Zijn Bij Bekostiging. *Zorg en Financiering*, 9(6),23-24.

Zoektermen	Afbakening	Aantal hits	Gekozen bron	Redenatie
Bekostiging AND zieke kind	Afgelopen 10 jaar	12	Nummer 1 'Medische problemen van kinderen moeten uitgangspunt zijn bij bekostiging.'	In dit artikel wordt de aanleiding voor de wetsverandering op 1 januari 2018 voor de kinderzorg duidelijk uitgelegd. Hierbij wordt uitgelegd waarom en hoe deze wetregeling eruit zou moeten zien.

Complete lijst

(2011). In C. d. Bont, & R. Latten, *OR en doelgericht communiceren*. Vakmedianet.

Adelante zorggroep. (z.d.). *Over Adelante*. Opgeroepen op 02 2019, van:
<https://www.adelante-zorggroep.nl/nl/over-adelante/organisatie/>

Berman, L., & Goldin, A. (2018). Process improvement strategies: designing and implementing quality improvement research. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27, 379-385. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.10.006>

Boomen, I. v., & Vlaskamp, A. (2012). *Bevoegd en bekwaam*. Opgeroepen op 04 2019, van V&VN:
<https://www.venvn.nl/Portals/1/Downloads/Bijeenkomsten/Zwolle2017/WS%20bevoegd%20en%20bekwaam.pdf>

Bosman, J., Griep, R., & Schijff, M. (2011). *Verbeteren & Beheersen*. Wolters Kluwer Nederland B.V.

- Dulmen, S. v., Weert, J. v., & Jansen, J. (2009, 01 01). *Communiceren in de zorg*.
Opgeroepen op 04 2019, van NIVEL:
<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/communiceren-de-zorg>
- Het Medische Kindzorgsysteem. (2019). *In vier fasen naar goede zorg voor kind en gezin*.
Opgeroepen op 03 2019, van:
<http://www.hetmedischekindzorgsysteem.nl/mks-programma>
- Kind&ziekenhuis, Kinderpalliatieve expertise, V&VN Kinderverpleegkunde, &
KinderThuisZorg. (2013). *Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg*.
Opgeroepen op 03 2019, van Medisch kindzorg systeem:
http://medischkindzorgsysteem.nl/resources/cfiles/mks_nl/rapporten/Ernstig-zieke-kinderen-hebben-recht-op-gezonde-zorg.pdf
- Kind&ziekenhuis, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, V&VN,
Branchevereniging Integrale Kindzorg, Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg &
VSCA. (2018). *Routemap: om te komen tot integrale zorg voor zieke kinderen*.
Opgeroepen op 03 2019, van:
http://www.hetmedischekindzorgsysteem.nl/images/afbeeldingen/Publicaties/5._Bijlage_Bouwsteen_-_Roadmap_naar_integrale_kindzorg.pdf
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014, 07 08). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526-533.
- Medisch Kindzorgsysteem. (z.d.). *Waarom het Medisch Kindzorgsysteem (MKS)?*
Geraadpleegd op 2 juni 2019, van
<http://www.hetmedischekindzorgsysteem.nl/mks-programma/waarom-mks>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). *Medische Problemen Van Kinderen Moeten Uitgangspunt Zijn Bij Bekostiging. Zorg en Financiering*, 9(6),23-24.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Nieuwe afbakening verzorging kinderen*. Opgeroepen op 04 2019, van:
[file:///C:/Users/maud_/Downloads/Nieuwe+afbakening+verzorging+kinderen%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/maud_/Downloads/Nieuwe+afbakening+verzorging+kinderen%20(1).pdf)
- Nieuwenhuis, M. (2010). *The Art of Management Deel 1. Strategie en Structuur*.
Opgeroepen op 04 2019, van
https://lawpreneur.net/wp-content/uploads/2016/01/Deel_1_Strategie_Structuur.pdf
- Stichting Kind en Ziekenhuis. (2014). *Handvest Kind & Zorg*. Opgeroepen op 03 2019, van:
<https://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest/default.asp?guid=8E97C7BE15B946AF9C0925600C9F5EC8>
- Tang, C., Chan, S., Zhou, W., & Liaw, S. (2013, 09). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291-302.
- Verpleegkundigen &Verzorgenden. (2016, 06 13). *Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland*. Opgeroepen op 03 2019, van V&VN:
<https://www.venvn.nl/Artikelen/ID/1543342/Te-weinig-tijd-en-geld-voor-bijbscholing-verpleegkundigen>

Verpleegkundigen & Verzorgenden. (2018). *Kwaliteitsstandaard Het zieke kind en gezin die verpleegkundige zorg nodig hebben in de eigen omgeving*. Opgeroepen op 03 2019, van:
https://mijn.venvn.nl/databanken/richtlijnen/Lists/Databank%20richtlijnen/Attachments/204/Kwaliteitsstandaard_kindzorgthuis.pdf

Wagemaker , J., & Wulferink, G. (2015, 09). *Expertisegebied kinderverpleegkundige*. Opgeroepen op 04 2019, van V&VN:
<https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/20160512%20Expertisegebied%20kinderverpleegkundige.pdf>

Zorgwijzer. (2019, 04 04). *Wet Langdurige Zorg*. Opgeroepen op 04 09, 2019, van Zorgwijzer: <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz>

Bijlage 1

De zes zorgprofielen

Profiel	Type problematiek	Benodigde zorg	Bekostiging
A1	Somatische problematiek of een lichamelijke handicap	Noodzaak voor permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, gepaard met handelingen wegens de somatische problematiek of lichamelijke handicap.	ZVW
A2	Kinderen met complexe somatische problematiek of lichamelijke handicap en een verstandelijke of zintuigelijke handicap.	Noodzaak voor permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, gepaard met verpleegkundige handelingen wegens de somatische problematiek of lichamelijke handicap én de noodzaak voor permanent toezicht of zorg in de nabijheid wegens verstandelijke of zintuigelijke handicap én de zorgvraag ten behoeve de verstandelijke of zintuigelijke handicap is dominant.	WLZ
B1	Kinderen met somatische problematiek of een lichamelijke handicap	Verpleging voor herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van somatische problematiek of een lichamelijke handicap. Geen permanent toezicht of hulp en toezicht voortdurend in de nabijheid nodig.	ZVW
B2	Kinderen met complexe somatische problematiek of lichamelijke handicap en een verstandelijke of zintuigelijke handicap.	Noodzaak voor permanent toezicht of zorg in de nabijheid wegens een verstandelijke of zintuigelijke handicap. Verpleging zonder permanent toezicht/zorg nabij voor herstel van gezondheid, voorkomen van verergering van somatische problematiek of lichamelijke handicap.	WLZ
C1	Kinderen met somatische problematiek of een lichamelijke handicap.	Verzorging en/of begeleiding zonder permanent toezicht of zorg nabij wegens somatische problematiek of lichamelijke handicap. Geen permanent toezicht of	ZVW

		hulp en toezicht voortduren in de nabijheid nodig.	
C2	Kinderen met complexe somatische problematiek of lichamelijke handicap en een verstandelijke of zintuigelijke handicap.	Noodzaak voor permanent toezicht of zorg in de nabijheid wegens een verstandelijke of zintuigelijke handicap. Verzorging en/of begeleiding zonder permanent toezicht/zorg nabij wegens somatische problematiek of lichamelijke handicap.	WLZ

Bijlage 2

Vragenlijst interviews

Setting

Kunt u korte uitleg geven over de zorgorganisatie?

Welke indicaties komen er voor binnen de zorgorganisatie?

Aanmeldingsproces

Wat zijn de stappen van het proces en hoe verloopt dit?

Zijn alle nodige gegevens op het moment van opname aanwezig?

Wie heeft de verantwoordelijkheid in dit proces, welke rol hebben de verpleegkundigen hierbij?

Hoe worden ouders voor een opname geïnformeerd?

Zijn er verbeteringen die jullie graag zouden zien in dit proces?

Beïnvloedende factoren

Zijn jullie bekend met het MKS?

Zijn er problemen waar jullie tegenaan lopen, m.b.t. wet- en regelgeving?

Welke belemmerende factoren ervaren jullie binnen het proces?

Ervaren jullie een hoge werk- en tijdsdruk?

Kan werk- en tijdsdruk een negatieve invloed hebben op het aanmeldingsproces?

Worden er scholingen gegeven over het aanmeldingsproces?

Worden er scholingen gegeven over het stellen van een indicatie?

Hoe verloopt de onderlinge communicatie tussen verpleegkundigen?

Hoe verloopt de communicatie tussen de verantwoordelijke arts en de verpleegkundigen?

Hoe verloopt de communicatie tussen de verpleegkundigen en de ouders/verzorgers van de patiënt?

Hulpmiddelen

Worden er hulpmiddelen gebruikt om dit proces te vergemakkelijken?

Zijn er andere hulpmiddelen die ingezet zouden kunnen worden?

Zouden jullie openstaan om een hulpmiddel te gebruiken?

Bijlage 3

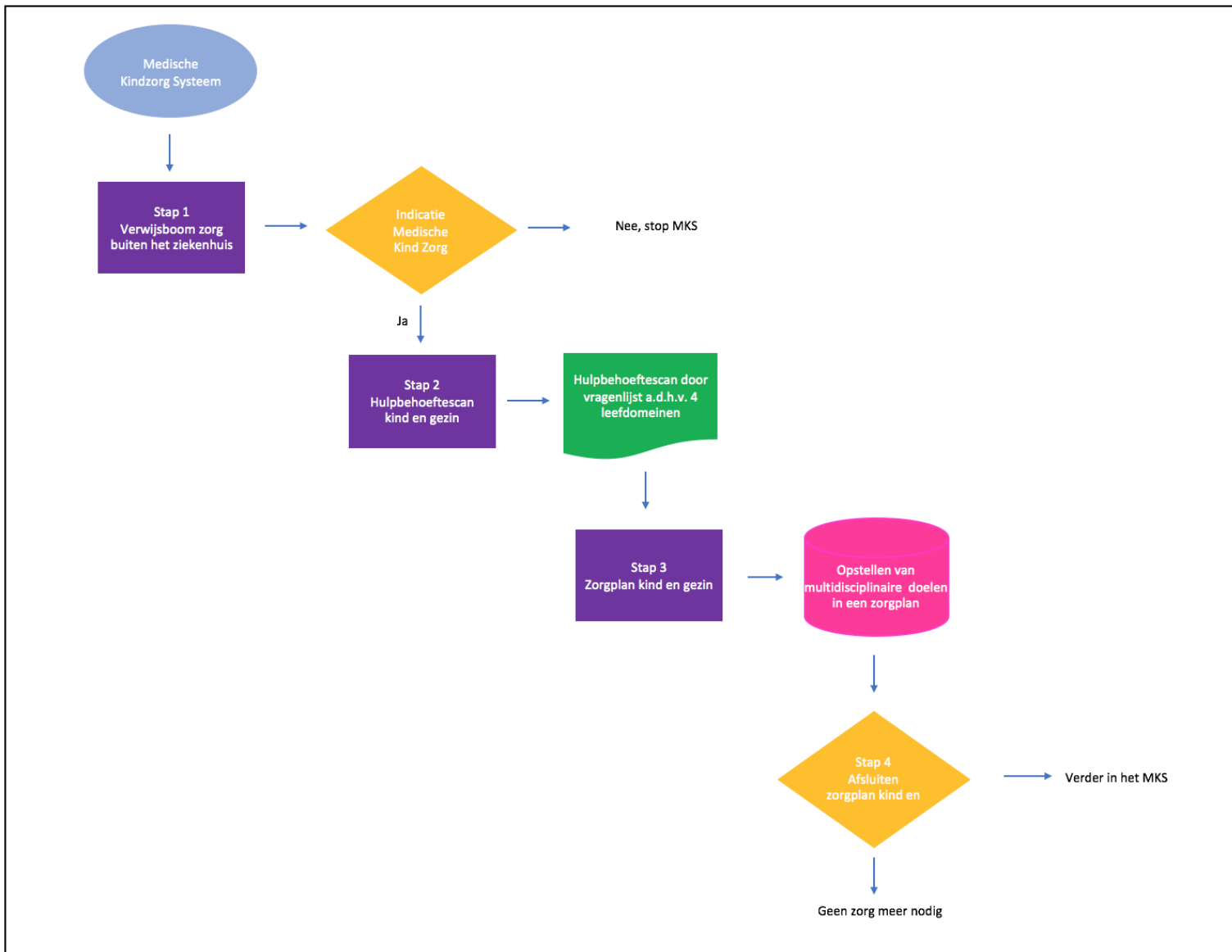
Codeboom interviews

Tabel 3 Topics, Codes en Subcodes volgens een diagram

Topic	Code	Subcode
1. Algemene informatie	1.1 Werkgebied 1.2 Functie 1.3 Ervaring 1.4 Leeftijd	
2. Het aanmeldingsproces	2.1 MKS 2.2 Stappen aanmelding	2.1.1 Wet- en regelgeving 2.2.1 Sightseeing 2.2.2 Indicatie 2.2.3 Uitvoeringsverzoek 2.2.4 Medicatielijst
3. Beïnvloedende factoren	3.1 Communicatie 3.2 Werkdruk 3.3 Tijdsdruk 3.4 Scholing	3.1.1 Communicatie met arts 3.1.2 Communicatie onderling 3.2.1 Personeelstekort 3.3.1. Tijd verbonden aan handelingen 3.4.1 Cursussen 3.4.2 E-learning
4. Hulpmiddel	4.1 Checklist 4.2 Stroomdiagram	

Bijlage 4

Flowchart stappen MKS



Bijlage 5

Checklist aanmeldingsproces Adelante Contigo

Checklist aanmeldingsproces nieuwe patiënt MKZ-indicatie

- ☐ Aanmelding door ouders, (kinder)arts, jeugdverpleegkundige etc.
- ☐ Past het kind/jongere binnen de instelling en is dagopvang of verblijf verpleegkundig kinderzorghuis mogelijk?
 - ☐ Nee, afwijzen en eventueel naar de juiste instelling doorverwijzen.
 - ☐ Ja, ga door met de volgende stap.
- ☐ Intakegesprek met ouders/voogd en indien mogelijk kind/jongere, dit kan telefonisch of op locatie. Tijdens dit gesprek wordt er kennis gemaakt en een inventarisatie van de zorgbehoeften gedaan.
 - ☐ Indien de intake op locatie is, ouders/voogd gelijk de toestemmingsverklaring laten ondertekenen en een sightseeing geven. Indien een telefonische intake, het toestemmingsformulier opsturen naar ouders/voogd via mail.
 - ☐ Ouders/voogd vragen hoe het vervoer voor het kind/jongere geregeld gaat worden.
 - ☐ Ouders/voogd voor huidige medicatielijst en een aftekenlijst via de apotheek vragen.
 - ☐ Eventueel meer medische informatie opvragen bij behandeld arts of verwijzer. Bij een overname vanuit het ziekenhuis verpleegkundige overdracht opvragen.
- ☐ Verwijzing vragen aan behandelend arts.
- ☐ Indicatie en uitvoeringsverzoek opstellen.
- ☐ Opsturen naar arts voor ondertekening via mail (samen met de formulieren van de volgende stap):
 - ☐ Uitvoeringsverzoek
 - ☐ Indicatie
- ☐ Vragen aan behandeld arts:
 - ☐ Noodplan
 - ☐ Vervoerformulier (indien nodig)
- ☐ EVV'ers van nieuwe patiënt aanwijzen, startdatum die haalbaar is bespreken en mededelen aan kind/jongere en ouders/voogd.
- ☐ Zorgbemiddelaar van Adelante op de hoogte stellen van aanmelding en startdatum nieuw kind/jongere via mail.

- ☐ Indien 24-uurszorg, juiste machtigingen voor zorgmaterialen en hulpmiddelen regelen. Het hangt af van de soort zorgverzekering welke leverancier gecontacteerd moet worden.
- ☐ Wanneer het vervoer naar de dagopvang niet geregeld wordt door ouders/voogd, vervoer op de hoogte stellen van nieuwe aanmelding en startdatum nieuw kind/jongere. Gegevens van kind/jongere delen, zodat vervoer kan starten.
- ☐ Vervolggesprek met ouders/voogd en de verpleegkundige (die ook de EVV'er wordt) voor het ondertekenen van de indicatie en een eventuele sightseeing.
- ☐ Aanleveren van benodigde documenten voor starten van kind/jongere (pas wanneer alle documenten aanwezig zijn verder gaan naar de volgende stap):
 - ☐ Verwijzing
 - ☐ Indicatie
 - ☐ Toestemmingsformulier
 - ☐ Uitvoeringsverzoek(en)
 - ☐ Medicatielijst
 - ☐ Noodplan
- Bij 24-uurs zorg

 - ☐ Controle aanwezigheid juiste zorgmaterialen/ medicatie/ hulpmiddelen
 - ☐ Machtiging zorgmateriaal/ specifieke voeding
- ☐ Team informeren over starten nieuw kind/jongere.
- ☐ Controleren of alle punten behaald zijn voordat nieuw kind/jongere kan starten.
- ☐ Kind/jongere kan starten. 😊

Bijlage 6

Dinamo-model

