

Bijlage 7

Knelpuntinventarisatie en analyse

De knelpunten die ten grondslag liggen aan deze richtlijn zijn in het begin van de ontwikkelfase op drie verschillende manieren geïnventariseerd: (1) binnen de werkgroep (2) buiten de werkgroep tijdens twee wereldcafé bijeenkomsten en (3) buiten de werkgroep in de vorm van een quickscan van relevante wetenschappelijke literatuur.

Knelpuntinventarisatie

- ✓ (1) Eerste inventarisatie van knelpunten in de werkgroep
De eerste inventarisatie van mogelijke knelpunten heeft plaatsgevonden binnen de werkgroep van dit project. Aansluitend aan de eerste werkgroepbijeenkomst op 5 december 2018 is aan de leden van de werkgroep gevraagd om een top 5 op te stellen van (pregnante) praktische knelpunten, die in de ADL-zorg (door verpleegkundigen en verzorgenden) ervaren worden. Deze vraag werd in de vorm van een mail naar de werkgroepleden uitgezet op 7 december 2018. De ontvangen knelpunten zijn vervolgens door twee projectgroepleden onafhankelijk van elkaar thematisch geordend en ingedeeld in knelpunten die door zorgvragers, zorgverleners en mantelzorgers werden ervaren.
- ✓ (2) Inventarisatie van knelpunten in twee wereld-café bijeenkomsten
Om de knelpunten in de zorg bij ADL buiten de werkgroep te inventariseren hebben twee wereldcafé bijeenkomsten plaatsgevonden (29-01-2019 in Heerlen, 05-02-2019 in Utrecht) waaraan in totaal 53 gasten hebben deelgenomen. De wereld-café methode is een methode met als doel om samen het gesprek aan te gaan over een onderwerp dat voor verschillende belanghebbenden van betekenis is. De dialoog tussen verschillende perspectieven wordt in verschillende gespreksrondes gefaciliteerd om gezamenlijk verdiepend inzicht en mogelijkheden voor verbetering en actie te ontdekken. Deelnemers zijn in gespreksrondes van 20 minuten in gesprek gegaan over knelpunten in de ADL-zorg aan de hand van vooraf opgestelde kernvragen. Na elke ronde wisselden de deelnemers van tafel en zetten het gesprek in een nieuwe groep aan een andere tafel voort. Deelnemers aan de gesprekstafels bestonden uit diverse belanghebbenden, waaronder verpleegkundigen, verzorgenden, zorgvragers, mantelzorgers, paramedici (fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten), managers, beleidsmakers, opleiders en onderzoekers. In beide bijeenkomsten hebben in totaal 36 gespreksrondes van 20 minuten plaatsgevonden. Van alle gesprekken tijdens beide wereldcafé bijeenkomsten zijn geluidsopnames gemaakt. Daarnaast hebben de zogenaamde stamgasten aan elke tafel van ieder gesprek op een papieren tafelkleed aantekeningen gemaakt die door de deelnemers aan de gesprekken zijn aangevuld met post-its. De bijeenkomsten zijn afgesloten in een gezamenlijke plenaire terugkoppeling. Beide bronnen zijn gebruikt voor een thematische analyse om zodoende te komen tot een overzicht van ervaren knelpunten in de ADL-zorg.
- ✓ (3) Inventarisatie van knelpunten in de wetenschappelijke literatuur
In aanvulling op de inventarisatie van de knelpunten in de werkgroep en de wereldcafés is een QuickScan in de literatuur uitgevoerd. In relevante nationale en internationale wetenschappelijke artikelen is gekeken tegen welke problemen verpleegkundigen en verzorgenden aanlopen in de directe ADL-zorg. Pubmed is gebruikt als database om passende artikelen te vinden. Voor deze QuickScan is in samenwerking met experts uit de projectgroep

een passende zoekstrategie ontwikkeld op basis van de hoofdconcepten “Knelpunten” en “Algemene dagelijkse levensverrichtingen” en “Verpleegkundigen en verzorgenden”. De gekozen zoekstrategie leverde op de dag van de uitvoering 2366 hits op. Deze artikelen zijn op titel gescreend. In totaal zijn vervolgens van 284 artikelen de abstracts gescreend. Tot slot zijn 25 artikelen “full text” bekeken, waarvan 19 artikelen uiteindelijk input hebben geleverd voor de knelpuntinventarisatie. De output van deze 19 artikelen is thematisch geordend en verwerkt in het overzicht van de reeds geïnventariseerde knelpunten.

Selectie van knelpunten

Een overzicht van de conceptknelpunten is aan de werkgroep tijdens een bijeenkomst voorgelegd en besproken en uiteindelijk door de werkgroepleden geaccordeerd. Op basis van dit overzicht zijn vervolgens concept-uitgangsvragen geformuleerd die in een bilateraal overleg met de betrokken richtlijnadviseur zijn getoetst op geschiktheid. Aansluitend zijn de concept-uitgangsvragen ook schriftelijk voorgelegd en goedgekeurd door de project- en adviesgroep van het ontwikkeltraject.

Tabel 10: Overzicht opgehaalde knelpunten in de ADL-zorg

Opgehaalde knelpunten bij de ADL-zorg

- 1) De geleverde ADL-zorg sluit onvoldoende aan bij de behoeften van zorgvragers.
Mogelijke oorzaken hiervan zijn:
 - a. Onvoldoende kwaliteit van diagnostiek of onvoldoende uitvragen van ADL-gerelateerde problemen, wensen en behoeften van zorgvragers in de zorg bij ADL.
 - b. Geringe mate van betrokkenheid van zorgvragers bij de besluiten omtrent doelen, afspraken en uitvoering van ADL-zorg. Zorgvragers ervaren dat hun eigen wensen, voorkeuren en cultuur onvoldoende aandacht hebben in de gesprekken en uitvoering van ADL-zorg.
- 2) Effectieve interventies voor het bevorderen van ADL-zelfstandigheid worden onvoldoende ingezet in de ADL-zorg.
Mogelijke oorzaken hiervan zijn:
 - a. Essentiële zorg, waaronder zorg bij ADL, is vanuit wetenschappelijk bewijs slecht onderbouwd. Dat maakt het voor zorgverleners moeilijk om effectieve interventies in de ADL-zorg te initiëren en uit te voeren. Voor zorgverleners is het onduidelijk welke interventies in de zorg effectief bij ADL kunnen worden ingezet.
 - b. De balans tussen stimuleren van zelfredzaamheid en overnemen van zorg bij ADL ontbreekt. Het is onduidelijk wanneer het stimuleren van zelfredzaamheid in ADL zinvol en gewenst is en wanneer niet.
- 3) De afstemming tussen zorgverleners in de ADL-zorg lijkt onvoldoende en gaat ten koste van de continuïteit van de zorgverlening en tevredenheid van zorgvragers.
Mogelijke oorzaken hiervan zijn:
 - a. Gebrekkige verslaglegging in de ADL-zorg door ontbreken van een up-to-date zorgplan met ADL-gerelateerde doelstellingen, afspraken, acties en evaluaties.
 - b. Suboptimale verpleegkundige overdracht binnen zorgorganisaties (tussen diensten of multidisciplinaire teams) en buiten zorgorganisaties (bijvoorbeeld tussen zorgsettingen)
 - c. Slechte borging van gemaakte afspraken tussen zorgverleners over de ADL-zorgverlening.
- 4) Onvoldoende aandacht voor de betrokkenheid en ondersteuning van mantelzorgers in de ADL-zorg.
Mogelijke oorzaken hiervan zijn:

Opgehaalde knelpunten bij de ADL-zorg

- a. ADL-zorg en ondersteuning wordt door de mantelzorger ervaren als het zwaarste onderdeel van mantelzorg. Met name in de thuissituatie zijn mantelzorgers vaak 24/7 betrokken bij de ADL-zorg.
 - b. Mantelzorgers missen één aanspreekpunt voor ADL-gerelateerde vraagstukken.
 - c. Expertise van mantelzorgers lijkt in de ADL-zorg onvoldoende te worden ingezet.
 - d. De behoeften van mantelzorgers en mogelijkheden voor ondersteuning op ADL-gebied worden onvoldoende gezien door zorgverleners.
- 5) Zorg bij ADL wordt onvoldoende als middel gebruikt om risico's op gezondheidsproblemen te signaleren.
Mogelijke oorzaak hiervan is:
- a. Onvoldoende bewustzijn en kennis over de inzet van zorg bij ADL als middel voor het signaleren van risico's op gezondheidsrisico's.
- 6) Organisatorische en beleidsaspecten belemmeren de continuïteit in en passende uitvoering van de ADL-zorg.
Mogelijke oorzaken hiervan zijn:
- a. Discontinue inzet door een gebrekkige coördinatie en planning van ADL-zorg
 - b. Onduidelijke organisatorische beleidskaders in zorgorganisaties.
 - c. Ontoereikende middelen, waaronder tijd en personeel.
- 7) De fysieke omgeving hindert zorgverleners bij het leveren van optimale zorg bij ADL.
Mogelijke oorzaak hiervan is:
- a. De fysieke omgeving waarin de zorg bij ADL zowel intra- als extramuraal plaatsvindt is bepalend. Kleine (sanitaire) ruimtes en beperkte mogelijkheden om (til-) hulpmiddelen in te zetten en ergonomisch te handelen belemmeren de uitvoering van ADL-zorg.

Prioritering van uitgangsvragen

De werk- en adviesgroep-leden zijn gevraagd om de geformuleerde uitgangsvragen met behulp van een digitale enquête te prioriteren.

Formulering en selectie uitgangsvragen

De conceptknelpunten en uitgangsvragen zijn in mei 2019 beoordeeld door de V&VN-beoordelingscommissie. Op basis van de ontvangen feedback en voortschrijdend inzicht zijn de uitgangsvragen en de formulering herzien. Hierdoor is men gekomen tot onderstaande selectie van uitgangsvragen in volgorde van prioriteit.

Tabel 11: Overzicht Uitgangsvragen richtlijn ADL in volgorde van prioriteit

Prioriteit	Uitgangsvraag (huidige formulering in volgorde van prioriteit)
1	Op welke manier kan de zorgvrager in het stellen van doelen, het maken van afspraken en in de uitvoering van de ADL-zorg optimaal door de zorgverlener betrokken worden?
2	Welke interventies kunnen in de zorg bij ADL effectief worden ingezet om de ADL-zelfstandigheid of het comfort van de zorgvrager te vergroten?
3	Hoe kan de ADL-zorgvraag in kaart worden gebracht en welke valide en betrouwbare instrumenten zijn hiervoor beschikbaar?
4	Op welke manier kan de mantelzorger op een zinvolle manier door de zorgverlener ondersteund worden bij het leveren van ADL-zorg?
5	Hoe kan de ADL-zorg worden ingezet voor het signaleren van gezondheidsrisico's?

Prioriteit	Uitgangsvraag (huidige formulering in volgorde van prioriteit)
Onderstaande uitgangsvragen zijn op advies van de beoordelingscommissie niet opgenomen in de richtlijn.	
6	Aan welke voorwaarden moet de fysieke omgeving voldoen om zorg bij ADL te verlenen en hoe kan de fysieke omgeving worden aangepast zodat er betere zorg bij ADL kan worden verleend?
7	Welke voorwaarden in organisatie en beleid van zorg zijn nodig om continue en passende ADL-zorg toe te kunnen passen bij zorgvragers.
6	Aan welke criteria zouden de samenwerkingsafspraken tussen de betrokken zorgverleners in de zorg bij ADL moeten voldoen?
4	Aan welke criteria moet de verpleegkundige verslaglegging en overdracht in de zorg bij ADL voldoen?