 The Nivel logo features a stylized blue and red graphic above the word "nivel" in a blue, lowercase, sans-serif font.	<p>Dit rapport is uitgegeven door het Nivel in 2002. De gegevens mogen met bronvermelding (Toepassing van kwaliteitsmethoden door verpleegkundigen en verzorgenden, Marieke Speet, Emmy Sluijs, Cordula Wagner) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via receptie @nivel.nl.</p>
---	---

Toepassing van kwaliteitsmethoden door verpleegkundigen en verzorgenden

Marieke Speet
Emmy Sluijs
Cordula Wagner



Uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
in opdracht van de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden

ISBN 90-6905-568-6

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
2 Methode	11
2.1 De literatuurstudie	11
2.2 Schriftelijke enquête	12
2.3 Groepsinterviews	13
3 Resultaten Verpleegkundigen	15
3.1 Respons	15
3.2 Kwaliteitsmethoden voor de organisatie van de zorg	16
3.3 Kwaliteitsmethoden voor het proces van zorgverlening	20
3.4 Kwaliteitsmethoden voor deskundigheidsbevordering en professionalisering	22
3.5 Kwaliteitsmethoden voor cliëntenraadpleging	26
3.6 Bevorderende en belemmerende factoren	29
3.7 Samenvatting en beschouwing	35
4 Resultaten verzorgenden	41
4.1 Respons	41
4.2 Kwaliteitsmethoden voor de organisatie van zorg	42
4.3 Kwaliteitsmethoden voor het proces van zorgverlening	43
4.4 Kwaliteitsmethoden voor deskundigheidsbevordering en professionalisering	45
4.5 Kwaliteitsmethoden voor cliëntenraadpleging	46
4.6 De toepassing van en het draagvlak voor kwaliteitsmethoden	47
4.7 Bevorderende en belemmerende factoren	50
4.8 Samenvatting en beschouwing	51
Literatuurlijst	55
Appendix: Toelichting kwaliteitsmethoden. Beschrijving van ruim 25 kwaliteitsmethoden die verzorgenden en verpleegkundigen (kunnen) gebruiken	57
Bijlagen Vragenlijst	129

Voorwoord

Verpleegkundigen en verzorgenden leveren een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van zorg. Zij kunnen daartoe een aantal kwaliteitsmethoden hanteren die in dit rapport worden beschreven. Ook wordt beschreven welke condities en voorwaarden volgens verpleegkundigen en verzorgenden nodig zijn om de kwaliteitsmethoden in de dagelijkse praktijk toe te passen. Het onderzoek is toegespitst op psychiatrisch verpleegkundigen en op verzorgenden werkzaam in verzorgingshuizen.

Het onderzoek is verricht in opdracht van de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) en uitgevoerd door het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).

De resultaten laten zien dat er enerzijds veel basale kwaliteitsmethoden bestaan die door nagenoeg alle verpleegkundigen en verzorgenden worden toegepast, zoals het werken met protocollen en de melding van incidenten in de patiëntenzorg (MIP). Anderzijds zijn er de meer geavanceerde methoden die minder frequent worden toegepast, zoals visitatie of intercollegiale toetsing. Voor een systematische toepassing van kwaliteitsmethoden blijkt dat naast voldoende tijd ook deskundige coördinatie nodig is.

Het rapport is zo opgebouwd dat - na de eerste twee hoofdstukken - de gegevens over verpleegkundigen (hoofdstuk 3) en over verzorgenden (hoofdstuk 4) afzonderlijk leesbaar zijn. De beschrijvingen van de kwaliteitsmethoden in de appendix gelden voor beide beroepsgroepen.

Onze dank gaat uit naar mw. drs. F.J.J. Bolle van de AVVV die het onderzoek heeft begeleid en waardevolle adviezen en suggesties heeft gegeven.

Wij hopen dat de AVVV nuttig gebruik van het onderzoek kan maken bij de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen.

Utrecht, mei 2002

Mw.Dr.C.Wagner
Programmaleider kwaliteit en organisatie

1 Inleiding

Verpleegkundigen en verzorgenden werken op een aantal manieren aan verbetering van de kwaliteit van zorg.

In de eerste plaats gebeurt dat op individueel niveau in de directe zorgverlening aan de patiënt of cliënt, bijvoorbeeld via de periodieke evaluatie en bijstelling van het zorgplan. Ook op teamniveau wordt aan kwaliteitsbevordering gewerkt via bijvoorbeeld intervisie of intercollegiale toetsing.

Op de tweede plaats werken verpleegkundigen en verzorgenden aan kwaliteit in het kader van het kwaliteitssysteem van de instelling waarin men werkzaam is, bijvoorbeeld via deelname aan verbeterteams of via het naleven van de protocollen die in de instelling gelden.

Op de derde plaats wordt ook op het niveau van de beroepsgroepen zelf een kwaliteitsbeleid ontwikkeld. Op het niveau van de beroepsgroep worden onder meer gedragsregels opgesteld en worden - sinds kort - (wetenschappelijk onderbouwde) richtlijnen ontwikkeld. Ook wordt veel aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering en wordt gestimuleerd dat de beroepsbeoefenaren methoden toepassen ter verbetering van de kwaliteit, zoals er hiervoor al een aantal is genoemd.

De Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) wil de toepassing van methoden voor kwaliteitsbevordering door verpleegkundigen en verzorgenden verder stimuleren, mede in het kader van de verdere professionalisering van deze beroepsgroepen. Daarom is in opdracht van de AVVV in dit onderzoek geïnventariseerd welke methoden ter bevordering van de kwaliteit - in het vervolg te noemen kwaliteitsmethoden - verpleegkundigen en verzorgenden ter beschikking staan en welke condities en voorwaarden nodig zijn om de methoden systematisch in de praktijk toe te kunnen passen. De AVVV wil deze gegevens gebruiken voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen. Voordat we de specifieke vraagstelling van het onderzoek beschrijven wordt kort ingegaan op achtergrondinformatie waaruit de toegenomen aandacht voor kwaliteitsbeleid in de zorgsector kan worden begrepen.

Achtergrondinformatie

De afgelopen jaren is steeds meer aandacht besteed aan manieren om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Deze aandacht voor kwaliteitszorg vindt zijn oorsprong in meerdere maatschappelijke tendensen. In zijn algemeenheid is er sprake van een toenemende rationaliseringstendens ook wel beheersingsdenken genoemd, hetgeen tot uiting komt in de behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording van het handelen en aan bijvoorbeeld de invoering van kwaliteitssystemen om de kwaliteit te beheersen. Deze rationaliseringstendens vindt plaats in alle branches en niet alleen in de zorgsector. In de zorgsector zijn daarnaast drie ontwikkelingen te zien die de aandacht voor kwaliteitszorg hebben gestimuleerd.

Ten eerste is er de emancipatie van patiënten/cliënten en van patiëntenorganisaties waardoor vanuit patiëntenzijde hoge(re) eisen aan de kwaliteit worden gesteld en patiënten inzicht willen hebben in de kwaliteit van zorg om weloverwogen keuzes te kunnen maken.

Ten tweede is de aandacht voor kwaliteit toegenomen door de deregulering in de wetgeving omdat daarmee de verantwoordelijkheid voor kwaliteit bij instellingen en beroepsgroepen zelf wordt gelegd (Hickox, 2000). Voor instellingen komt dat tot uiting in de Kwaliteitswet Zorginstellingen die de instellingen verplicht de kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren op een systematische wijze (Ministerie van VWS, 1996). Voor beroepsbeoefenaren zijn kwaliteitseisen vastgelegd in de Wet BIG (Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg). Deze wet is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening door individuele beroepsbeoefenaren te bewaken en te bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. Ook het beroep van verpleegkundige is in deze wet geregeld. Individueel werkende verpleegkundigen krijgen via deze wet ook regels voorgeschreven om verantwoorde zorg te leveren.

Naast deze twee belangrijke wetten is een aantal andere wetten ook van betekenis voor kwaliteit van zorg. Dat zijn de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) uit 1995, de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) uit 1995 en de Wet medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ) uit 1996. Deze wetten vormen het wetgevend kader voor het kwaliteitsbeleid in de zorgsector.

Ten derde kan de professionalisering van beroepsgroepen in de zorgsector worden genoemd, waardoor ook vanuit de beroepsgroep kwaliteitseisen aan beroepsbeoefenaren worden gesteld (Hollands e.a., 2000). In 1996 heeft het Landelijk Centrum Verpleging Verzorging (LCVV) door het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) laten onderzoeken hoever de beroepsgroepen in de verpleging en verzorging waren met het ontwikkelen van activiteiten voor kwaliteitsbevordering. De resultaten zijn beschreven in het rapport 'kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging' (Wagner e.a., 1997). Het onderzoek laat zien dat er veel aandacht is uitgegaan naar een nieuwe opleidingsstructuur, naar het actualiseren respectievelijk opstellen van een beroepsprofiel en naar een structuur voor registratie en herregistratie van verpleegkundigen. In het rapport worden aanbevelingen geformuleerd voor activiteiten die nodig zijn om beroepsbeoefenaren te ondersteunen bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. Ook in de overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000 (Bennema-Broos ea., 2000) wordt geconcludeerd dat er behoefte is aan een samenhangend kwaliteitsbeleid, mede omdat tijdens de derde Leidschendamconferentie in 1995 werd geconstateerd dat verpleegkundigen en verzorgenden ten opzichte van medici en paramedici een achterstand hebben in het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid voor de beroepsgroepen in de verpleging en verzorging (NRV et al, 1995 uit: Bennema-Broos e.a., 2000).

Er bestaat een grote diversiteit aan beroeps- en vakorganisaties in de verpleging en verzorging die zich ten doel stellen de beroepsbeoefenaren te ondersteunen bij de verder professionalisering van het beroep. Van de 62 beroeps- en vakorganisaties hebben 44 zich in 1996 verenigd in een koepelorganisatie, de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) (Bennema-Broos e.a., 2000). De missie van de AVVV is een bijdrage te leveren aan verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de

kwaliteit van zorg door nauwe onderlinge samenwerking van de specifieke beroepsorganisaties en samenwerking met andere organisaties in de gezondheidszorg (AVVV, 1997). De AVVV heeft een kwaliteitsbeleid geformuleerd waarin wet- en regelgeving een belangrijk kader vormt (AVVV, 1998 uit: Bennema-Broos e.a., 2000). Het centraal coördinatiepunt van de AVVV, het Kwaliteitsplatform Verpleging & Verzorging, kan samenhang in bestaande activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering aanbrengen. Men streeft ernaar om activiteiten in eerste instantie centraal te ontwikkelen en vervolgens regionaal te implementeren (Bennema-Broos e.a., 2000).

Doel van het onderzoek

Het algemene doel van het onderzoek is gegevens aan te leveren over kwaliteitsmethoden die door verpleegkundigen en verzorgenden in de praktijk kunnen worden toegepast en over de condities die daarvoor nodig zijn. Het gaat daarbij in de eerste plaats om het opsporen van kwaliteitsmethoden die geen of weinig extra deskundigheden vereisen en die in principe door iedereen kunnen worden toegepast. Anderzijds gaat het ook om de meer complexe methoden zoals visitatie en intercollegiale toetsing waarvoor wel veel extra kennis en vaardigheden zijn vereist, en die ook de nodige tijdsinvestering vragen. Het onderzoek is afgebakend tot *methoden* voor kwaliteitsbevordering, waaronder in dit rapport het volgende wordt verstaan.

Een methode betekent dat een aantal stappen worden gevolgd om tot kwaliteitsbevordering te komen. Deze stappen liggen vast en zijn gestandaardiseerd, zodat periodieke herhaling, ook door anderen, mogelijk wordt. Ongeacht de methode (eenvoudig of complex) kunnen de volgende stappen worden onderscheiden (Kanters en Verbeek, 1995):

- 1 Kiezen van een onderwerp: wat wil ik verbeteren?
- 2 Formuleren van een doel: wat wil ik bereiken?**
- 3 Kiezen van een verbeteractie: hoe wil ik de verbetering bereiken?
- 4 Toetsen en evalueren: werken de verbeteringen in de praktijk?**
- 5 Bewaken van de uitvoering: hoe zorg ik dat ik niet in de oude routines verval?**

Indien deze vijf stappen worden gevolgd wordt de kwaliteitscyclus doorlopen. Als deze kwaliteitscyclus periodiek wordt herhaald spreekt men van systematische kwaliteitszorg.

Het onderzoek is afgebakend tot twee beroepsgroepen, namelijk verpleegkundigen in de psychiatrie en verzorgenden in verzorgingshuizen. Er is bewust voor deze sectoren gekozen omdat nog niet in kaart is gebracht welke kwaliteitsmethoden zij toepassen en welke problemen zij daarbij eventueel tegenkomen. Over verpleegkundigen in andere sectoren - in verpleeghuizen en ziekenhuizen - komen binnenkort gegevens beschikbaar in het onderzoek dat door de Universiteit van Maastricht wordt uitgevoerd.

Vraagstelling:

De algemene vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt:

Welke methoden kunnen psychiatrisch verpleegkundigen en verzorgenden in verzorgingshuizen gebruiken om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en welke condities zijn daarvoor nodig?

Deze algemene vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende vier deelvragen:

- 1 Welke kwaliteitsmethoden staan verpleegkundigen en verzorgenden ter beschikking? (literatuur).
- 2 Welke kwaliteitsmethoden gebruiken verpleegkundigen en verzorgenden in de dagelijkse praktijk?
- 3 Voor welke methoden bestaat het meeste draagvlak?
- 4 Welke voorwaarden en condities zijn nodig om systematisch met kwaliteitsmethoden te kunnen werken?

Om deze condities en voorwaarden op het spoor te komen is tevens gevraagd welke factoren in de praktijk belemmerend dan wel bevorderend werken bij het toepassen van kwaliteitsmethoden.

Het onderzoek is uitgevoerd bij een beperkt aantal verpleegkundigen die in psychiatrische instellingen werkzaam zijn en verzorgenden die in verzorgingshuizen werkzaam zijn. Het onderzoek heeft een oriënterend karakter en is toegespitst op de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met het toepassen van kwaliteitsmethoden. De resultaten kunnen niet worden gegeneraliseerd.

De opbouw van het rapport is als volgt:

De eerste twee hoofdstukken - inleiding en methode - gelden voor beide beroepsgroepen. De daarna volgende hoofdstukken zijn afzonderlijk leesbaar. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de verpleegkundigen en hoofdstuk 4 die van de verzorgenden. Enige doublures tussen deze hoofdstukken waren noodzakelijk om de hoofdstukken afzonderlijk leesbaar te maken. Er zijn geen vergelijkingen tussen verpleegkundigen en verzorgenden gemaakt vanwege de verschillen in respons (zie hoofdstuk 2). De gedetailleerde beschrijvingen van de kwaliteitsmethoden in de appendix gelden weer voor beide beroepsgroepen.

2 Methode

Ten behoeve van het beantwoorden van de vraagstellingen zijn drie verschillende onderzoeksmethoden gebruikt, namelijk een literatuurstudie, een schriftelijke enquête en groepsinterviews. Via de literatuurstudie is onderzocht welke kwaliteitsmethoden specifiek voor verpleegkundigen en verzorgenden ontwikkeld zijn. Deze literatuur is gebruikt voor het beschrijven van de kwaliteitsmethoden.

De schriftelijke enquête is uitgevoerd om gegevens te verzamelen over kwaliteitsbevorderende- en bewakende methoden die psychiatrisch verpleegkundigen en verzorgenden in verzorgingshuizen in de praktijk gebruiken en om een indruk te krijgen van de condities die nodig zijn om deze methoden goed toe te kunnen passen. In de groepsinterviews is dieper ingegaan op de belemmerende en bevorderende factoren bij het toepassen van kwaliteitsmethoden en de condities en voorwaarden die nodig zijn om systematisch met kwaliteitsmethoden te kunnen werken.

In dit hoofdstuk worden per methode de selectie van de onderzoeksgroep, de gevolgde procedures, de gebruikte materialen en/of instrumenten en de analyse beschreven.

2.1 De literatuurstudie

In de literatuur is gezocht naar relevante informatie ten behoeve van het beantwoorden van de vraag welke kwaliteitsmethoden verpleegkundigen en verzorgenden kunnen gebruiken.

Selectie literatuur

Ten behoeve van het verzamelen van relevante literatuur is gebruik gemaakt van de catalogus van het Nivel. Daarnaast is er gezocht naar relevante literatuur middels de databank: 'Kwaliteit van Zorg' en de databank: 'Verpleegkundigen en Verzorgenden'. Deze databanken zijn gebaseerd op een samenwerkings- project door respectievelijk het Trimbosinstituut en het Nivel en op een samenwerkingsverband tussen het Nivel, Prismant en het LCVV. De volgende trefwoorden zijn gebruikt: kwaliteitsbevordering, kwaliteitsverbetering, kwaliteitsbewaking, methodieken, implementatie, verpleegkundigen, verzorgenden en psychiatrie. Daarnaast is er in de relevante vaktijdschriften (o.a. kwaliteit in beeld, Tijdschrift voor Verpleegkundigen, Tijdschrift voor Verzorgenden) en de grijze literatuur (afstudeerscripties) gezocht naar beschrijvingen van kwaliteitsmethoden voor verpleegkundigen en verzorgenden. Ten behoeve van de afbakening van de literatuurstudie is met name literatuur vanaf 1995 geselecteerd, uitgezonderd de door inhoudsdeskundigen aanbevolen literatuur. De literatuurstudie heeft geleid tot een overzicht van methoden die verpleegkundigen en verzorgenden kunnen gebruiken en een beschrijving van elke methode. Van elke methode zijn doel, praktische toepassing, benodigde deskundigheid, kosten en baten en knelpunten beschreven. Alle in de literatuur gevonden methoden zijn in de appendix van dit rapport opgenomen.

2.2 Schriftelijke enquête

Het doel van het schriftelijk enquêteren van psychiatisch verpleegkundigen en verzorgenden in verzorgingshuizen was te inventariseren welke kwaliteitsmethoden zij in de praktijk gebruiken en een indruk te krijgen van de condities die nodig zijn om met deze methoden te kunnen werken.

Selectie onderzoekspopulatie

Vanwege het oriënterend karakter van dit onderzoek is gestreefd naar het verzamelen van informatie van 50 psychiatisch verpleegkundigen en 50 verzorgenden. Om de gewenste respons te bereiken is de enquête gestuurd naar 100 verpleegkundigen en 100 verzorgenden.

De selectie van de onderzoeksgroep heeft plaatsgevonden met behulp van een selecte steekproef van één beroepsvereniging van verzorgenden en één beroepsvereniging van verpleegkundigen. Dit heeft tot gevolg dat de resultaten niet kunnen worden gegeneraliseerd naar de hele populatie van verpleegkundigen en verzorgenden. Gezien de doelstelling van het onderzoek is dat niet bezwaarlijk aangezien gezocht wordt naar variatie in methoden en niet gestreefd wordt naar generaliseerbaarheid.

De vragenlijst

Ten behoeve van dit onderzoek is een nieuwe vragenlijst ontwikkeld. Om te kunnen waarborgen dat de vragen aansluiten bij het referentiekader van de onderzoeksgroep is de vragenlijst gebaseerd op het beroepsprofiel van verpleegkundigen (Leistra e.a., 1999) en verzorgenden (Haterd e.a.2000). In beide beroepsprofielen wordt onderscheid gemaakt tussen zorgvragergebonden taken, organisatiegebonden taken en deskundigheid en professiegebonden taken. Deze drie verschillende taakgebieden vormen drie onderdelen van de vragenlijst. Een vierde onderdeel, het raadplegen van de cliënt, is als apart onderdeel aan de vragenlijst gevoegd, vanwege de centrale positie van de cliënt in de zorg. Volgens verzorgenden is er sprake van kwaliteit als de zorg cliëntgericht is, aansluit op de behoeften van de cliënt, de cliënt in zijn totaliteit wordt gezien en met respect en aandacht wordt bejegend (Sting, 2002).

Per taakgebied wordt geïnventariseerd welke methoden de respondenten in de praktijk toepassen. Hiertoe zijn in de eerste plaats vier of vijf methoden geselecteerd uit de literatuur. Getracht is om zowel meer complexe methoden (bijvoorbeeld intercollegiale toetsing) als meer basale methoden (bijvoorbeeld checklist) in de selectie op te nemen om respondenten te laten zien dat methoden in een breed kader geïnventariseerd worden. Van elke geselecteerde methode is gevraagd of de respondenten bekend zijn met de methode en of ze de methode toepassen in de praktijk. In de tweede plaats is met behulp van een open vraag geïnventariseerd of de respondenten naast de geselecteerde methoden nog andere methoden gebruiken.

Met behulp van een open vraag is geïnventariseerd wat verpleegkundigen en verzorgenden belangrijk vinden bij het toepassen van de methoden voor de organisatie van de zorg, het proces van zorgverlening, deskundigheidsbevordering en professionalisering en het raadplegen van de cliënt.

De ontwikkelde vragenlijst is uitgetest door drie verpleegkundigen en vier verzorgenden van verschillende kwalificatieniveaus. Op basis van de bevindingen van de pilot is de vragenlijst aangepast.

Procedure

Om de respons te verhogen is een aanbevelingsbrief van de AVVV en een antwoordenvolpette bij de vragenlijst gevoegd en heeft de onderzoeksgroep na twee weken een schriftelijke reminder ontvangen. Aan respondenten werd in de vragenlijst gevraagd of zij bereid waren hun antwoorden telefonisch toe te lichten. Bij een positief antwoord op deze vraag zijn de respondenten telefonisch geïnterviewd over methoden die zij gebruiken, waarover minder informatie in de literatuur te vinden is. Van de betreffende methoden zijn het doel, de toepassing, benodigde deskundigheid, de knelpunten en baten besproken. De telefonische interviews duurden een kwartier tot een half uur. De informatie die tijdens deze interviews is verzameld, is gebruikt voor het beschrijven van de methoden in de appendix van dit rapport.

Analyse

De vragen met voorgestructureerde antwoordmogelijkheden zijn geanalyseerd met behulp van het programma SPSS. De open vragen zijn handmatig geanalyseerd.

Er is een overzicht gemaakt van methoden die respondenten gebruiken in de praktijk.

In de vragenlijst hebben respondenten factoren genoemd die zij belangrijk vinden bij het toepassen van kwaliteitsmethoden. Deze factoren zijn handmatig geclusterd volgens de indeling van Grol & Wensing (2001). Zij onderscheiden vier dimensies die bij de implementatie van een methode een rol spelen namelijk: de individuele hulpverlener, de sociale omgeving, het systeem/ de organisatie en de implementatie zelf.

De dimensie van de individuele hulpverlener betreft bijvoorbeeld de competentie van een persoon om met een methode te kunnen werken en zijn/haar houding ten opzichte van een methode.

De dimensie van de sociale omgeving betreft bijvoorbeeld de opvattingen van collega's over een methode en de reactie van cliënten op een methode.

De dimensie van het systeem/ de organisatie betreft bijvoorbeeld de aanwezigheid van benodigde materialen en faciliteiten.

De dimensie van de implementatie zelf betreft bijvoorbeeld de introductie van een methode en de gelegenheid te kunnen experimenteren met de methode.

De analyse heeft geleid tot een overzicht van belangrijk gevonden factoren voor het toepassen van kwaliteitsmethoden in de praktijk.

2.3 Groepsinterviews

De doelstelling van de groepsinterviews is drieledig:

- inventariseren voor welke methoden bij psychiatrisch verpleegkundigen en verzorgenden het meeste draagvlak bestaat.
- verdiepen in de belemmerende en bevorderende factoren voor het toepassen van kwaliteitsmethoden.
- verdiepen in de voorwaarden en condities die nodig zijn om systematisch met kwaliteitsmethoden te kunnen.

Selectie onderzoekspopulatie

Voor het onderzoek is gestreefd naar het houden van tien interviews met verpleegkundigen en verzorgenden die in de praktijk werkzaam zijn. Drie interviews met verpleegkundigen in psychiatrische instellingen, twee interviews met verpleegkundigen die lid zijn van een beroepsvereniging. Drie interviews met verzorgenden in een verzorgingshuis en twee interviews met leden van een beroepsvereniging voor

verzorgenden. Aan elk interview participeerden bij voorkeur 6 deelnemers. In overleg met de opdrachtgever zijn de instellingen en beroepsverenigingen geselecteerd. Deze instellingen en beroepsverenigingen hebben een informerende brief ontvangen over het onderzoek waarin gevraagd werd of de organisatie bereid was deel te nemen aan het onderzoek.

Vervolgens is telefonisch contact gezocht om, bij een positieve reactie, een afspraak te maken voor het houden van een groepsinterview. Om het deelnemen aan de interviews aantrekkelijker te maken heeft elke deelnemer een cadeaubon van 20 euro ontvangen.

Procedure

Vanwege het grote aantal kwaliteitsmethoden dat is geselecteerd tijdens de schriftelijke enquête is besloten om niet alle -met de vragenlijst geïnventariseerde- methoden in een groepsinterview te bespreken. Omdat de indeling van de methoden in de vragenlijst een geschikte indeling is gebleken, is deze ook tijdens de groepsinterviews gehanteerd. In de helft van de groepsinterviews zijn de methoden voor de organisatie van zorg en de cliëntenraadpleging besproken. In de andere interviews zijn methoden voor het proces van zorgverlening en de deskundigheid/professie aan de orde gesteld.

Ter voorbereiding van het groepsinterview heeft elke deelnemer per post informatie ontvangen over het doel en de hoofdvragen van het groepsinterview. Tevens is een korte beschrijving van de methoden waarover gesproken zou worden als bijlage toegevoegd. Elk interview is door twee onderzoekers afgenomen.

Analyse

Van elk groepsinterview is een verslag gemaakt. De verslagen zijn ter autorisatie naar de deelnemers gezonden. Indien nodig zijn de verslagen aangepast en vervolgens als bron gebruikt voor de rapportage.

3 Resultaten verpleegkundigen

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de psychiatrisch verpleegkundigen beschreven. In paragraaf 1 wordt de respons op de schriftelijke enquête en de groepsinterviews weergegeven. In de paragrafen 2 tot en met 5 worden aan de hand van het gekozen kader (de organisatie van de zorg, processen van zorgverlening, deskundigheid en professie en cliëntenraadpleging) de methoden, het draagvlak van de methoden en de praktische toepassing beschreven.

De factoren die verpleegkundigen als bevorderend of belemmerend ervaren bij het toepassen van kwaliteitsmethoden in de praktijk worden in paragraaf 6 beschreven. In paragraaf 7 wordt een samenvatting van en een beschouwing over de resultaten gegeven.

3.1 Respons

Schriftelijke enquête

Aan 100 psychiatrisch verpleegkundigen is een schriftelijke enquête gezonden. 3 vragenlijsten zijn ongeopend retour ontvangen vanwege een incorrect adres en 3 verpleegkundigen zijn niet meer in het veld werkzaam en hebben om deze reden de vragenlijst niet ingevuld. Dit resulteert in een netto steekproef van 94 respondenten. 51 verpleegkundigen (respons 54%) hebben de vragenlijst ingevuld en geretourneerd en hiermee is de gewenste respons (50) behaald.

Telefonische interviews

22 respondenten waren bereid om in een telefonisch gesprek hun antwoorden toe te lichten. Alleen verpleegkundigen die een methode beschreven waarover minder informatie in de literatuur te vinden is, zijn benaderd. In totaal zijn 15 verpleegkundigen telefonisch geïnterviewd over één of meerdere van de volgende methoden: klinische lessen, signaleringsplan, model Eerst Verantwoordelijke en het TZAS model. De informatie die tijdens de telefonische interviews is verzameld is verwerkt in de appendix van dit rapport, waarin bovenstaande methoden zijn beschreven.

Groepsinterviews

In totaal is met 25 psychiatrisch verpleegkundigen gesproken in vier groepsinterviews. Eén interview heeft niet kunnen plaatsvinden vanwege een reorganisatie van de betreffende instelling.

Twee groepsinterviews vonden plaats in een psychiatrische instelling met verpleegkundigen die op verschillende afdelingen binnen die instelling werkzaam zijn. Twee groepsinterviews zijn gehouden met leden van een beroepsvereniging voor psychiatrisch verpleegkundigen.

Bij elk groepsinterview waren minimaal vier psychiatrisch verpleegkundigen aanwezig. Van de 25 psychiatrisch verpleegkundigen had een aantal zich gespecialiseerd of andere werkzaamheden naast hun verpleegkundige taken.

Zo is onder andere gesproken met vier consultatieve psychiatisch verpleegkundigen, vier sociaal psychiatisch verpleegkundigen en een verpleegkundig specialist. Vier deelnemers hadden naast hun verpleegkundige taken ook coördinerende taken en één verpleegkundige was casemanager.

3.2 Kwaliteitsmethoden voor de organisatie van zorg

Deze paragraaf gaat in op kwaliteitsmethoden van de organisatie van zorg. Verpleegkundige zorg vindt- over het algemeen- plaats in of vanuit een instelling (Leistra e.a., 1999). Het instellingsbeleid vormt het kader waarbinnen de verpleegkundige haar zorg verleent. Zij heeft vanuit haar eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid een belangrijke rol in de bedrijfsvoering van haar organisatie-eenheid. Voor de continue uitvoering van de zorg werken de meeste verpleegkundigen in teamverband en/of in nauwe samenwerking met andere disciplines. Dit brengt een aantal organisatorische taken met zich mee. De kwaliteit van zorg wordt mede bepaald door een goede samenwerking met collega's en het afstemmen van werkzaamheden. Er zijn diverse methoden ontwikkeld om de organisatie van de zorg kwalitatief te verbeteren. Met behulp van de vragenlijst en de groepsinterviews is geïnventariseerd welke methoden verpleegkundigen hiertoe in de praktijk kunnen gebruiken. In onderstaand kader zijn de methoden met een korte toelichting weergegeven. In de appendix zijn de methoden, zover literatuur over de methoden gevonden is, beschreven.

Schema 3.1: Kwaliteitsmethoden voor de organisatie van de zorg

Werkoverleg: bijeenkomsten van teamleden ten behoeve van de taakverdeling en het maken van afspraken over de aanpak van organisatorische knelpunten op de afdeling.

Intercollegiale toetsing: bijeenkomsten waarin een groep hulpverleners stapsgewijs elkaars functioneren toetst aan hiervoor opgestelde richtlijnen. Vervolgens worden veranderingen aangebracht die systematisch worden geëvalueerd.

Verbeterteams: een bijeenkomst van een groep medewerkers waarin op systematische wijze praktijkproblemen worden geanalyseerd en opgelost.

Checklist: een lijst waarop activiteiten worden afgetekend om te voorkomen dat er iets vergeten wordt. Door het zetten van een paraaf kan later achterhaald worden wie de taken heeft uitgevoerd.

Evalueren: een activiteit waarin met een of meerdere collega's wordt nabesproken of de geformuleerde doelen ook gehaald zijn en of handelingen uitgevoerd zijn zoals gepland.

Model Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige (EVV): een model voor de coördinatie van zorg, waarbij een hulpverlener verantwoordelijk is voor taken rondom een bepaalde cliënt en hij/zij aanspreekpunt is voor andere hulpverleners, de cliënt en familieleden.

Overdracht-rapportage systeem: een systeem waarin de informatie-overdracht over de afgeronde dienst plaatsvindt volgens vastgestelde richtlijnen en op systematische wijze wordt gerapporteerd over gebeurtenissen die tijdens de dienst hebben plaatsgevonden.

Het Teamgericht zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen (TZAS-model): een model waarmee op methodische wijze overleg plaatsvindt over agressie en schokkende gebeurtenissen die in een team hebben plaatsgevonden of dreigen te gebeuren.

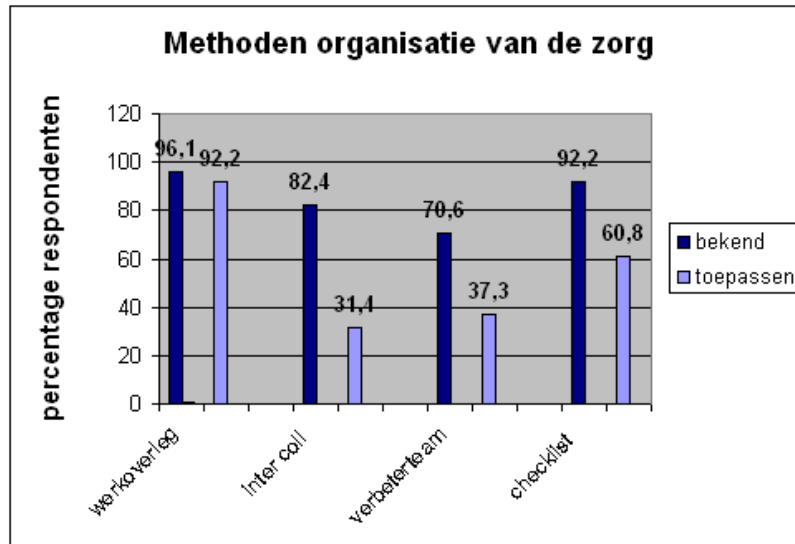
Visitatie: het op een georganiseerde wijze een bezoek afleggen bij beroepsgenoten/collega's. Hierbij worden de beroepsuitoefening en de omstandigheden waaronder deze plaatsvindt kritisch bekeken.

Casemanager: een gespecialiseerde verpleegkundige heeft als taak om een cliënt te ondersteunen bij het zoeken van het best passende zorgtraject.

Beleidsdagen: verpleegkundigen participeren aan dagen waarin beleidsplannen worden ontwikkeld, schriftelijk worden vastgelegd en periodiek worden geëvalueerd.

In de vragenlijst is van vier geselecteerde methoden gevraagd in hoeverre de methoden bekend zijn en in de praktijk worden toegepast, namelijk: werkoverleg, intercollegiale toetsing, verbeterteams en checklist.

Grafiek 3.1 : Percentage verpleegkundigen die de methoden kennen en toepassen (N=51).



- 96% van de verpleegkundigen is bekend met de methode werkoverleg.
92% van de verpleegkundigen past werkoverleg toe in de praktijk.
- 82% van de verpleegkundigen is bekend met de methode intercollegiale toetsing.
31% van de respondenten past de methode ook daadwerkelijk toe.
- 71% van de verpleegkundigen is bekend met de methode verbeterteams.
37% van de verpleegkundigen neemt deel aan een verbeterteam.
- 92% verpleegkundige is bekend met het werken met een checklist.
61% van de verpleegkundigen werkt in de praktijk met een checklist.

Werkoverleg is het meest bekend en wordt door de meeste verpleegkundigen toegepast. Het minst wordt gewerkt met intercollegiale toetsing en verbeterteams. De laatste methode is ook het minst bekend.

Draagvlak voor methoden

In de groepsinterviews is aan psychiatisch verpleegkundigen gevraagd welke van de in schema 3.1 beschreven methoden zij het meest belangrijk vinden. Deze vraag bleek niet voor alle deelnemers eenvoudig te beantwoorden. In principe worden alle methoden belangrijk gevonden. Er is geen methode die men onbelangrijk of niet zinvol vindt. In de gesprekken zijn toch een aantal argumenten genoemd waarom de ene methoden belangrijker gevonden wordt dan de andere. Deze worden hieronder kort weergegeven.

Methoden die noodzakelijk zijn voor het continueren van het hulpverleningsproces, zoals Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige en (multidisciplinair) overleg krijgen prioriteit, aldus de geïnterviewden. De methoden die gericht zijn op het *verbeteren* van de kwaliteit van zorg worden in periodes van hoog ziekteverzuim en personeelstekort noodgedwongen op de lange baan geschoven. Denk hierbij aan methoden als

intercollegiale toetsing en verbeterteams. Het handhaven van het kwaliteitsniveau eist in die situatie vaak alle aandacht op.

Volgens de geïnterviewden is het hanteren van een overdracht en rapportagesysteem belangrijk om efficiënt en effectief over vakinhoudelijk belangrijke informatie te communiceren. Richtlijnen voor rapportage zijn nodig om te voorkomen dat overbodige informatie wordt opgeschreven, belangrijke informatie niet wordt opgeschreven of informatie op de verkeerde plaats terecht komt.

Automatisering van het overdracht-rapportagesysteem biedt volgens enkele geïnterviewden de mogelijkheid om het gehele hulpverleningsproces te volgen. Ook (of met name) op multidisciplinair niveau. Doordat de hulpverlener gedwongen wordt te expliciteren waar hij/zij mee bezig is, wordt het hulpverleningsproces meer transparant gemaakt en kan informatie van verschillende disciplines aan elkaar gekoppeld worden. Checklisten worden veel gebruikt, aldus de geïnterviewden. Ze zijn nuttig omdat ze houvast geven bij het uitvoeren van bepaalde handelingen. Meestal zijn ze efficiënt en duidelijk opgesteld en daarmee praktisch toepasbaar, zo werd opgemerkt.

Het werken aan kwaliteit wordt bevorderd als één verpleegkundige kwaliteit in de portefeuille heeft, aldus de geïnterviewden. Dit hoeft niet een aparte functie te zijn. Volgens de deelnemers aan de interviews gaat het om de aansturing van het team en het bewaken en stimuleren van het werken met kwaliteitsmethoden ook (vooral) in tijden dat de werkdruk hoog is.

Praktische toepassing

In de interviews is gevraagd in hoeverre methoden voor de organisatie van de zorg systematisch worden toegepast. De mate waarin systematisch met een methode gewerkt wordt verschilt per afdeling van de instelling. De meeste methoden worden wel toegepast in de praktijk, maar meestal niet op een systematische manier.

De geïnterviewden geven verschillende voorbeelden.

Zoals eerder in dit rapport is beschreven vervallen methoden zoals intercollegiale toetsing en verbeterteams als het druk is of onvoldoende personeel aanwezig is.

Ook komt het voor dat de methode alleen wordt toegepast als er een probleem gesignaleerd wordt (ad hoc). Bijvoorbeeld het werken met een verbeterteam/ werkgroep wordt gedaan als er een nieuw project start of als tijdens een overleg is gebleken dat een bepaald knelpunt verder uitgewerkt moet worden.

Sommige methoden vinden ook of louter op informele manier plaats. Bijvoorbeeld visitatie, waarbij een verpleegkundige naar een collega van een andere afdeling gaat om te kijken op welke manier hij/zij werkt en/of advies te vragen.

Op sommige afdelingen is de methode visitatie in ontwikkeling. Op andere afdelingen worden werkbezoeken in plaats van visitaties afgelegd.

Volgens meerdere geïnterviewden worden methoden vaak niet door alle verpleegkundigen op dezelfde wijze toegepast, omdat richtlijnen hiervoor ontbreken.

Volgens meerdere geïnterviewden komen in het werkoverleg soms ook zaken als intercollegiale toetsing en evalueren aan de orde. Dit gebeurt het meest vaak bij consultatieve en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Deze verpleegkundigen hebben een keer per week een multidisciplinair overleg en daarin moet alles aan bod komen wat van belang is. Afhankelijk van de behoefte van deelnemers aan de bijeenkomst en de problematieken die op dat moment actueel zijn wordt vaker/ minder vaak van een methode gebruik gemaakt.

3.3 Kwaliteitsmethoden voor het proces van de zorgverlening

Het proces van zorgverlening bestaat uit een aantal onderdelen zoals het vaststellen van benodigde zorg, het plannen van zorg, het uitvoeren van zorg en evalueren van zorg. De verpleegkundige draagt zorg voor de continuïteit in de verpleegkundige zorg (Leistra e.a, 1999). Aan psychiatrisch verpleegkundigen is in de vragenlijst en in de groepsinterviews gevraagd welke methoden zij gebruiken om de kwaliteit van het proces van zorgverlening te bevorderen. De genoemde methoden zijn in onderstaand kader kort beschreven. De appendix van dit rapport geeft meer uitgebreide beschrijvingen van elke methode, zover hierover in de literatuur informatie over gevonden is.

Schema 3.2: Kwaliteitsmethoden proces van zorgverlening.

Zorgplansystematiek: een systematische procedure voor het werken met een zorgplan bij de uitvoering van zorg. In dit plan staat de totale zorg voor een cliënt beschreven.

Protocol: een document waarin wordt vastgelegd hoe in specifieke situaties gehandeld moet worden.

Registratie van incidenten of bijna ongevallen: een activiteit waarbij incidenten of bijna ongevallen worden beschreven op een hiervoor bestemd formulier. Periodiek worden alle voorgevallen incidenten geëvalueerd. Het doel is om voor patiënten gevaarlijke situaties te voorkomen, om te zoeken naar mogelijke oorzaken en oplossingen.

Een observatieformulier: een formulier waarop specifiek gedrag van een cliënt wordt genoteerd. Ook kunnen bijvoorbeeld reacties in de sociale omgeving worden geregistreerd.

Cliëntbespreking: een bijeenkomst waarin zorgverleners de huidige situatie van een cliënt bespreken en afspraken maken over de verdere begeleiding van de cliënt.

Richtlijn: een document dat tot doel heeft de besluitvorming van verpleegkundigen of verzorgenden te ondersteunen en aan te geven wat er gedaan kan worden gedurende een bepaald zorgproces.

Standaard: een document dat tot doel heeft een uitspraak te doen over een gewenst uitvoeringsniveau binnen een discipline.

Methodisch werken: een systematische, stapsgewijze manier van werken. Er wordt informatie verzameld, een uitvoeringsplan gemaakt, vervolgens vindt de uitvoering plaats en deze wordt na een afgesproken periode geëvalueerd.

Zorgprogramma: een programma voor een cliënt, dat is ontwikkeld voor mensen met hetzelfde ziektebeeld als de cliënt.

Signaleringsplan: een plan, waarin het gedrag van een cliënt in verschillende fasen (van stabiele fase naar escalerende fase) beschreven wordt. Tevens wordt voor elke fase beschreven wie wat moet doen (cliënt, hulpverlener, etc).

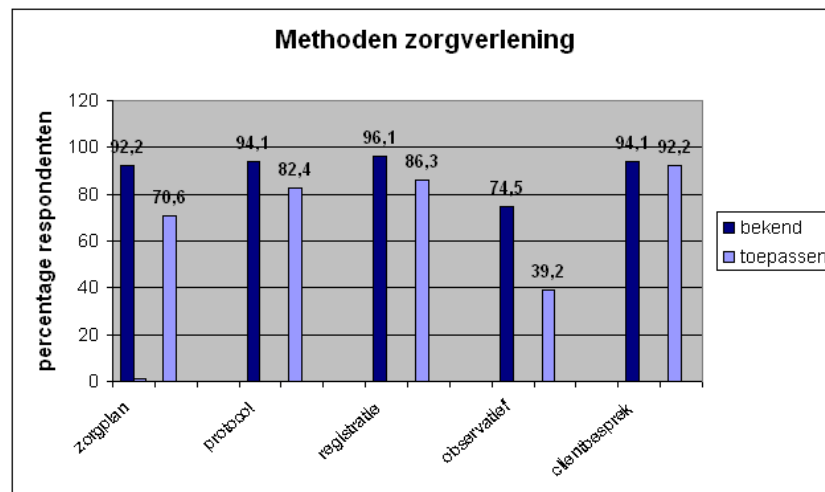
Crisiskaart: een kaart waarop alle belangrijke gegevens staan die in een crisissituatie bekend moeten zijn, bijvoorbeeld wie er gewaarschuwd moet worden. De cliënt draagt de kaart altijd bij zich.

Familie/vertegenwoordigers overleg: een bijeenkomst met familie/vertegenwoordiger van een cliënt waarin de verpleegkundige met hen bespreekt hoe het met de cliënt gaat en afspraken maakt over zorg of begeleiding.

Videofeedback: een activiteit waarbij met behulp van video-opnames gedrag van de cliënt en/of de handelingen van een hulpverlener wordt geanalyseerd.

In de vragenlijst is van vijf geselecteerde methoden gevraagd in hoeverre de methoden bekend zijn en in de praktijk worden toegepast, namelijk: zorgplansystematiek, protocollen, registratie van incidenten en observatieformulier en cliëntbespreking.

Grafiek 3.2 Percentage verpleegkundigen die de methoden kennen en toepassen (N=51).



- 92% van de respondenten is bekend met de methode zorgplansystematiek.
71% past de methode ook toe in de praktijk.
- 94% van de respondenten is bekend met protocollen.
82% maakt gebruik van protocollen op zijn/haar afdeling.
- 96% van de verpleegkundigen zijn bekend met de registratie van incidenten.
86% van de verpleegkundigen past de methode toe.
- 75% van de respondenten is bekend met de toepassing van een observatieformulier.
39% gebruikt een observatieformulier in de praktijk.

- 94% is bekend met de methode cliëntbespreking
92% van de respondenten neemt deel aan cliëntbesprekingen.

Bovenstaande methoden zijn bij de meeste verpleegkundigen bekend. Cliëntbesprekingen worden het meest toegepast. Het werken met een observatieformulier is in verhouding tot de andere methoden het minst bekend en wordt ook het minst vaak toegepast.

Draagvlak voor methoden

In de groepsinterviews is aan de deelnemers gevraagd welke van de in schema 3.2 beschreven methoden voor het proces van zorgverlening zij het meest belangrijk vinden. Methodisch werken en het werken met zorgplannen levert volgens de geïnterviewden een belangrijke bijdrage aan kwaliteit van zorg mits ze als middel worden gebruikt en niet als doel op zich.

Het werken met een zorgplan is een goede systematiek, omdat de doelen van de behandeling en de aanpak duidelijk worden vastgelegd. Dat bevordert dat iedereen dezelfde aanpak volgt en dat er meer eenheid komt in de wijze waarop met de patiënt wordt omgegaan. Uit de interviews is gebleken dat nog niet overal met zorgplannen wordt gewerkt.

Protocollen geven houvast hoe te handelen in specifieke situaties. Het is belangrijk dat de protocollen up to date worden gehouden en het gebruik ervan regelmatig wordt geëvalueerd. Volgens enkele deelnemers wordt dit in de praktijk niet altijd gedaan. Signaleringsplannen worden door enkele geïnterviewden belangrijk gevonden. Deze plannen hebben een preventief effect op het voorkomen van een crisis en geven de cliënt meer grip op zijn leven. Dit laatste geldt ook voor de crisiskaart.

Praktische toepassing

Uit de interviews is gebleken dat de mate waarin methodisch wordt gewerkt verschilt per afdeling. Hetzelfde geldt voor het gebruiken van zorgplannen en signaleringsplannen. Op sommige afdelingen is het in ontwikkeling, op andere afdelingen wordt er al geruime tijd mee gewerkt. Op enkele afdelingen wordt gewerkt met een elektronisch zorgplan. Protocollen worden volgens de geïnterviewden niet overal systematisch toegepast omdat ze soms niet up to date zijn.

3.4 Kwaliteitsmethoden voor deskundigheidsbevordering en professionalisering.

In de Wet BIG wordt extra nadruk gelegd op het behoud van de eigen deskundigheid. Onbekwaam is immers onbevoegd (Leistra e.a., 1999). Dit vereist een permanente investering van de verpleegkundige om zich op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen op haar vakgebied en deze toe te passen. Naast haar eigen ontplooiing als professionele beroepsbeoefenaar levert zij een bijdrage aan de professionalisering van het verpleegkundig beroep.

In het kader van deze taken en verantwoordelijkheden is aan psychiatrisch verpleegkundigen gevraagd welke methoden zij gebruiken ten behoeve van de deskundigheidsbevordering en ontwikkeling van de professie. De methoden die in de vragenlijst en in de groepsinterviews zijn genoemd, zijn in het onderstaand kader kort beschreven. Meer informatie over deze methoden kunt u lezen in de appendix.

Schema 3.3: Kwaliteitsmethoden deskundigheidsbevordering en professionalisering.

Werkbegeleiding: een verpleegkundige krijgt begeleiding van de leidinggevende, waarin het handelen van de verpleegkundige centraal staat.

Feedback: een verpleegkundige reageert op de wijze waarop een collega gehandeld heeft in een bepaalde situatie of hoe een collega handelt in het algemeen.

Intervisie: een vorm van begeleiding en advisering met een groep collega's. Tijdens de bijeenkomsten wordt om beurten een praktijkervaring ingebracht en wordt het handelen van de betrokken persoon ter discussie gesteld.

Deskundigheidsbevordering: middels verschillende activiteiten worden vakinhoudelijke kennis en praktische vaardigheden bijgehouden en nieuwe kennis en vaardigheden aangeleerd.

Supervisie: een vorm van begeleiding en advisering in het kader van een opleiding of een leersituatie. Supervisie wordt gegeven door een ervaren beroepsbeoefenaar.

Themabijeenkomsten/klinische lessen: er wordt een bijeenkomst georganiseerd naar aanleiding van een behoefte van verpleegkundigen, het management of andere disciplines. Het thema dat is aangedragen wordt uitgediept, soms onder leiding van extern deskundigen. Bijvoorkeur is het hele team aanwezig.

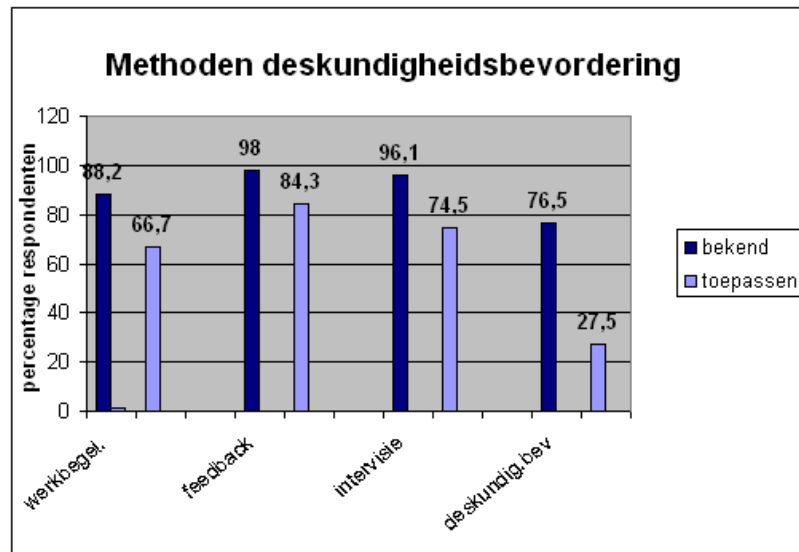
Gedragsregels: het toepassen van de regels voor het beroepsmatig handelen wat betreft de bejegening en de rechten van de cliënt.

Nieuwsbrief uitgebracht door vakgroep: middels een nieuwsbrief worden verpleegkundigen geïnformeerd over nieuwe ontwikkelingen op het vakgebied.

Aandachtsfunctionaris kwaliteit verpleegkundige: een verpleegkundige krijgt als taak om het werken aan kwaliteit bij zijn/haar collega's onder de aandacht te brengen en te houden en processen te bewaken.

In de vragenlijst is van vier geselecteerde methoden gevraagd in hoeverre de methoden bekend zijn en in de praktijk worden toegepast, namelijk: werkbegeleiding, feedback, intervisie en systematische deskundigheidsbevordering.

Grafiek 3.3 : Percentage verpleegkundigen die de methoden kennen en toepassen (N=51).



- 88% van de respondenten is bekend met werkbegeleiding.
67% krijgt werkbegeleiding op zijn/haar afdeling.
- 98% van de respondenten is bekend met feedback.
84% van de respondenten geeft feedback in de praktijk..
- 96% van de respondenten is bekend met interview.
75% van de respondenten heeft ingevuld dat zij deelnemen aan interview in de praktijk.
- 77% van de respondenten is bekend is met systematische deskundigheidsbevordering
28% van de respondenten past systematische deskundigheidsbevordering toe.

Feedback is de meest bekende methode en wordt in de praktijk ook het meest toegepast. Aan systematische deskundigheidsbevordering wordt door het minst aantal respondenten deelgenomen.

Draagvlak voor methoden

In de groepsinterviews is aan de deelnemers gevraagd welke in schema 3.3 beschreven methoden voor deskundigheidsbevordering en professionalisering zij het meest belangrijk vinden en waarom. De deelnemers blijken veel methoden belangrijk te vinden.

Deskundigheidsbevordering is nodig om op de hoogte te blijven van vakinhoudelijke ontwikkelingen en om vaardigheden die nodig zijn om de veranderende functies en verantwoordelijkheden te kunnen vervullen, zo meldt men. Klinische lessen kunnen volgens de geïnterviewden een efficiënt hulpmiddel zijn, omdat alle teamleden tegelijkertijd geïnformeerd worden. Bij- en nascholing is een voorwaarde om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. Verpleegkundigen krijgen steeds meer verantwoordelijkheden en dienen voldoende bagage te hebben om deze te kunnen dragen, aldus de geïnterviewden. Daarnaast benadrukken enkele geïnterviewden het belang dat deskundigheidsbevordering op een systematische wijze plaatsvindt. Dit betekent onder andere dat er een beleidsplan wordt gemaakt en dat behoeftes aan bij- en nascholing bij verpleegkundigen worden geïnventariseerd. Registratie en herregistratie wordt ook in dit

kader genoemd als belangrijke methode om een bepaalde deskundigheid van verpleegkundigen te waarborgen.

Volgens de geïnterviewden werken verpleegkundigen steeds meer autonoom. Intervisie kan bij verpleegkundigen die in teamverband werken een belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een eenduidige visie op de zorgverlening. Met name consultatieve psychiatisch verpleegkundigen en sociaal psychiatisch verpleegkundigen vinden de methode intervisie erg belangrijk. Omdat deze verpleegkundigen solistisch werken en er weinig momenten zijn waarop zij feedback krijgen, kunnen zij hun functioneren niet toetsen aan collega's.

Naast deze methoden biedt het multidisciplinair overleg de gelegenheid de gekozen behandeling en begeleiding te toetsen en om andere invalshoeken op een situatie/problematiek van een cliënt te horen.

Feedback draagt bij aan de professionele ontwikkeling van de individuele verpleegkundigen en de samenwerking in een team, aldus de geïnterviewden. Het geven en ontvangen van feedback wordt vaak als vanzelfsprekend ervaren, terwijl dit volgens meerdere deelnemers niet zo is. Er zijn in de eerste plaats een aantal voorwaarden nodig om feedback te kunnen geven en ontvangen. Daarnaast is het volgens enkele geïnterviewden belangrijk dat feedback systematisch gegeven wordt en dat het geven van feedback dieper gaat dan alleen op te merken wat wel en wat niet goed ging.

Voor net afgestudeerde verpleegkundigen is het belangrijk dat zij worden begeleid bij hun ontwikkeling in het beroep, bijvoorbeeld middels supervisie. Met name in de psychiatrie, waarbij diverse vormen van afwijkend gedrag zoals agressie en automutilatie voorkomt, is het belangrijk dat de verpleegkundige hierover kan praten en wordt ondersteund in zijn leerproces. Supervisie wordt zo belangrijk gevonden dat het volgens meerdere deelnemers verplicht gesteld zou mogen worden.

Praktische toepassing

De manier waarop aan kwaliteitsmethoden voor de deskundigheid en professe wordt gewerkt verschilt per afdeling. Op sommige afdelingen is er iemand die het bewaken en bevorderen van kwaliteit in zijn portefeuille heeft. Het betreft geen aparte functie. Bij enkele deelnemers wordt systematisch gewerkt met intervisie en supervisie. Soms vindt intervisie plaats in een multidisciplinair team en op een andere afdeling monodisciplinair. Intervisie wordt bijvoorbeeld begeleid door het teamhoofd, door de psycholoog of psychiater of door een coördinator die op een afstand het proces volgt middels periodieke evaluatie.

In plaats van werkbegeleiding vinden er bij sommige deelnemers individuele ontwikkelingsgesprekken plaats. In deze gesprekken ligt het accent - meer dan in functioneringsgesprekken - op de toekomst en de toekomstige loopbaan. Daarnaast wordt de persoonlijke ontwikkeling van een verpleegkundige besproken; er wordt bijvoorbeeld een analyse gemaakt van de sterke en zwakke kanten die van invloed kunnen zijn op het functioneren.

Over de gedragsregels en gedragscode wordt opgemerkt dat deze wel op papier staan en gegeven worden bij het in dienst treden, maar dat er verder niet actief iets mee wordt gedaan.

Het geven van feedback is niet voor alle deelnemers vanzelfsprekend. Er zijn een aantal voorwaarden nodig om op een goede systematische manier feedback te kunnen geven. Als deze niet aanwezig zijn, wordt er minder systematisch of 'oppervlakkige' feedback gegeven.

Ook de manier waarop aan deskundigheidsontwikkeling gewerkt wordt, verschilt per afdeling. Deelnemers aan de interviews menen dat dit met name afhankelijk is van de hoeveelheid financiële middelen die ter beschikking wordt gesteld. Het ontbreekt vaak aan een plan voor deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen.

Klinische lessen (die vaak als onderdeel van deskundigheidsbevordering worden beschouwd) vinden zowel systematisch als ad hoc plaats. Er wordt onderscheid gemaakt tussen klinische lessen voor leerlingen (die vaker systematisch plaatsvinden) en klinische lessen voor verpleegkundigen. In een van de instellingen wordt periodiek een themabijeenkomst georganiseerd voor alle medewerkers. In elke bijeenkomst staat een fundamenteel vraagstuk over de hulpverlening centraal dat voor alle medewerkers relevant is.

3.5 Kwaliteitsmethoden voor cliëntenraadpleging

In de gehele gezondheidszorg - en daarmee ook in de verpleegkunde- is het streven de zorgvrager een meer prominente positie te geven. Voor een belangrijk deel is dit het gevolg van een emancipatieproces van de zorgvrager (Leistra e.a., 1999). De verpleegkundige dient uit te gaan van de individuele vraag van de zorgvrager (vraaggestuurde zorg) en oog te hebben voor de behoeften en mogelijkheden van het sociale netwerk en de relatie van dit netwerk tot de zorgvrager.

Met behulp van de vragenlijst en de groepsinterviews is geïnventariseerd welke methoden psychiatrisch verpleegkundigen gebruiken om de wensen van de cliënt (en zijn familie) te achterhalen en de tevredenheid over de zorg te peilen. In onderstaand kader zijn de genoemde methoden kort beschreven.

Schema 3.4: Kwaliteitsmethoden cliëntenraadpleging.

Klachtenbehandeling: volgens een afgesproken procedure worden de klachten/ongenoegen van cliënten en/of zijn familieleden behandeld. De klachten worden periodiek geëvalueerd.

Individueel behoefteonderzoek: het communiceren met een cliënt over zijn wensen en behoeften.

Groepsgesprekken: op vooraf geplande data vinden gesprekken plaats met cliënten over de gang van zaken in huis/ op de afdeling.

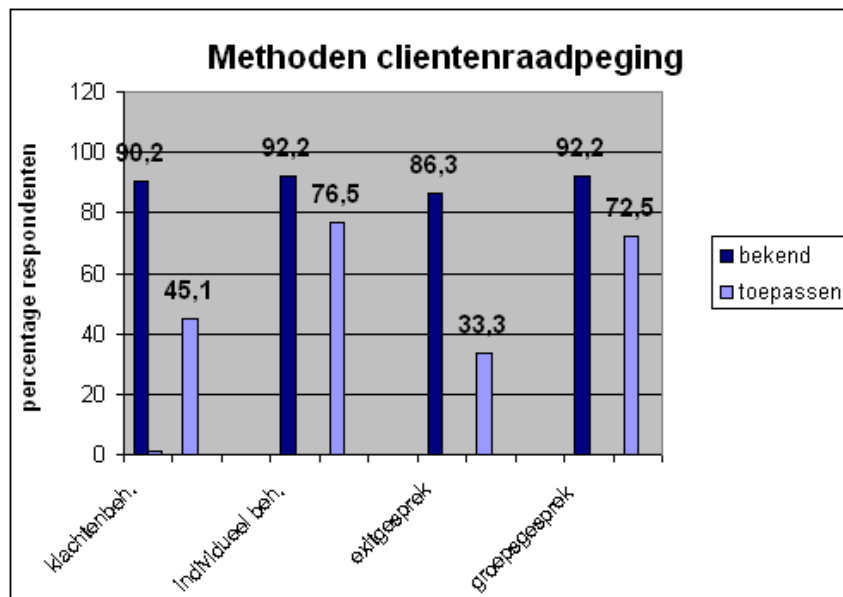
Exit-gesprek: bij vertrek van een cliënt wordt een exitgesprek gehouden om te vragen of de cliënt tevreden was.

Evalueren met de cliënt: in een gesprek met de cliënt wordt besproken hoe het met de cliënt de afgelopen periode gegaan is. Vervolgens wordt gekeken of het nodig is om iets te veranderen of om nieuwe afspraken te maken.

Gesprekken met vertegenwoordigers/familieleden: samen met familie of vertegenwoordigers van de cliënt wordt besproken over hoe het met de cliënt gaat en worden afspraken over zorg of begeleiding gemaakt.

In de vragenlijst is van vier geselecteerde methoden gevraagd in hoeverre de methoden bekend zijn en in de praktijk worden toegepast, namelijk: klachtenbehandeling, individueel behoefteonderzoek, exit-gesprek en groepsgesprek.

Grafiek 3.4: Percentage verpleegkundigen die de methoden kennen en toepassen (N=51).



- 90% van de respondenten is bekend met de klachtenbehandeling.
45% past de methode toe in de praktijk.
- 92% van de respondenten is bekend met individueel behoefteonderzoek.
77% past de methode toe in de praktijk.
- 86% van de respondenten is bekend met het exit-gesprek.
33% van de respondenten houdt ook daadwerkelijk een exitgesprek.
- 92% van de respondenten is bekend met groepsgesprekken.
73% werkt ook met groepsgesprekken in de praktijk.

De bovenstaande methoden zijn bij de meeste respondenten bekend. De methoden klachtenbehandeling en exitgesprek worden door minder respondenten toegepast dan individueel behoefte onderzoek en groepsgesprekken.

Draagvlak voor methoden

Het raadplegen van cliënten en de samenwerkingsrelatie met de cliënt worden het meest belangrijk gevonden, zo blijkt uit de groepsinterviews.

Het raadplegen van cliënten wordt belangrijk gevonden omdat cliënten belangrijke informatie kunnen geven over hun ziektebeeld en de mogelijkheden en beperkingen die de ziekte met zich meebrengt. Een optimale samenwerkingsrelatie bevordert de kwaliteit van het werk en de effectiviteit van het hulpverleningsplan, aldus de geïnterviewden.

Praktische toepassing

De wijze waarop en de mate waarin cliënten worden geraadpleegd is per afdeling verschillend.

Dit gebeurt nog vaak niet op een systematische manier. Vaak wordt aan het initiatief van de verpleegkundige overgelaten op welke momenten een cliënt geraadpleegd wordt. Door enkele geïnterviewden worden cliënten geraadpleegd ten behoeve van het opstellen van een kwaliteitssysteem en/of het opstellen van richtlijnen.

3.6 Bevorderende en belemmerende factoren

Aan psychiatisch verpleegkundigen is in de vragenlijst en in de interviews gevraagd wat hen stimuleert om met kwaliteitsmethoden te werken of wat hen juist demotiveert/belemmert om kwaliteitsmethoden in de praktijk toe te passen. De genoemde belemmerende en bevorderende factoren worden in deze paragraaf beschreven. Op basis van deze inventarisatie zijn in paragraaf 3.7 voorwaarden en condities geformuleerd voor het werken met kwaliteitsmethoden.

Belangrijke factoren

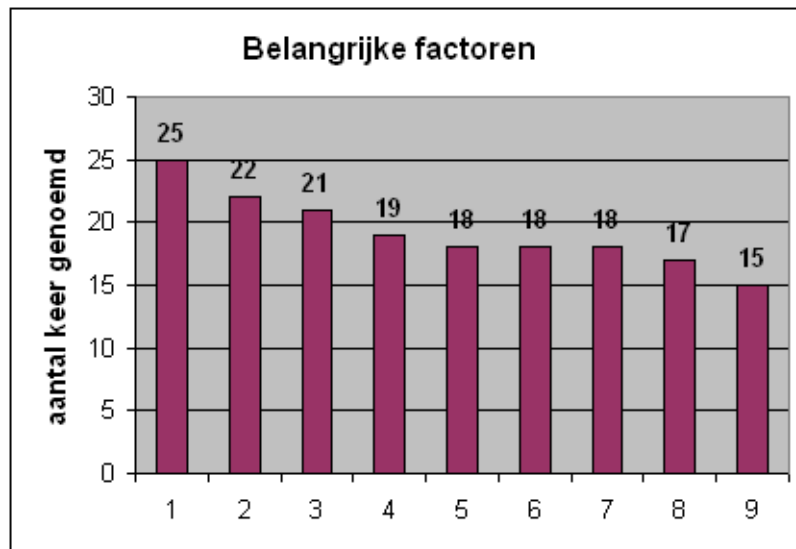
Aan psychiatisch verpleegkundigen is in de vragenlijst de open vraag gesteld wat zij belangrijk vinden bij het werken met kwaliteitsmethoden voor respectievelijk de organisatie van zorg, het proces van zorgverlening, de deskundigheid en professie en de cliëntenraadpleging.

De volgende factoren zijn in totaal meer dan 15 maal genoemd door de respondenten als zijnde belangrijk om goed met kwaliteitsmethoden te kunnen werken.

NB: het is mogelijk dat een factor meerdere malen door dezelfde respondent is genoemd, namelijk als hij/zij bij meerdere onderdelen van de vragenlijst de factor heeft opgeschreven.

- 1) **Er dienen voldoende randvoorwaarden aanwezig te zijn om de methoden goed te kunnen toepassen (tijd, geld, voldoende personeel etc).**
- 2) Ik en mijn collega's beschikken over voldoende deskundigheid.
- 3) Collega's houden zich aan de afspraken die gemaakt zijn.
- 4) Er wordt duidelijk gecommuniceerd over het toepassen van de methode (goede introductie).
- 5) Er vindt regelmatig een evaluatie plaats (ofwel met de cliënt ofwel met het team).
- 6) Er zijn eenduidige afspraken gemaakt over het toepassen van de methode.
- 7) De teamleden voelen zich veilig in het team; teamleden kunnen elkaar vertrouwen.
 - 8) Er is sprake van een samenwerkingsrelatie met andere disciplines.
 - 9) De verpleegkundige bejegt de cliënt op een deskundige wijze.

Grafiek 3.5: Aantal keer genoemde belangrijke factoren voor het toepassen van kwaliteitsmethoden (N=51).



Meest genoemd zijn de volgende voorwaarden: er zijn voldoende randvoorwaarden aanwezig om de methoden toe te kunnen passen, de teamleden beschikken over voldoende deskundigheid en de teamleden houden zich aan gemaakte afspraken. Als we de resultaten van de vier onderdelen van de beroepsuitoefening met elkaar vergelijken, zijn er accentverschillen in de factoren die belangrijk worden gevonden. In de tabel is aangegeven welke voorwaarden door meer dan 10% van de respondenten is genoemd per onderdeel van de vragenlijst.

Tabel 3.1: Percentage verpleegkundigen dat een factor belangrijk vindt voor het toepassen van kwaliteitsmethoden (N=51).

	organisatie zorg	proces zorg- verlening	Deskundig- heid	Cliëntenraad- plegen
Methode is relevant(middel ipv doel)	<10	<10	11,8	<10
voldoende deskundigheid	17,6	13,7	<10	<10
aan afspraken houden	15,7	11,8	<10	<10
samenwerking andere disciplines	11,8	15,7	<10	<10
eenduidige afspraken	13,7	17,6	<10	<10
regelmatig feedback geven	11,8	<10	<10	<10
openheid en eerlijkheid in team	13,7	<10	<10	<10
vertrouwen en veiligheid	17,6	<10	<10	<10
goede introductie methode	11,8	15,7	<10	<10
waardering en steun leidinggevende	<10	<10	11,8	<10
voorlichting cliënt	<10	<10	<10	11,8
deskundige bejegening cliënt	<10	<10	<10	27,5
samenwerkingsrelatie cliënt aanwezig	<10	<10	<10	15,7
regelmatig evalueren	<10	<10	<10	13,7
voldoende randvoorwaarden	15,7	<10	21,6	<10
mogelijkheden na- en bijscholing	<10	<10	21,6	<10
voldoende bruikbaar materiaal.	<10	<10	<10	11,8

In deze tabel valt op dat de genoemde factoren voor methoden van het proces van zorgverlening en de organisatie van de zorg deels overlappen. Bij het toepassen van methoden voor deskundigheidsbevordering en voor cliëntenraadpleging zijn andere factoren relevant.

In de groepsinterviews is dieper ingegaan op de factoren die het toepassen van kwaliteitsmethoden in de praktijk bevorderen of juist belemmeren. In deze paragraaf worden de genoemde factoren beschreven. Ter verduidelijking wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen de vier dimensies die een rol spelen bij de implementatie van kwaliteitszorg, namelijk: aspecten in de organisatie/ het systeem, aspecten van de sociale omgeving, aspecten van de implementatie (de methode), en aspecten van de individuele hulpverlener zelf (Grol & Wensing, 2001).

Belemmerende factoren

Organisatie/ het systeem

Uit de interviews bleek de hoge werkdruk, die mede wordt veroorzaakt door financiële beperkingen en personele tekorten, een algemeen knelpunt voor het werken met kwaliteitsmethoden. Volgens de geïnterviewden is het met name lastig om tijd in te plannen voor kwaliteitsbevorderende methoden, waaraan meerdere teamleden tegelijkertijd participeren, zoals bijvoorbeeld bij intervisie. Echter bij hoge werkdruk worden ook methoden als individueel behoefteonderzoek minder vaak toegepast.

Het formuleren van een gemeenschappelijke visie die organisatiebreed gedragen wordt, is van belang om zorg te dragen voor een eenduidige benadering van cliënten en een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines. Volgens enkele geïnterviewden bepaalt deze visie op zorg de inhoudelijke vormgeving van kwaliteitsmethoden. In sommige instellingen/organisaties ontbreekt een algemeen referentiekader van waaruit het multidisciplinair team de problematiek van cliënten benadert. Hierdoor verloopt het uitvoeren van kwaliteitsmethoden zoals bijvoorbeeld intervisie en multidisciplinair overleg niet soepel.

In meerdere interviews is naar voren gekomen dat coördinerende functies op hoger niveau in de instelling de afgelopen jaren weggevallen zijn. Dit heeft negatieve gevolgen gehad voor de communicatie en samenwerking tussen verschillende afdelingen; men raakte minder op de hoogte van de ontwikkelingen binnen de instelling. Daarnaast ervoer men een versnippering van informatie en kennis, waarbij onduidelijk is waar welke kennis aanwezig is. Dit heeft onder andere tot gevolg dat sommige activiteiten dubbel worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld het ontwikkelen van hetzelfde protocol door twee verschillende afdelingen in eenzelfde instelling.

Sociale omgeving

De sociale omgeving kan bepalend zijn voor het uitvoeren van een bepaalde methode. Intervisie en feedback zijn bijvoorbeeld methoden waarin een verpleegkundige zich kwetsbaar opstelt en zijn/haar functioneren ter discussie wordt gesteld. De volgende factoren kunnen volgens de geïnterviewden belemmerend werken voor het toepassen van dergelijke methoden:

- De verpleegkundige voelt zich niet veilig genoeg in het team
- In sommige teams heerst de onuitgesproken opvatting dat de groep gezellig moet zijn (harmoniemodel) en worden problemen of kritiek dus toegedekt
- In sommige teams is veel verloop van personeel en dus veel nieuwe medewerkers
- In sommige teams is weinig cohesie en vinden weinig teamgerichte activiteiten plaats
- De instelling biedt niet voldoende ruimte voor dergelijke gezamenlijke activiteiten.
- De cultuur van de instelling nodigt wel of niet uit tot het systematisch geven van feedback.

Bepaalde methoden vragen, meer dan andere methoden, om een goede aansturing en facilitering. Het betreft methoden als intervisie, intercollegiale toetsing en verbeterteams. Volgens enkele geïnterviewden ontbreekt het in de praktijk hier soms aan. Dit heeft tot gevolg dat methoden wel worden toegepast, maar niet efficiënt verlopen of de bijeenkomst voor andere doeleinden wordt gebruikt. Dit heeft een demotiverend effect op de medewerkers, aldus enkele geïnterviewden, omdat de bijeenkomsten op die manier weinig opleverenden.

Methoden en implementatie

Uit de interviews bleek dat er niet altijd methodisch gewerkt wordt. Soms worden er bij de aanvang van een project of cyclus van een methode geen heldere en concrete doelen geformuleerd. Dit maakt het evalueren van de methode lastig. Ook komt het voor dat er geen eenduidige afspraken worden gemaakt over het toepassen van de methode en/of richtlijnen hiervoor ontbreken. Bijvoorbeeld voor de overdracht en rapportage. Volgens enkele deelnemers heeft dit als gevolg dat er niet op eenduidige wijze gerapporteerd en overgedragen wordt en dat collega's elkaar hier niet op kunnen aanspreken.

Als er richtlijnen zijn opgesteld is het van belang dat deze ook regelmatig worden herhaald en dat nieuwe medewerkers worden gewezen op de aanwezigheid van de richtlijnen. Volgens enkele deelnemers gebeurt dat in de praktijk vaak niet, waardoor het toepassen van de richtlijnen verwatert.

Het komt voor dat een methode tijdrovend is vanwege de hoeveelheid administratieve handelingen die eraan verbonden zijn, bijvoorbeeld het werken met een zorgplan. Volgens enkele geïnterviewden werkt het demotiverend als men de indruk heeft dat veel administratieve handelingen overbodig zijn of de werkwijze niet voldoende duidelijk is. Een zorgplan moet effectief en eenvoudig zijn en toepasbaar voor alle teamleden van verschillende disciplines (van psycholoog tot verzorgende), aldus de geïnterviewden.

Individuele factoren

Inherent aan hun beroep werken consultatieve psychiatisch verpleegkundigen of sociaal psychiatisch verpleegkundigen in de ambulante psychiatrie solistisch. Zij werken nauw samen met andere disciplines, maar hebben weinig contact met andere psychiatisch verpleegkundigen. Volgens enkele geïnterviewden maakt dit het organiseren van intervisie niet eenvoudig, doch belangrijk. Bijvoorbeeld om te voorkomen dat een verpleegkundige een eigen weg in slaat, zonder dat hij of zij hierop feedback krijgt.

Verpleegkundigen maken vaak deel uit van een multidisciplinair team. Elk teamlid vertegenwoordigt zijn/haar discipline tijdens multidisciplinaire overlegvormen. Uit de interviews bleek dat dit niet eenvoudig is voor verpleegkundigen. Geïnterviewden noemden twee knelpunten die hieraan ten grondslag zouden kunnen liggen.

- Het profiel van verpleegkundigen is in vrij abstracte termen beschreven. Verpleegkundigen kunnen bij het expliciteren van de eigenheid van hun vak niet terugvallen op het beroepsprofiel.
- Niet elke verpleegkundige bezit de benodigde vaardigheden en attitude om zich te profileren ten opzichte van andere disciplines.

Volgens enkele geïnterviewden hebben deze knelpunten mede tot gevolg dat andere disciplines mede bepalen wat wel en wat niet tot het vakgebied van verpleegkundigen hoort.

Bevorderende factoren

Organisatie/systeem

Bij sommige instellingen wordt gewerkt met een kwaliteitssysteem. Bij één van de geïnterviewden is een kwaliteitssysteem op de afdeling ontwikkeld. Het werken met een

kwaliteitssysteem biedt volgens enkele geïnterviewden aan verschillende partijen houvast:

- de organisatie weet wanneer de kwaliteit van zorg onder de maat is en kan beleidsbeslissingen die hieruit voortkomen verantwoorden.
- de cliënt wordt een minimaal niveau van kwaliteit van zorg gegarandeerd.
- verpleegkundigen en verzorgenden krijgen de ruimte om voldoende kwaliteit van zorg te leveren (en hoeven niet lange perioden te werken in een sfeer van 'overleven').

Bij sommige geïnterviewden worden kwaliteitsmethoden ingezet ten behoeve van het bevorderen van een eenduidige visie op de zorgverlening. In een instelling van geïnterviewden vinden themabijeenkomsten plaats waarin een fundamenteel vraagstuk over de hulpverlening centraal staat dat voor alle medewerkers relevant is. Deze bijeenkomsten dragen bij aan het ontwikkelen van een visie die organisatiebreed gedragen wordt en waar de medewerkers elkaar vervolgens ook op aanspreken en dit heeft weer een positief effect op het werken met kwaliteitsmethoden.

Uit de interviews is gebleken dat het werken aan kwaliteit wordt bevorderd als dit wordt gecoördineerd. Deze persoon, (een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist, teamleider of aandachtsfunctionaris kwaliteit) stimuleert, ondersteunt en bewaakt het werken met kwaliteitsmethoden. Volgens geïnterviewden is een voorwaarde voor het goed functioneren van de kwaliteitscoördinator dat hij/zij werkzaam blijft in de praktijk, maar daarnaast voldoende tijd krijgen ingepland zijn/haar taken als coördinator goed te kunnen vervullen.

De coördinator beschikt over voldoende kennis van kwaliteit van zorg en kwaliteitsmethoden en beheerst vaardigheden die nodig zijn om coördinerende, stimulerende en beleidsmatige taken te vervullen. De coördinator dient zelf zoveel mogelijk taken wat betreft de uitvoering van kwaliteitsmethoden te delegeren, om te voorkomen dat bij zijn/haar afwezigheid het werken aan kwaliteitsmethoden wegzakt.

Methode en implementatie

Meerdere geïnterviewden zien het begeleiden van kwaliteitszorg door een extern deskundige als een meerwaarde. Deze externe begeleiding wordt met name bevorderend ervaren bij supervisie en intervisie. Volgens meerdere geïnterviewden zou een verpleegkundig specialist deze begeleidende taak ook op zich kunnen nemen.

Het werken met kwaliteitsmethoden wordt bevorderd indien hier vastgestelde tijden voor worden ingepland, de doelen zijn geëxpliciteerd en/of van te voren wordt vastgesteld wanneer een project moet zijn afgerond. Hierdoor wordt het werken met de methode minder vrijblijvend, aldus enkele geïnterviewden.

Het werken aan kwaliteit verloopt optimaal als een team is samengesteld uit verpleegkundigen met verschillende kwaliteiten, aldus een geïnterviewde. Met behulp van een kwaliteitenanalyse worden sterke en minder sterke kanten van een verpleegkundige in beeld gebracht. Doordat de kwaliteiten transparant worden gemaakt kunnen teamleden elkaar ondersteunen in de minder sterke kanten en profiteren/ leren van elkaars sterke kanten.

In sommige instellingen wordt het volgen van bepaalde cursussen verplicht gesteld. Dit wordt door de betreffende geïnterviewden positief ervaren, omdat het management dan voorwaarden hiervoor creëert.

3.7 Samenvatting en beschouwing

Inleiding

In deze paragraaf staat kwaliteitsbevordering door verpleegkundigen centraal. Beschreven is welke methoden voor kwaliteitsbevordering door verpleegkundigen kunnen worden toegepast. Het onderzoek is beperkt tot verpleegkundigen die werkzaam zijn in de GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) omdat over deze groep verpleegkundigen nog weinig publicaties verschenen zijn over de toepassing van kwaliteitsmethoden.

De in dit rapport beschreven resultaten zijn gebaseerd op 51 - door verpleegkundigen ingevulde -schriftelijk enquêtes en op vier groepsinterviews met in totaal 25 psychiatrisch verpleegkundigen. Het onderzoek heeft een oriënterend karakter en dient ook als zodanig gelezen te worden. De resultaten kunnen niet worden gegeneraliseerd.

In deze laatste paragraaf geven we een samenvatting van de bevindingen gevolgd door een beschouwing op de resultaten. Deze paragraaf is gestructureerd rond de vragen die in het onderzoek centraal stonden, namelijk:

- 1 Welke kwaliteitsmethoden voor (psychiatrisch) verpleegkundigen zijn er in de literatuur beschreven?
- 2 Welke methoden passen psychiatrisch verpleegkundigen daadwerkelijk in de praktijk toe?
- 3 Voor welke methoden bestaat het meeste draagvlak onder psychiatrisch verpleegkundigen?
- 4 Welke voorwaarden en condities zijn nodig om de kwaliteitsmethoden in de praktijk toe te kunnen passen?

Kwaliteitsmethoden

In de literatuur zijn ruim 25 kwaliteitsmethoden gevonden die door verpleegkundigen kunnen worden toegepast. Op basis van de literatuur zijn deze methoden meer gedetailleerd beschreven in de appendix van dit rapport. Van elke methode is beschreven wat het doel is, de doelgroep, de toepassingswijze, baten en knelpunten en tot slot de literatuurverwijzingen. De appendix van dit rapport geeft derhalve een overzicht van bestaande kwaliteitsmethoden voor psychiatrisch verpleegkundigen.

Het overzicht bevat een diversiteit aan kwaliteitsmethoden die in ieder geval op twee dimensies verschillen, namelijk de complexiteit van de methode en de gerichtheid van de methode op individuele dan wel categorieën patiënten.

Wat betreft de complexiteit zijn er enerzijds vrij veel basale methoden die in principe door iedereen kunnen worden toegepast omdat zij reeds in de opleiding worden geleerd, zoals methodisch werken of het werken met zorgplannen. Anderzijds zijn er ook meer complexe methoden die niet door iedereen zullen worden toegepast omdat zij extra scholing, deskundigheid en tijdsinvestering vereisen, zoals intercollegiale toetsing en visitatie.

Wat betreft het tweede verschil tussen de kwaliteitsmethoden zijn er enerzijds methoden die gericht zijn op de zorgverlening aan de individuele patiënt of cliënt (bijvoorbeeld de cliëntbespreking en de zorgplansystematiek). Anderzijds zijn er methoden die gericht zijn op verbetering van de zorg aan categorieën patiënten, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing of verbeterprojecten.

Hoewel er soms voor wordt gepleit het begrip kwaliteitsmethode te reserveren voor alleen deze laatste methoden (gericht op categorieën patiënten), lijkt een dergelijke afbakening niet aan de orde, afgaande op de interviews met verpleegkundigen. Van verschillende kanten werd benadrukt dat ook meer basale zaken als methodisch werken en het werken met zorgplannen in de praktijk niet altijd tot de normale gang van zaken behoort en dat het nodig is daar continu aandacht aan te blijven besteden. Derhalve lijkt vooralsnog een brede definitie van kwaliteitsmethoden voor verpleegkundigen de voorkeur te verdienen.

Methoden die daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast

Kwaliteitsmethoden die door meer dan de helft van de geënquêteerde verpleegkundigen worden toegepast in volgorde van frequentie:

- werkoverleg
- cliëntbesprekingen
- registratie van incidenten
- feedback geven en ontvangen
- gebruik van protocollen of richtlijnen
- individueel behoefte onderzoek
- intervisie
- groepsgesprekken met cliënten en/of familie
- zorgplansystematiek
- werkbegeleiding
- gebruik van checklijsten

Werkoverleg en cliëntbesprekingen worden het meest frequent en door nagenoeg iedereen toegepast en het gebruik van checklijsten minder frequent (door ruim de helft van de verpleegkundigen gemeld). Veel minder vaak werd gemeld dat men deelneemt aan methoden als intercollegiale toetsing, verbeterteams of visitatie. Een verklaring daarvoor ligt in het feit dat laatstgenoemde methoden extra deskundigheid en de nodige tijdsinvestering vergen, zoals eerder is opgemerkt. Bij het promoten van kwaliteitsmethoden lijkt dan ook een tweesporenbeleid voor de hand te liggen, zowel gericht op kwaliteitsmethoden die door alle verpleegkundigen kunnen worden toegepast als op methoden die door speciaal opgeleide verpleegkundigen kunnen worden toegepast.

Uit de interviews kwam naar voren dat er vrij grote verschillen zijn in de mate waarin door verpleegkundigen aan kwaliteitszorg wordt gewerkt. Op sommige afdelingen is methodisch werken in ontwikkeling en wordt nog niet met zorgplannen gewerkt, op andere afdelingen is een integraal kwaliteitssysteem voor de gehele afdeling ontwikkeld. Ook zijn er verschillen in de wijze waarop de hier genoemde methoden worden toegepast. De meerderheid van de geïnterviewden meldt dat het per afdeling verschilt of en zo ja op welke wijze een methode wordt toegepast, ook binnen eenzelfde instelling. Er was in de twee onderzochte GGZ-instellingen niet een eenduidig (kwaliteits)beleid voor verpleegkundigen. In hoeverre dat voor meerdere GGZ-instellingen geldt, is uit dit onderzoek niet op te maken.

Enkele geïnterviewden pleitten voor een soort overkoepelend orgaan of informatiepunt, om samenhang en onderlinge afstemming in de werkzaamheden van verpleegkundigen te brengen en bijvoorbeeld te voorkomen dat eenzelfde protocol op verschillende afdelingen binnen een instelling wordt ontwikkeld.

Als voorbeeld noemde men het zorginhoudelijk ondersteuningspunt waar in de thuiszorg mee wordt gewerkt en waar informatie kan worden verkregen en uitgewisseld. Een dergelijk informatiepunt zou zowel binnen een instelling of regionaal georganiseerd kunnen worden, aldus een van de geïnterviewden.

Er blijken ook verschillen te zijn wat betreft de mate waarin de kwaliteitsmethoden inderdaad als *methode* worden toegepast, dat wil zeggen systematisch en volgens de stappen van de kwaliteitscyclus. Een minderheid van de geïnterviewden meldde dat de kwaliteitsmethoden inderdaad systematisch en op een cyclische wijze worden toegepast. Bij de meerderheid van de geïnterviewden was dat volgens hen niet het geval. De methoden worden soms wel en soms niet toegepast (ad hoc), soms op een informele wijze (bijvoorbeeld tijdens de pauze), en vaak niet op een cyclische wijze. Wellicht dat het rendement van een aantal huidige activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering verhoogd kan worden indien activiteiten die zich daarvoor lenen meer systematisch worden toegepast volgens de stappen van de kwaliteitscyclus, namelijk: doelen stellen, veranderen, toetsen en zorgen dat de aangebrachte verandering beklijft (borgen). Indien ook basale kwaliteitsmethoden op die wijze worden toegepast zal het denken in termen van de kwaliteitscyclus op den duur gemeengoed worden en dat opent tegelijkertijd de weg naar deelname aan meer complexe methoden als intercollegiale toetsing, verbeterteams of visitatie.

Het draagvlak voor kwaliteitsmethoden

In de interviews is gevraagd welke kwaliteitsmethoden de psychiatrische verpleegkundigen het meest belangrijk vinden om mee te (gaan) werken. In zijn algemeenheid blijkt het draagvlak voor het werken met kwaliteitsmethoden groot en worden nagenoeg alle methoden belangrijk gevonden. Toch kunnen enkele methoden worden genoemd die eruit springen.

Ten eerste worden alle vormen van deskundigheidsbevordering belangrijk gevonden. Daarmee wordt in de eerste plaats bij- en nascholing bedoeld, maar ook zaken als klinische lessen of themamiddagen. Deskundigheidsbevordering is enerzijds nodig omdat vakinhoudelijke ontwikkelingen zich in steeds sneller tempo opvolgen en anderzijds om nieuwe vaardigheden aan te leren. Nieuwe vaardigheden zijn vaak nodig omdat functies van verpleegkundigen aan veranderingen onderhevig zijn en taakverschuivingen optreden waardoor zij meer en andere verantwoordelijkheden krijgen toebedeeld, aldus de geïnterviewden. Een aantal van hen pleit ervoor bij- en nascholing verplicht te stellen voor herregistratie, om te bewerkstelligen dat alle verpleegkundigen daaraan deelnemen en dit ook vanuit de instelling structureel gefaciliteerd moet worden.

Het tweede thema waaraan veel belang wordt gehecht betreft het krijgen van feedback of begeleiding in verschillende vormen en specifiek in de vorm van supervisie en intervisie. Supervisie vindt vaak op individueel niveau plaats en intervisie vaker met het gehele team. Enkele geïnterviewden hebben daar zeer goede ervaringen mee opgedaan, vooral wanneer de intervisie geleid werd door een extern deskundige met enige afstand tot het werk op de afdeling. Supervisie wordt met name ook van groot belang geacht door verpleegkundigen die vrij solistisch werken (in de ambulante zorg of in de consultatieve psychiatrie) en vaak met moeilijke situaties of zware probleempatiënten worden geconfronteerd.

Hieruit volgt ook dat bij het promoten van kwaliteitsmethoden rekening moet worden gehouden met verschillen tussen verpleegkundigen wat betreft de doelgroepen waarvoor

zij werken en de setting waarin zij werkzaam zijn. Tussen beroepsgroepen kunnen verschillen bestaan in de behoefte aan specifieke kwaliteitsmethoden.

Bij intervisie, maar meer in zijn algemeenheid, werd gesteld dat het van groot belang is dat vanuit één gemeenschappelijk beleid of vanuit een gemeenschappelijke visie op zorg en op kwaliteit van zorg wordt gewerkt. Eerst moet worden vastgesteld wat men verstaat onder goede kwaliteit van zorg en wat dat concreet betekent voor de wijze waarop de zorg verleend zou moeten worden, om van daaruit de praktijk van de zorgverlening kritisch onder de loep te nemen en te zien op welke wijze de visie kan worden waargemaakt. Een aantal geïnterviewden is van mening dat deze visie en de vertaling daarvan in concrete doelen die men wil bereiken het meest essentieel is bij het werken aan kwaliteit. Volgens hen valt hiervan af te leiden welke kwaliteitsmethoden worden ingezet om de doelen te bereiken. Van verschillende kanten werd benadrukt dat kwaliteitsmethoden gezien moeten worden als een middel om zorgdoelen te bereiken en geen doel op zich mogen zijn.

Voorwaarden en condities voor het toepassen van kwaliteitsmethoden

In het onderzoek zijn een aantal factoren genoemd die het werken met kwaliteitsmethoden bevorderen dan wel belemmeren. Daaruit vloeien ook een aantal voorwaarden of condities uit voort waaraan moet worden voldaan om in de praktijk systematisch aan kwaliteitszorg te kunnen werken. In grote lijnen blijkt dat tijd, deskundigheid, coördinatie en de juiste attitude als noodzakelijke voorwaarden worden gezien. We geven een korte toelichting.

Hoewel het voor de hand ligt, is een belangrijke voorwaarde dat er tijd moet zijn voor het werken aan kwaliteit. Dat vraagt de aanwezigheid van voldoende personeel zodat expliciet tijd ingeroosterd kan worden om systematisch en planmatig aan kwaliteitsmethoden toe te passen. Die tijd ontbreekt vaak of het komt voor dat de tijd die daarvoor wel is gereserveerd wordt ingezet om zieke collega's te vervangen. Wel merkten enkele geïnterviewden op dat men altijd aan kwaliteitsverbetering kan werken in alles wat men doet, ook als er weinig extra tijd voor beschikbaar is gesteld. Dat vraagt een kritische attitude en de bereidheid het eigen werk of dat van het team regelmatig tegen het licht te houden om te zien of verbeteringen mogelijk zijn.

Om op een systematische manier aan kwaliteit te kunnen werken blijkt dat in de praktijk - naast de nodige deskundigheden - een vorm van coördinatie nodig is. Kwaliteitsmethoden moeten worden bewaakt, ondersteund en gestimuleerd door een coördinator die kwaliteit als aandachtsgebied heeft of in portefeuille heeft. In de interviews zijn diverse voorbeelden gegeven van de wijze waarop een dergelijke functie vervuld kan worden. Deze functie kan worden vervuld door een mede-teamlid die de kennis en vaardigheden heeft om kwaliteitszorg aan te sturen. Men beveelt aan dat het iemand moet zijn die zelf meewerkt en dicht bij het team staat (geen staffunctionaris). Ook verpleegkundig specialisten zouden een dergelijke functie kunnen vervullen. Coördinatie kan bewerkstelligen dat er duidelijk wordt gecommuniceerd over de methode; waardoor per methode een duidelijk doel wordt geformuleerd en dat aan de hand van dit doel regelmatig wordt geëvalueerd. Afspraken over het toepassen van de methode worden op papier gezet, al dan niet in de vorm van richtlijnen. Vervolgens heeft het regelmatig evalueren van het werken met een methode en de effecten ervan in de praktijk een bevorderende werking, aldus enkele geïnterviewden, en

dit kan voorkómen dat de aandacht voor kwaliteit verwatert of na verloop van tijd wegzakt.

In zijn algemeenheid werd benadrukt dat (meer) geprofiteerd moet worden van de kennis en vaardigheden van verpleegkundig specialisten. Diverse verpleegkundigen zijn gespecialiseerd of hebben in hun loopbaan cursussen gevolgd en daarmee specifieke vaardigheden ontwikkeld. Dit betreft zowel vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, als vaardigheden op het gebied van beleidsontwikkeling en leiding geven. Deze kwaliteiten zouden volgens geïnterviewden benut kunnen worden voor het bevorderen van het werken aan kwaliteit en met kwaliteitsbevorderende methoden. Deze verpleegkundigen kunnen ook coördinerende taken op zich nemen op het gebied van kwaliteitsbevordering. Daarnaast is het van belang dat deze verpleegkundigen een functie vervullen in het profileren of vertegenwoordigen van verpleegkundigen in een VAR (Verpleegkundige Advies Raad) of hogere staffunctie. Het management zou deze ontwikkelingen moeten stimuleren en ondersteunen, aldus enkele geïnterviewden. Ook hierbij is het weer van belang dat ook deze verpleegkundigen voldoende werkzaam blijven in de praktijk, zo wordt opgemerkt.

In de toekomst zal steeds meer met andere disciplines worden samengewerkt. Denk aan de ontwikkeling van multidisciplinaire zorgprogramma's, transmurale zorg en ketenzorg. Dit vraagt van verpleegkundigen dat zij binnen deze multidisciplinaire samenwerking duidelijk kunnen expliciteren welke positie zij in de zorgketen innemen en welke taken tot het domein van de verpleegkundige behoren. Men moet zich staande kunnen houden in deze domeindiscussies. In dit verband pleiten enkele geïnterviewden voor een nadere uitwerking van het huidige abstracte beroepsprofiel in geëxpliciteerde beschrijvingen van functies en taken die des verpleegkundige zijn. Een dergelijk geconcretiseerd beroepsprofiel zou verpleegkundigen kunnen ondersteunen in het vertegenwoordigen van hun werk, aldus enkele geïnterviewden. Daarnaast zouden domeindiscussies tussen verschillende disciplines ook op een hoger niveau plaats kunnen vinden denk bijvoorbeeld aan afspraken tussen de AVVV (of het Kwaliteitsplatform Verpleegkundigen en Verzorgenden) en verenigingen van artsen, psychologen of andere disciplines. Dergelijke afspraken zouden het nemen van multidisciplinaire beslissingen faciliteren en zou voorkomen kunnen worden dat in elk multidisciplinair overleg het verpleegkundig terrein opnieuw moet worden afgebakend.

Tot slot, volgens geïnterviewden mag elke verpleegkundige aangesproken worden op zijn/haar professionele deskundigheid. Zij krijgt steeds meer verantwoordelijkheden en werkt meer autonoom. De verpleegkundige zou tijdens haar opleiding voldoende 'body' moeten krijgen om zich in de praktijk te kunnen profileren als verpleegkundige, aldus enkele geïnterviewden. De verpleegkundige heeft dan de juiste attitude om een bijdrage te leveren aan de sfeer van vertrouwen en openheid die nodig is om goed met kwaliteitsmethoden te kunnen werken.

4 Resultaten verzorgenden

In dit hoofdstuk staan de verzorgenden centraal. Beschreven wordt welke kwaliteitsmethoden verzorgenden kunnen gebruiken voor het bewaken of verbeteren van de zorg. Dit deel is vergelijkbaar met het hiervoor beschreven deel over de verpleegkundigen. Beide delen zijn zo geschreven dat zij afzonderlijk leesbaar zijn. Daardoor overlapt de hierna volgende beschrijving van de kwaliteitsmethoden voor verzorgenden grotendeels met de eerder beschreven methoden voor verpleegkundigen. Na de beschrijving van de kwaliteitsmethoden wordt achtereenvolgens ingegaan op de volgende onderwerpen:

- de kwaliteitsmethoden die verzorgenden in de praktijk gebruiken;
- de methoden waarvoor het meeste draagvlak bestaat;
- **de condities en voorwaarden die nodig zijn om systematisch met kwaliteitsmethoden te kunnen werken.**

Het laatste onderwerp wordt in beeld gebracht aan de hand van belemmerende en bevorderende factoren die verzorgenden ervaren bij het toepassen van de methoden.

Dit deel over de verzorgenden is meer kwalitatief van karakter dan het deel over de verpleegkundigen. De oorzaak daarvan ligt in het ontbreken van kwantitatieve gegevens vanwege de lage respons van verzorgenden op de enquête.

4.1 Respons

Aan 100 verzorgenden is een vragenlijst toegezonden en vervolgens een reminder. Daarvan zijn in totaal 13 ingevulde vragenlijsten retour ontvangen (respons 13%). De reden van deze lage respons is niet bekend.

Drie verzorgenden waren bereid hun antwoorden in de vragenlijst telefonisch toe te lichten. Er zijn twee verzorgenden telefonisch geïnterviewd over de methode model Eerst Verantwoordelijke, omdat hierover weinig informatie in de literatuur gevonden is. De verkregen gegevens zijn verwerkt in de appendix van dit rapport.

Er zijn twee groepsinterviews gehouden met verzorgenden die in een verzorgingstehuis werkzaam zijn. In totaal is met 8 verzorgenden gesproken. De twee andere verzorgingshuizen die eveneens voor groepsinterviews waren benaderd hebben deelname geweigerd. Zij meldden dat zij tot hun spijt niet aan het onderzoek mee konden doen vanwege ziekteverzuim en personeelstekort, zodat het niet mogelijk was om voldoende mensen voor het interview vrij te plannen.

Vanwege deze lage respons kunnen de hierna volgende resultaten niet meer geven dan een eerste impressie over het gebruik van kwaliteitsmethoden door verzorgenden en de factoren die dat bevorderen dan wel belemmeren.

4.2 Kwaliteitsmethoden voor de organisatie van zorg

Deze paragraaf gaat in op kwaliteitsmethoden van de organisatie van zorg. Zorgverlening vindt- over het algemeen- plaats in of vanuit een instelling (Leistra e.a., 1999). Het instellingsbeleid vormt het kader waarbinnen de verzorgende haar zorg verleent. Zij heeft vanuit haar eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid een belangrijke rol in de bedrijfsvoering van haar organisatie-eenheid. Voor de continue uitvoering van de zorg werken de meeste verzorgenden in teamverband en/of in nauwe samenwerking met andere disciplines. Dit brengt een aantal organisatorische taken met zich mee. De kwaliteit van zorg wordt mede bepaald door een goede samenwerking met collega's en het afstemmen van werkzaamheden. Er zijn diverse methoden ontwikkeld om de organisatie van de zorg kwalitatief te verbeteren. Met behulp van de vragenlijst en de groepsinterviews is geïnventariseerd welke methoden verzorgenden hiertoe in de praktijk kunnen gebruiken. In onderstaand kader zijn de methoden met een korte toelichting weergegeven. In de appendix zijn de methoden, zover literatuur over de methoden gevonden is, beschreven.

Schema 4.1: Kwaliteitsmethoden voor de organisatie van de zorg

Werkoverleg: bijeenkomsten van teamleden ten behoeve van de taakverdeling en het maken van afspraken over de aanpak van organisatorische knelpunten op de afdeling.

Intercollegiale toetsing: stapsgewijs toetst een groep hulpverleners elkaars functioneren aan hiervoor opgestelde richtlijnen. Vervolgens worden veranderingen aangebracht die systematisch worden geëvalueerd.

Verbeterteams: een groep medewerkers komt bijeen om op systematische wijze praktijkproblemen te analyseren en op te lossen.

Checklist: Op een lijst worden activiteiten afgetekend om te voorkomen dat er iets vergeten wordt. Door het zetten van een paraaf kan later achterhaald worden wie de taken heeft uitgevoerd.

Evalueren: met een of meerdere collega's wordt nabesproken of de geformuleerde doelen ook gehaald zijn en of handelingen uitgevoerd zijn zoals gepland.

Model Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV) : dit model houdt in dat een hulpverlener verantwoordelijk is voor taken rondom een bepaalde cliënt en hij/zij aanspreekpunt is voor andere hulpverleners, de cliënt en familieleden.

Overdracht-rapportage systeem: hiermee wordt bedoeld dat de informatie-overdracht over de afgeronde dienst plaatsvindt volgens vastgestelde richtlijnen en dat op systematische wijze wordt gerapporteerd over gebeurtenissen die tijdens de dienst hebben plaatsgevonden.

Visitatie: het op een georganiseerde wijze een bezoek afleggen bij beroepsgenoten/collega's. Hierbij worden de beroepsuitoefening en de omstandigheden waaronder deze plaatsvindt kritisch bekeken.

4.3 Kwaliteitsmethoden voor het proces van de zorgverlening

Het proces van zorgverlening bestaat uit een aantal onderdelen zoals het vaststellen van benodigde zorg, het plannen van zorg, het uitvoeren van zorg en evalueren van zorg. De verzorgende draagt zorg voor de continuïteit in de verzorging (Leistra e.a, 2000). Aan verzorgenden werkzaam in verzorgingshuizen is in de vragenlijst en in de groepsinterviews gevraagd welke methoden zij gebruiken om de kwaliteit van het proces van zorgverlening te bevorderen. De genoemde methoden zijn in onderstaand kader kort beschreven. De appendix geeft meer uitgebreide beschrijvingen van elke methode, zover hierover in de literatuur informatie over gevonden is.

Schema 4.2: Kwaliteitsmethoden proces van zorgverlening.

Zorgplansystematiek: een systematische procedure voor het werken met een zorgplan bij de uitvoering van zorg. In dit plan staat de totale zorg voor een cliënt beschreven.

Protocol: Hierin is vastgelegd hoe in specifieke situaties gehandeld moet worden. Deze protocollen, c.q. standaarden en richtlijnen zijn op schrift vastgelegd.

Registratie van incidenten of bijna ongevallen: incidenten of bijna ongevallen worden beschreven op een hiervoor bestemd formulier. Periodiek worden alle voorgevallen incidenten geëvalueerd. Het doel is om voor patiënten gevaarlijke situaties te voorkomen, om te zoeken naar mogelijke oorzaken en oplossingen.

Een observatieformulier: een formulier waarop specifiek gedrag van een cliënt wordt genoteerd. Ook kunnen bijvoorbeeld reacties in de sociale omgeving worden geregistreerd.

Cliëntbespreking: in een cliëntbespreking bespreken zorgverleners de huidige situatie van een cliënt en maken zij afspraken over de verdere begeleiding van de cliënt.

Methodisch werken: een systematische, stapsgewijze manier van werken. Er wordt informatie verzameld, een uitvoeringsplan gemaakt, vervolgens vindt de uitvoering plaats en deze wordt na een afgesproken periode geëvalueerd.

Familie/vertegenwoordigers overleg: in een overleg met familie/vertegenwoordiger van een cliënt bespreekt de verzorgende met hen hoe het met de cliënt gaat en worden afspraken gemaakt over zorg of begeleiding.

Videofeedback: met behulp van video-opnames wordt gedrag van de cliënt en/of de handelingen van een hulpverlener geanalyseerd.

4.4 Kwaliteitsmethoden voor deskundigheidsbevordering en professionalisering

Behoud van de eigen deskundigheid is van belang. Onbekwaam is immers onbevoegd (Leistra e.a., 1999). Dit vereist een permanente investering van de verzorgende om zich op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen op haar vakgebied en deze toe te passen. Naast haar eigen ontplooiing als professionele beroepsbeoefenaar levert zij een bijdrage aan de professionalisering van het beroep verzorgende.

In het kader van deze taken en verantwoordelijkheden is aan verzorgenden gevraagd welke methoden zij gebruiken ten behoeve van de deskundigheidsbevordering en ontwikkeling van de professie. De methoden die in de vragenlijst en in de groepsinterviews zijn genoemd, zijn in het onderstaand kader kort beschreven. Meer informatie over deze methoden kunt u lezen in de appendix van dit rapport.

Schema 4.3: Kwaliteitsmethoden deskundigheidsbevordering en professionalisering.

Werkbegeleiding: de verzorgende krijgt begeleiding van de leidinggevende, waarin het handelen van de verzorgende centraal staat.

Feedback : een verzorgende reageert op de wijze waarop een collega gehandeld heeft in een bepaalde situatie of hoe een collega handelt in het algemeen.

Intervisie : een vorm van begeleiding en advisering met een groep collega's. Tijdens de bijeenkomsten wordt om beurten een praktijkervaring ingebracht en wordt het handelen van de betrokken persoon ter discussie gesteld.

Deskundigheidsbevordering: middels verschillende activiteiten wordt vakinhoudelijke kennis en praktische vaardigheden bijgehouden en nieuwe kennis en vaardigheden aangeleerd.

Supervisie: een vorm van begeleiding en advisering in het kader van een opleiding of een leersituatie. Supervisie wordt gegeven door een ervaren beroepsbeoefenaar.

Themabijeenkomsten/klinische lessen: er wordt een bijeenkomst georganiseerd naar aanleiding van een behoefte van verzorgenden, het management of andere disciplines. Het thema dat is aangedragen wordt uitgediept, soms onder leiding van extern deskundigen. Bijvoorkeur is het hele team aanwezig.

4.5 Kwaliteitsmethoden voor de cliëntenraadpleging

In de gehele gezondheidszorg - en daarmee ook in de verzorging- is het streven de zorgvrager een meer prominente positie te geven. Voor een belangrijk deel is dit het gevolg van een emancipatieproces van de zorgvrager (Leistra e.a., 1999). De verzorgende dient uit te gaan van de individuele vraag van de zorgvrager (vraaggestuurde zorg) en oog te hebben voor de behoeften en mogelijkheden van het sociale netwerk en de relatie van dit netwerk tot de zorgvrager.

Met behulp van de vragenlijst en de groepsinterviews is geïnventariseerd welke methoden verzorgenden gebruiken om de wensen van de cliënt (en zijn familie) te achterhalen en de tevredenheid over de zorg te peilen. In onderstaand kader zijn de genoemde methoden kort beschreven.

Schema 4.4: Kwaliteitsmethoden cliëntenraadpleging.

Klachtenbehandeling: volgens een afgesproken procedure worden de klachten/ongenoegen van cliënten en/of zijn familieleden behandeld. De klachten worden periodiek geëvalueerd.

Individueel behoefteonderzoek: het communiceren met een cliënt over zijn wensen en behoeften.

Groepsgesprekken: op vooraf geplande data vinden gesprekken plaats met cliënten over de gang van zaken in huis/ op de afdeling.

Exit-gesprek: bij vertrek van een cliënt wordt een exitgesprek gehouden om te vragen of de cliënt tevreden was.

Evalueren met de cliënt: in een gesprek met de cliënt wordt besproken hoe het met de cliënt afgelopen periode gegaan is. Vervolgens wordt gekeken of het nodig is om iets te veranderen of om nieuwe afspraken te maken

Gesprekken met vertegenwoordigers/familieleden: samen met familie of vertegenwoordigers van de cliënt wordt besproken over hoe het met de cliënt gaat en worden afspraken over zorg of begeleiding gemaakt.

4.6 De toepassing van en het draagvlak voor kwaliteitsmethoden

Met behulp van de schriftelijke enquête en de groepsinterviews is geïnventariseerd welke methoden verzorgenden toepassen in de praktijk. In de vragenlijst is van een aantal geselecteerde methoden gevraagd of zij door de respondenten in de praktijk worden toegepast. Deze methoden staan in tabel 4.1. In de tabel is af te lezen welke methoden door meer dan de helft en welke methoden door minder dan de helft van de respondenten worden toegepast.

Tabel 4.1 Geselecteerde kwaliteitsmethoden die verzorgenden toepassen in de praktijk (N=13).

Door meer dan 50% toegepast	Door minder dan 50% toegepast
Werkoverleg	klachtenbehandeling
Zorgplansystematiek	verbeterteam
Cliëntbespreking	intervisie
Protocollen	intercollegiale toetsing
registratie van incidenten	deskundigheidsbevordering
Observatieformulier	exit-gesprek
Feedback	
individueel behoefteonderzoek	
Werkbegeleiding	
Checklist	
Groepsgesprek	

Daarnaast is in de vragenlijst en in de groepsinterviews aan de verzorgenden gevraagd of zij, naast bovenstaande geselecteerde methoden, nog andere methoden in de praktijk gebruiken om de kwaliteit van zorg te bevorderen. In onderstaande tabel staan de genoemde methoden die gebruikt worden voor de organisatie van zorg, de zorgverlening, de deskundigheid en professie en de cliëntenraadpleging.

Tabel 4.2: Andere dan in tabel 4.1 genoemde methoden die worden toegepast voor kwaliteitsbevordering.

Organisatie van de zorg	evalueren model eerste verantwoordelijke verzorgende overdracht-rapportage systeem visitatie
Proces van zorgverlening	methodisch werken overleg vertegenwoordiger cliënt videofeedback
Deskundigheid en professie	supervisie themabijeenkomsten/klinische lessen
Cliëntenraadpleging	evalueren met de cliënt gesprekken met vertegenwoordigers/familieleden cliënt.

In de appendix van dit rapport worden alle in deze paragraaf genoemde methoden uitgebreid beschreven

Draagvlak voor methoden

In de groepsinterviews is aan verzorgenden gevraagd welke methoden zij belangrijk vinden.

Veel methoden worden belangrijk gevonden. Volgens de geïnterviewden zijn de volgende methoden het meest belangrijk: deskundigheidsbevordering, feedback, intervisie, methodisch werken, zorgplansystematiek, overdracht en rapportage en raadplegen van de cliënt (en familie).

Deskundigheidsbevordering is belangrijk. Mede vanwege de toename van verantwoordelijkheden van verzorgenden en de minimale ondersteuning van verpleegkundigen of arts. Verzorgenden hebben niet altijd de gelegenheid om vakinhoudelijke ontwikkelingen te volgen. Hierdoor komt het voor dat de manier waarop zij een cliënt verzorgen nog volgens een verouderde methode gebeurt.

Naast het volgen van medische ontwikkelingen vinden de deelnemers het ook belangrijk om ontwikkelingen in de psychogeriatric te volgen. Er worden namelijk voortdurend nieuwe methodieken ontwikkeld om de cliënt te benaderen.

De methode feedback en intervisie zijn ook belangrijke methoden, aldus de geïnterviewden. Beide methoden worden in de praktijk niet vaak toegepast. Volgens geïnterviewden maken deze methoden verzorgenden bewust van de manier waarop men werkt en de manier waarop collega's werken. "Zonder feedback blijf je werken op de manier zoals je gewoon bent zonder dat je weet of dat wel de beste is", aldus enkele geïnterviewden.

Methodisch werken en werken met de zorgplansystematiek en het model Eerst Verantwoordelijke Verzorgende worden belangrijk gevonden omdat ze de organisatie van het proces van zorgverlening structureren. Het zorgplan verschaft duidelijkheid over afspraken die gemaakt zijn met een cliënt.

Het werken met het model Eerst Verantwoordelijke Verzorgende schept duidelijkheid over de taakverdeling betreft verantwoordelijkheden van cliëntgebonden taken.

Communicatie met de cliënt en met de familie van de cliënt is belangrijk, zowel voor de cliënt zelf als voor verzorgenden. De cliënt hecht veel waarde aan individuele aandacht, aldus de geïnterviewden. Door middel van gesprekken met de cliënt kom je te weten welke wensen en behoeften een cliënt heeft en kan je de zorgverlening daarop aanpassen. De familie kan belangrijke informatie geven over het levensverhaal van de cliënt als de cliënt dementerende is.

Volgens geïnterviewden is het van belang dat een leidinggevende aanwezig is om het team aan te sturen bij het werken met kwaliteitsmethoden. Bij permanente of langdurige afwezigheid van een teamleider is de kans groter dat taken verwateren en men het grootste deel van de tijd bezig is met dagelijkse organisatorische werkzaamheden.

Overdracht en rapportage zijn belangrijk om de organisatie van zorg op een afdeling goed te laten verlopen.

Als er niet goed wordt gerapporteerd of overgedragen komt het vaker voor dat werkzaamheden vergeten worden of juist dubbel uitgevoerd. Daarnaast zorgen overdracht en rapportage ervoor dat verzorgenden altijd op de hoogte zijn van de situatie van alle cliënten, zodat je hier tijdens je dienst op in kan spelen, aldus enkele geïnterviewden

Praktische toepassing

In de groepsinterviews is gevraagd in hoeverre verzorgenden de methoden die zij gebruiken in de praktijk op systematische wijze toepassen. Uit de interviews is gebleken dat de methoden meestal niet systematisch worden toegepast. Hieronder wordt een korte toelichting gegeven.

Soms komt het voor dat het toepassen van een methoden uitgesteld wordt, aldus enkele geïnterviewden. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat een overleg niet doorgaat, omdat er onvoldoende personeel op een afdeling aanwezig is. Het model Eerste Verantwoordelijke Verzorgende is soms niet praktisch toepasbaar vanwege een tekort aan gediplomeerd personeel.

Andere methoden vinden op een informele manier plaats. Een voorbeeld is dat tijdens de pauze of tussen de werkzaamheden door een verzorgende met een collega bespreekt hoe hij/zij in een bepaalde situatie gehandeld heeft.

Sommige methoden vinden alleen plaats op een moment dat er tijd voor is en voldoende personeel aanwezig is, aldus de geïnterviewden. Als voorbeeld worden deskundigheidsbevordering, familiegesprekken en visitatie genoemd.

Voor sommige methoden ontbreken richtlijnen waardoor de methode wel wordt toegepast, maar niet op een eenduidige manier. Geïnterviewden noemen de methoden rapportage-overdacht en evalueren met de cliënt als voorbeeld.

Daarnaast komt het voor dat een methode wordt toegepast op een afdeling, maar dat er geen evaluatie van de uitvoering van de methode plaatsvindt, bijvoorbeeld bij het registreren van incidenten. Dit werkt demotiverend om de formulieren in te blijven vullen, aldus een geïnterviewde.

Er wordt gewerkt met zorgplannen op de afdelingen waar de geïnterviewden werkzaam zijn. Vanwege de werkdruk is het echter lastig om de zorgplannen up to date te houden.

4.7 Bevorderende en belemmerende factoren

Belangrijke factoren

In de vragenlijst is aan verzorgenden gevraagd wat zij belangrijk vinden om goed met kwaliteitsmethoden te kunnen werken. De vier meest genoemde punten zijn (in volgorde van frequentie):

1. Collega's houden zich aan de afspraken die gemaakt zijn
2. Er is een goede samenwerking met collega's
3. Er dienen voldoende randvoorwaarden aanwezig te zijn om de methoden goed toe te kunnen passen (tijd, geld, voldoende personeel, etc).
4. Er worden voldoende mogelijkheden voor bij- en nascholing geboden.

Belemmerende factoren

In de groepsinterviews is gevraagd welke factoren het werken met kwaliteitsmethoden stimuleren en welke factoren dit juist belemmeren. Een prominent onderwerp van de interviews was de hoge werkdruk die ervaren wordt, waardoor men niet toekomt aan het werken aan kwaliteitsmethoden. De geïnterviewden noemen de volgende oorzaken voor de verhoogde werkdruk:

- Er wordt gewerkt met minder gediplomeerd personeel. Verzorgenden werken samen met niet-gediplomeerden en/of uitzendkrachten. Hierdoor komen meer taken en meer verantwoordelijkheden bij dienstdoende gediplomeerde verzorgenden te liggen.
- **In sommige instellingen wordt niet meer gewerkt met verpleegkundigen. Verzorgenden krijgen bijscholingscursussen om verpleegkundige taken uit te voeren. Hiermee is het takenpakket van de verzorgenden verzwaard.**
- De bewonerspopulatie is de laatste jaren veranderd. Cliënten hebben meer complexe zorg en intensieve ondersteuning en begeleiding nodig. In plaats van een toename van verzorgenden om deze intensieve zorg te kunnen bieden, wordt er met minder (gediplomeerd) personeel gewerkt.

Voor het geven van feedback zijn een aantal voorwaarden nodig in de sociale omgeving. Geïnterviewden noemen hierbij een goede sfeer in het team, eerlijkheid en openheid tussen collega's onderling. Daarnaast is het nodig dat verzorgenden op de juiste manier feedback geven. Hiervoor zijn bepaalde vaardigheden nodig. Deze zijn in de praktijk soms niet aanwezig.

Verzorgenden vinden het soms moeilijk zich te profileren ten opzichte van andere disciplines, bijvoorbeeld de arts. Enkele geïnterviewden geven aan dat er soms niet naar hen geluisterd wordt. Verzorgenden worden niet vaak betrokken bij beleidsontwikkelingen en worden geconfronteerd met veranderingen zonder overleg, aldus enkele geïnterviewden. Dit werkt demotiverend voor verzorgenden die meedenken en mee willen beslissen over wat het beste is voor een cliënt en de organisatie van de zorg.

Bevorderende factoren

De geïnterviewden vinden het prettig als het team wordt aangestuurd door de leidinggevende. De leidinggevende zorgt ervoor dat de voorwaarden die nodig zijn om aan kwaliteitsmethoden te werken aanwezig zijn. Aansturing door de leidinggevende motiveert verzorgenden om aan kwaliteitsmethoden te werken, aldus de geïnterviewden.

4.8 Samenvatting en beschouwing

In dit hoofdstuk staat kwaliteitsbevordering door verzorgenden centraal. De kwaliteitsmethoden die verzorgenden kunnen toepassen zijn beschreven. Het onderzoek is uitgevoerd bij verzorgenden in verzorgingshuizen omdat over deze groep verzorgenden nog weinig publicaties verschenen zijn over de toepassing van kwaliteitsmethoden in de praktijk.

De resultaten en beschouwing zijn gebaseerd op twee groepsinterviews met in totaal 8 verzorgenden en 13 ingevulde vragenlijsten.

Het onderzoek heeft een oriënterend karakter en geeft een eerste indruk van de ervaringen van verzorgenden met het werken met kwaliteitsmethoden. De resultaten mogen niet worden gegeneraliseerd.

Met dit onderzoek is geprobeerd een eerste indruk te krijgen van:

- de methoden die verzorgenden in de praktijk toepassen
- de methoden waarvoor het meeste draagvlak bestaat
- de condities en voorwaarden die nodig zijn om de kwaliteitsmethoden in de praktijk toe te kunnen passen.

Kwaliteitsmethoden

In de appendix van dit rapport zijn kwaliteitsmethoden beschreven die verzorgenden (kunnen) gebruiken aan de hand van gevonden literatuur. Daarnaast heeft Sting (beroepsvereniging van de verzorging) een brochure uitgebracht: 'werken aan kwaliteit' (Verbeek, 2002). Hierin zijn werkmethoden voor helpenden en verzorgenden uitgebreid beschreven.

Het overzicht in de appendix bevat een diversiteit aan kwaliteitsmethoden die in ieder geval op twee dimensies verschillen, namelijk de complexiteit van de methode en de gerichtheid van de methode op individuele dan wel categorieën patiënten.

Wat betreft de complexiteit zijn er enerzijds vrij veel basale methoden die in principe door iedereen kunnen worden toegepast omdat zij reeds in de opleiding worden geleerd, zoals methodisch werken of het werken met zorgplannen. Anderzijds zijn er ook meer complexe methoden die niet door iedereen zullen worden toegepast omdat zij extra scholing, deskundigheid en tijdsinvestering vereisen, zoals intercollegiale toetsing en visitatie.

Wat betreft het tweede verschil tussen de kwaliteitsmethoden zijn er enerzijds methoden die gericht zijn op de zorgverlening aan de individuele patiënt of cliënt (bijvoorbeeld de cliëntbespreking en de zorgplansystematiek). Anderzijds zijn er methoden die gericht zijn op verbetering van de zorg aan categorieën patiënten, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing of verbeterprojecten.

Hoewel er soms voor wordt gepleit het begrip kwaliteitsmethode te reserveren voor alleen deze laatste methoden (gericht op categorieën patiënten), lijkt een dergelijke afbakening niet aan de orde, afgaande op de interviews met verzorgenden.

Van verschillende kanten werd benadrukt dat ook meer basale zaken als methodisch werken en het werken met zorgplannen in de praktijk niet altijd tot de normale gang van zaken behoort en dat het nodig is daar continu aandacht aan te blijven besteden. Derhalve lijkt voornamelijk een brede definitie van kwaliteitsmethoden voor verzorgenden de voorkeur te verdienen.

Methoden die in de praktijk worden toegepast

Verzorgenden werken vooral met de volgende kwaliteitsmethoden: werkoverleg, zorgplansystematiek, cliëntbespreking, protocollen, registratie van incidenten, observatieformulier, feedback, individueel behoefteonderzoek, werkbegeleiding, checklist, groeps gesprek. Minder vaak wordt gewerkt met de methoden klachtenbehandeling, verbeterteam, intervisie, intercollegiale toetsing, deskundigheidsbevordering en exit-gesprek. Een verklaring daarvoor ligt in het feit dat laatstgenoemde methoden extra deskundigheid en de nodige tijdsinvestering vergen, zoals eerder is opgemerkt. Bij het promoten van kwaliteitsmethoden lijkt dan ook een tweesporenbeleid voor de hand te liggen, zowel gericht op kwaliteitsmethoden die door alle verzorgenden kunnen worden toegepast als op methoden die extra deskundigheid en tijdsinvestering vragen.

Welke methoden worden toegepast en op welke wijze dat gebeurt verschilt per afdeling van een verzorgingshuis, aldus de geïnterviewden. Uit de groepsinterviews is gebleken dat de kwaliteitsmethoden niet systematisch worden toegepast. Methoden worden soms wel soms niet toegepast (ad hoc) en soms op informele wijze (bijvoorbeeld tijdens de pauze).

Wellicht dat het rendement van een aantal huidige activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering verhoogd kan worden indien activiteiten die zich daarvoor lenen meer systematisch worden toegepast volgens de stappen van de kwaliteitscyclus, namelijk: doelen stellen, veranderen, toetsen en zorgen dat de aangebrachte verandering beklijft (borgen). Indien ook basale kwaliteitsmethoden op die wijze worden toegepast zal het denken in termen van de kwaliteitscyclus op den duur gemeengoed worden en dat opent tegelijkertijd de weg naar deelname aan meer complexe methoden als intercollegiale toetsing, verbeterteams en visitatie.

Het draagvlak voor kwaliteitsmethoden

In de groepsinterviews is aan de verzorgenden gevraagd welke methoden zij belangrijk vinden om mee (te gaan) werken.

Uit de interviews is gebleken dat men gemotiveerd is om met kwaliteitsmethoden te werken, mits er voldoende personeel aanwezig is en het werken met de methoden wordt aangestuurd en gecoördineerd.

Voor methoden ten behoeve van de deskundigheidsbevordering, het organiseren van zorgprocessen en het raadplegen van de cliënt bestaat het meeste draagvlak.

Methoden voor deskundigheidsbevordering kunnen ingedeeld worden in twee verschillende soorten methoden, namelijk methoden die gericht zijn op bij- en nascholing betreft vakinhoudelijke ontwikkelingen en methoden die gericht zijn op de communicatie over de zorgverlening met collega's (feedback en intervisie).

Voorwaarden en condities voor het toepassen van kwaliteitsmethoden

In het onderzoek zijn een aantal belemmerende en bevorderende factoren genoemd voor het werken met kwaliteitsmethoden. De meest belangrijke factoren zijn door de geïnterviewden vertaald in condities en voorwaarden die nodig zijn om systematisch met kwaliteitsmethoden te kunnen werken, namelijk tijd, deskundigheid en aansturing. Deze voorwaarden en condities worden hieronder kort toegelicht.

Om meer systematisch aan kwaliteit te kunnen werken is het nodig om meer gediplomeerd personeel te werven. Volgens geïnterviewden is er momenteel met name een tekort aan deskundig personeel, waardoor de werkdruk hoog is. Verzorgenden

besteden de meeste tijd aan het handhaven van de kwaliteit. Volgens enkele geïnterviewden is het belangrijk om personeel aan te nemen dat een bepaalde zorgkennis in huis heeft en de intentie heeft langere tijd in de verzorging te blijven werken.

Er dient voldoende personeel ingepland te worden voor het deelnemen aan kwaliteitsmethoden.

Deskundigheidsbevordering wordt beschouwd als belangrijke voorwaarde om goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden. Meest belangrijk volgens geïnterviewden is het bijscholen in vakinhoudelijke ontwikkelingen, waarbij de cliënt direct baat heeft van de kennis en vaardigheden die zijn geleerd. Het betreft hier met name ontwikkelingen op medisch gebied. Systematische bij- en nascholing zou een bepaalde deskundigheid van verzorgenden kunnen waarborgen.

Een verpleegkundige of een verpleegkundig 'specialist' zou volgens enkele geïnterviewden verzorgenden een adviserende rol kunnen spelen bij taken die neigen naar het verpleegkundig terrein. Als een verzorgende in een specifieke situatie twijfelt, zou de verpleegkundige specialist geraadpleegd kunnen worden voor advies.

Volgens de geïnterviewden is het nodig dat de leidinggevende het werken aan kwaliteitsmethoden coördineert en stimuleert. Bij voorkeur blijft de leidinggevende zelf werkzaam op de afdeling.

Afspraken over het toepassen van methoden worden schriftelijk vastgelegd, zodat iedereen de afspraken terug kan lezen en elkaar erop aan kan spreken. Regelmatig herhalen van de gemaakte afspraken is volgens geïnterviewden nodig om te zorgen dat afspraken niet verwateren. Ook nieuwe collega's dienen goed geïnformeerd te worden over de afspraken. Volgens de geïnterviewden heeft de leidinggevende/ coördinator als taak om regelmatig te evalueren hoe het werken volgens de afspraken loopt en te zorgen dat de afspraken regelmatig herhaald worden.

Literatuurlijst

- Bennema-Broos, M., Sluijs, E. M., & Wagner, C. (2000). *Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
- Grol, R.T.P.M., & Wensing, M. (2001). *Implementatie 2001, effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Grol, R.T.P.M., Everdingen, J.J.E. van., & Casparie, A.F. (1994) *Invoeren van richtlijnen en veranderingen, een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom
- Haterd, J. van de., Liefhebber, S., Leistra, E., & Hens, H. (2000). *Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden*. Maarssen: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging, Elsevier gezondheidszorg
- Hickox, S. (2000). Zorg voor kwaliteit, op weg naar een landelijk kwaliteitsbeleid voor de verpleegkundige beroepsgroep. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr15/16, pp 473-474.
- Hollands, L., Hendriks, L., & Ariens, H. (2000). *Elementen van kwaliteitszorg, begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Nijmegen, Maastricht: Transferpunt Vaardigheidsonderwijs.
- Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M., & Hens, H. (1999). *Beroepsprofiel van verpleegkundigen*. Maarssen: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en Landelijk Centrum Verpleging en verzorging. Elsevier/ De Tijdstroom.
- Verbeek, G. (2002). *Werken aan kwaliteit, werkmethodes voor helpenden en verzorgenden*. Utrecht: Sting.
- Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Wagner, C. , Stoop, A.P. , Temmink, D. , & Bakker, D.H. de. (1997). *Kwaliteitsbewakende en –bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging*. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging en Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom.

Kwaliteitsmethoden voor verpleegkundigen en verzorgenden

- appendix -

Inhoudsopgave

Inleiding	61
Kwaliteitsmethoden voor de organisatie van de zorg	63
Overleg	64
Intercollegiale toetsing	66
Verbeterteams/kwaliteitsgroepen	69
Checklist	71
Evalueren	72
Model Eerst Verantwoordelijke (TZAS model): Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen	77
Visitatie	80
Kwaliteitsmethoden voor het proces van zorgverlening	83
Zorgplansystematiek	84
Protocollen	87
Registratie van incidenten / Fobo/mip commissies.	90
Clïëntbespreking/ monodisciplinair en multidisciplinair	92
Methodisch werken	94
Zorgprogramma's	97
Signaleringsplan	100
Kwaliteitsmethoden voor de deskundigheidsbevordering en professionalisering.	103
Methodische werkbegeleiding	104
Feedback	107
Intervisie	110
Deskundigheidsbevordering	113
Supervisie	115
Klinische lessen/ Themabijeenkomsten	117
Kwaliteitsmethoden voor het raadplegen van de cliënt	119
Klachtenbehandeling	120
Gebruikersfeedback/gebruikersraadpleging	122
Literatuurlijst	127

Inleiding

Deze appendix biedt een overzicht van methoden die verzorgenden en verpleegkundigen kunnen gebruiken ten behoeve van kwaliteitsbevordering en -verbetering van de zorg. De in het onderzoek genoemde methoden zijn in dit deelrapport beschreven voor zover literatuur over de methoden gevonden is, aangevuld met informatie uit de interviews. De methoden zijn beschreven volgens een vaste structuur, namelijk:

- het doel
- de toepassing
- baten
- benodigde kosten en deskundigheid
- knelpunten
- bronnen

Deze appendix is bedoeld als naslagwerk bij het onderzoeksrapport. De meest voorkomende methoden zijn beschreven zonder de pretentie volledig te zijn.

Kwaliteitsmethoden voor de organisatie van de zorg

Overleg

Intercollegiale toetsing

Verbeterteams/kwaliteitsgroepen

Checklist

Evalueren

Model Eerst Verantwoordelijke

(TZAS model) Teamgericht zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen

Visitatie

Overleg

Doel

Uitwisselen van informatie met als doel bepaalde gemeenschappelijke doelen te realiseren (Hendrix e.a., 1991).

Toepassing

Er zijn verschillende vormen van overleg tussen medewerkers mogelijk (Hendrix e.a., 1991)

- Cliëntgericht overleg. De kern van dit overleg is dat het over de cliënt en diens situatie gaat (zie voor meer informatie: cliëntbespreking)
- Werkgericht overleg. In dit type overleg staat het functioneren van een of meerdere leden van het samenwerkingsverband centraal (zie voor meer informatie: intervisie)
- Thematisch overleg (zie voor meer informatie: klinische lessen)
- Beleidsgericht overleg

Vershillende vormen van overleg kunnen in een bijeenkomst naast elkaar gehanteerd worden. Zo kan een bijeenkomst beginnen met cliëntgericht overleg en eindigen met een themabespreking.

Overleg gebeurt via gesprekken, die niet altijd beperkt blijven tot twee participanten, en die formeel en informeel van aard kunnen zijn. Wanneer het formele groepsgesprekken betreft, spreken we van vergaderingen. Dat wil zeggen dat er een agenda is, een zekere rolverdeling en dat er een verslag wordt gemaakt (Winkelaar, 1994).

Binnen een vergadering of een overleg kunnen allerlei zaken aan de orde komen. De manier waarop gecommuniceerd wordt is belangrijk. Soms liggen er belangtegenstellingen en zijn de posities van de participanten nogal verschillend. Ook de samenstelling en de grootte van de groep hebben invloed op de kwaliteit van het overleg. Het is van belang dat een voorzitter of gespreksleider daar rekening mee houdt. Dat geldt ook voor factoren als tijdsduur, tijdstip en tijdsdruk (Winkelaar, 1994)

Hieronder staan mogelijke onderwerpen en afspraken in een gestructureerd overleg/bijeenkomst.

- Indelen van de tijd per bijeenkomst.
- Formuleren van verwachtingen die elke deelnemer heeft van de bijeenkomst.
- Eventueel: thema's afspreken op grond van de inventarisatie van ieders verwachtingen.
- Afspraken over de inhoud van de bespreking.
- Afspraken over het versturen van schriftelijk materiaal.
- Afspraken over de verslaglegging en verspreiding ervan.
- Opstellen van een agenda.
- Over het leiderschap kan worden gewerkt zonder formele leider, er kan per keer een gespreksleider worden aangewezen of er wordt gewerkt met een vaste gespreksleider.
- Afspraken over absentie.
- Duur van de bijeenkomsten.

- Frequentie van de groep: wekelijks, veertiendaags of maandelijks
- Uur van de dag dat de groep bij elkaar komt.
- Evaluatie: wanneer en hoe?
- Afspraken met het management: over uitkomsten, rapportage, overleg etc.

Bron: (van Praag-van Asperen en van Praag, 1993 uit: Verbeek, 1997):

Baten

Door onderling overleg kan er flexibel worden ingespeeld op onverwachte ontwikkelingen en tegelijk tegemoet gekomen worden aan de zorg die de individuele cliënt nodig heeft (Boeije & Casparie, 1995).

Overleg biedt voor hulpverleners een oplossing om met werkdruk om te gaan en is tevens een manier om de spanning tussen distantie en betrokkenheid ten opzichte van de client te hanteren (Boeije & Casparie, 1995).

Binnen het overleg bestaat de mogelijkheid voor collega's steun bij elkaar te zoeken (Boeije & Casparie, 1995).

Benodigde deskundigheid en kosten

De kosten liggen met name in de tijd die vrijgemaakt dient te worden voor de voorbereiding en het bijwonen van het overleg. Voor het goed verlopen van een overleg is het belangrijk dat elke deelnemer: (Boeije & Casparie, 1995)

- actief participeert.
- open voor zijn mening uitkomt.
- zijn verantwoordelijkheid kent bij het zoeken naar verbeteringen.

Bronnen

Boeije, H.R., & Casparie, A.F. (1995). Strategieën verzorgenden. *Tijdschrift voor Verzorgenden*. Maart 1995, pp 20-25.

Hendrix, H., Konings, J., Doesburg, J. & Groot, M. de. (1991). *Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector*. Baarn: H. Nelissen BV.

Praag- van Asperen, H.M. van., & Praag, Ph.H. van. (1993). *Handboek supervisie en intervisie in de psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Winkelaar, P. (1994). *Methodisch werken*. Utrecht: Lemma.

Intercollegiale toetsing

Doel.

Volgens Place e.a. (2000) is het doel van intercollegiale toetsing tweeledig:

- Medewerkers zo dicht mogelijk bij hun eigen werksituatie zicht te laten krijgen op het eigen handelen.
- Het professionele handelen ter discussie stellen en de teambespreking van de cliënten doeltreffender laten verlopen.

Het gaat niet om het werk van een individuele medewerker maar om het werk van een groep. Men wil de transparantie van de medewerkers, de bereidheid tot verantwoording, bevorderen. Uiteindelijk moet dit leiden tot meer doeltreffende en doelmatige zorg.

Toepassing

Intercollegiale toetsing is een vorm van interne toetsing door de zorg-hulpverleners zelf op basis van door hen opgestelde criteria. De essentie van intercollegiale toetsing is: het beoordelen van de werkelijkheid aan de hand van criteria gevolgd door het aanbrengen van veranderingen die systematisch worden geëvalueerd (Verbeek, 1993 uit: Hollands e.a., 2000).

Zorgverleners beoordelen elkaars werk, waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren. Als de zorgverleners beroepsgenoten zijn, wordt er gesproken van mono-disciplinaire intercollegiale toetsing. Bij multi-disciplinaire toetsing hebben de zorgverleners verschillende disciplines.

Kernelementen van de werkwijze (Verbeek, 1997):

- Er wordt gebruik gemaakt van expliciete criteria voor goede zorg om de praktijksituatie te beoordelen.
- Er vindt registratie plaats van de beroepsuitoefening
- De gevonden resultaten worden aangeboden aan de betrokken professionals en door hen vergeleken met de tevoren gestelde criteria voor goede zorg
- Indien het eigen handelen niet voldoet aan de eerder gestelde eisen worden veranderingen aangebracht.
- Er is sprake van een cyclisch proces waarbij na enige tijd opnieuw getoetst wordt om het effect van de verandering vast te stellen.

Verschillende stappen van intercollegiale toetsing (Grol, 1991 uit: Verbeek, 1997).

Stap 1: Stellen van prioriteit, keuze van onderwerp: wat wil ik toetsen?

Stap 2: Formuleren van criteria, wat wil ik bereiken, wat is goede zorg?

Stap 3: Informatieverzameling over het handelen: wat doe ik precies?

Stap 4: Vergelijken van het handelen met de criteria: handel ik volgens de criteria?

Stap 5: Evaluatie van het handelen: wat moet ik veranderen?

Stap 6: Nagaan van veranderingen: is het gelukt?

Alle stappen dienen doorlopen te worden om te mogen spreken van intercollegiale toetsing.

Voor elke stap kunnen verschillende instrumenten gebruikt worden.

De inhoud van de toetsing moet altijd betrekking hebben op de werkzaamheden van de leden van de groep. Criteria kunnen opgesteld worden door de toetsingsgroep zelf, maar er kan ook gebruik gemaakt worden van elders opgestelde criteria (Verbeek, 1997). Het is nodig om duidelijke afspraken te maken over de doelstelling van de groep, frequentie van bijeenkomsten, voorzitterschap, begeleiding bij het bewaken van de methodiek en delegatie van taken.

Baten

Het resultaat van intercollegiale toetsing bestaat nogal eens uit twee soorten opbrengsten (Verbeek, 1997).

Allereerst een protocol of een richtlijn voor de beste werkwijze in een bepaalde situatie. Hiermee gaat men in de praktijk werken. In de tweede plaats is er sprake van secundaire resultaten zoals: betere samenwerking onderling, een meer afgestemde werkwijze, beter onderling overleg tussen degene die aan de toetsing meedoen.

Medewerkers worden zich meer bewust van hun eigen handelwijzen en de interesse in protocollen wordt vergroot. Medewerkers merken direct resultaat als de intercollegiale toetsing ook gericht is op verbeteringen (Place e.a., 2000).

Benodigde deskundigheid en kosten

Kosten van intercollegiale toetsing liggen met name in eventuele scholing van medewerkers in de te hanteren methodiek en investering in tijd om de bijeenkomsten te kunnen voorbereiden en bijwonen.

(Place e.a., 2000).

Knelpunten

Motivatie is een belangrijke factor voor het wel of niet slagen van intercollegiale toetsing. Intercollegiale toetsing kan beter niet toegepast worden als er onrust is in een team, bijvoorbeeld wisseling van teamleden of reorganisatie van het team.

Er is een onderling vertrouwen tussen de teamleden nodig om aan intercollegiale toetsing te doen.

Het is nodig dat teamleden volledig achter de inhoud van een protocol/gestelde criteria staan, wil men niet tijdens de intercollegiale toetsing voortdurend discussie hierover ontstaan. Het formuleren van criteria moet niet vastlopen in een oneindige discussie. Er is veel aandacht nodig voor de terugkoppeling van gegevens en het vasthouden van veranderingsprocessen.

De neiging om niet alle stappen van collegiale toetsing te doorlopen kan ook een knelpunt vormen. Bijvoorbeeld als er nieuwe criteria worden opgesteld en vervolgens wordt overgegaan op het volgend onderwerp.

Een knelpunt kan zijn dat de teamleden sterk onderling verschillen van visie op hulpverlening. De ervaring is dat de intercollegiale toetsing meer haalbaar is als personen met eenzelfde visie op hulpverlening in een team gezet worden.

Bronnen

Grol, R. (1991). *Kwaliteitsbewaking in de verpleeghuisgeneeskunde; methoden van intercollegiale toetsing*. 's Gravenhage: VUGA.

Hollands, L., Hendriks, L. & Ariens, H. (2000). *Elementen van kwaliteitszorg*. Maastricht.

Place, M., Ooyen-Houben, M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ*. Trimboinstituut en Nivel, Utrecht.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Verbeterteams/ kwaliteitsgroepen

Doel

Het systematisch verbeteren van de kwaliteit op de werkvloer, maar ook van het kwaliteitsbeleid van de instelling als totaal door de inbreng van betrokkenheid van werknemers 'op de werkvoer' (Verbeek, 1997).

Volgens Stronkhorst (1995) heeft de methode de volgende hoofddoelen:

- Kwaliteitsbevordering op de werkvloer.
- Het verbeteren van de communicatie tussen cliënten, uitvoerenden en leidinggevenden.
- Het aanleren van methoden aan uitvoerenden om problemen op de werkvloer zelfstandig op te lossen.
- Het vergroten van de betrokkenheid van uitvoerenden bij het werk en bij de organisatie.

Nevendoelen:

- Beroepsontwikkeling stimuleren.
- Het meer bewust worden van de te leveren kwaliteit.
- Het versterken van het zelflerend vermogen.

Toepassing

Het basisprincipe is dat de deelnemers het probleem en de oplossing benaderen vanuit drie invalshoeken. Deze zijn de wensen van de cliënt, de mogelijkheden van de organisatie en de rol van de uitvoerende (Stronkhorst, 1995).

Er wordt gewerkt in vaste groepen. De grootte van de groep is afhankelijk van de grootte van de afdelingsteam. De leidinggevende is altijd deelnemer aan het verbeterteam. Een verbeterteam kan zowel mono- als multidisciplinair samengesteld zijn (Exter-Seegers & Schol, 1996).

De werkwijze van een kwaliteitsgroep/verbeterteam kan volgens 5 stappen (Kanters e.a., 1996)

Stap 1: het kiezen van het onderwerp.

Hiervoor zijn criteria opgesteld: het onderwerp moet aansluiten bij de beleving en ervaring van de uitvoerende, dat het ligt binnen het vakgebied en verantwoordelijkheid van de uitvoerende en dat het probleem oplosbaar is met beschikbare middelen.

Na een inventarisatie van problemen en knelpunten wordt een definitieve keuze gemaakt.

Stap 2: het verbeterdoel vaststellen.

Een analyse van het probleem maakt duidelijk wat er verbeterd moet worden.

Stap 3: het plan van aanpak opstellen.

In de vorm van brainstormbijeenkomsten worden er oplossingen aangedragen en de voor- en nadelen ervan besproken. Het plan van aanpak wordt voorgelegd aan het management. Deze geeft goedkeuring aan het plan of niet. Als de manager instemt met het verbeterplan en de daaraan verbonden consequenties kan de uitvoering starten (Exter-Seegers & Schol, 1996).

Stap 4: het invoeren van plan van aanpak.

De uitkomsten worden voor een proefperiode van een maand ingevoerd. Exter-Seegers en Schol (1996) benadrukken het belang van het meten van de resultaten van een verbetering. Hiertoe kan een meetinstrument ontwikkeld worden. De kwaliteitsfunctionaris kan een rol spelen bij het toepassen van het meetinstrument om het resultaat te bepalen.

Stap 5: het toetsen en bewaken.

De groep toetst de praktijkverbeteringen aan de hand van de resultaten van de proefperiode. Er worden afspraken gemaakt over de definitieve verbetering. Na een bepaalde periode worden de verbeteringen opnieuw geëvalueerd.

Baten

Medewerkers krijgen de mogelijkheid mee te denken en beslissen over het verbeteren van de praktijksituatie (Stronkhorst, 1995).

Doordat medewerkers zelf betrokken zijn bij het inventariseren van problemen en het zoeken naar oplossingen zijn zij gemotiveerd mee te werken bij de implementatie van verbeteringen (Verbeek, 1997).

Kosten en benodigde deskundigheid

Soms wordt er een scholingstraject ontwikkeld waarbij de leden van de verbeterteams worden getraind in vaardigheden die noodzakelijk zijn om alle stappen van het kwaliteitstraject goed te doorlopen (Exter-Seegers & Schol, 1996).

De methode neemt niet veel tijd in beslag: uit eerdere praktijkervaringen blijkt dat het mogelijk is een aspect te analyseren, verbeteren en in te voeren in zes bijeenkomsten van 1,5 uur (Stronkhorst, 1995).

De methode kan door iedereen gebruikt worden en is concreet (Stronkhorst, 1995).

Bronnen

Exter-Seegers, Y.M.A. den., & Schols, J.M.G.A. (1996). Kwaliteitszorg in beweging, systematisch verbeteren in verpleeghuis de Riethorst. *Kwaliteit in beeld*, nr 6 pp.7-8.

Kanters, T., Verbeek, G., & Bunting, M. (1996). *Naar kwaliteit op de werkvloer*.

Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Stronkhorst, K. (1995). Gezinsverzorgenden nemen het heft in handen. *Tijdschrift voor Verzorgenden*,

nr 2 pp 20-22.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Checklist

Doelstelling

Zo systematisch mogelijk relevante gegevens verzamelen om een verslag maken.

Toepassing

Checklijsten worden gehanteerd tijdens de eerste stap van de methodische cyclus: bij het observeren en informatie verzamelen.

Alle punten in de checklist kunnen worden omgezet in duidelijke concrete vragen over de bewoner. De lijst wordt vraag voor vraag doorlopen.

Een checklist kan ook gebruikt worden als een controle lijst.

Interpretaties dienen in de observatiefase en dus ook in het observatieverslag zoveel mogelijk vermeden te worden.

Baten

Bepaalde activiteiten worden meer systematisch of in een bepaalde volgorde uitgevoerd.

De kans dat een bepaalde activiteit vergeten wordt, wordt kleiner.

Knelpunten

Een nadeel van het gebruik van checklisten is dat zij snel de illusie vestigen volledig en volmaakt te zijn

Bronnen

Bernhard, M.C., & Meerveld, J.H.C.M (1992). *Handleiding Zorgplannen, methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Nationaal Ziekenhuisinstituut (Nzi), Utrecht.

Evalueren

Doel

Informatie verzamelen over de mate waarin gestelde doelen bereikt zijn. De resultaten van een dergelijke evaluatie kunnen een bijdrage leveren aan beslissingen over bijvoorbeeld het voortzetten van activiteiten, het verbeteren of bijstellen van een bepaalde werkwijze etc. (Hendrix e.a., 1991).

Toepassing

Bij evalueren gaat het om het beoordelen van activiteiten aan de hand van criteria. Welke deze criteria zijn hangt af van de keuzen die het samenwerkingsverband daarin maakt. Het merendeel van deze criteria heeft betrekking op de volgende drie terreinen (Hendrix e.a., 1991):

Effectiviteit: Hierbij gaat het om het beoordelen van de mate waarin de doelstellingen bereikt zijn.

Efficiëntie: Naarmate de baten groter zijn dan de geleverde inspanningen is de werkwijze efficiënter.

Proces: Hierbij gaat het om het beoordelen van de wijze waarop gewerkt is in de richting van de tevoren vastgestelde doelen. Criteria wijzen dan met name naar de afgesproken strategie.

Evalueren is een van de stappen van het methodisch werken en vormt daarmee altijd een vast onderdeel van een kwaliteitsmethode.

Verschillende methodieken kunnen worden gebruikt om te evalueren, zoals het uitzetten van vragenlijsten, het houden van observaties en het houden van interviews (Kanters e.a., 1996).

De volgende voorwaarden zijn van belang wil evaluatie betrouwbaar en effectief zijn (Hendrix e.a., 1991).

- Evaluatie dient zo veel mogelijk te gebeuren aan de hand van duidelijke en eenduidige criteria. Daarbij is het belangrijk onderscheid te maken tussen objectieve en subjectieve criteria. Het is belangrijk dat bij de evaluatie gehanteerde criteria door alle partners gedeeld worden.
- Evaluaties winnen aan betrouwbaarheid naarmate degenen die evalueren zich veiliger voelen. Een belangrijke bijdrage aan de veiligheid en daardoor ook de betrouwbaarheid biedt de cultuur waarin afwijkende meningen en standpunten niet alleen getolereerd maar ook geaccepteerd worden.
- Ieder moet de gelegenheid krijgen om ongehinderd eigen meningen naar voren te brengen.
- Evaluaties dienen niet alleen plaats te vinden als het slecht gaat.
- Deelnemers dienen het belang van evaluaties te onderkennen en gemotiveerd aan de uitvoering deel te nemen.
- Evaluaties dienen altijd te leiden tot besluiten die consequenties hebben voor de toekomst.
- Evalueren zelf dient ook regelmatig geëvalueerd te worden.

Kosten en benodigde deskundigheid

Evalueren kost tijd. Daarnaast is het belangrijk dat bij de evaluatie teruggeblikt wordt op de doelen die in het beleid of plan zijn opgesteld. De gegevensverzameling dient gestuurd te verlopen; het evaluatiekader moet dus voldoende zijn uitgewerkt (Bulder, 1999).

Knelpunten

Soms kan een klimaat binnen een samenwerkingsverband zo slecht zijn dat het evalueren op eigen kracht onmogelijk is of de negatieve spiraalbeweging alleen maar versterkt (Hendrix e.a., 1991). Het is dan raadzaam een externe begeleider of adviseur te raadplegen. Deze kan in eerste instantie het evaluatieproces zodanig sturen en begeleiden dat de deelnemers een betrouwbaar beeld krijgen van hoe de zaken ervoor staan. Vervolgens zou hij ook een bijdrage kunnen leveren aan een verbetering van de situatie. Dit kost tijd en geld, maar zal in vele gevallen goedkoper zijn dan jarenlang improductief 'doormodderen'.

Bronnen

Bulder, B. (2000). Effectief evalueren, zeven adviezen voor de strategie van evaluatieonderzoek. *Basis, nr 4*, pp 14-16.

Hendrix, H., Konings, J., Doesburg, J. & Groot, M. de. (1991). *Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector*. Baarn: H. Nelissen BV.

Kanters, T., Verbeek, G., & Bunting, M. (1996). *Naar kwaliteit op de werkvloer*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Model Eerst Verantwoordelijke

Doel

Het waarborgen van geïntegreerde zorg aan cliënten waarbij een verpleegkundige of verzorgende de eindverantwoordelijkheid draagt met betrekking tot de planning en uitvoering van de integrale zorg van een cliënt (Bernhard & Meerveld, 1992).

Toepassing

De coördinatie van zorg moet erop gericht zijn alle disciplines de methodische cyclus te laten doorlopen. Om dit te bereiken is de coördinatie van zorg een belangrijk aandachtspunt van het methodisch werken.

Daartoe moeten op verschillende niveaus coördinerende activiteiten verricht worden: op het niveau van de cliënt, van de unit of afdeling en tenslotte van de instelling (Bernhard & Meerveld, 1992).

Voor deze vorm van coördinatie worden verschillende namen gebruikt: mentorschap, model eerste verantwoordelijke verzorgende/ verpleegkundige, persoonlijk begeleiderschap, zorgcoördinator, etc. (Bernhard & Meerveld, 1992).

De eerste verantwoordelijke verpleegkundige/ verzorgenden is een gekwalificeerd hulpverlener, die de verantwoordelijkheid draagt voor de coördinatie en continuïteit aan de verpleegkundige zorg voor de hem toegewezen patiënten (GGZ Centrum Land & Cuijk, 1998).

Patiëntentoewijzing

De volgens typen patiëntentoewijzing zijn te onderscheiden (GGZ Centrum Land & Cuijk, 1998).

- De strikte individuele toewijzing: hierbij wordt elke cliënt individueel; toegewezen aan een verpleegkundige.
- De districttoewijzing: de verpleegkundige krijgt de verantwoordelijkheid voor de verpleegkundige zorg in een omschreven district, bijvoorbeeld aangrenzende kamers.
- De modulaire toewijzing: enkele (twee of drie) verpleegkundigen zijn vast verbonden aan een module, een kleine groep cliënten bijvoorbeeld twee of drie binnen een instelling.

Coördinerende taken van de Eerst Verantwoordelijke

Het gaat op individueel cliënteniveau vooral om de coördinatie van het vaststellen, bijstellen en op peil houden van het zorgplan (proces) van een bewoner.

Op afdelingsniveau zullen voorwaarden moeten worden geschapen om planmatige individuele cliëntenzorg te verwezenlijken. Belangrijke taken die hierbij horen zijn het afstemmen met lijnfunctionarissen, de diverse diensten en/of therapeuten over de evaluatieresultaten van de zorgplannen van bewoners, het plannen en organiseren van besprekingen, garanties leveren voor de continuïteit van de individuele bewonerszorg, het plannen en organiseren van besprekingen, etc. Soorten taken van de EVV-er zijn (Bernhard & Meerveld, 1992):

- Verhelderen en inventariseren van de behoefte van zorg. Wat kan een cliënt nog wel en wat niet meer volgens de verschillende disciplines en familie?

- Regelen van zorg: contact leggen tussen de verschillende disciplines en familieleden (wettelijk vertegenwoordigers en het organiseren van een overleg.
- Opstellen van plan, vastleggen van ieders aandeel in de zorg, zodra bekend is en overeenstemming is wat er moet gebeuren.
- Bewaken van de uitvoering, zijn de behoeften van de bewoner veranderd? Moet het zorgplan bijgesteld worden?
- Evalueren en signaleren. Zowel de inhoud van de zorg als de organisatie van de zorg kan hierbij aan de orde komen.

In de praktijk blijkt dat het aanbeveling verdient om coördinatie en behandelverantwoordelijkheid duidelijk te omschrijven om conflicten tussen verschillende disciplines en collega's te voorkomen (Bernhard & Meerveld, 1992).

Bij afwezigheid van de Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige/Verzorgende wordt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het zorgproces aan een collega overgedragen. In sommige instellingen wordt gewerkt met clustergroepen als vangnetconstructie om de continuïteit beter te waarborgen.

Er worden zorggroepjes geformuleerd, waarbinnen een afgeleide verantwoordelijkheid geldt m.b.t. de cliënten en desbetreffende EVV-ers. De zorggroepjes worden door de teamleider vastgesteld op basis van complementaire kwaliteiten van de EVV-ers: ervaring, deskundigheid, bekendheid met de methodiek, dienstverband, etc. Op deze wijze is er toch enige continuïteit bij de afwezigheid van de Eerste Verantwoordelijke zorgverlener (GGZ Centrum Land & Cuijk, 1998).

Baten

Door bundeling van alle taken bij een persoon kan de zorg vrij gemakkelijk worden afgestemd. De verpleegkundige of verzorgende staat bovendien dicht bij de dagelijkse zorg voor een cliënt. Zij beschikt daarom over de meest (recente) informatie over een bewoner en kan ook het beste waarnemen of en hoe afspraken uit het zorgplan worden uitgevoerd en wat de effecten zijn (respondent).

De verantwoordelijkheid die de verzorgende/verpleegkundige krijgt doet recht aan het streven van beide beroepsgroepen aan meer professionalisering (respondent).

Knelpunten

Door de taakverdeling beschikken niet alle begeleiders over het overzicht over de zorg, juist omdat zij zo dicht bij de cliënt staan (respondent). Daarnaast wordt in de telefonische interviews gemeld dat de coördinerende taken een flinke hoeveelheid bureau- en schrijfwerk met zich meebrengen. Hiervoor moet voldoende tijd en ruimte worden gepland.

De voorkeur gaat uit naar fulltime of bijna fulltime medewerkers voor de coördinerende taak van EVV. Parttimers zijn volgens respondenten te weinig aanwezig om continue zorg te kunnen waarborgen.

Het werken met zorggroepen/clusters heeft als knelpunt dat er periodiek overleg nodig is en dat is roostertechnisch erg lastig te plannen (respondenten).

Bronnen

Bernhard, M.C., & Meerveld, J.H.C.M. (1992). *Handleiding Zorgplannen, methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut (Nzi).

GGZ Centrum Land & Cuijk, Werkgroep EVV. (1998). *Het EVVV-model voor de klinische afdeling van het GGZ centrum Land & Cuijk*.

Telefonische interviews met respondenten van het onderzoek.

(TZAS model): Teamgericht Zorgoverleg over Agressie en Schokkende gebeurtenissen

Doel

- Praten over eigen ervaringen met agressie en andere schokkende gebeurtenissen.
- Mogelijkheid bieden tot het uiten van emoties.
- Doen toenemen van effectieve collegiale steun.
- Verkennen van knelpunten, oorzaken en oplossingen:
 - rondom de opvang na agressie en schokkende gebeurtenissen.
 - rondom veilig werken op de afdeling (preventie incidenten).
- Nemen van maatregelen na het evalueren ervan. (GGZ Noord Holland Noord, 2001)

Toepassing

TZAS is het regelmatig plaatsvinden van een groepsgesprek van samenwerkende collega's liefst met hun leidinggevende, over opvang na agressie en andere schokkende gebeurtenissen en veiliger werken op de afdeling. Het TZAS kan ook worden gebruikt voor het bespreken van een situatie waarvan verwacht wordt dat deze gaat escaleren als er niets verandert (respondent).

Het gaat erom collega's in staat te stellen op het werk met elkaar te praten over ervaringen. Hierdoor krijgen zij onder elkaar de gelegenheid om spanningen kwijt te raken en begrip voor elkaar te tonen.

Het belang van het regelmatig voeren van TZAS ligt erin dat het gewoon wordt om over eigen ervaringen te spreken, steun te bieden aan een collega die iets meemaakt en zelf steun te aanvaarden van collega's.

Naast het bespreekbaar maken van agressie en andere schokkende gebeurtenissen is TZAS gericht op het oplossen van knelpunten in de opvang en veiligheid op de afdeling. Gezamenlijk wordt een analyse gemaakt van de knelpunten en worden er oplossingen bedacht. De uitwerking hiervan wordt aan enkele deelnemers aan het gesprek gedelegeerd. Zij komen vervolgens met een concreet voorstel voor te nemen maatregelen. Uiteindelijk beslist het team als geheel of de maatregelen daadwerkelijk worden uitgevoerd.

Bij deze methoden hoort, naast het uitvoeren van Teamgericht Zorgoverleg ook het bijhouden van een incidenten-registratie en regelmatige evaluatie van de uitkomsten van het TZAS, een zogenaamde productschouw (GGZ Noord Holland Noord, 2001).

Uitgangspunten bij TZAS zijn (GGZ Noord Holland Noord, 2001):

- Het lijnmanagement is verantwoordelijk voor opvang en veiligheid.
- Medewerkers zijn ook deskundig op het gebied van opvang en veilig werken.
- Collegiale steun is van groot belang.

De TZAS methode bestaat uit de volgende onderdelen (GGZ Noord Holland Noord, 2001):

- Het bespreken van de eigen beleving van agressie en andere schokkende gebeurtenissen op het werk, waaronder ventileren van emoties (willen en weten).
- Het registreren van agressie en andere schokkende gebeurtenissen (weten).
- Het bespreken van de oorzaken van de knelpunten in de opvang van getroffen medewerkers (wegen).

- Het bespreken van de oorzaken van knelpunten in de veiligheid (wegen).
- Het bespreken van onderlinge normen en waarden rond agressie en andere schokkende gebeurtenissen op het werk (wegen).
- Het brainstormen over oplossingen voor zowel knelpunten in de opvang als de veiligheid en het nemen van maatregelen (werken).
- De genomen maatregelen en de effecten ervan evalueren (waken).
- Het opzetten van controlesystemen op de genomen maatregelen en de effecten (waken).

Bij het uitvoeren van TZAS worden twee protocollen gebruikt: het opvang protocol en het veiligheidsprotocol. Beide protocollen kennen globaal drie fasen: het inventariseren van ervaringen, het analyseren van ervaringen en het oplossen van knelpunten (GGZ Noord Holland Noord, 2001).

Het TZAS opvang protocol is een combinatie van het reconstructie -en herstel protocol. Ervaringen worden geïnventariseerd en geanalyseerd vanuit het perspectief van de beleving van betrokkenen. Het oplossen van knelpunten heeft betrekking op knelpunten in de opvang.

Met het TZAS veiligheid protocol worden ervaringen geïnventariseerd en geanalyseerd vanuit het perspectief van de veiligheid. Het oplossen van knelpunten heeft betrekking op knelpunten in veiligheid.

Na een periode van een aantal maanden presenteren vertegenwoordigers van teams hun resultaten aan elkaar. Dit leidt tot een vorm van kruisbestuiving. (GGZ Noord Holland Noord, 2001).

Baten

De ervaring leert dat bij het ontbreken van opvang, de getroffen medewerkers zich niet goed begeleid voelen en bij het onderzoeken van oorzaken niet het achterste van hun tong willen laten zien. Hierdoor is het eveneens moeilijker geworden om oorzaken en gevolgen te traceren en blijft het treffen van maatregelen een moeilijke kwestie. TZAS opvang creëert als het ware de condities om met betrokkenen over veiligheid te praten (GGZ Noord Holland Noord, 2001).

Door de werkwijze worden in korte tijd oorzaken onderzocht, maatregelen bedacht en prioriteiten gesteld.

Doordat er voortdurend aan de veiligheid wordt gewerkt, is er sprake van een continue verbetering.

Middels een benadering wordt bereikt dat er meer praktische en minder kostbare maatregelen worden gerealiseerd (GGZ Noord Holland Noord, 2001).

Er ontstaat een grote betrokkenheid van medewerkers bij het veiligheidsbeleid van de organisatie.

Benodigde deskundigheid en kosten/ voorwaarden

Teams dienen vanuit het management ruimte te krijgen om een aantal maatregelen te realiseren.

managers spelen een ondersteunde rol (GGZ Noord Holland Noord, 2001).

Wanneer dat nodig blijkt te zijn worden ook aan omvangrijke maatregelen uitvoering gegeven.

Training en begeleiding van de gespreksleiders is bij het implementeren van het model nodig.

Een voorwaarde voor een effectieve toepassing is dat er een sfeer van vertrouwen en veiligheid in het team aanwezig is (respondent).

Knelpunten

Het kan lastig zijn overlegmomenten te organiseren in verband met de onregelmatige roosters (respondent).

Personeelwisselingen maken het lastiger gevoel van vertrouwen en veiligheid te behouden; hier moet elke keer weer opnieuw energie ingestoken worden (respondent).

Bronnen

GGZ Noord-Holland noord. *Draaiboek/beleidsafspraken rond TZAS (teamgericht werkoverleg over agressie en schokkende gebeurtenissen)*.

Telefonische interviews met respondenten van het onderzoek.

Visitatie

Doel

Visitatie is een instrument dat gebruikt wordt in het kader van een continue kwaliteitsverbetering.

Visitatie is op georganiseerde wijze een bezoek afleggen bij beroepsgenoten, waarbij op een systematische wijze de beroepsuitoefening en de omstandigheden waaronder deze plaatsvindt kritisch worden bekeken (Giebing, 1995 uit: Verbeek, 1997). Doel is om inzicht te krijgen in het eigen handelen.

Toepassing

De visitatiecommissie bestaat uit drie personen. Een van hen neemt de functie van voorzitter op zich, een andere is secretaris en de ander is gewoon lid. Samen voeren zij de visitatie uit.

Het visitatiemodel is aangesloten bij de Deming cirkel: dat bestaat uit vier fasen: plan, do, check en act.

In de eerste fase (plan) worden doelen voor de verpleegkundige zorgverlening en criteria voor goede zorg geformuleerd. In de tweede fase (do) wordt de werkelijk verleende zorg gemeten of geregistreerd. In deze fase verzamelt de visitatiecommissie dus haar gegevens met behulp van interviews op de visitatiedag.

In de derde fase (check) wordt de wenselijke situatie uit fase één vergeleken met de werkelijkheid uit fase twee. De visitatiecommissie vergelijkt de verzamelde gegevens met het referentiekader en gebruikt de geconstateerde verschillen om conclusies te trekken en aanbevelingen te doen.

Op basis van deze conclusies en aanbevelingen wordt in de vierde fase (Act) de wijze van zorgverlening zo nodig bijgesteld (Huijbregts e.a., 1997).

De visitatiecommissie en de te visiteren afdeling bereiden zich beide voor op het visitatiebezoek.

De te visiteren afdeling krijgt minimaal twee maanden voor het bezoek bericht van de voorgenomen visitatie en hoort waar de visitatie op gericht zal zijn. Zij wordt ook ingelicht over de samenstelling van de visitatiecommissie. Het hoofd van de afdeling zorgt dat iedere afdelingsmedewerker geïnformeerd is over de komende visitatie (Huijbregts e.a., 1997). Het hoofd van de te visiteren afdeling is 'de gastheer' en heeft de regie in handen. Hij of zij organiseert de interviews met de verschillende personen, waarmee de visitatiecommissie wil spreken.

De gesprekken met het afdelingshoofd en de afdelingsverpleegkundigen vergen gemiddeld een uur, net als die met de teamleider en/of unitleider. Voor de andere gesprekken kan de richtlijn van een half uur worden aangehouden (Huijbregts e.a., 1997). Om objectiviteit en uniformiteit te bevorderen, kan de commissie gebruik maken van interviewschema's. Zo'n schema bevat instructies over het verloop van het interview. Het schema beschrijft de inleiding van het gesprek, de vragen die in ieder geval gesteld zouden moeten worden en de afsluiting van het gesprek (Hollands e.a. 2000).

Ook een ronde over de afdeling hoort bij de visitatie. De commissieleden kijken dan onder andere naar dossiers, verpleegplannen en protocollen. Hiervoor kan drie kwartier worden gereserveerd.

Het hoofd van de afdeling is vaak degene die de agenda van de visitatiedag opstelt. Daarin staat vermeld wie, wanneer en waar met de visitatiecommissie een interview heeft

en wanneer de visitatiecommissie de ronde over de afdeling maakt. De agenda is leidraad voor de visitatiedag, maar bevat geen inhoudelijke punten. Geadviseerd wordt om de agenda minimaal drie weken voor de visitatiedag naar alle betrokkenen toe te sturen (Huijbregts e.a., 1997).

Als het programma van de agenda is afgewerkt, gaat de visitatiecommissie drie kwartier in beraad, om een eerste oordeel over de afdeling te formuleren. Tot besluit van de dag wordt met de afdelingsleiding besproken. Dit eerste oordeel dient zowel positieve punten als punten voor verbetering te bevatten.

De secretaris schrijft een verslag naar aanleiding van zijn aantekeningen op de visitatiedag. De visitatiecommissie komt nog eenmaal bijeen om het verslag te bespreken en het eindresultaat vast te stellen. Daarna versturen ze het verslag naar de gevisiteerde afdeling (Huijbregts e.a., 1997).

Het rapport wordt, uit oogpunt van vertrouwelijkheid, alleen verzonden aan de betreffende instelling (Hollands e.a., 2000). De commissie is nu klaar met de visitatie en de afdeling kan aan de gang met aanbevelingen voor verbetering uit het verslag.

Bij Interne visitatie betreft het beroepsbeoefenaren van een andere afdeling of dienst vanuit de instelling zelf. Indien de beroepsbeoefenaren werkzaam zijn binnen een andere instelling, wordt gesproken van externe visitatie (Hollands e.a., 2000).

NB: Visitatie is een methode die nog in ontwikkeling is bij verpleegkundigen en verzorgenden. Deze tekst is gebaseerd op het toepassen van visitatie door verpleegkundigen, omdat er geen literatuur gevonden is voor het toepassen van de methode door verpleegkundigen. De methode kan echter ook door verzorgenden toegepast worden.

Baten

- De gevisiteerden maken kennis met en gaan denken over kwaliteit van zorg.
- De gevisiteerden worden geprikkeld om met kwaliteitszorg aan de slag te gaan.
- Het belang van de omschrijving van kwalitatief goede zorgverlening wordt duidelijk.
- Middels feedback worden beroepsbeoefenaren zich bewust van en krijgen zij inzicht in de sterke en zwakke kanten van de eigen praktijkvoering.
- De aanbevelingen van de commissie vergemakkelijken de aanzet tot verbeteringen van de zorgverlening.
- Visiteurs maken kennis met een afdeling en/of instelling en worden zich meer bewust van hun eigen handelen. (Hollands e.a., 2000)

Benodigde deskundigheid en kosten

Benodigde vaardigheden voor visitatie (Huijbregts e.a., 1997).

- Inzicht in kwaliteitszorg en de plaats van visiteren hierin.
- Besef van eigen (voor) oordelen en subjectiviteit en het streven daarvan los te komen.
- Kennis van objectieve gegevensverzameling door vragen te stellen.
- Feedback kunnen geven en krijgen.
- Kritiek kunnen geven en krijgen.
- Conclusies en aanbevelingen kunnen formuleren.

Visiteren en rapporteren over de bevindingen is voor de meeste verpleegkundigen een nieuwe taak. (Bij)scholing is daarom noodzakelijk.

Knelpunten

De noodzakelijke tijdsinvestering kan een knelpunt zijn. Toch ervaren deelnemers aan visitatie dat de investeringen ruimschoots gecompenseerd worden door de resultaten van de visitaties (Huijbregts e.a., 1997).

Bronnen

Giebing, H. (1995). *Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen; een methode om de verpleegkundige beroepsuitoefening te toetsen*. Leiden: Spruyt, van Mantgem & de Does bv.

Hollands, L., Hendriks, L., & Ariens, H. (2000). *Elementen van kwaliteitszorg*. Maastricht.

Huijbregts, V., Ettema, H., & Giebing, H. (1997). *Onderlinge visitatie verpleegkunde, kwaliteitsmeting door intercollegiale toetsing*. Maarssen: Elsevier/ de Tijdstroom/ LCVV.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Kwaliteitsmethoden voor het proces van zorgverlening

Zorgplansystematiek

Protocollen

Registratie van incidenten / Fobo/mip commissies.

Cliëntbespreking/ monodisciplinair en multidisciplinair

Methodisch werken

Zorgprogramma's

Signaleringsplan

Zorgplansystematiek

Doel

Uiteindelijk doel van het toepassen van zorgplansystematiek is om het zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvraag van de cliënt. Een zorgplan dient als middel ter ondersteuning van het uitvoerend werk. Het systematisch gebruiken van zorg- en hulpverleningsplannen kan een kwaliteitsbewakend effect hebben op de uitvoering van zorg. In het plan worden zowel de vraag van de cliënt als het aanbod in beeld gebracht en door deze samenhang is het mogelijk te evalueren of de zorg/ondersteuning inderdaad het gewenste effect heeft. Daarnaast kan het zorg-/ hulpverleningsplan gebruikt worden voor verbeteringen in het uitvoerend werk. Gesignaleerde knelpunten kunnen worden besproken in overleg (Verbeek, 1997).

De zorgplansystematiek heeft volgens Place e.a. (2000) de volgende doelen:

- Het beschrijven en toetsen van het proces van zorgrichtlijnen voor methodisch werken in de dagelijkse zorg.
- Hulpverleners helpen om sneller en doelgerichter te komen tot behandelplanning.
- Eenduidige, leesbare en gespreksondersteunende communicatie.
- Informatie over vraag en aanbod voor het management.

Toepassing

Zorgplansystematiek is een systematische procedure voor het werken met een zorgplan bij de uitvoering van zorg. Er zijn veel begrippen in omloop: hulpverleningsplan, begeleidingsplan, handelplan, behandelingsplan, omgangsplan, verpleegplan, zorgplan (Bernhard & Meerveld, 1992).

Het verpleegkundig proces is een proces waarin verpleegkundigen op systematische wijze en in samenspraak met de patiënt en/of relevante anderen, problemen vaststellen en interventies in gang zetten middels de volgende stappen (Noorda, 1999).

1. Het vaststellen van de verpleegkundige diagnose.
2. Het vaststellen van verpleegkundige beoogde resultaten
3. Het bepalen en uitvoeren van verpleegkundige interventies
4. Het vaststellen van verpleegkundige resultaten.

Het verpleegplan is een concrete weergave van het verpleegkundig proces.

Hieronder staat de relatie tussen het verpleegkundig proces en de formulieren van het verpleegkundig dossier (Noorda, 1999).

Het verzamelen van gegevens	Formulier basisgegevens. Informatieblad Voortgangsreportage Afsprakenblad
Vaststellen verpleegkundige diagnoses	Verpleegplan (standaard of individueel)
Vaststellen verpleegkundige interventies	Verpleegplan (standaard of individueel)
Vaststellen van beoogde resultaten	Verpleegplan of voortgangsreportage (tussentijdse evaluatie) Ontslag gespreksformulier

(eindevaluatie).

Een plan moet systematisch, kort, overzichtelijk, informatief en praktisch toepasbaar zijn (Bernhard & Meerveld, 1992). De werkwijze bij het opstellen en hanteren van zorgplannen en hulpverleningsplannen is sterk afhankelijk van de setting waarin deze worden gehanteerd.

Ook verzorgenden kunnen werken met een zorgplan en verschillende stappen doorlopen. Noorda heeft specifiek voor verpleegkundigen het proces beschreven, daarom wordt in de tekst alleen over verpleegkundigen gesproken.

Baten

Het gebruik van zorg-en hulpverleningsplannen verbetert de interdisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking en heeft een positief effect op de coördinatie van de zorg of hulp. Het zijn goede hulpmiddelen bij het leren benoemen van processen en beoogde resultaten in het uitvoerend werk (Verbeek, 1997).

Place e.a. (2000) noemen de volgende voordelen van het gebruik van zorgplannen:

- De transparantie neemt toe; plannen van cliënten worden op schrift gesteld.
- De in te zetten middelen zijn duidelijk beschreven.
- Er kan gecheckt worden of afgesproken acties ook inderdaad uitgevoerd zijn.
- De systematiek draagt bij aan professionalisering.
- Het opstellen van een zorgplan kost tijd, maar deze investering verdient zich later weer terug omdat efficiënter en doelgerichter gewerkt wordt.
- De systematiek draagt bij aan eenduidigheid van termen en handelen en bevordert zo de professionaliteit.

Benodigde deskundigheid en kosten

De ontwikkeling van een zorgplansystematiek kost veel tijd. Daarnaast zijn voor de implementatie scholing en werkbegeleiding nodig; medewerkers en leidinggevenden moeten zich de methode eigen maken (Place. e.a., 2000). In het begin van het toepassen van de methode kan de werkdruk toenemen, doordat niet iedereen het eenvoudig vindt doelen, zorgvragen en actieplannen te formuleren.

Knelpunten en/of nadelen

Een zorg-hulpverleningsplan heeft pas resultaat voor de kwaliteit van uitvoering wanneer er sprake is van koppeling aan andere procedures en onderdelen van kwaliteitszorg. Een verbinding met andere instrumenten is vaak nodig, zoals registratiesystemen, cliëntbesprekingen etc (Verbeek, 1997). Medewerkers kunnen aanhikken tegen de tijdsinvestering en het bureauwerk.

Bronnen

Bernhard, M.C., & Meerveld, J.H.C.M. (1992). *Handleiding Zorgplannen, methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut (Nzi).

Noorda, G. (1999). *Stap voor stap naar een verpleegkundig resultaat*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Place, M., Ooyen-Houben, M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ*. Trimbosinstituut en Nivel, Utrecht.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Protocollen

Doel.

De kwaliteit van de zorg-en dienstverlening te waarborgen en daar waar mogelijk verbeteren (Place, e.a., 2000).

- Goed regelen of verbeteren van de situatie waar het protocol op gericht is.
- Voorgeschreven handelingen worden gestandaardiseerd uitgevoerd.
- Ondersteuning van de medewerkers; het bieden van een leidraad voor het handelen in een bepaalde situatie.
- Het treffen van preventieve maatregelen, op basis van de uitkomsten van het protocol.
- Transparant maken van het handelen.

Toepassing

In een protocol worden afspraken vastgelegd over het doel en de werkwijze, waarnaar onder bepaalde omstandigheden gehandeld moet worden. Door protocollen te gebruiken ontstaat er duidelijkheid over de handelingen die je dient te verrichten in een bepaalde situatie (Steman & Zomerplaa, 1995).

Een protocol is een methodische leidraad die aangeeft welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden concreet uitgevoerd moet worden. Een protocol behoort verschillende soorten informatie te bevatten: een beschrijving van de behoeften van de cliënten, beroepsinhoudelijke informatie over de wijze waarop de zorg uitgevoerd moet worden en procedureel-organisatorische informatie. De mate van gedetailleerdheid van die informatie en de mate van 'voorschrijvingen' van handelingen verschillen. Daarin worden verschillende typen protocollen onderscheiden (Verbeek, 1997)

- Het verrichtingenprotocol. Hierin staan handelingen beschreven die door hulpverleners moeten worden uitgevoerd, soms gekoppeld aan de tijd waarin zij uitgevoerd moeten worden. Zo'n type protocol kan alleen worden toegepast als de taken naar de patiënt bekend zijn.
- Het doelprotocol. Hierin wordt geformuleerd welke doelen worden nagestreefd. Het gaat erom dat de doelen met elkaar vooraf worden vastgesteld. De wijze waarop dat doel gerealiseerd wordt, wordt overgelaten aan de betrokken hulpverleners.
- Het beslissingsondersteunende protocol. Deze vorm van protocollering wordt gebruikt als het niet mogelijk is een verrichtingen-of doelprotocol op te stellen, maar men toch behoefte heeft aan coördinatie en het maken van afspraken over behandeling of zorgproces.

Protocollen kunnen o.a. de volgende aspecten beschrijven (Place e.a., 2000):

- Concrete stappen voor de uitvoering van handelen in bepaalde situaties
- Taken en verantwoordelijkheden van betrokken medewerkers en cliënten
- Controlemomenten
- Manieren om gevaarlijke situaties te vermijden
- De procedure om de situatie te melden
- Beslisregels voor spreekuur, intake en behandeling bij cliënten (met een specifieke stoornis)

- Omschrijving van signalen en een vragenlijst voor vroegonderkenning en beoordeling.

Ontwikkeling van protocollen

Protocollen worden op landelijk niveau ontwikkeld. Het is ook mogelijk dat hulpverleners zelf het initiatief nemen om een protocol te ontwikkelen dat past binnen de werksetting. Vaak wordt dan een werkgroep ingesteld die de taak heeft om het protocol op te stellen. Dit gebeurt meestal in een aantal fasen (Steman & Zomerplaa, 1997).

- Voorbereiding: het kiezen van een thema en het vaststellen van het doel en de doelgroep van het protocol: de protocoldracht.
- Vaststellen van plan van aanpak.
- Een concept protocol opstellen op basis van bestaande gegevens, literatuur en interne discussies met de betrokken medewerkers.
- Uittesten van het conceptprotocol aan de hand van criteria die de werkgroep heeft opgesteld. Deze criteria hebben betrekking op de naleving van het protocol en de resultaten van het protocol.
- Definitief protocol opstellen en schriftelijk vastleggen. Regelmatig worden het toepassen en de resultaten van het protocol geëvalueerd en indien nodig wordt het protocol bijgesteld.

Baten

Het werken met protocollen kan leiden tot een meer effectieve, eenduidige werkwijze, waarbij zorg-hulpverleners de onderlinge samenwerking zo verbeteren dat er sprake is van oplossen van knelpunten (Verbeek, 1997).

Door het werken met protocollen is het mogelijk medewerkers op verantwoordelijkheden te wijzen. Daarnaast kan getoetst worden of de afgesproken werkwijze het gewenste resultaat heeft (Steman & Zomerplaa, 1995).

Protocollen leiden tot verantwoord handelen in complexe situaties (Place e.a., 2000).

Protocollen bieden medewerkers houvast; zij weten beter hoe te handelen en eventuele onzekerheid wordt verminderd (Steman & Zomerplaa, 1995; Place e.a., 2000).

Doordat in een protocol vastgelegd wordt hoe er in een bepaalde situatie gehandeld moet worden, zullen er in de instelling minder fouten gemaakt worden. De wijze waarop gehandeld wordt is minder afhankelijk van een persoon, maar is gebaseerd op afspraken die er gemaakt zijn (Steman & Zomerplaa, 1995).

Door middel van protocollen kunnen de verschillende processen die plaatsvinden rondom de zorg-en dienstverlening worden beschreven en kan worden nagegaan waar eventuele knelpunten zitten (Steman & Zomerplaa; 1995).

In een protocol kunnen werkwijzen worden beschreven, zodat deze gemakkelijker zijn over te dragen aan anderen (Steman & Zomerplaa, 1995).

Benodigde deskundigheid en kosten

Voorwaarde voor het gebruik van protocollen, is dat zorgverleners protocollen zien als aanvaardbare en reële werkwijze waaraan zij zich willen houden. Ook het management dient het gebruik van protocollen te ondersteunen (Steman & Zomerplaa, 1995).

Mensen moeten vrijgemaakt worden voor deelname aan een werkgroep voor het opstellen van een protocol (Steman & Zomerplaa, 1995).

Betrokkenen dienen te worden geïnformeerd, er worden misschien

voorlichtingsbijeenkomsten en/of trainingen georganiseerd (Steman & Zomerplaa, 1995).

Implementatie van protocollen vraagt tijd en aandacht, er kunnen zich aanloopproblemen voordoen, met name indien een protocol leidt tot meer handelingen en meer administratie (Place, e.a., 2000).

Soms is bijscholing nodig om te voorkomen dat medewerkers terugvallen in oude gewoontes (Place, e.a., 2000).

Daarnaast is tijdsinvestering nodig om protocollen up to date te houden en medewerkers te stimuleren tot naleving. Evaluatie kan hierbij als belangrijk hulpmiddel dienen (Steman & Zomerplaag, 1995).

Knelpunten en /of nadelen

Protocollen kunnen verstarrend werken, omdat een bepaalde werkwijze wordt voorgeschreven.

Doel van de zorg-en dienstverlening kunnen uit het oog verloren raken. Het werken met een protocol is middel en niet doel (Steman & Zomerplaag, 1995).

Bronnen

Place, M., Ooyen-Houben, M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ*. Trimbosinstituut en Nivel, Utrecht.

Steman C. & Zomerplaag, J. (1995). *Handleiding protocollen. Methodiek voor het opstellen en invoeren van protocollen in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Registratie van incidenten/ Fobo/mip commissies

Doel

De commissies dienen als kwaliteitsinstrument waarbij door middel van het analyseren van de meldingen, de toedracht van incidenten kan worden achterhaald en preventieve maatregelen kunnen worden genomen (Leijsen e.a., 2000).

Toepassing

Met de invoering van de wet Kwaliteit van Zorginstellingen, het uitgangspunt dat zorgverleners en –instellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg is de verplichting om een FONA-MI commissie binnen de instelling te handhaven opgeheven. Het werk van dergelijke commissies maakt expliciet deel uit van het kwaliteitsbeleid van de instelling (Knops-Dullens & van der Arend, 1999).

Er zijn diverse namen voor de meldingscommissies in omloop: FONA (fouten, ongevallen, near accidents) FOBO (Fouten, ongevallen, bijna ongevallen) MIP (meldingen incidenten patiëntenzorg), MIB (meldingen incidenten bewonerszorg), en meldingscommissies (Leijsen e.a., 1995).

Volgens de gedragslijnen van de Landelijke Specialisten Vereniging (1985) komt voor melding in aanmerking: iedere gebeurtenis, al dan niet veroorzaakt door handelen of nalaten bij onderzoek, behandeling, verpleging of verzorging van de patiënt (directe patiëntenzorg) welke tot schadelijk gevolg voor de patiënt heeft geleid, dan wel naar algemene ervaringsregels tot schadelijk gevolg had zullen leiden, indien dit niet was voorkomen door een toevallige gebeurtenis of door een niet van tevoren gepland ingrijpen (Knops-Dullens & van der Arend, 1999).

De commissie maakt een jaarverslag waarin de aard, frequentie en de gevolgen van de meldingen worden beschreven. Ook de maatregelen die zijn getroffen naar aanleiding van het incident kunnen in het jaarverslag worden opgenomen (Leijsen e.a., 1995).

Aangenomen wordt dat diverse factoren de bereidheid van de medewerkers om te melden kunnen bevorderen (Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, 1988 uit: Leijsen e.a., 1995).

- bekendheid met de procedure
- vertrouwelijke behandeling van de melding, die bovendien geen repercussies mag hebben voor de melder
- terugrapportage over de resultaten van het onderzoek
- inzicht in de genomen preventieve maatregelen

Knelpunten

In de praktijk van de gezondheidszorg worden verschillende visies op het begrip 'fout' gehanteerd en er zijn geen geldige criteria voor wat fout en wat niet fout is. Daardoor kan het onduidelijk zijn wat precies bij FONAMIP commissie moet worden gemeld. Uit de FONA- en MIP commissie verslagen blijkt bovendien dat de interpretatie van verpleegkundigen en verzorgenden vrij specifiek is. Voornamelijk

valincidenten en medicatiefouten worden door hen onder het begrip incident geschaard, gemeld en daarmee als fout betiteld (Knops-Dulens & van der Arend, 1999).

Wanneer zich andere gebeurtenissen voordoen die afbreuk doen aan de kwaliteit van zorg, dan worden die wel als vervelend ervaren en wordt er ook over geklaagd en gemopperd, maar men komt er niet aan toe een FOMA-of MIP- formulier in te vullen.

Bronnen

Lijesen, G.K.S., Wal, G. van der., & Hazelnet-Crans, B. (1999). FONA/MIP-commissies in verpleeghuizen. *Q*, nr2, pp 67-74.

Knops-Dullens, T., & Arend, A. van der. (1999). Fouten en incidenten, over de omgang met ongewenste gebeurtenissen in het kader van kwaliteitszorg. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr 11 pp 345-348.

Cliëntbespreking monodisciplinair en multidisciplinair

Doel

Doel van een cliëntenbespreking is afstemming en evaluatie van interdisciplinaire zorg (Bernhard e.a., 1992).

Hendrix e.a. (1991) noemen vier hoofddoelen van cliëntgericht overleg :

- uitwisselen van informatie
- afstemmen van werkzaamheden
- maken van een gezamenlijk hulpverleningsplan
- verwijzen

Toepassing

De werkwijze is sterk afhankelijk van de setting waarbinnen een cliëntbespreking wordt gehouden (Verbeek, 1997). Het is in ieder geval belangrijk om afspraken te maken over de inhoud, deelnemers, voorbereiding, werkwijze, frequentie, verslaglegging en de relatie tussen bewonersbesprekingen en andere besprekingen (Bernhard e.a., 1991).

De redenen om een patiënt op de agenda te plaatsen kunnen divers zijn. Van het vragen om een praktisch advies tot de wens een teamlid bij de hulpverlening in te schakelen; van het geven of vragen van informatie over een patiënt tot de behoefte teamleden te consulteren over de eigen hulpverlening (Bernhard e.a., 1991).

In een patiëntbespreking praten teamleden over degenen aan wie zij hulp verlenen, over hun werk als hulpverlener, en over zichzelf in hun werk. Ieder team staat voor de opgave het juiste evenwicht te vinden tussen gerichtheid op de patiënt en gerichtheid op de hulpverlener. Al werkend kan gezocht worden naar dit evenwicht (Bernhard e.a., 1991). De onderwerpen voor een cliëntbespreking kunnen uit de stappen van de methodische cyclus worden afgeleid (Bernhard e.a., 1991).

- Beschrijven van de bewoner: opvallende punten in zijn huidige toestand, ontwikkelingen en veranderingen in de voorbije periode.
- Beschrijven van het effect van de zorg zoals deze in de voorbije periode geleverd is: zijn de doelen behaald, waarom wel/niet, is iedereen zijn afspraken nagekomen? wat waren onbedoelde effecten
- Wat is er aan de hand met een cliënt, diagnose, interdisciplinaire uitwisseling van observatiegegevens
- Is bijstelling van doelen nodig?
- Vaststellen van nieuwe doelen, termijn evaluatiedatum is bijstellen afspraken en zorgaanbod nodig?
- Vaststellen nieuwe afspraken

De resultaten van de bespreking worden in het zorgplan opgenomen. Deze taak is vaak weggelegd voor de zorgcoördinator.

Om de cliëntbespreking efficiënt te laten verlopen is het belangrijk dat leden van het kernteam zich voorbereiden, door observatieverslagen te schrijven, gegevens van eerder cliëntbesprekingen te koppelen aan de huidige situatie en het cliëntendossier te raadplegen. Cliëntbespreking heeft alleen zin als teamgenoten ook reageren. Met begrip en bemoediging, maar ook met het geven van kritiek, eigen ideeën, voorstellen en

adviezen. Tijdens een patiëntbespreking zijn alle teamleden gelijkwaardig aan elkaar en ontbreken hiërarchische verhoudingen (Bernhard e.a., 1991).

Metacommunicatie is nodig om te weten hoe men denkt over de wijze waarop er wordt gecommuniceerd en waar nodig verbeteringen aan te brengen (Bernhard e.a., 1991).

Evalueren van het verloop van de patiëntbespreking is nodig om de patiëntbespreking voor iedereen optimaal te laten verlopen (Bernhard e.a., 1991).

Baten

Cliëntbesprekingen zijn een voorwaarde om goede afspraken te kunnen maken over taken, werkzaamheden en de coördinatie ervan (Verbeek, 1997).

Cliëntbesprekingen kunnen aanknopingspunten bieden voor kwaliteitsverbetering op team- of afdelingniveau. Bijvoorbeeld door te evalueren welke knelpunten regelmatig terugkomen bij cliëntbesprekingen (Verbeek, 1997).

Knelpunten

Interdisciplinaire teams is een extra moeilijkheid dat teamleden vaak menen dat ze eigenlijk geen kritiek mogen geven en niet met voorstellen en adviezen mogen komen op een terrein waar de ander 'de deskundige' is. Directheid, duidelijkheid en openheid in de communicatie zijn van direct belang voor de samenwerking, en dus voor de hulpverlening aan de cliënt (Bernhard e.a., 1992).

De waarde van cliëntbespreking als kwaliteitsinstrument blijft beperkt als het een op zich zelf staande activiteit blijft (Verbeek, 1997). Koppeling met andere methoden en werkwijzen is nodig om de cliëntbespreking te laten bijdragen aan de kwaliteit van zorg of hulp.

Er is relatief weinig methodisch materiaal om cliëntbespreking te ondersteunen (Verbeek, 1997).

Bronnen

Bernhard, M.C., & Meerveld, J.H.C.M. (1992). *Handleiding Zorgplannen, methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut (Nzi).

Hendrix, H., Konings, J., Doesburg, J. & Groot, M. de. (1991). *Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector*. Baarn: H. Nelissen BV.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Methodisch werken

Doel

Een methode is een systematische, doelgerichte, planmatige en procesmatige manier van werken.

Methodisch handelen is het handelen volgens een vaste, weldoordachte manier om daarbij op een zo effectief en efficiënt mogelijke wijze het doel te bereiken dat men voor ogen heeft of dat nagestreefd moet worden (van de Rest- Bakker, 1992 uit: Noorda, 1999).

Toepassing

Bij methodisch werken en methodisch handelen is het van belang te weten wat je wilt bereiken en hoe je dat wilt doen. Daarnaast is het ook belangrijk wie er handelt en binnen welk kader dat gebeurt. Dit zijn vier belangrijke aandachtspunten (Winkelaar, 1994).

- De persoon die handelt (wie).
- Het doel wat beoogd wordt (wat en waarom).
- De manier waarop men tracht het doel te bereiken (waarmee en hoe).
- De context waar binnen het handelen plaatsvindt (wanneer en waar).

Bij methodisch werken is planmatig werken een vereiste. Dit houdt in dat er een plan, een doelstelling en middelen zijn om dat doel te bereiken. Er zijn drie manieren van planmatig werken te onderscheiden: improviserend, routinematig en projectmatig (Winkelaar, 1994).

Van improviserend werken is sprake als je globaal een plan en middelen voor ogen hebt om een doel te bereiken, maar al doende de precieze werkwijze zoekt om een en ander te realiseren. Improviserend werken biedt flexibiliteit, maar de kans is reëel dat er fouten worden gemaakt. Creatieve deskundigheid is vereist. Bij routinematig werken pas je zoveel mogelijk standaardprocedures toe en put je uit ervaring.

Projectmatig werken is een mengvorm van de twee reeds genoemde methoden. Het wordt toegepast in unieke vaak eenmalige situaties waarbij op safe moet worden gewerkt. Bijna altijd zijn er beperkte middelen en zijn er verscheidene mensen met nogal verschillende deskundigheden bij betrokken. Alles dient van te voren in een plan geprojecteerd te worden.

Kwaliteitscyclus

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld die de kwaliteitscyclus beschrijven.

Deming geeft de systematische aanpak van kwaliteitszorg weer door een aan Shewart ontleende cyclus (Harteloh & Casparie, 1998).

Deming onderscheid vier fasen, te weten planning, uitvoering, toetsing en evaluatie. Steeds wordt het verwachte effect van een bepaalde behandeling vergeleken met het daadwerkelijk gerealiseerde effect om vervolgens te bepalen hoe een eventueel geconstateerde discrepantie tussen beide kan worden opgeheven. De weergave als een cyclus symboliseert het continue karakter van dit proces, waarbij steeds na een aantal stappen op het uitgangspunt wordt teruggekomen, zij het op een ander, hoger niveau (Harteloh & Casparie, 1998).

Planning

Expliciteren van de bedoelingen van de verschillende betrokkenen.

Consensus bereiken over het doel van kwaliteitszorg. Het beleidsplan is de formele neerslag van de planningsfase. Het beschrijft doelstellingen, beschikbare middelen en voorgenomen activiteiten.

Uitvoering

Deze fase betreft de feitelijke uitvoering van het plan.

Toetsing

In deze fase wordt getoetst of de uitvoering overeenstemt met de intenties van het beleidsplan. Voor deze vergelijking is in de planningsfase al een opzet of structuur aangegeven.

Evaluatie

In deze fase wordt het effect van de uitvoering in het licht van de intenties van het plan beschouwd. Ook wordt een verklaring gezocht voor een eventueel geconstateerde discrepantie tussen het waargenomen en het beoogde effect. Er kan vervolgens een aanpassing van het beleidsplan, de normen waarop dit is gebaseerd, de uitvoering of zelfs van de toetsing plaatsvinden. De cyclus is nu geheel doorlopen en kan zich herhalen.

Verpleegkundig proces

Methodisch werken vormt de basis voor het verpleegkundig proces (Van Boxtel e.a., 2001).

Het verpleegkundig proces is een proces waarin verpleegkundigen op systematische wijze en in samenspraak met de patiënt en/of relevante anderen, een probleem (of problemen) vaststellen en een interventie (of interventies) in gang zetten middels een aantal stappen. Meer hierover kunt u lezen in de beschrijving van de methodiek: zorgplansystematiek.

NB: Noorda heeft specifiek voor verpleegkundigen het verpleegkundig proces beschreven. Daarom wordt in de betreffende tekst alleen gesproken over verpleegkundigen.

Baten

Methodisch werken volgens het verpleegkundig proces draagt bij tot discussie en overleg, tot afstemming en continuïteit van zorg (van Boxtel e.a., 2001).

Methodisch werken:

- maakt het mogelijk een systematische beschrijving te geven van de problemen die spelen en welke acties daar op moeten volgen.
- geeft richting aan discussies over te verlenen zorg.
- maakt inzichtelijk wat iedereen doet en op welke manier.
- kan dienen als middel om andere disciplines te voorzien van 'harde gegevens' en een systematisch weergave van observaties.

Knelpunten

Beroepsbeoefenaren kunnen het methodisch werken ervaren als een te rationele manier van handelen, terwijl cliënten behoefte hebben aan een persoonlijke warme benadering (Bernhard & Meerveld, 1992).

Hulpverleners kunnen het methodisch werken ook ervaren als een beperking van de vrijheid in het intuïtief verpleegkundig handelen (van Boxtel e.a., 2001).

Bronnen

Bernhard, M.C., & Meerveld, J.H.C.M. (1992). *Handleiding Zorgplannen, methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut (Nzi).

- Boxtel, R.J.J. van, Smits, M.J., Engel, M., & Boshuizen, H.P.A. (2001). Intuïtie in relatie tot het verpleegkundig proces. Een verkennend kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop ervaren verpleegkundigen beslissingen nemen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen nr 8*, pp 234-239.
- Harteloh, P.P.M., & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg, van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Noorda, G. (1999). *Stap voor stap naar een verpleegkundig resultaat*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Winkelaar, P. (1994). *Methodisch werken*. Utrecht: Lemma BV.**

Zorgprogramma's

Doel

Het zorgprogramma is erop gericht het aanbod, de samenwerking van professionals en het functioneren van specifieke doelgroepen te verbeteren (Place, e.a. 2000).

Toepassing

Een zorgprogramma is het geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten, gericht op het verlenen van bepaalde diensten of het bewerkstelligen van bepaalde effecten voor een gespecificeerde doelgroep. (Place e.a., 2000).

Zorgprogramma's zijn te vergelijken met een keuzemenu: uitgaande van de vraag van de cliënt kan aan de hand van het zorgprogramma een individueel zorgtraject worden uitgestippeld, vastgelegd in een zorgplan en uitgaande van een afgesproken doel (Salari & Plaisir, 2000).

Programma's worden samengesteld op basis van stoornisgerelateerde problematiek. Anderen kiezen een indeling op basis van sekse, leeftijd of specifieke problematiek. Tot nu toe is er niet een soort indeling die duidelijk als beste naar voren komt, ze hebben allemaal zo hun voor- en nadelen (Verburg & Franx, 2000).

Het programma is meestal op papier omschreven. De beschrijvingen bevatten de volgende onderwerpen (Place e.a., 2000).

- Het zorgproces, bijvoorbeeld in de vorm van een stroomdiagram met beslismomenten en momenten waarop meetinstrumenten worden afgenomen.
- Het behandelbeleid met procedures voor aanmelding, protocollen en richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en zorg.
- Het aanbod, eventueel met accenten en prioriteiten.
- Doelen, ook per activiteit en doelgroep.
- Taken en verantwoordelijkheden.
- De ingezette middelen, bijvoorbeeld case-management.
- Wijze van overdracht en rapportage, ingaande en uitgaande informatie.
- Benodigde materiele voorzieningen en de setting van de zorg.
- De samenstelling van het team.

Programma's zijn opgebouwd uit modules, bestaande uit clusters van GGZ-activiteiten op het gebied van behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging, beschermen en preventie. Modules kunnen in principe allerlei soorten activiteiten bevatten, bijvoorbeeld farmacotherapie, psychotherapie en psycho-educatie.

Een programma bestaat ongeveer 40% uit protocollen en richtlijnen (betrekking hebbend op diagnostiek, indicatiestellingen behandeling) en voor ongeveer 60% uit lokale afspraken over concreet hulpaanbod, logistiek, samenhang, organisatie, registratie en evaluatie (Verburg & Franx, 2000).

De verantwoordelijkheid voor het programma ligt vaak bij (een stuurgroep van) de directie of hoger management van een van de betrokken afdelingen. Het kan ook zijn dat

personen uit verschillende lagen van de instelling, bijeen gezet in stuurgroepen of werkgroepen, verantwoordelijk zijn (Place, e.a., 2000).

Baten

Middels het werken met zorgprogramma's kan complexe zorg geleverd worden aan cliënten die daarvoor afhankelijk zijn van meerdere professionals en van een samenhangend zorgaanbod. Autonome eenheden kunnen de werkzaamheden onderling beter afstemmen (kortere lijnen) en zijn daardoor slagvaardiger, vinden gemakkelijker aansluiting op de vraag van de doelgroep, kunnen beter plannen en bevorderen de doorstroom van cliënten (Verburg & Franx, 2000).

Doordat de doelstellingen, processen, afspraken, taken en verantwoordelijkheden meestal goed beschreven zijn, neemt de transparantie en inzichtelijkheid van het zorgaanbod toe (Place, e.a., 2000).

Het programma leidt tot realistischer en meer positieve beeldvorming van instellingen over elkaar en tot meer samenwerking (Place, e.a., 2000).

Kosten en benodigde deskundigheid

Het werken met programma's stelt eisen aan de hulpverlening (Verburg & Franx, 2000).

De cliënt moet binnen het programma drempelloos en in samenhang het noodzakelijke hulpaanbod kunnen ontvangen (ook als daar verschillende aanbieders of afdelingen bij betrokken zijn). En de hulpverlening aan de cliënt moet aan de hand van het programma bijgestuurd kunnen worden. Op welke manier men de hulp wil organiseren is afhankelijk van allerlei factoren, zoals bijvoorbeeld de behoefte van instellingen aan een gespecialiseerd of gegeneraliseerd hulpaanbod.

Zorgprogramma's zijn zeer gestructureerd. Professionele attitude en de bejegening van de cliënt zijn nodig om alert te blijven welke zorg het beste bij de cliënt past (respondent).

Knelpunten

De bij de werkconferentie aanwezige cliënten wijzen op het medisch getinte karakter van veel modules, die voornamelijk het perspectief van hulpverleners op een stoornis ontwikkelen (Verburg & Franx, 2000). Modules die de hulpvrager ondersteunen bij vragen die te maken hebben met zingeving en het weer 'burger' worden, ontbreken vaak. Hierdoor komen programma's niet volledig tegemoet aan de vragen en verwachtingen van de betreffende cliëntengroep. Dit vraagt niet alleen om de ontwikkeling van zingevingmodules maar ook om een attitudeverandering van de hulpverleners.

Een ander knelpunt kan zijn dat programmering kan leiden tot nieuwe schotten in de hulpverlening (Verburg & Franx, 2000). In de GGZ wordt bijvoorbeeld nog vaak vastgehouden aan bekende indelingen, zoals *cure* en *care* en leeftijd, terwijl programma's eigenlijk door die indelingen heen zouden moeten lopen. Bij de organisatie van programma's moeten belemmeringen voor een flexibele inzet van modules zoveel mogelijk worden voorkomen.

Bronnen

Place, M., Ooyen-Houben, M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ*. Trimbosinstituut en Nivel, Utrecht.

Salari, M., & Plaisier, A. (2000). Naar zorgprogramma's in de ouderenzorg, keuzemenu's voor individueel zorgtrajecten. *Ouderenzorg, nr 11*, pp 24-25.

Verburg, H., & Franx, G. (2000). Programma's in de volwassenzorg- een update. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, nr 9*, pp 800-812.

Telefonische interviews met respondenten van het onderzoek.

Signaleringsplan

Doel

Een signaleringsplan heeft als doel een psychische crisis te voorkomen. Een cliënt krijgt hierdoor meer grip op zijn eigen leven. Het signaleringsplan geeft zowel de cliënt als de omgeving houvast hoe te handelen als de cliënt in een crisis dreigt te raken (Meijel e.a., 2000).

Toepassing

De hulpverlener schrijft het signaleringplan samen met de cliënt. Uit ervaring blijkt dat hoe meer de cliënt betrokken is bij het schrijven van het plan en ook zelf zijn mening heeft kunnen uiten, des te meer coöperatief de cliënt is bij het toepassen van het signaleringsplan (respondent).

Het plan wordt geschreven op het moment dat de cliënt in de zogenoemde stabiele fase verkeert, dus als er geen sprake is van een crisis (Meijel e.a., 2000).

Een signaleringsplan bestaat uit twee gedeelten (Meijel e.a., 2000).

- Een beschrijving van de vroege tekenen van een crisis.
- Een beschrijving wat de cliënt en zijn omgeving het beste kan doen wanneer een crisis dreigt.

De cliënt en de hulpverlener doorlopen een aantal stappen om tot een goed signaleringplan te komen (Meijel e.a., 2000).

Stap 1: De voorbereiding.

De cliënt en hulpverlener wisselen informatie uit en maken afspraken op welke wijze er gewerkt gaat worden. De cliënt kan hierbij zijn wensen en voorkeuren duidelijk maken.

Stap 2: De vroege voortekenen.

De hulpverlener stelt samen met de cliënt (en zijn familie) een schema op van vroege voortekenen. Deze verschillen van persoon tot persoon.

In het plan wordt het gedrag van de cliënt in vier fasen beschreven. De stabiele fase, als de cliënt zich goed voelt.

De tweede fase, als de eerste signalen van een crisis tonen.

De derde fase, waarin de cliënt meerdere signalen vertoont.

De vierde fase waarin de crisis wordt beschreven.

Stap 3: Het scoren van vroege voortekenen.

De cliënt scoort regelmatig de vroege voortekenen. Samen met de hulpverlener stelt de cliënt vast of vroege voortekenen aanwezig zijn of niet.

Stap 4: Het opstellen van een actieplan.

De cliënt stelt samen met de hulpverlener een actieplan op. Hierin staan acties geformuleerd die uitgevoerd kunnen worden wanneer vroege voortekenen optreden en er een crisis dreigt. Het gaat om acties die de cliënt, acties die de hulpverlener en acties die de omgeving uit kan voeren.

Uitgangspunten voor het succesvol werken met een signaleringplan (Meijel e.a., 2000): De belevingswereld van de cliënt is het vertrekpunt. De hulpverlener gaat uit van:

- De dagelijkse realiteit van de cliënt
- de doelen die de cliënt zich stelt
- de ontwikkelingsfase waarin de cliënt zich bevindt
- de taal die de cliënt spreekt

Het signaleringsplan is een plan op maat. Het werken met een signaleringsplan is een gezamenlijke activiteit van de cliënt, de hulpverleners en de familieleden. Het signaleringsplan heeft voortdurend bijstelling.

De attitude van de hulpverlener is positief waarderend.

Per fase worden naast de signalen waar het gedrag is te herkennen ook beschreven hoe er gereageerd moet worden (welke interventies moeten plaatsvinden) en door wie deze uitgevoerd moeten worden (de cliënt, de hulpverlener en/of de mensen uit de omgeving).

Baten

In de telefonische interviews met respondenten zijn de volgende baten genoemd:

- Het werken met een signaleringsplan kan houvast bieden aan alle partijen.
- Er kan worden teruggekeken wat er moet gebeuren om een crisis te voorkomen.
- Het geeft de cliënt 'empowerment': gevoel grip te hebben op het eigen leven.
- De cliënt wordt actief betrokken bij het hulpverleningsproces: in overleg wordt afgesproken hoe er gehandeld wordt in tijden van crisis.
- Omdat de cliënt actief is betrokken bij het opstellen van het signaleringsplan is de coöperatie hoog.

Knelpunten

Het kan vóórkomen dat de cliënt tijdens de crisis zich verzet tegen de afspraken die in het plan zijn gemaakt. Over het algemeen is de ervaring dat dit vaker gebeurt naarmate de cliënt niet goed betrokken is geweest bij het opstellen van het signaleringsplan. Het moet zijn plan zijn en niet het plan van hulpverleners (respondent).

Bronnen

Meijel, B., Gaag, M. van der, Kahn, R., & Grypdonck, M. (2000). *Protocol voor het werken met een signaleringsplan ter preventie van psychosen bij patiënten met schizofrenie*. Utrecht: Universiteit Medisch Centrum Utrecht.

Telefonische interviews met respondenten van het onderzoek.

Kwaliteitsmethoden deskundigheidsbevordering en professionalisering

Methodische werkbegeleiding

Feedback

Intervisie

Deskundigheidsbevordering

Supervisie

Klinische lessen/ Themabijeenkomsten

Methodische werkbegeleiding

Doel

De hulpverlener wordt zich meer bewust van de positie en het eigen handelen in de zorgverlening en is bereid het functioneren ter discussie te stellen. Methodische werkbegeleiding maakt het mogelijk de beleving van de zorg- en dienstverlening met collega's te bespreken en te reflecteren op het eigen handelen (Van de Veen & Scheijmans, 1995). Uiteindelijk kan methodische werkbegeleiding leiden tot versterking, professionalisering en verbetering van het werk van hulpverleners. Volgens Klomp (1975) is naast verbetering van de werksituatie ook een grotere arbeidsvoldoening van het individu een doel op zich.

Toepassing

Praktijkbegeleiding wordt vaak gegeven door personen die dit expliciet als taak hebben gekregen, de praktijkbegeleiders. De praktijkbegeleider heeft vaak niet alleen een ondersteunende rol, maar ook een vertalende functie, namelijk tussen beleidsbepalend en beleidsuitvoerend niveau van de instelling.

De praktijkbegeleider voert soms individueel, soms groepsgewijs gesprekken met de betrokken beroepskrachten over het werk. Er wordt gepraat aan de hand van concrete voorbeelden, die ingebracht worden door beroepskrachten (Verbeek, 1997).

De cyclus van werkbegeleiding kent drie fasen: start, uitvoering en evaluatie (Van de Veen & Scheijmans, 1995, Verbeek, 1997).

In de startfase stelt de begeleider de doelen vast voor de werkbegeleiding en motiveert hij/zij medewerkers tot deze overlegvorm. In de eerste bijeenkomst geeft hij/zij het team uitleg over de methode en worden afspraken gemaakt voor de werkbegeleiding.

Gedurende de uitvoeringsfase vinden ongeveer vijf bijeenkomsten plaats. Per bijeenkomst volgt de groep vijf stappen:

1. Observeren. Hierbij brengen de deelnemers een casus in. Om een goed beeld van de situatie te verkrijgen wordt door de andere deelnemers andere informatie ingewonnen. Het gaat om concreet waarneembare feiten.
2. Interpreteren. De groep probeert inzicht te krijgen in de achtergronden en oorzaken van de situatie. Zowel factoren die een rol spelen bij de hulpverlener zelf, bij andere betrokkenen en bij de omgeving worden besproken.
3. Doelen stellen. De hulpverlener die eerder de casus presenteerde, formuleert op basis van de vorige stap twee doelen. In die doelen geeft hij/zij aan wat hij wil bereiken en hoe hij de volgende keer gaat handelen om dat doel te bereiken.
4. Actie nemen. De hulpverlener die de casus heeft ingebracht gaat proberen de doelen te bereiken door te oefenen in de werksituatie.
5. Opbrengst vaststellen. Aan het begin van de volgende bijeenkomst kijkt het team terug op de resultaten van de actie die door de collega inmiddels is genomen. In de evaluaties kijkt het team terug naar wat de bijeenkomsten hebben opgeleverd. Zo nodig wordt in het team een volgende cyclus van bijeenkomsten voor methodische werkbegeleiding afgesproken. Er wordt afgesproken welke deelnemer de volgende keer een casus in zal brengen.

Iedere bijeenkomst sluit de begeleider af met een ronde waarin de deelnemers kort aangeven hoe ze de bijeenkomst hebben ervaren. Tevens kunnen de deelnemers suggesties voor een volgende keer aandragen.

Baten

Van der Veen en Scheijmans (1995) noemen de volgende voordelen van methodische werkbegeleiding:

- hulpverleners voelen zich serieus genomen door de organisatie.
- er is meer ruimte om kwesties in het team te bespreken.
- medewerkers gaan meer nadenken over het werk; de methodische manier van denken tijdens de werkbegeleiding wordt individueel tijdens het werk toegepast.
- methodische werkbegeleiding kan medewerkers meer zekerheid en zelfvertrouwen geven.
- methodische werkbegeleiding heeft als effect dat er binnen een team meer begrip voor elkaars handelen ontstaat.
- de methodiek bevordert de communicatie onderling, de teamgeest en de samenwerking op de afdeling.

Verbeek (1997) noemt praktijkbegeleiding voor nieuwe medewerkers als voorwaardescheppende activiteit voor de kwaliteit van handelen van medewerkers binnen een instelling. Medewerkers zullen sneller ingewerkt raken en effectiever functioneren binnen de instelling.

Benodigde deskundigheid en kosten

Volgens Klomp (1997) zijn drie factoren belangrijk voor een succesvolle werkbegeleiding.

- De attitude van de begeleider: deze moet voldoende kennis hebben, voldoende vertrouwen van de deelnemers hebben, inzicht hebben in de eigen mogelijkheden en die van de deelnemers aan werkbegeleiding.
- Optimaal functioneren van elke deelnemer afzonderlijk: inzicht in eigen persoonlijkheid sterke en minder sterke kanten van zichzelf willen ontdekken.
- Optimale samenwerking met andere collega's: open staan voor een groeiende relatie en samenwerking met andere collega's, kunnen en willen bijdragen tot een verbetering van de werkresultaten van de groep.

Knelpunten

Van der Veen & Scheijmans (1995) noemen de volgende voorwaarden die nodig zijn voor succes:

- Overeenstemming tussen managementafdelingen over het doel en belang van werkbegeleiding.
- Bereidheid om in de organisatie serieus om te gaan met problemen of klachten van medewerkers.
- Duidelijkheid over de rol en plaats van werkbegeleiding.
- Duidelijkheid over de rol, de kwaliteiten en de plaats van de functionaris die werkbegeleiding geeft.
- Helderheid over de taak en functie van de deelnemers aan de werkbegeleiding.
- Bereidheid van de deelnemers om met elkaar over het werk te praten.

Tot slot noemt Verbeek (1997) de sfeer in het team die voldoende veilig ervaren moet worden om kritische vragen te kunnen stellen, zonder dat mensen zich persoonlijk aangevallen voelen.

Bronnen

Klomp, A.J., & Keijsers, H.A.G.M. (1997). *Werkbegeleiding in de intramurale- en extramurale zorg*. Lochem: De Tijdstroom.

Veen, R. van der., & Scheijmans, I. (1995). *Het onderste boven, de methodische werkbegeleiding in het verzorgingshuis*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Feedback

Doel

Feedback is het op een systematische wijze verstrekken van informatie over het (effect van) functioneren van een persoon, organisatie, proces of systeem (Bik & Lombarts, 1997).

Globaal gezien kan feedback voor drie doelen dienen: gedragsverandering, organisatieverbetering en proces- of systeemverbetering (Bik & Lombarts, 1997). In de hulpverlening wordt feedback vaak ingezet als middel om de interactie tussen leden van een samenwerkingsverband effectiever te maken (Hendrix e.a., 1991) en om inzicht te krijgen in de sterke en zwakke kanten van het eigen functioneren (Bik & Lombarts, 1997).

Toepassing

Feedback kan op verschillende manieren vormgegeven worden.

Zo kan feedback gegeven worden tijdens, direct na of enige tijd na het handelen.

Feedback kan verbaal of non-verbaal, maar ook schriftelijk en via de computer gegeven worden.

Feedback kan individueel of in groepsverband gegeven worden, waarbij het handelen van individuen al dan niet vergeleken wordt met het handelen van anderen of de gehele groep. Feedback kan alleen gericht zijn op het handelen of ook op concrete aanbevelingen en mogelijke verbeteringen (Hollands e.a., 2000).

Er zijn verschillende soorten feedback afhankelijk van de wijze waarop kennis of resultaten van handelen worden verkregen. Zo kan er onderscheid gemaakt worden tussen intrinsieke en extrinsieke feedback en tussen actieve en passieve feedback.

Bij extrinsieke feedback wordt de informatie over de handeling correct en effectief is uitgevoerd. Zo kan een docent of medestudent bijvoorbeeld feedback geven op de uitvoering van een presentatie of het maken van een opdracht. Bij intrinsieke feedback wordt informatie over de correctheid van iemands handelen verzameld door deze persoon zelf. Extrinsieke feedback is belangrijk bij de eerste poging tot het aanleren van vaardigheden. Op basis van het zich eigen maken van vaardigheden wordt geprobeerd deze extrinsieke feedback om te zetten in intrinsieke feedback. Intrinsieke feedback wordt vaak pas aangeleerd in een later stadium van het leren van vaardigheden (Hollands e.a., 2000).

Als de informatie wordt teruggekoppeld zonder waardeoordeel of suggestie voor verbetering spreken we van passieve feedback. Actieve feedback is gericht op het bereiken van een verandering in gedrag, organisatie of praktijkvoering en is daarom gestoeld op een waardeoordeel (Bik & Lombarts, 1997).

Regels voor het geven van feedback

Feedback is een vorm van informatieverstrekking die zorgvuldig moet gebeuren. Daarom is het van belang dat feedback gegeven wordt door gerespecteerde personen in kader van een helder proces tot kwaliteitsverbetering. Er zijn verschillende regels voor het correct verstrekken van feedback (Huckabay, 1980 uit: Hollands e.a., 2000).

1. Richt feedback op gedrag in plaats van op de persoon. In plaats van te zeggen 'je doet het slecht' kan beter gekozen worden voor: 'de handeling verliep niet volgens de stappen van de inhoudelijke analyse'.

2. Geef feedback op een beschrijvende en niet een oordelende manier.
3. Gebruik meetbare en objectieve termen, zoals hoog en laag in plaats van goed en slecht.
4. Richt feedback zoveel mogelijk op concrete situaties en observaties in het heden.
5. Doseer feedback, zodat de informatie vatbaar blijft voor de ontvanger.
6. Geef feedback op een geschikt tijdstip en op een geschikte plaats.
7. Probeer tactvol te zijn bij het geven van feedback en bespreek niet alleen negatieve aspecten.
8. Let op het non-verbale gedrag van de ander bij het geven van feedback.
9. Zie feedback als het delen van ideeën en niet als het geven van opdrachten of advies.
10. Richt feedback op het exploreren van mogelijkheden in plaats van op het bieden van oplossingen.

Voorwaarden voor feedback (Hendrix e.a., 1991):

- De ontvanger moet open staan voor feedback.
- De feedback-gever moet zich op de eerste plaats richten op het helpen van de ander. Feedback dient niet misbruikt te worden om bijvoorbeeld oude ruzies uit te vechten.
- De feedbackgever dient zorgvuldig na te gaan of zijn feedback goed begrepen is.
- Effectieve persoonlijke feedback vereist een sfeer van vertrouwen. In samenwerkingsverbanden, waar dit vertrouwen (nog) niet aanwezig is, zal slechts sporadisch effectieve feedback mogelijk zijn.

Baten

Onderzoek bevestigt dat feedback in belangrijke mate bijdraagt tot leerprocessen en de motivatie en tevredenheid van betrokkenen. Door het ontvangen van feedback verhogen de betrokkenen hun inspanningen, raken zij meer geconcentreerd en presteren beter. Feedback is het meest effectief als deze gegeven wordt tijdens of direct na het uitvoeren van de handeling. Het vooraf beschrijven van de verwachtingen ofwel het verlangde niveau van de vaardigheid, leidt tot betere prestaties (Hollands e.a., 2000).

Benodigde deskundigheid en kosten

Om op een effectieve wijze feedback te geven en te ontvangen is een aantal vaardigheden nodig.

Zowel voor het geven als ontvangen van feedback is wederzijds respect nodig en een zekere mate van eerlijkheid en gelijkwaardigheid. Als er wantrouwen heerst, wanneer mensen op elkaar neerzien of elkaar willen kwetsen is dat geen goed klimaat voor feedback. Men moet de bereidheid hebben van elkaar te leren (Winkelaar, 1994).

Knelpunten

Knelpunten komen met name tot uiting als niet aan de voorwaarden of regels van feedback geven/ontvangen wordt gehouden en/of de sfeer in het team niet veilig is. Feedback kan dan als bedreigend ervaren worden (Winkelaar, 1994).

Bronnen

Bik, M.C.M., & Lombarts, M.J.M.H. (1997). Zonder feedback geen verbetering. *Kwaliteit in beeld, nr 6*, pp 17-19.

- Hendrix, H., Konings, J., Doesburg, J. & Groot, M. de. (1991). *Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector*. Baarn: H. Nelissen BV.
- Hollands, L., Hendriks, L & Ariens, H. (2000). *Elementen van kwaliteitszorg*. Maastricht.
- Huckabay, L.M. (1980). *Conditions of learning and instruction in nursing*. London C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto.
- Winkelaar, P. (1994). *Methodisch werken*. Utrecht: Lemma.

Intervisie

Doel

Intervisie is gericht op het verwerven van (meer) persoonlijke bekwaamheid voor de uitoefening van een op mensen gericht beroep. Het persoonlijk, beroepsmatig functioneren en het individueel hanteren van de beroepsrol van de deelnemers staat centraal (Verbeek, 1997).

Place e.a. (2000) noemen de volgende doelstellingen van interventie:

- Het eigen handelen toetsen aan dat van collega's om te komen tot kwaliteitsverbetering.
- Het bespreekbaar maken van moeilijke zaken in het behandelproces.
- Het bereiken van een zo optimaal mogelijke hulpverlening.

Toepassingswijze

Intervisie is een vorm van begeleiding en advisering met een groep collega's. De deelnemers stellen om beurten en op voet van gelijkheid hun functioneren als hulpverlener ter discussie aan de hand van ingebrachte casussen. De deelnemers werken vanuit eenzelfde vakinhoudelijke referentiekader.

De deelnemers hebben gelijksoortige ervaringen en leerdoelen. Het is de bedoeling dat deelnemers elkaar feedback en advies geven over de manier waarop in de ingebrachte casus is gehandeld (Verbeek, 1996, Verbeek, 1997, Place e.a., 2000).

Een groepsgrootte van 6 tot 8 personen is optimaal. De deelnemers dragen een gelijke verantwoordelijkheid voor de eigen uitvoering en hebben daarnaast een gelijkwaardig aandeel in de voorbereiding en inhoud van de bijeenkomsten (Verbeek, 1997).

Er zijn verschillende varianten voor de werkwijze van interventies in de praktijk. Een voorbeeld van onderscheid dat gemaakt kan worden is tussen meer en minder gestructureerde werkwijzen (zie ook de methode: overleg). Er kan gewerkt worden met een vaste voorzitter of met een roulerend voorzitterschap (Verbeek, 1997, Place e.a., 2000).

In de sociale psychiatrie is een interventieprotocol ontwikkeld. (Rotteveel & Vanmolkot, 1993). De basis van het interventieprotocol wordt gevormd door een vragenlijst over het behandelingsproces, die de desbetreffende hulpverlener van te voren invult. De vragenlijst dient ook als leidraad voor de bespreking met collegahulpverleners. Een gespreksleider waakt erover dat men zich hieraan houdt. Volgens het protocol worden acht thema's aan de orde gesteld, namelijk (Rotteveel & Vanmolkot, 1993):

1. De algemene indruk van de hulpverlener over het verloop van de behandeling.
2. Het behandelingsperspectief, welke behandelvormen sloegen in het verleden aan en wat is mogelijk in de toekomst?
3. De fase van de hulpverleningsrelatie; wat is de regelmaat van het contact, de hechting aan de hulpverlener en de diepgang van het hulpverleningsproces.
4. De hulpvraag en het hulpverleningsdoel; wat zijn de actuele hulpvragen van alle betrokkenen (cliënt, omgeving, hulpverlener).
5. De interactie tussen hulpverlener en cliënt, middels welke stijl benadert de hulpverlener de cliënt.

6. Interactie van de hulpverlener met de omgeving; wat is de houding van de hulpverlener ten opzichte van de personen in de omgeving van de cliënt.
7. Eigen inzet; vindt de hulpverlener dat hij de hulp die hij nu biedt aan de cliënt kan volhouden, hoe ervaart hij de steun van collega's en de organisatie hierin?
8. Samenvatting na afloop van de intervisie; de hulpverlener formuleert wat hij/zij uit deze intervisie heeft opgestoken en geeft aan op welke wijze hij zijn benaderingswijze zal bijstellen.

Na een korte gehouden gelegenheid tot vragen en verduidelijking, wordt ingegaan op eventuele knelpunten in de behandeling, met name die waar de hulpverlener zelf aandeel in heeft. Vaak heeft deze daar bij het invullen van de vragenlijst al een gedachte over gekregen, zodat snel op achtergronden kan worden ingegaan.

Wanneer de hulpverlener voor zichzelf een duidelijk beeld heeft gekregen welke elementen in de gegeven situatie spelen, weet hij of zij meestal ook wel een manier om de behandeling te continueren. Na afloop vult de hulpverlener in wat hem of haar belangrijkste bevindingen waren en hoe de benaderingswijze zal worden bijgesteld (Rotteveel & Vanmolkot, 1993).

Baten

Bij intervisie is niet uitsluitend sprake van individuele leerervaringen, maar ook van collectieve: de groep als geheel leert van elkaars werkwijze en aanpak. Voor deelnemers kan het een opluchting zijn om te zien dat problemen waar zij als individu mee worstelen ook bij anderen voorkomen (Verbeek, 1997).

Deelnemers kunnen de intervisie positief waarderen doordat zij zich gesteund en gehoord voelen door collega's. De sfeer in het team kan verbeteren door het gezamenlijk participeren aan intervisie (Place e.a., 2000).

De ervaringen met het werken met het intervisieprotocol leert dat deze vorm van intervisie bijdraagt aan het vroegtijdig onderkennen en bespreekbaar maken van knelpunten in het hulpverleningsproces. Door stapsgewijs de casus te bespreken, waarbij herkenning uit eigen ervaring van mede-intervisanten een belangrijke steun vormt, lukt het de hulpverlener meestal zich los te maken uit de klem waarin hij zich gevangen voelt, en een nieuwe positie te bepalen waarmee hij meer controle krijgt op het proces van hulpverlening (Rotteveel & Vanmolkot, 1993).

Benodigde deskundigheid en kosten

- Er dient tijd vrijgemaakt te worden voor het voorbereiden en uitvoeren van intervisie (Place e.a. 2000).
- Deelnemers dienen ongeveer gelijksoortige werkervaringen te hebben, om ingebrachte situaties te herkennen (Verbeek, 1997).
- Het besprokene tijdens intervisiebijeenkomsten valt onder het beroepsgeheim (Verbeek, 1997).

Knelpunten

De intervisie lijkt minder goed op gang te komen als er weinig gedeeld referentiekader is. Bij het uitvallen van deelnemers kan het moeilijk zijn om nieuwe leden te vinden die passen in de bestaande groep (Verbeek, 1997).

Het ontbreken van een kader en een gestructureerde werkwijze werkt het risico op afdwalen van de doelstelling in de hand (Verbeek, 1997, Place e.a., 2000). Het werken met een protocol kan hiervoor een oplossing zijn (Rotteveel & Vanmolkot, 1993).

Bronnen

Place, M., Ooyen-Houben, M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ*. Trimbosinstituut en Nivel, Utrecht.

Rotteveel, R., & Vanmolkot, L. (1993). Het intervisieprotocol, houvast aan de hulpverlening aan chronische clienten. *Maanblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, nr 12, pp 1299-1311.

Verbeek, G. (1996). *Het spel van kwaliteit en zorg*. Utrecht: Lemma BV.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Deskundigheidsbevordering

Doel

Deskundigheidsbevordering bestaat uit opleidingsactiviteiten die gericht zijn op het in standhouden, aanvullen, verdiepen of vergroten van de deskundigheid die voor de feitelijke beroepsuitoefening of de vervulling van hiermee samenhangende functies noodzakelijk is (Place e.a., 2000).

Deskundigheidsbevordering heeft verschillende doelen (Place e.a., 2000):

- voorzien in de benodigde kwaliteit van het personeel (onderhoud).
- het bevorderen van de individuele functie vervulling, de werkeffecten en het opheffen van knelpunten (verbeteren).
- het teweegbrengen van veranderingen en het aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen (vernieuwen).

Toepassing

Er zijn verschillende methoden die toegepast kunnen worden ten behoeve van deskundigheidsbevordering.

Schafrat onderscheid vier verschillende activiteiten: schriftelijke deskundigheidsbevordering, bij-en nascholingsactiviteiten, individuele instructie of werkbegeleiding en intercollegiale toetsing.

De manier waarop de deskundigheid van medewerkers bevorderd wordt, kan worden vastgelegd in een plan. Dit plan kan de volgende onderdelen bevatten:

- de relatie met het algemeen (strategisch) instellingsbeleid
- de te verwachten ontwikkelingen binnen de organisatie
- opleidingsdoelen
- prioriteiten en vereiste vaardigheden op management- afdelings en individueel niveau,
- financiële en andere randvoorwaarden
- een plan van aanpak

Het opleidingsplan wordt voor een bepaalde periode gemaakt, bijvoorbeeld een jaar. Daarvoor worden eerst de opleidingswensen van de afdelingen geïnventariseerd.

Evaluatie van het scholingsbeleid kan op verschillende niveaus gebeuren (Place e.a., 2000).

In de eerste plaats kan op instellingsniveau nagegaan worden of het opleidingsplan is uitgevoerd.

In de tweede plaats kan worden nagegaan was het effect is van de cursussen op de kwaliteit van zorg.

Baten

Place e.a. (2000) noemen de volgende baten van deskundigheidsbevordering:

- Het schept duidelijkheid in het scholingsbeleid.
- Het instellingsbeleid geeft richting aan keuze voor cursussen, daardoor is er minder scholing op ad hoc basis.
- Een dergelijk beleid motiveert medewerkers tot het volgen van cursussen.

Knelpunten

Knelpunten kunnen op drie aspecten betrekking hebben (Schafrat, 1997):

- *Afstemming*: Deskundigheidsbevordering dient te zijn aangepast aan de behoeften van het individu en de organisatie. Er dient sprake te zijn van een systeem waarmee de behoeften worden opgespoord om te voorkomen dat deskundigheidsbevordering op toeval is gebaseerd.
- *Gedragsverandering*: een verandering in kennis en vaardigheden houdt niet automatisch een verandering in gedrag in. De uiteindelijke gedragsverandering is een uitkomst van de sociale omgeving, de intentie tot gedragsverandering en achtergrondkenmerken van een individu en de scholing.
- *Kwaliteit van scholing*: de voorkeur gaat uit naar een onderwijsmethode met aandacht voor zowel kennisoverdracht als persoonlijke ervaringen gezien de meerwaarde van het effect in gedragsverandering.

Bronnen

Place, M., Ooyen-Houben, M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbosinstituut en Nivel.

Schafrat, C.G.W.M. (1997). *Aandacht voor ontwikkeling?, een onderzoek naar deskundigheidsbevordering in de sector verpleging en verzorging*. Nivel en Universiteit Maastricht.

Supervisie

Doel

De bedoeling van supervisie is dat de hulpverlener, door zijn werk te bespreken, leert dit werk beter te doen. Bij het leren via supervisie gaat het om drie met elkaar samenhangende zaken (Siegiers & Haan, 1983):

- De ervaringen waarop gereflecteerd kan worden
- Deze ervaringen expliciet maken
- De ervaringen vervolgens vanuit een breder kader opnieuw bekijken.

Toepassingswijze

In supervisie zijn de posities van supervisor en supervisant duidelijk van elkaar onderscheiden (Siegiers & Haan, 1983). De supervisant is in supervisie om te leren en de supervisor is er om hem bij dat leren te begeleiden, met andere woorden om dat leren mogelijk te maken.

Supervisie bestaat uit drie onderdelen (Siegiers & Haan, 1983):

1. Er is een directe verbinding tussen leersituatie (supervisie) en werksituatie. In de werksituatie dient de supervisant zijn beroep zelfstandig uit te oefenen.
2. Een regelmatige opeenvolging van werksituatie en leersituatie.
3. bepaalde minima of maxima met betrekking tot het aantal bijeenkomsten, tijdsduur per bijeenkomst, frequentie en aantal deelnemers.

In de supervisiebijeenkomst vertelt de supervisant over de ervaringen met zijn werk sinds de vorige bijeenkomst. Hierin komt de directe koppeling tussen leersituatie en werksituatie tot uitdrukking. De supervisant leert van zijn werkervaringen, en zijn leren in de supervisie beïnvloedt zijn werken daarna (Sieger & Haan, 1983).

Een supervisie kan starten met een schriftelijke verkenning van de uitgangspositie van de supervisant. De supervisant brengt vervolgens zelf probleemsituatie en vraagstukken in, hetzij mondeling hetzij schriftelijk. Tijdens de supervisie wordt dieper ingegaan op de betreffende situaties:

- Wat is er feitelijk gebeurd?
- Welke oorzaken en motieven hebben een rol gespeeld?
- Wat waren de gevoelens en meningen van supervisanten en andere betrokkenen hierover?
- Welke stappen zijn er te bedenken voor het vervolg?

Vaak worden er door de supervisant verslagen gemaakt van de supervisiebijeenkomsten. Daarin wordt teruggekeken op de eigen leerervaringen. Aan het eind van de supervisieperiode vindt een eidevaluatie plaats.

Baten

Supervisie beïnvloedt de werkwijze van de supervisant (deze gaat meer zelfstandig functioneren in de uitoefening van zijn beroep vanuit de samenhang van de verschillende dimensies). Hierdoor zal de kwaliteit van de dienstverlening aan de cliënt worden verhoogd.

Uit onderzoek van Merkies en Sjerps (1991) komt naar voren dat de supervisant zich meer bewust geworden is van eigen motieven voor zijn gedrag, meer inzicht heeft gekregen in eigen sterke en zwakke kanten en meer oog heeft voor de invloed van

organisatiekenmerken op het eigen functioneren en op dat van anderen. De supervisor kan daardoor adequater op situaties inspelen.

Supervisie kan een bijdrage leveren aan de vermindering van werkdruk en het behoud van werkmotivatie (Merkies & Sjerps, 1991). De methode benadrukt het belang van stilstaan bij het eigen functioneren en het belang om dat functioneren te onderzoeken zonder kritiek uit te oefenen waardoor gehanteerde normen en waarden in beeld komen.

Benodigde deskundigheid en kosten

De supervisor is een daartoe gekwalificeerde beroepsbeoefenaar (Verbeek, 1997).

Volgens Sieger en Haan (1982) is de supervisor vrij in het hanteren van de methodiek, mits de supervisor zich houdt aan drie voorwaarden:

- het proces gericht houden op het doel waarvoor supervisie bedoeld is.
- er zorg voor dragen dat de grondstructuur er is en gedurende het proces gehandhaafd blijft.
- het gebeuren in de supervisiesituatie zelf benutten als (tweede) bron van leermateriaal (verband leggen tussen het functioneren van de supervisor in de werksituatie en in de supervisiesituatie).

De supervisor dient probleemsituaties te kunnen beschrijven en onder begeleiding reflecteren op concrete praktijkervaringen (Verbeek, 1997).

Knelpunten

Supervisie is minder gericht op de inhoud van het beroep (kennis, deskundigheid, praktische vaardigheden) (Verbeek, 1997).

Persoonlijke levenservaringen kunnen het leren dienstverleners via een goede relatie verhinderen.

In de leersituatie moet daarom niet alleen worden verkend wat geleerd moet worden, maar ook wat het leren belemmert en hoe die belemmering kan worden ontkracht (Siegers & Haan, 1983).

Bronnen

Merkies, Q.L., & Sjerps, N.C. (1991). Supervisie ter stimulering van deskundigheidsbevordering. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, nr 12, pp. 370-376.

Siegers, F., & Haan, D. (1983). *Handboek supervisie*. Brussel: Alphen aan de Rijn.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Klinische lessen/ Themabijeenkomsten

Doel

Er zijn twee soorten klinische lessen.

- klinische lessen op organisatieniveau. Doel is om de algemene deskundigheid te bevorderen bij mensen die in opleiding zijn.
- klinische lessen op afdelingsniveau. Doel is de deskundigheid te bevorderen binnen een team.

Toepassing

Klinische lessen op organisatieniveau.

Deze worden georganiseerd voor alle mensen binnen de organisatie die nog in opleiding zijn. De klinische lessen worden maandelijks gestructureerd en zijn cyclisch van aard. De praktijkbegeleider is verantwoordelijk voor de inhoud van de klinische les. Deze nodigt mensen uit (intern of extern) om de klinische les inhoud te geven.

Klinische lessen op afdelingsniveau

Deze klinische lessen vinden over het algemeen minder structureel plaats. Het kan voorkomen dat het managementteam het initiatief neemt tot het organiseren van een klinische les, bijvoorbeeld omdat zij bepaalde vernieuwingen wil doorvoeren. Ook kan het voorkomen dat verpleegkundigen zelf aangeven dat er behoefte is aan meer informatie over een bepaalde problematiek die op dat moment actueel is op de afdeling. Werkoverleg kan gebruikt worden om deze informatiebehoefte te signaleren en de behoefte aan een klinische les hiervoor te peilen.

De klinische lessen kunnen door verschillende mensen worden vormgegeven, bijvoorbeeld verpleegkundigen zelf, het management, intern deskundigen en extern deskundigen.

Afhankelijk van de aard van het onderwerp wordt de best passende informatiebron gekozen.

De klinische les kan ook gebruikt worden om een verpleegkundige, na het bezoeken van een symposium, verkregen informatie over te laten brengen aan collega's.

Baten

De klinische les is een middel om informatie met elkaar te delen en nieuwe informatie te winnen over een bepaald onderwerp en deze vervolgens toepassen in de praktijk. Omdat op een gestructureerde wijze een onderwerp wordt uitgediept en in principe alle zorgverleners aanwezig zijn, ontvangt iedereen dezelfde informatie en kan hier ook naar terugverwezen worden.

Het prikkelt medewerkers ertoe zich te verdiepen in een bepaalde problematiek.

Het probleem kan afdelingsgebonden zijn en hoeft niet in de gehele organisatie te leven om een klinische les te organiseren.

Benodigde deskundigheid/ kosten

Verpleegkundigen krijgen meestal de tijd die zij besteden aan klinische lessen gecompenseerd.

De mensen die de klinische les vormgeven dienen voldoende deskundig te zijn om de gewenste informatie over te brengen. Bovendien is het belangrijk dat zij hun communicatieniveau aanpassen aan het niveau van de deelnemers aan de klinische lessen. Een professionele instelling van verpleegkundigen is nodig, om een actieve bijdrage te leveren aan de klinische les en de opgedane kennis in praktijk toe te passen.

Knelpunten

De klinische lessen op afdelingsniveau worden meestal niet gestructureerd georganiseerd. Dit kan als knelpunt ervaren worden. De inhoud van de klinische lessen dient aan te sluiten aan de informatiebehoefte bij verpleegkundigen. Tevens is niet altijd even duidelijk in hoeverre de verkregen informatie ook wordt toegepast in de praktijk doen. Dit wordt meestal niet systematisch geëvalueerd in een (werk)overleg.

Bronnen

Telefonische interviews met respondenten van het onderzoek.

Kwaliteitsmethoden voor het raadplegen van de cliënt

Klachtenbehandeling

Gebruikersfeedback / Gebruikersraadpleging

Klachtenbehandeling

Doel

Een zorgaanbieder kan verschillende intenties hebben bij de opzet van een klachtenregeling (Straten & Friele, 1997).

- Versterking van de rechtspositie van de cliënt
- Efficiënte inzet van middelen; de klachtenbehandeling als formaliteit
- Herstel van de relatie tussen cliënt en hulpverlener
- Kwaliteitsbevordering

Toepassing

In de wet Klachtrecht zijn geen inhoudelijke eisen aan de opzet van de klachtenbehandeling gesteld. Het klachtenreglement geeft regels voor het omgaan met klachten van cliënten en familieleden van cliënten (Place e.a., 2000).

Er zijn verschillende vormen van klachtenbehandeling te onderscheiden.

De eerste vorm is de persoonlijke klachtenbehandeling. De cliënt en de zorgaanbieder lossen de ontstane klacht zelf op.

De tweede vorm is het ondersteunen van directbetrokkenen bij de behandeling van een klacht. Ondersteuning is mogelijk door het verstrekken van informatie of advies of door de rol van bemiddelaar op zich te nemen.

Behalve de bovengenoemde vormen van klachtenbehandeling kan een cliënt zijn klacht ook voorleggen aan een instantie die een formele procedure hanteert. De klacht kan dan worden ingediend bij een klachtencommissie die de klacht beoordeelt.

Een patiënt kan ook gebruik maken van mogelijkheden buiten de gezondheidszorg. Een mogelijk voorbeeld is het civielrecht. Het doel hierbij is vooral het beantwoorden van de vraag of de zorgaanbieder zich zodanig heeft gedragen dat de klager recht heeft op een schadevergoeding (Straten & Friele, 1997).

Het blijkt dat voor veel klagers het probleem vrij gemakkelijk kan worden opgelost, als:

- ze de ervaring hebben dat er serieus naar hen geluisterd wordt.
- voldoende en duidelijk wordt uitgelegd wat er precies aan de hand is geweest.
- men toegeeft misverstanden te hebben veroorzaakt of fouten te hebben gemaakt.

Dit betekent dat een klachtenregeling laagdrempelig en toegankelijk moet zijn (Eikema Hommes, 1995).

Het aantal personen dat zitting heeft in een klachtencommissie kan variëren van vier tot vijftien. Er zitten altijd externe personen, managers en juristen in (Place e.a. 2000). Ook cliënten kunnen lid van de klachtencommissie zijn.

Klachtenregistratie en onderwerpen bijhouden waarop klachten betrekking hebben, is een bron van feedback. Als een instelling relatief veel klachten krijgt over een aspect van de zorg of hulp, dan kan dat punt een aanknopingspunt zijn voor kwaliteitsverbetering.

Het is mogelijk om de resultaten van een klachtenregistratie te bespreken met een cliëntenraad of een consumentenpanel en zo aanvullende informatie te verzamelen over mogelijke oorzaken van klachten en mogelijke oplossingsrichtingen.

Baten

Er is weinig zicht op de effecten van klachtenbehandeling en klachtenopvang voor de kwaliteit van het uitvoerend werk (Verbeek, 1997; Place e.a. 2000). Een goede klachtenregeling kan een preventieve werking hebben.

Voor de cliënt is het belangrijk een tweede kans te kunnen creëren om alsnog het gerezen probleem op te lossen zonder de zo belangrijke relatie met de zorg/dienstverleners hard op het spel te zetten (VGN, LSR, en FvO 1996, p.1 uit: Verbeek, 1997).

Daarnaast kunnen klachten gezien worden als signalen van missers op communicatief gebied, in de organisatie van het aanbod of het minder goed functioneren van de zorg- of hulpverlening (Verbeek, 1997).

Het is belangrijk om de klachten te vertalen in verbeteringen in het werk van beroepskrachten. In principe leidt dit tot minder fouten, een respectvollere bejegening en meer tevredenheid van cliënten (Place e.a., 2000).

Benodigde deskundigheid en kosten

Een klachtenbehandeling waarbij de hele procedure wordt doorlopen kost veel tijd en geld, zowel van de klachtencommissie als van medewerkers en cliënten. Daarnaast kost de procedure administratieve uren en kunnen er juridische kosten zijn.

Knelpunten

Uit onderzoek van Boersma en Woldringh (1994) is gebleken dat klachten vaak vanuit een negatief perspectief worden beschouwd en niet als een impuls van kwaliteitsverbetering (Eikema Hommes, 1995).

Uit dit en eerder onderzoek blijkt dat opvang en verwerking van klachten binnen een organisatie lage prioriteit hebben. Structurele effecten van klachtenbehandeling kunnen alleen optreden als het management en met name professionals het belang ervan onderkennen (Eikema Hommes, 1995).

Bronnen

Eikema Hommes, G.A. van (1995). Kwaliteitszorg, klachtenbehandeling als instrument? *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 13/14, pp 402-403.

Place, M., Ooyen-Houben. M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbosinstituut en Nivel.

Straten, G.F.M., & Friele, R.D. (1997). *Klachten, klachtenbehandeling en rapportage over klachten*. Utrecht: Nivel.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Gebruikersfeedback/ gebruikersraadpleging

Doel

Gebruikersfeedback is systematisch gebruikersinformatie benutten voor verbetering van het uitvoerend werk. Het vragen naar meningen en ervaringen gebeurt met de bedoeling om het uitvoerend werk zo veel mogelijk af te stemmen op de behoeften van de gebruikers ervan.

Er wordt gebruik gemaakt van een feedbackcyclus om gegevens van gebruikers terug te koppelen naar de zorgverleners en vervolgens gericht te werken aan verbeteringen van die zorg of hulp (Verbeek, 1997).

Toepassing

De feedback kan in principe op alle momenten in de zorg-of hulpverlening worden gevraagd. Het kan bijvoorbeeld worden gekoppeld aan het proces van intake, indicatiestelling, opstellen behandel-zorgplan, tussentijdse evaluatie en afsluiting (Verbeek, 1997).

Het toepassen van gebruikersfeedback houdt in dat de zorgverlener de gebruiker aan het woord laat. Er moet goed geluisterd worden naar de gebruiker(s). De informatie moet op een zorgvuldige manier worden verzameld en zorgverleners dienen bereid te zijn om consequenties te trekken uit de uitkomsten (Siepkamp & Verbeek, 1996).

Tien spelregels voor het toepassen van gebruikersfeedback (Siepkamp & Verbeek, 1996).

1. Zorgverleners zijn bereid om hun werk en de organisatie daarvan ter discussie te stellen en zo nodig te herzien.
2. Er is zoveel mogelijk gelijkwaardige inbreng van de gebruikers en van de professionele zorgverleners.
3. Zorgverleners zoeken naar de meest geslaagde combinatie van klantgerichtheid en professionaliteit
4. Zorgverleners concentreren zich bij het realiseren van verbeteringen in hoofdzaak op wat zij zelf kunnen verbeteren.
5. Men dient te streven naar een gesprek tussen zorgverleners en gebruikers over te realiseren verbeteringen in de zorg.
6. Werkdruk is een slecht argument om niets te hoeven verbeteren.
7. Continu leren en voortdurend verbeteren hoort erbij.
8. Zorgverleners gebruiken alle gelegenheden om feedback van gebruikers te krijgen.
9. Verschillen in opvattingen tussen gebruikers en professionals worden niet weggedrukt of verdoezeld.
10. Onder alle omstandigheden moet de privacy bewaakt worden van gebruikers die informatie aanleveren.

Er zijn verschillende vormen van gebruikersfeedback (Siepkamp & Verbeek, 1996).

- Open gesprek met cliënt of groep cliënten
- Gestructureerd gesprek met cliënt of groep cliënten
- Ongerichte signalering
- Schriftelijk materiaal

- Schriftelijke enquête
- Interview
- Direct dialoog met cliëntenraad of cliëntenpanel

Hieronder worden kort de vormen besproken die door verzorgenden en verpleegkundigen in de praktijk gebruikt kunnen worden.

Open gesprek met cliënt (en).

Zorgverleners stellen vragen over de hulp en zorg die geboden wordt. De zorgverlener moet zich bewust zijn van een eventueel kwetsbare positie van de cliënt. De informatie die de cliënt geeft moet ook als vertrouwelijk worden gezien en niet op naam aan anderen worden doorgegeven (Siepkamp & Verbeek, 1996).

Ongerichte signalering

Je bent als zorgverlener alert op wat mensen wel of niet bevalt. Je luistert naar uitspraken die mensen doen en kijkt hoe mensen reageren. Een stap verder is om deze signalen ook te noteren (Siepkamp & Verbeek, 1996).

Gestructureerd gesprek

De cliënt krijgt concrete punten voorgelegd om een oordeel over te geven.

Een hulpmiddel voor het op gang brengen van een dergelijk gesprek is de zogenaamde invullijst. Op zo'n lijst staan aspecten die belangrijk zijn voor de kwaliteit van de hulp of zorg. Cliënt en medewerker bespreken de lijsten na invullen en kijken naar de verschillen en overeenkomsten. Knelpunten die niet ter plekke opgelost kunnen worden zijn relevant om naar het team mee te nemen (Siepkamp & Verbeek, 1996).

Schriftelijk materiaal

Informatie van gebruikers over hun ervaringen met het aanbod kunnen we ook verkrijgen via bestaande schriftelijke bronnen. Er zijn gebruikers die bereid zijn om een tijd lang een dagboek bij te houden en daarin hun positieve en negatieve ervaringen met ziekte, handicaps en hulpverlening te beschrijven.

Ook logboeken en zorgplannen kunnen we benutten als middel voor gebruikersraadpleging.

Een logboek ligt thuis bij de cliënt en wordt bijgehouden zowel door de cliënt als door hulpverleners en betrokken familie en dergelijke.

Logboeken en zorgplannen bevatten informatie over behoeften van gebruikers, voorgenomen zorg en daadwerkelijk geleverde zorg. Medewerkers kunnen aan de hand van het logboek of zorgplan bij hun eigen cliënten nagaan waar knelpunten zijn of zijn geweest (Siepkamp & Verbeek, 1996).

Het methodisch toepassen van gebruikersfeedback gaat vaak volgens een aantal stappen:

- Stap 1 kiezen van het onderwerp: wat pakken we aan?
- Stap 2 formuleren van verbeterdoel: wat willen we bereiken?
- Stap 3 opstellen van verbeterplan: wat moeten we daarvoor doen?
- Stap 4 uitvoeren van verbeterplan: hoe gaan we dat uitvoeren?
- Stap 5 toetsen en bewaken: wat zijn de resultaten van onze acties?

Bij de opzet van de gebruikersraadpleging kan men het beste een draaiboek opstellen. In dit draaiboek staat een lijst van activiteiten die gedaan moeten worden, met daarbij vermeld wie de activiteit uitvoert en wanneer dat moet gebeuren.

Tot de taken van de begeleider kunnen gerekend worden:

- Plannen, voorbereiden en leiden van bijeenkomsten van het team

- Verslaglegging verzorgen
- De gebruikersraadpleging begeleiden
- Teamleden stimuleren en motiveren
- Voortgang bewaken
- De kwaliteitsverbetering (uitvoeren verbeterplan) managen
- Contacten onderhouden met de organisatie

Taken van de teamleden zijn:

- Deelnemen aan de bijeenkomsten over gebruikersraadpleging
- Actief bijdragen aan discussie en besluitvorming
- Definitief vaststellen van beslissingen
- Verbeterplan uitvoeren
- Nieuwe werkwijze toetsen

Rapportage

Bij elke rapportage is het van belang te letten op (Siepkamp & Verbeek, 1996).

- veel voorkomende antwoorden
- uitschieters wat betreft positieve en negatieve feedback.
- mogelijke tegenstrijdigheden in antwoorden van cliënten; die kunnen wijzen op verschillende behoeften bij diverse groepen of individuen.
- extra informatie die respondenten geven zoals het bijschrijven van persoonlijke opmerkingen op een schriftelijk vragenformulier
- opmerkingen die opvallen of die men niet verwachtte.
- het toepassen van gebruikersfeedback.

Baten

Gebruikersfeedback kan leiden tot concrete aanpassing van het aanbod aan de behoeften van gebruikers. Teams hebben zelf de mogelijkheid om hun werk te verbeteren.

Resultaten blijken uit de concreet opgestelde actieplannen over onderwerpen die van belang zijn voor de gebruikers. Daarnaast vinden veranderingen ook plaats in het 'gewone werk' als leereffect van gebruikersfeedback (Siepkamp & Verbeek, 1996):

- zich meer bewust worden van de houding naar de cliënt.
- vaker hun antenne uitzetten om mogelijke onvrede van cliënten op te vangen.
- onderling meer op een lijn te zitten.
- als team samen te willen werken aan kwaliteit.

Het werken aan gebruikersfeedback kan bijdragen aan een open cultuur, waarin aandacht is voor kwaliteit en kwaliteitsverbetering vanuit het perspectief van cliënten (Place e.a. 2000).

Benodigde deskundigheid en kosten en voorwaarden in de organisatie

Het is noodzakelijk dat het team regelmatig bijeenkomt. Om tijd te besparen kunnen deze bijeenkomsten gekoppeld worden aan bestaande bijeenkomsten waarin het werk gepland wordt.

Er zijn afspraken nodig over taken en bevoegdheden tijdens een gebruikersfeedback.

Wanneer een leidinggevende voor de eerste keer het proces van gebruikersfeedback gaat begeleiden, kan deze het beste gelijktijdig een scholing volgen. Wanneer in de organisatie een kwaliteitsfunctionaris werkzaam is, zal deze zeker het traject van het team volgen en waar nodig, kunnen adviseren (Siepkamp & Verbeek, 1996).

Hoeveel tijd het kost is sterk afhankelijk van het type gebruikersfeedback dat men kiest. Een eenvoudige mondelinge raadpleging door teamleden bij eigen cliënten zal weinig

extra tijd vergen, afgezien van de besprekingen in het team over resultaten en noodzakelijke acties.

Bij een zwaardere vorm van raadplegen van gebruikers, zoals een schriftelijke enquête, zijn er ongeveer zeven tot tien teambijeenkomsten van een uur nodig (Siepkamp & Verbeek, 1996).

Het teambudget moet aangepast worden, zodat de begeleider extra tijd beschikbaar heeft. Bij de zwaardere vormen van gebruikersraadpleging zal men nogal eens een beroep moeten doen op een intern of extern deskundige (stafmedewerker, onderzoeker) om vragen op te stellen, interviews af te nemen etc. Bij een schriftelijke enquête zullen bovendien kopieer- en portokosten gemaakt worden (Siepkamp & Verbeek, 1996). Beroepskrachten kunnen zich door negatieve uitspraken van hun cliënten aangevallen voelen. De manier waarop gecommuniceerd wordt, is erg belangrijk. Het raadplegen van cliënten vraagt een zekere veiligheid voor de medewerkers en privacy voor de cliënt (Verbeek, 1997).

Bronnen

Place, M., Ooyen-Houben, M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbosinstituut en Nivel.

Siepkamp, D. van de., & Verbeek, G. (1996). *In gesprek met gebruikers. Methodiekboek gebruikersfeedback voor teams in de zorgsector*. Utrecht: Nederlands instituut voor Zorg en Welzijn.

Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Lemma BV.

Literatuurlijst

- Bernhard, M.C., & Meerveld, J.H.C.M. (1992). *Handleiding Zorgplannen, methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut (Nzi).
- Bik, M.C.M., & Lombarts, M.J.M.H. (1997). *Zonder feedback geen verbetering*. *Kwaliteit in beeld*, nr 6, pp 17-19.
- Boeije, H.R., & Casparie, A.F. (1995). *Strategieën verzorgenden*. *Tijdschrift voor Verzorgenden*. Maart 1995, pp 20-25.
- Boxtel, R.J.J. van, Smits, M.J., Engel, M., & Boshuizen, H.P.A. (2001). *Intuïtie in relatie tot het verpleegkundig proces. Een verkennend kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop ervaren verpleegkundigen beslissingen nemen*. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* nr 8, pp 234-239.
- Bulder, B. (2000). *Effectief evalueren, zeven adviezen voor de strategie van evaluatieonderzoek*. *Basis*, nr 4, pp 14-16.
- Eikema Hommes, G.A. van (1995). *Kwaliteitszorg, klachtenbehandeling als instrument?* *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 13/14, pp 402-403.
- Exter-Seegers, Y.M.A. den., & Schols, J.M.G.A. (1996). *Kwaliteitszorg in beweging, systematisch verbeteren in verpleeghuis de Riethorst*. *Kwaliteit in beeld*, nr 6 pp.7-8.**
- GGZ Centrum Land & Cuijk, Werkgroep EVV. (1998). *Het EVVV-model voor de klinische afdeling van het GGZ centrum Land & Cuijk*.
- GGZ Noord-Holland noord. *Draaiboek/beleidsafspraken rond TZAS (teamgericht werkoverleg over agressie en schokkende gebeurtenissen)*.
- Giebing, H. (1995). *Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen; een methode om de verpleegkundige beroepsuitoefening te toetsen*. Leiden: Spruyt, van Mantgem & de Does bv.
- Grol, R. (1991). *Kwaliteitsbewaking in de verpleeghuisgeneeskunde; methoden van intercollegiale toetsing*. s Gravenhage: VUGA.
- Harteloh, P.P.M., & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg, van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Hendrix, H., Konings, J., Doesburg, J. & Groot, M. de. (1991). *Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector*. Baarn: H. Nelissen BV.
- Hollands, L., Hendriks, L., & Ariens, H. (2000). *Elementen van kwaliteitszorg*. Maastricht.
- Huckabay, L.M. (1980). *Conditions of learning and instruction in nursing*. London C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto.
- Huijbregts, V., Ettema, H., & Giebing, H. (1997). *Onderlinge visitatie verpleegkunde, kwaliteitsmeting door intercollegiale toetsing*. Maarssen: Elsevier/ de Tijdstroom/ LCVV.
- Kanters, T., Verbeek, G., & Bunting, M. (1996). *Naar kwaliteit op de werkvloer*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.**
- Klomp, A.J., & Keijsers, H.A.G.M. (1997). *Werkbegeleiding in de intramurale- en extramurale zorg*. Lochem: De Tijdstroom.

- Knops-Dullens, T., & Arend, A. van der. (1999).** *Fouten en incidenten, over de omgang met ongewenste gebeurtenissen in het kader van kwaliteitszorg.* Tijdschrift voor Verpleegkundigen, nr 11 pp 345-348.
- LCVV Brochure (1997). *Onderlinge visitatie verpleegkunde, kwaliteitsmeting door intercollegiale toetsing.* Maarssen: Elsevier/ de Tijdstroom/ LCVV.
- Lijesen, G.K.S., Wal, G. van der., & Hazelnet-Crans, B. (1999).** *FONA/MIP-commissies in verpleeghuizen.* Q, nr2, pp 67-74.
- Meijel, B., Gaag, M. van der, Kahn, R., & Grypdonck, M. (2000). *Protocol voor het werken met een signaleringsplan ter preventie van psychosen bij patiënten met schizofrenie.* Utrecht: Universiteit Medisch Centrum Utrecht.
- Merkies, Q.L., & Sjerps, N.C. (1991). *Supervisie ter stimulering van deskundigheidsbevordering.* Tijdschrift voor Verzorgenden, nr 12, pp. 370-376.
- Noorda, G. (1999). *Stap voor stap naar een verpleegkundig resultaat.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Place, M., Ooyen-Houben, M. van., Veer, A. de., & Wagner, C. (2000). *Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ.* Utrecht: Trimbosinstituut en Nivel.
- Praag- van Asperen, H.M. van., & Praag, Ph.H. van. (1993). *Handboek supervisie en intervisie in de psychotherapie.* Utrecht: De Tijdstroom.
- Rotteveel, R., & Vanmolkot, L. (1993). *Het intervisieprotocol, houvast aan de hulpverlening aan chronische cliënten.* Maanblad voor Geestelijke Volksgezondheid, nr 12, pp 1299-1311.
- Salari, M., & Plaisier, A. (2000). *Naar zorgprogramma's in de ouderenzorg, keuzemenu's voor individueel zorgtrajecten.* Ouderenzorg, nr 11, pp 24-25.
- Schafraat, C.G.W.M. (1997). *Aandacht voor ontwikkeling?, een onderzoek naar deskundigheidsbevordering in de sector verpleging en verzorging.* Nivel en Universiteit Maastricht.
- Siegers, F., & Haan, D. (1983). *Handboek supervisie.* Brussel: Alphen aan de Rijn.
- Siepkamp, D. van de., & Verbeek, G. (1996). *In gesprek met gebruikers. Methodiekboek gebruikersfeedback voor teams in de zorgsector.* Utrecht: Nederlands instituut voor Zorg en Welzijn.
- Steman C. & Zomerplaa, J. (1995). *Handleiding protocollen. Methodiek voor het opstellen en invoeren van protocollen in de gehandicaptenzorg.* Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Straten, G.F.M., & Friele, R.D. (1997). *Klachten, klachtenbehandeling en rapportage over klachten.* Utrecht: Nivel.
- Stronkhorst, K. (1995). *Gezinsverzorgenden nemen het heft in handen.* Tijdschrift voor Verzorgenden, nr 2 pp 20-22.
- Veen, R. van der., & Scheijmans, I. (1995). *Het onderste boven, de methodische werkbegeleiding in het verzorgingshuis.* Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Verbeek, G. (1996). *Het spel van kwaliteit en zorg.* Utrecht: Lemma BV.
- Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord, een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk.* Utrecht: Lemma BV.
- Verburg, H., & Franx, G. (2000). *Programma's in de volwassenzorg- een update.* Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, nr 9, pp 800-812.
- Winkelaar, P. (1994). *Methodisch werken.* Utrecht: Lemma.

Bijlagen



Nivel
Drieharingstraat 26
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Vragenlijst
Praktische methoden voor kwaliteitsverbetering
Verzorgenden en Verpleegkundigen

In opdracht van de AVV - Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
Uitgevoerd door het Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Instructie

Deze vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen:

- 1 De organisatie van zorg
- 2 Zorgverlening
- 3 Deskundigheid en professie
- 4 Raadplegen van de cliënt
- 5 Overig
- 6 Waardering kwaliteitsbevordering
- 7 Algemene gegevens

De vragenlijst bestaat zowel uit vragen waarbij u kunt kiezen uit een aantal mogelijkheden als vragen waarbij u uw antwoord in eigen woorden kunt beschrijven.

Alle vragen zijn van groot belang voor het onderzoek. We willen u daarom verzoeken geen vragen over te slaan.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer een half uur.

We willen graag weten of u bereid zou zijn over sommige methoden wat meer te vertellen. Bij de laatste vraag van de vragenlijst, vraag 7h, kunt u hierop antwoorden.

Mocht u vragen of opmerkingen hebben of meer willen weten over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met Marieke Speet van het Nivel. Zij is telefonisch bereikbaar van dinsdag tot en met vrijdag op telefoonnummer 030 27 29 681.

1 De organisatie van zorg

Kwaliteit van zorg wordt mede bepaald door een goede samenwerking met collega's en het afstemmen van werkzaamheden.

- 1a Hieronder staan enkele methoden, die gebruikt kunnen worden om de zorg goed te organiseren. Graag willen we van u weten of u de methode kent (of u weet wat de werkwijze van de methode is). U kunt uw antwoord invullen in de kolommen onbekend/bekend. Vervolgens kunt u in de kolom daarnaast aankruisen of de methode niet of wel wordt toegepast binnen uw team en zo ja welke medewerkers de methode toepassen. Hierbij zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Methode:	<i>onbekend</i>	<i>bekend</i>	<i>niet toegepast op de afdeling</i>	<i>toegepast op de afdeling door:</i>
Overleg met collega's over de organisatie en inhoud van het dagelijks werk. Werkoverleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Volgens een stapsgewijze methode toetst een groep hulpverleners elkaars functioneren aan hiervoor opgestelde richtlijnen. Intercollegiale toetsing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Een groep medewerkers komt bijeen om op systematische wijze praktijkproblemen te analyseren en oplossingen te bedenken. Verbetersteams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Op een lijst worden activiteiten afgetekend om te voorkomen dat er iets vergeten wordt. Checklist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines

1b Zijn er nog andere dingen die u doet/methoden die u gebruikt waarmee u en uw collega's zorgen voor een goede samenwerking en een goede taakverdeling? Wilt u een korte beschrijving geven bij elk voorbeeld?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1c Wilt u even nadenken over wat u belangrijk vindt?
Om goed te kunnen werken met methoden die gericht zijn op het samenwerken met collega's en het goed afstemmen van werk is het voor mij belangrijk dat:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 Zorgverlening

Dit onderdeel van de vragenlijst gaat over methoden en werkwijzen die u in de praktijk toepast om de zorgverlening goed te laten verlopen. De zorgverlening bestaat uit een aantal onderdelen zoals het vaststellen van de benodigde zorg, het plannen van zorg en het uitvoeren en evalueren van de zorg.

2a Hieronder staan enkele methoden die gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van deze zorgprocessen te bevorderen.

Net als bij de vorige vraag willen we van u weten of u de methode kent (of u weet wat de werkwijze van de methode is). U kunt uw antwoord invullen in de kolommen onbekend/bekend.

In de kolom daarnaast kunt u weer aankruisen of de methode niet of wel wordt toegepast binnen uw team en zo ja welke medewerkers de methode toepassen. Hierbij zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Methode:	<i>onbekend</i>	<i>bekend</i>	<i>niet toegepast op de afdeling</i>	<i>toegepast op de afdeling door:</i>
Een systematische procedure voor het werken met een zorgplan. In dit plan staat de totale zorg voor een cliënt beschreven. Zorgplansystematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Handelen volgens instructies die specifiek voor een situatie gemaakt zijn. Deze protocollen standaarden en richtlijnen staan op papier. Protocollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Bij incidenten wordt een formulier ingevuld. Periodiek vindt er een evaluatie plaats van alle voorgevallen incidenten. Registratie van incidenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Formulier waarop specifiek gedrag van een cliënt wordt genoteerd. Ook kunnen bijvoorbeeld reacties in de sociale omgeving worden geregistreerd. Observatieformulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Zorgverleners bespreken de huidige situatie van een cliënt en maken afspraken over de verdere begeleiding van de cliënt. Cliëntbespreking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines

2b Zijn er nog andere dingen die u doet/methoden die u gebruikt om zorgprocessen goed te laten verlopen? (Denkt u hierbij aan activiteiten zoals het vaststellen van zorg, het plannen van zorg, het uitvoeren en het evalueren van zorg). Wilt u een korte beschrijving geven bij elk voorbeeld?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2c Wilt u even nadenken over wat u belangrijk vindt?
Om goed met methodes te kunnen werken die gericht zijn op het goed laten verlopen van het zorgverleningsproces, is het voor mij belangrijk dat:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 Deskundigheid en professie

Een voorwaarde voor het leveren van kwaliteit van zorg is dat medewerkers over de juiste kennis en vaardigheden (blijven) beschikken. Er zijn verschillende manieren om de deskundigheid van de medewerkers te verbeteren. Denk bijvoorbeeld aan werkbegeleiding, feedback of intervisie.

3a Hieronder staan een aantal methoden die in de praktijk gebruikt worden voor de deskundigheidsbevordering. U kunt hieronder aankruisen of de methode u bekend is. Vervolgens kunt u aankruisen of de methode niet of wel wordt toegepast binnen uw team en zo ja door wie. Hierbij zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Methode:	<i>onbekend</i>	<i>bekend</i>	<i>niet toegepast op de afdeling</i>	<i>toegepast op de afdeling door:</i>
Begeleiding vaak door een leidinggevende, waarin het individuele handelen van een zorgverlener centraal staat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Werkbegeleiding				
Een hulpverlener reageert op de wijze waarop een collega gehandeld heeft in een bepaalde situatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Feedback				
In een groep van collega's brengt men om beurten een praktijksituatie in. Het handelen van de zorgverlener in deze situatie staat centraal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Intervisie				
Op systematische wijze wordt er gewerkt aan deskundigheidsbevordering; het lezen van vakbladen wordt bijvoorbeeld afgetekend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere
disciplines				
Systematische deskundigheidsbevordering				

3b Op welke andere manieren wordt geprobeerd de kennis en vaardigheden van u en uw collega's te vergroten? Wilt u bij elk voorbeeld een korte beschrijving geven?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3c Wilt u even nadenken over wat u belangrijk vindt?
Om goed te kunnen werken met methodes die mijn kennis en vaardigheden vergroten is het voor mij belangrijk dat:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 Raadplegen van de cliënt

Dit onderdeel van de vragenlijst gaat over praktisch werkbare methoden die worden gebruikt om de wensen van de cliënt (en zijn familie) te achterhalen en de tevredenheid over de zorg te peilen.

4a Hieronder staan enkele methoden die gebruikt kunnen worden om de wensen of de mening van de cliënt in beeld te brengen. U kunt hieronder aankruisen of de methode u bekend is. Vervolgens kunt u aankruisen of de methode ook binnen uw team/afdeling wordt toegepast en zo ja door wie. Hierbij zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Methode:	<i>onbekend</i>	<i>bekend</i>	<i>niet toegepast op de afdeling</i>	<i>toegepast op de afdeling door:</i>
Volgens een afgesproken procedure worden klachten van cliënten en/of familieleden behandeld. De klachten worden periodiek geëvalueerd. Klachtenbehandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Via een persoonlijk gesprek wordt gevraagd wat de wensen van een cliënt zijn. Individueel behoefteonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Bij vertrek van een cliënt wordt een exit-gesprek gehouden om te vragen of de cliënt tevreden was. Exit-gesprek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines
Op vooraf geplande data vinden gesprekken plaats met cliënten over de gang van zaken in huis/op de afdeling. Groepsgesprek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verzorgenden <input type="checkbox"/> verpleegkundigen <input type="checkbox"/> andere disciplines

4b Zijn er nog andere dingen die u doet/methoden die u in de dagelijkse praktijk gebruikt om de wensen en behoeften aan zorg van een cliënt duidelijk te maken en de tevredenheid te peilen? Wilt u bij elk voorbeeld een korte beschrijving geven?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4c Wilt u even nadenken over wat u belangrijk vindt?
Om goed te kunnen werken met methoden die ik gebruik om de wensen, behoefte of tevredenheid van de cliënt in beeld te brengen is het voor mij belangrijk dat:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5 Overig

5a In deze vragenlijst heeft u op kunnen schrijven welke praktische methoden u in de praktijk gebruikt. Zijn er nog methoden of activiteiten die nog niet aan de orde zijn gekomen in deze vragenlijst, maar waar bij u in het team wel mee gewerkt wordt? Kunt u deze activiteiten kort beschrijven?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6 Waardering kwaliteitsbevordering

6a Hieronder staan een aantal stellingen geschreven over kwaliteitsbevordering in het algemeen. U kunt bij elke stelling aankruisen in hoeverre u het oneens of eens bent met de stelling.

Werken met methoden die bijdragen aan kwaliteit van zorg	<i>helemaal oneens</i>	<i>oneens</i>	<i>deels eens/ deels oneens</i>	<i>eens</i>	<i>helemaal eens</i>
. . . . is van belang om goede zorg te kunnen leveren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . . hoort bij mijn takenpakket als verzorgende/verpleegkundige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . . draagt bij aan een betere samenwerking met andere hulpverleners.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . . veroorzaakt onnodig regels en procedures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . . beperkt me in mijn creativiteit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> wordt door mijn leidinggevende voldoende gestimuleerd.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . . draagt bij aan een positieve beeldvorming van onze beroepsgroep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . . ervaar ik persoonlijk als een last.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . . gebeurt op onze afdeling te weinig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6b Stelt u zich voor dat u met een **nieuwe** methode moet gaan werken. Probeer u de volgende vraag te beantwoorden. Als ik met een **nieuwe** methode moet gaan werken dan lukt me dat het beste als:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7 Algemene gegevens

7a Wat is uw leeftijd?

.. jaar

7b Wat is uw geslacht?

vrouw

man

7c Wat is uw functie en wat is het kwalificatieniveau van de functie? Wij verzoeken u beide gegevens in te vullen.

functie

verpleegkundige

verzorgende

kwalificatieniveau

5 (HBO-V)

4 (in service A, B, Z)

3 ([zieken-]verzorgende)

2 (helpende, verzorgingshulp B; u heeft voornamelijk huishoudelijke taken, maar biedt cliënten ook algemene lichamelijke zorg)

1 (zorghulp; u heeft voornamelijk huishoudelijke taken)

7d Hoeveel jaar werkervaring heeft u?

.. jaar

7e Wilt u invullen in wat voor uw cliënten van toepassing is. De cliënten

. . . . verblijven permanent in de instelling/op de afdeling.

. . . . verblijven kort in de instelling, zorg is tijdelijk van aard

. . . . komen voor zorgverlening hele dagen of dagdelen naar de instelling

. . . . komen voor een korte afspraak naar de instelling/afdeling

. . . . ontvangen zorgverlening in een beschermde woonvorm

. . . . ontvangen zorgverlening in eigen huis

anders, namelijk

7f Met welke doelgroep werkt u?

.....

7g Bent u lid van een beroepsvereniging?

ja

nee

7h Mogelijk zouden we graag wat meer willen weten over een methode/werkwijze die u heeft beschreven. Bent u bereid om via een telefonisch gesprek wat meer daarover te vertellen?

- ja
- nee

Ik word bij voorkeur gebeld op de volgende dagen:

.....

Ik word bij voorkeur gebeld op de volgende tijden:

.....

Mijn naam is:
(uw naam zal alleen worden gebruikt voor het telefoongesprek)

Mijn telefoonnummer is:

***Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.
U kunt de ingevulde vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolpe doen
en opsturen naar het Nivel. Een postzegel is niet nodig.***