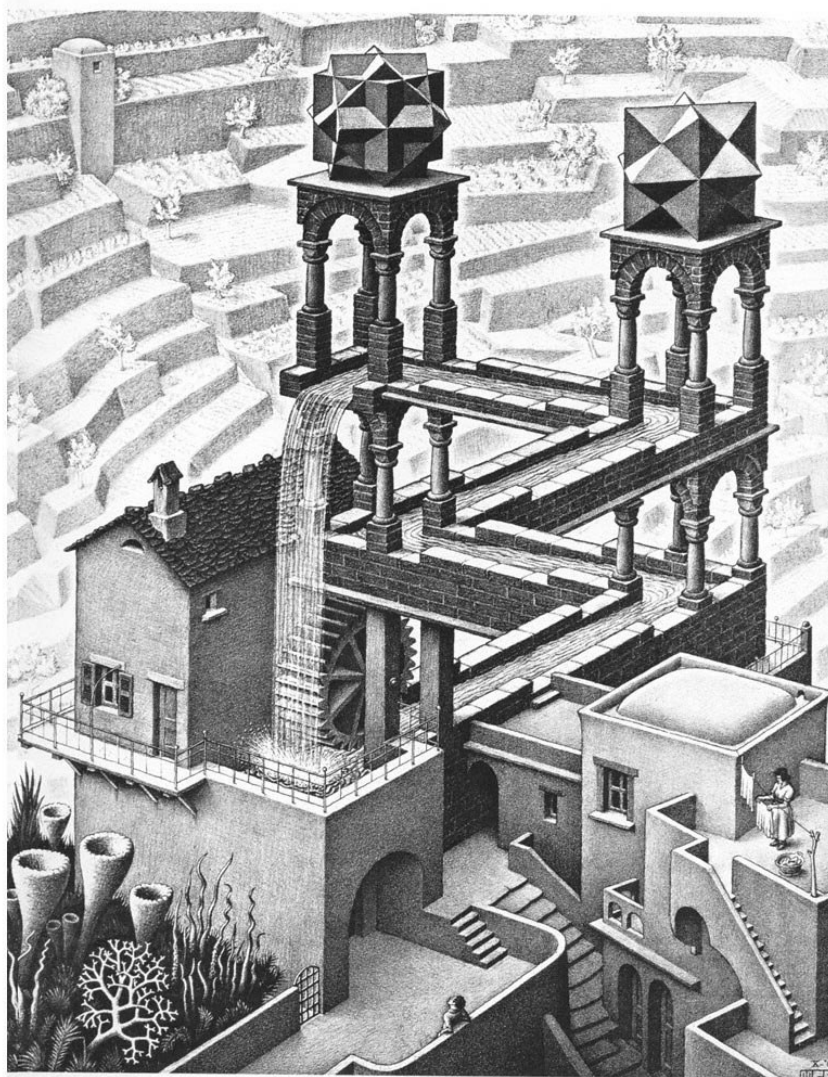




Continuïteit van zorg bij ziekenhuisopname van intramuraal wonende verstandelijk gehandicapte cliënten

Naam:	<i>Sandra de Wit</i>
Groep:	<i>MANP 5</i>
Module:	<i>Best Practice</i>
Versie:	<i>1</i>
Datum:	<i>13 augustus 2006</i>
Opleiding:	<i>Academie Gezondheidszorg Utrecht</i>
Aantal woorden:	<i>11284 (exclusief bijlagen)</i>

Samenvatting

De vraagstelling die heeft geleid tot deze Best Practice luid:

Wat is de meest wenselijke praktijkvoering gericht op de continuïteit van zorg voor cliënten die wonen in de intramurale locatie Sintmaheerdt en tijdelijk worden opgenomen in een andere instelling?

Het doel van deze Best Practice is het invoeren van de best mogelijke praktijkvoering voor cliënten van Stichting “De Zijlen”, locatie Sintmaheerdt, die opgenomen worden in een ziekenhuis.

Opname in een ziekenhuis heeft een grote impact op de cliënt met een verstandelijke beperking. Als er tijdens die opname ook nog van alles fout gaat, ondanks de beste bedoelingen van alle bij de opname betrokken medewerkers is de invloed van een ziekenhuisopname op een cliënt nog groter en niet zelden heeft die opname dan ook nog blijvende onnodige schadelijke gevolgen.

Middels de literatuurstudie is getracht een zo compleet mogelijk beeld te schetsen van de bestaande informatie over communicatie rond cliënten met een verstandelijke beperking of handicap. Over de invloed van overdracht op de zorg is de laatste jaren veel geschreven, vooral door de discussies die landelijk gevoerd zijn over de benodigde competenties van medewerkers om cliënten met een verstandelijke beperking te begeleiden en te verzorgen.

Door het medisch model los te laten en te begeleiden vanuit het ondersteuningsmodel is veel medische kennis verloren gegaan, de nadruk kwam meer op het agogische deel te liggen.

De uitkomsten uit de vragenlijsten, verspreid onder medewerkers van “De Zijlen”, lieten zien dat de medewerkers ook vinden dat er teveel fout gaat. Ze zien de oplossing in het beter garanderen van de communicatie en coördinatie van de zorg.

Opvallend kan genoemd worden het verschil tussen de uitkomsten van het literatuuronderzoek en de uitkomsten van de vragenlijsten op gebied van de zorginhoud. De literatuur spreekt veelvuldig van handicap gerelateerde

gezondheidsproblemen en de invloed ervan op de cliënt en de uiting van diens gezondheidsproblemen. Ook wordt erg de nadruk gelegd op het verschil in behandeling van cliënten met een verstandelijke handicap door de aanwezigheid van syndromen, andere reacties op medicatie en het moeilijk kunnen inschatten van de manier van uiten van de cliënten. Medewerkers van “De Zijlen” noemen niets over deze zorginhoudelijke onderwerpen.

Om de communicatie en coördinatie te verbeteren is een overdrachtsformulier ontwikkeld en is een checklist opgesteld om een ziekenhuisopname op een zo goed mogelijke wijze te begeleiden.

Aan de hand van een innovatie analyse (van Linge, 1998) is onderzocht welke strategie het best past bij deze innovatie en organisatie.

Om alle betrokkenen mee te laten denken en om vanuit het proces de innovatie te voeden is hierbij gekozen voor het model van Langley (1996).

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	5
Voorwoord	7
1. Opzet van de Best Practice	9
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Vraagstelling	12
1.3 Doel.....	12
1.4 Best Practice Model	13
1.5 Gebruikte Methoden.....	16
1.5.1 Conceptanalyse	16
1.5.2 Literatuurstudie	16
1.5.3 Vragenlijsten	16
1.5.4 Gesprekken met medewerkers uit het ziekenhuis.....	16
2. Methodische analyse van de literatuur	18
2.1 Conceptanalyse	18
2.2 Literatuurstudie	19
2.3 Resultaten.....	25
2.4 Raadplegen betrokkenen	31
2.4.1 Vragenlijsten	31
2.4.2 Aanbevelingen	39
2.5 Gesprekken met medewerkers uit ziekenhuizen.....	39
2.6 Tot slot	41
3 Resultaten	44
3.1 Overdrachtsformulier.....	44
3.2 Checklist procedure afspraken.....	44
4 Evaluatie van het ontwerp proces.....	46
5 Implementatie	48
5.1 De innovatie	48
5.2 Contingentiemodel van van Linge	49
5.2.1 Vragenlijst	49
5.2.2 Verzamelstaat	50
5.2.3 Diagnose.....	51
5.2.4 Conclusie	51
5.3 Implementeren	51
5.4 Integraal kwaliteitsmanagement.....	52
Literatuurlijst	56
Bijlage I Concept analyse	60
Bijlage II Uitwerking literatuurstudie.....	70
Bijlage III Uitkomsten vragenlijsten	90
Bijlage IV Overdrachtsformulier	100

Voorwoord

Deze Best Practice is geschreven als eindopdracht voor de Masteropleiding Advanced Nursing Practice aan de Hogeschool van Utrecht.

Stichting “De Zijlen” is een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Op diverse locaties in de provincie Groningen wonen cliënten in kleine en grotere locaties.

De locatie Sintmaheerdt is een grote locatie, er wonen 240 cliënten. Op dit instellingsterrein, gelegen in een woonwijk, staan huizen waar ongeveer tien cliënten per groep wonen. Over het algemeen wonen hier de cliënten die 24 uur per dag begeleiding en zorg nodig hebben, dit worden intramuraal geïndiceerde cliënten genoemd of cliënten met de indicatie verblijf en behandeling.

Naast de begeleiding die deze cliënten nodig hebben bij alle dagelijkse dingen heeft 65% van deze cliënten ook gezondheidsproblemen, dat wil zeggen spelen er naast de verstandelijke handicap lichamelijke problemen. Daarvan is 59% meervoudig gehandicapt of ernstig meervoudig gehandicapt. Ook bij cliënten met gedragsproblemen is er veel aandacht nodig voor lichamelijke aspecten. Evenhuis (2002) stelt dat de verleners van de reguliere zorg aan cliënten met gedragsproblemen onvoldoende zijn toegerust om de diagnostiek, behandeling en begeleiding geïntegreerd vorm te geven. Daarnaast is er sprake van vergrijzing van de populatie, 19% van de populatie wonend op de locatie Sintmaheerdt is ouder dan 60 jaar, maar bij meervoudig gehandicapte cliënten is al eerder sprake van ouderdomsverschijnselen, ook bij cliënten met het syndroom van Down is op jongere leeftijd veel kans op het voorkomen van ouderdomsverschijnselen en het ontstaan van dementie. Bij cliënten met het syndroom van Down wordt al vanaf 40 jaar gesproken over ouderen. De huidige situatie is zo dat de continuïteit van zorg voor de cliënt niet voldoende kan worden gewaarborgd, om dit in de toekomst zeker te stellen is deze Best Practice ontwikkeld en beschreven.

In hoofdstuk één wordt de opzet van deze Best Practice beschreven. In hoofdstuk twee en drie komen de methodologische analyse en de resultaten aan de orde. De evaluatie van het ontwerpproces worden in hoofdstuk vier behandeld. In hoofdstuk vijf wordt uiteengezet hoe het implementatieproces eruit kan zien.

Dank ben ik verschuldigd aan verschillende mensen die, ieder op hun eigen manier, me gesteund hebben tijdens het ontwikkelen van deze Best Practice. Door: het spreken over het onderwerp, discussiëren, het invullen van vragenlijsten, stellen van kritische vragen, schetsen van het proces, geven van feedback, verzorgen van koffie/thee/ eten en de kinderen, lief spelen en wachten tot Mama tijd had om aandacht te geven, tekst nakijken en verbeteren, vertrouwen hebben en dat laten blijken, en nog heel veel meer hebben jullie me geholpen bij het tot stand komen van deze Best Practice. Heel erg bedankt daarvoor.

Tolbert, augustus 2006.

Sandra de Wit.

1. Opzet van de Best Practice

In het voorwoord is uiteengezet wat de aanleiding is voor het ontwikkelen van dit Best Practice project.

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze deze Best Practice is opgebouwd.

1.1 Probleemstelling

Elke woongroep wordt begeleid door een team. In een team werken meestal twee persoonlijk begeleiders, daarnaast bestaat een team uit 'medewerkers wonen' en soms nog een zorgassistent. Van persoonlijk begeleiders wordt een HBO werk/ denk niveau gevraagd. Meer dan 75% heeft een agogische opleiding (HBO- SPH of MBO- SPW), op één team werkt iemand met een HBO-verpleegkunde opleiding. Minder dan 25% van de persoonlijk begeleiders heeft de Z-opleiding gedaan, dit is een opleiding die verpleegkundigen opleidde, specifiek voor de sector verstandelijk gehandicapten. Deze opleiding bestaat al lang niet meer. De 'medewerkers wonen' moeten een MBO werk/ denk niveau hebben. Vaak zijn ze agogisch opgeleid, soms hebben ze een verplegende of verzorgende opleiding gevolgd. Daarnaast zijn er medewerkers zonder gerichte opleiding in deze sector werkzaam op de groepen, bijvoorbeeld garagemedewerkers, schoonmakers en keukenmedewerkers. Dit heeft consequenties voor de begeleiding aan de cliënt, de medewerkers hebben onvoldoende inzicht in de medische en verpleegkundige zaken rond een cliënt. Dit bemoeilijkt het signaleren van medische problemen vooral als er ook handicap gerelateerde medische problemen spelen naast het aan de orde zijnde gezondheidsprobleem. Het opleidingsniveau van medewerkers heeft ook gevolgen voor communicatie met bijvoorbeeld medewerkers uit het ziekenhuis. Medische terminologie is ingewikkeld en wordt niet altijd goed begrepen.

Alle zorg wordt in principe uitgevoerd door de medewerkers die op de woongroep werken. Als er medische- of verpleegkundige handelingen verricht moeten worden krijgen de medewerkers een scholing en worden daarna bekwaam verklaard. Voor acute medische zorg en verpleegkundige handelingen kan een beroep gedaan worden op de wijkverpleegkundige (in de toekomst wijkverpleegkundige of Nurse Practitioner) en 's avonds op het verpleegkundig opgeleide en bekwame avond/ weekend hoofd.

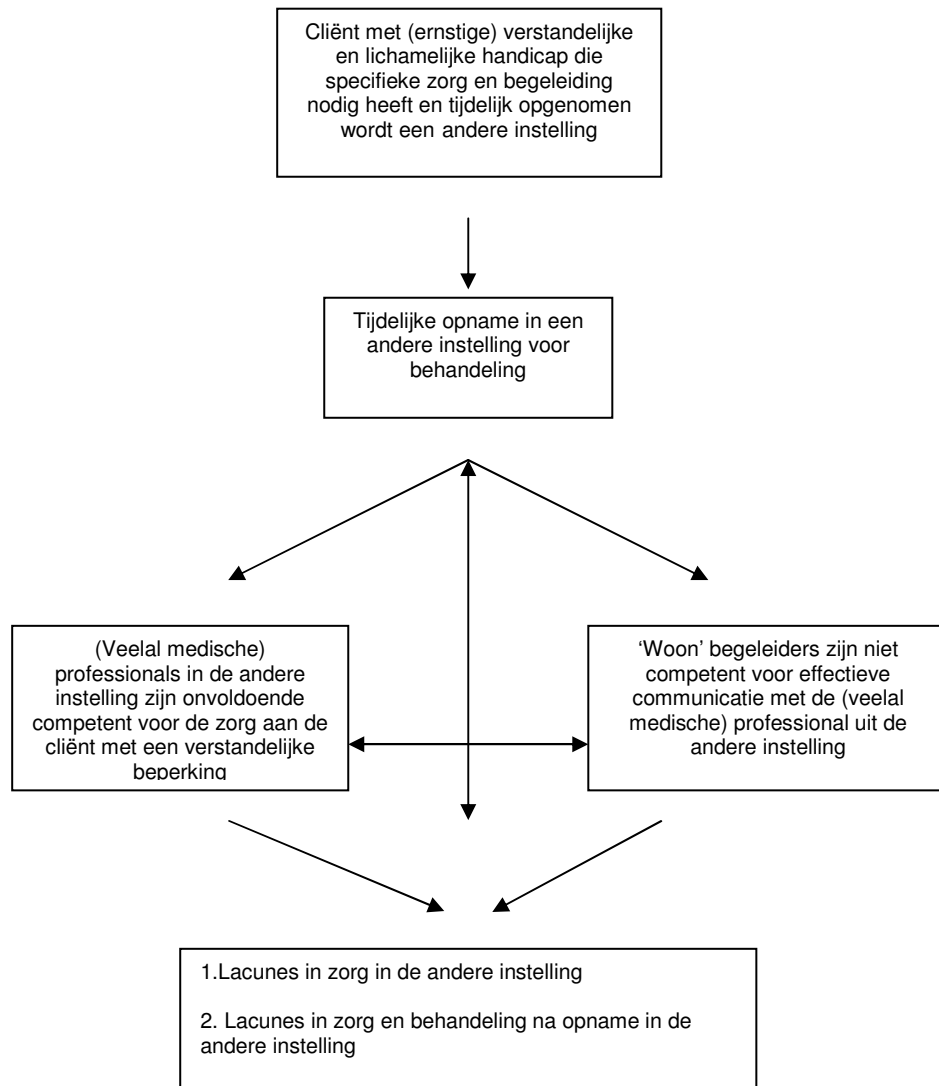
Bij opname in een ziekenhuis zijn de medewerkers van de groep waar de cliënt woont het aanspreekpunt. Omdat zij onvoldoende zijn opgeleid ontstaan gedurende de ziekenhuisopname en na thuiskomst hiaten in de zorg.

Het probleem dat zich voordoet is dat in de communicatie naar de andere instelling (meestal ziekenhuis) van alles mis gaat (zie figuur 1) waardoor hiaten in de zorg ontstaan. Het personeel in het ziekenhuis denkt te communiceren met verpleegkundigen, wat vaak niet zo is. Dit heeft invloed op de wijze van communiceren en het taalgebruik van de verpleegkundigen in het ziekenhuis. Ook in een ziekenhuis is niet duidelijk welke beslissingen een begeleider van de instelling wel en niet mag nemen. Daarnaast is het personeel van een ziekenhuis over het algemeen niet ervaren in het omgaan met mensen met een verstandelijke handicap. Het is voor hen vaak moeilijk in te schatten op welke wijze er met een cliënt gecommuniceerd kan worden en hoe ze aan informatie kunnen komen (kun je wel of niet afgaan op wat de cliënt zelf zegt?). Ook mist men vaak voldoende ervaring om rekening te houden met verschillende aandoeningen en syndromen die spelen rond een cliënt en die de behandeling en begeleiding beïnvloeden.

Voor niet medisch opgeleid personeel uit de eigen instelling is het lastig om aan te geven wat de behandeling in de thuissituatie was en waarom. Er wordt vertrouwd op wat in het ziekenhuis wordt besloten, immers “in het ziekenhuis weten ze hoe het zit en wat er moet gebeuren”. Er wordt dan voorbij gegaan aan de door de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) of verpleegkundige ingestelde behandeling en de redenen daarvoor.

Door deze systemen verdwijnt er informatie en is de continuïteit van begeleiding en behandeling voor cliënten niet optimaal.

Voor niet medisch opgeleid personeel kan het lastig zijn om de behandeling die in het ziekenhuis wordt ingezet te begrijpen en te communiceren naar de woongroep of medische dienst van Sintmaheerdt. Als de cliënten weer thuis komen ontstaan er situaties waarin blijkt dat de informatie over de ingezette behandeling niet volledig is, er begeleidingsaspecten gemist zijn of dat er voor de thuissituatie onvoldoende duidelijkheid is over het te volgen beleid.



Figuur 1: lacunes in zorg.

Het uiteindelijke probleem is dan:

De continuïteit van zorg bij opname in een ziekenhuis. Deze continuïteit van zorg wordt bedreigd door twee factoren:

1. Gebrekkige communicatie tussen ziekenhuis en wooninstelling. Hierin spelen drie factoren:
 - a. Een onvoldoende opgeleid aanspreekpunt vanuit de wooninstelling. Hierdoor wordt het ziekenhuis onvoldoende op de hoogte gesteld van eventuele co-morbiditeit.
 - b. Medewerkers zijn niet voldoende op de hoogte van de bevoegdheid en deskundigheid van de begeleiders van de wooninstelling.

- c. Door onvoldoende communicatie zal de ingezette behandeling slechts gedeeltelijk gecontinueerd worden danwel onduidelijk zijn na ontslag uit het ziekenhuis.
2. Onkunde en/ of onvoldoende ervaring van ziekenhuispersoneel met de zorg voor de cliënt met een verstandelijke en/ of lichamelijke handicap.

1.2 Vraagstelling

Dit leidt tot de Best Practice vraag:

Wat is de meest wenselijke praktijkvoering gericht op de continuïteit van zorg voor cliënten die wonen in de intramurale locatie Sintmaheerdt en tijdelijk worden opgenomen in een andere instelling?

Deze vraagstelling is opgesplitst in een vijftal deelvragen:

1. Wat wordt verstaan onder een zorgsysteem, welke onderwerpen horen daarbij?
2. Wat zijn de factoren die maken dat continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd is wanneer er sprake is van overdacht van zorg van het ene naar het andere zorgsysteem?
3. Wat zijn problemen die optreden als de continuïteit onvoldoende gewaarborgd is en wat zijn belemmerende factoren voor een goede continuïteit van zorg?
4. Wat zijn de risico's bij onvoldoende communicatie en coördinatie voor de cliënt. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij het zorgproces?
5. Zijn er zorgsystemen ontwikkeld die bruikbaar zijn?

1.3 Doel

Het doel van deze Best Practice is:

1. Het invoeren van een meest wenselijke praktijkvoering voor cliënten die wonen in de intramurale locatie Sintmaheerdt en tijdelijk worden opgenomen in een andere instelling.
2. Het opstellen van een implementatieplan voor de invoering van de beschreven meest wenselijke praktijkvoering.

1.4 Best Practice Model

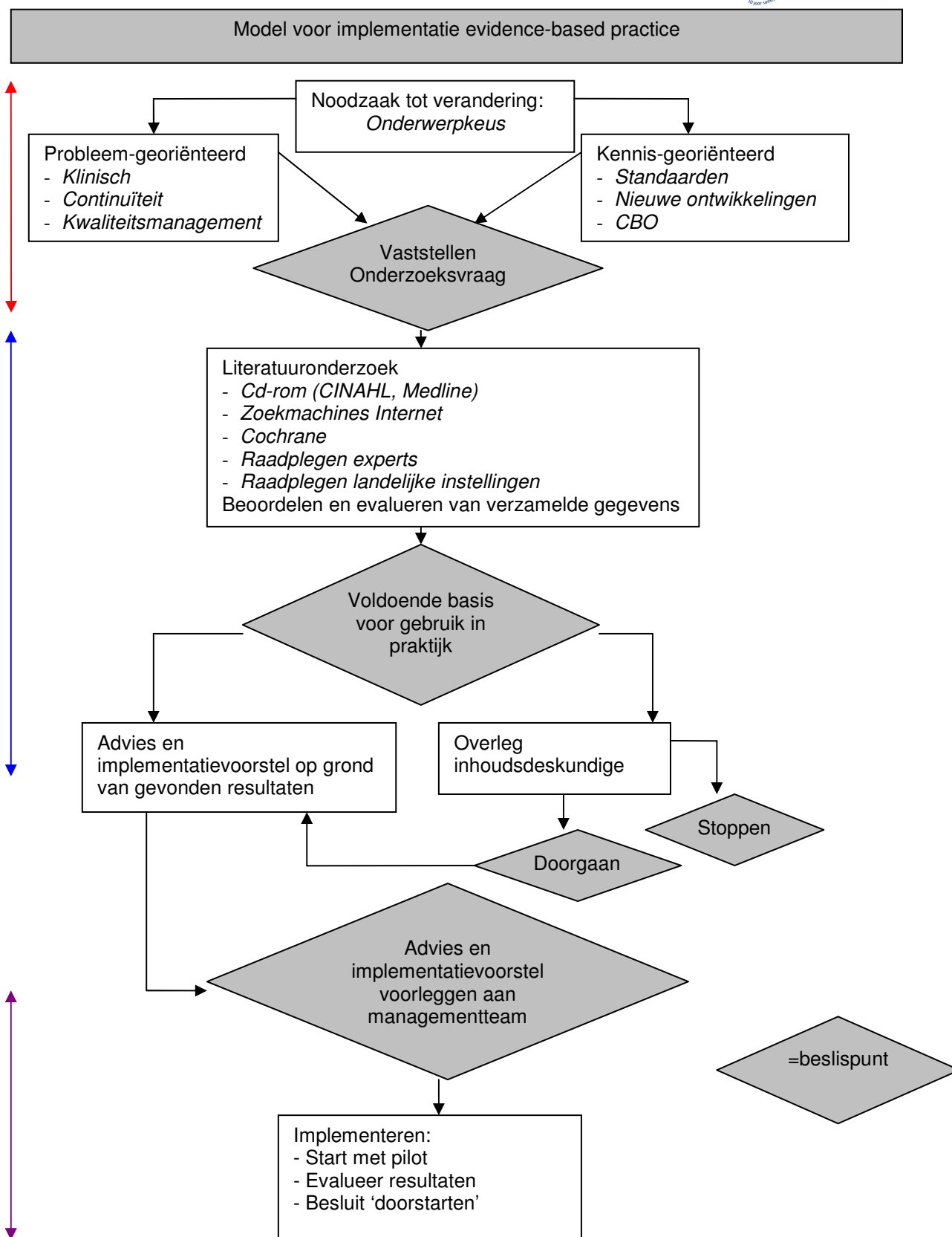
Het IOWA-model (figuur 2) heeft gediend als basis om te komen tot een opzet van dit Best Practice project. De stappen uit het model zullen dan ook terug te vinden zijn in dit verslag.

Het IOWA-model (Berendsen 2002) heeft als vertrekpunt een specifiek probleem of bepaalde kennis, in dit geval het niet goed verlopen van informatieverstrekking en communicatie bij ziekenhuisopname van verstandelijk gehandicapte cliënten. De problemen die leiden tot de implementatie van evidence based practice zijn klinische problemen die herhaaldelijk voortkomen in de praktijk en afkomstig kunnen zijn uit onder andere risico analyses en kwaliteitsmetingen. Het probleem waar het in deze Best Practice om gaat is het gebrek aan continuïteit bij opname in een ziekenhuis. Dit alles binnen de context, de verstandelijk gehandicapte cliënt, wonend op de intramurale locatie Sintmaheerdt van Stichting De Zijlen.

Het IOWA-model onderscheid drie fasen.

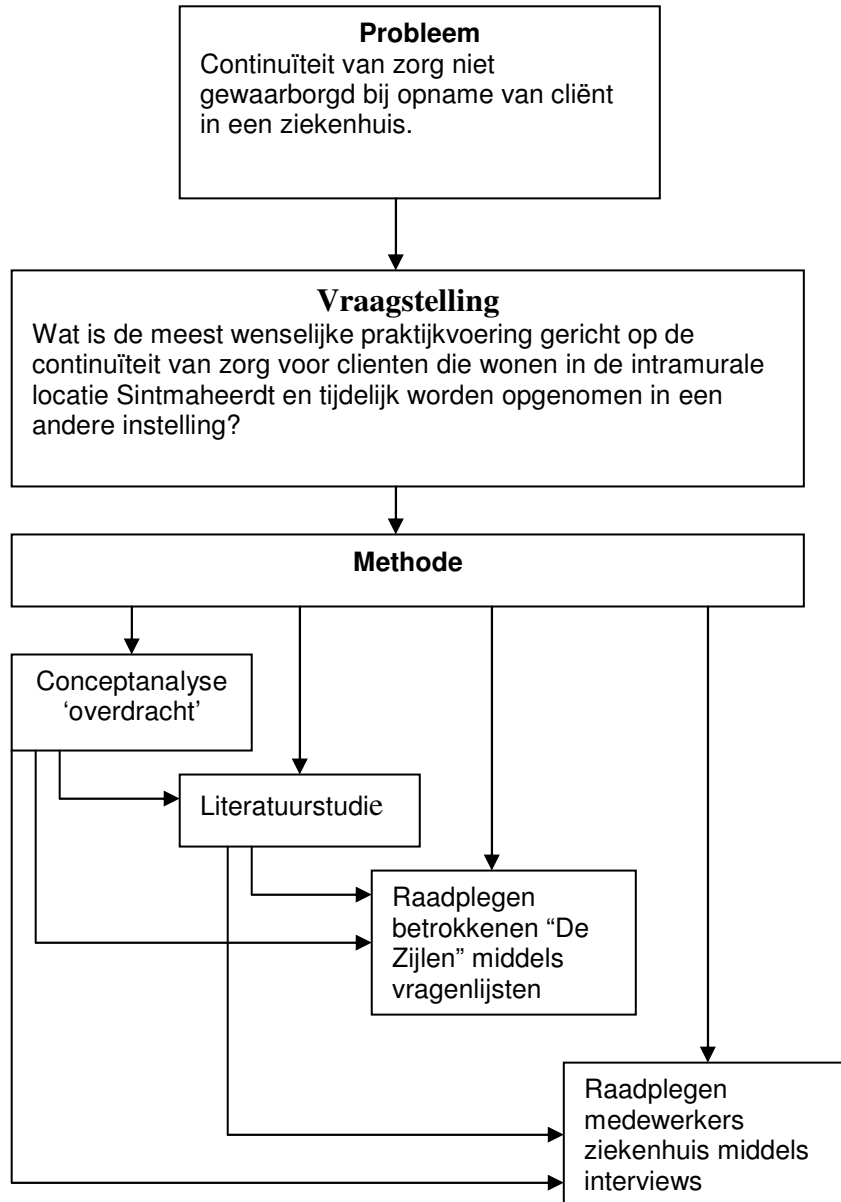
1. In de eerste fase (input) wordt het onderwerp bepaald.
2. In de tweede fase (throughput) wordt relevante onderzoeksliteratuur verzameld, beoordeelt op methodologische kwaliteit en toepasbaarheid.
3. In de derde fase (output) wordt een advies geformuleerd en wordt een implementatievoorstel gedaan.

Naast literatuur wordt de bestaande praktijk uitdrukkelijk gebruikt om te komen tot een opzet voor een verandering. In de beschreven situatie is dat om tweelij reden van belang. Allereerst is er nog niet veel onderzoek gedaan in de beschreven sector. Op de tweede plaats is het belangrijk de praktijk te betrekken bij het onderwerp, zij moeten er dagelijks mee gaan werken en zij hebben ook ervaring vanuit de praktijk.



Figuur 2: IOWA-model.

Om de vraagstelling en de deelvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van vier verschillende methoden.



Figuur 3: Best Practice model.

Nadat het probleem is vastgesteld en de Best Practice vraag is geformuleerd heeft een conceptanalyse gemaakt van het begrip overdracht. Dit begrip leek een cruciale factor te spelen in het beschreven probleem. Omdat het begrip heel breed is werd er middels de concept analyse gezocht naar kenmerken en eigenschappen van belang bij het begrip overdracht. Daarna vond een literatuurstudie plaats waarin aan de

hand van deelvragen is gezocht naar literatuur over overdracht en onderwerpen die van invloed zijn op de kwaliteit van overdracht. Vervolgens is er middels vragenlijsten gezocht naar de kennis en ervaring van medewerkers van “De Zijlen”, en zijn medewerkers uit het ziekenhuis geïnterviewd om hen kennis en ervaring te kunnen gebruiken.

1.5 Gebruikte Methoden

1.5.1 Conceptanalyse

Het doel van de concept analyse is het analyseren van het begrip overdracht, volgens de methode van Walker en Avant (2004).

Deze methode heeft tot doel om op een wetenschappelijk verantwoorde methode typische relevante en niet relevante kenmerken of eigenschappen van één of meerdere begrippen te beschrijven en vervolgens van elkaar te onderscheiden naar de betekenis die de kenmerken in het begrip vertegenwoordigen (Mensink, 2005).

1.5.2 Literatuurstudie

De Best Practice is voor zover mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk literatuur. Daarnaast is gebruik gemaakt van artikelen relevant voor dit onderwerp.

Er werd een literatuursearch uitgevoerd in de databases: Pubmed, Cochrane en Medline. Vervolgens werd er verder gezocht naar relevante literatuur aan de hand van literatuurlijsten uit gevonden literatuur, de zo genaamde sneeuwbal methode.

1.5.3 Vragenlijsten

Aan de hand van een vragenlijst zijn medewerkers van “De Zijlen” geïnterviewd met als primair doel het vergaren van informatie om te komen tot een goed werkbaar en door de medewerkers gedragen werkwijze. Als secundair doel van de vragenlijst kun je het bekend raken met de mogelijk komende verandering van overdragen en begeleiden van een ziekenhuisopname zien.

1.5.4 Gesprekken met medewerkers uit het ziekenhuis

Middels gesprekken met medewerkers van afdelingen uit het ziekenhuis waar cliënten van “De Zijlen” onlangs opgenomen waren is bekeken wat de ervaringen daar waren.

De meeste ziekenhuisopnames van cliënten van “De Zijlen” zijn in het Martini ziekenhuis Groningen. Ongeveer 80%. Ook zijn er nu en dan opname’s in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Heel af en toe vind er een opname elders plaats.

2. Methodische analyse van de literatuur

2.1 Conceptanalyse

Het begrip overdracht is geanalyseerd. Duidelijk wordt dat niet alleen de manier waarop overdracht plaats vindt van belang is, maar vooral wie de overdracht doet, welke personen en welke competenties zijn ervoor nodig. Welke kennis is nodig om te kunnen overdragen op een zodanige manier dat medewerkers van verschillende instellingen weten wat er bedoeld wordt en daarmee de continuïteit gewaarborgd is. In bijlage I is de complete conceptanalyse toegevoegd.

De Haan concludeert in zijn onderzoek (2002), dat de deelnemers aan het onderzoek unaniem van mening zijn dat het specifiek verpleegkundige ligt in het brede aandachtsgebied van de verpleegkundige. De geïntegreerde kennis en inzichten van de somatische, psychologische, sociale en spirituele menselijke aandachtsgebieden zijn het uitgangspunt van denken over het verpleegkundige binnen de zorg aan verstandelijk gehandicapten. Bovendien worden kennis en inzicht over ontwikkelingsstadia, verouderingsprocessen en co-morbiditeit van belang geacht.

Het kunnen inschatten van de gevolgen van stoornissen en handicaps op de algemeen dagelijkse levensverrichtingen wordt vanuit de geïntegreerde kijk mogelijk. Hierin wordt de onderbouwing gevonden van de verpleegkundige zorg die geleverd gaat worden.

Deze bevindingen stroken met menig theoretische gedachte over het eigene van verplegen en de definitie die in het Beroepsprofiel van de verpleegkundige (1999, p. 41) gegeven wordt. Hierin wordt verplegen als volgt gedefinieerd: “het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen”.

Hieruit blijken de kenmerken en eigenschappen die nodig zijn voor het uitvoeren van de beschreven overdracht.

Er zijn twee aspecten aan het begrip overdracht van belang, het gaat om eigenschappen van de personen die overdragen, en het gaat om de wijze waarop men overdraagt. Eigenschappen om goed over te kunnen dragen zijn:

- Het hebben van geïntegreerde kennis en inzicht van de somatische, psychologische, sociale en spirituele menselijke aandachtsgebieden.
- Kennis en inzicht over de ontwikkelingsstadia, verouderingsprocessen en co-morbiditeit.
- Het kunnen inschatten van de gevolgen van stoornissen en handicaps.

De wijze waarop men de overdracht vorm geeft behoeft nader onderzoek.

2.2 Literatuurstudie

Om de Best Practice vragen te beantwoorden is een literatuurstudie uitgevoerd.

Er werd een literatuursearch uitgevoerd in de databases van Pubmed, zie figuur 4.

Allereerst werd gezocht naar MESH termen:

Mental retardation geeft:

Mental retardation; Retardation; mental; Mentally retarded; Mental institution; Dental receptionist; Mundiphyllin retard; Methyl retinoate; Hospital renovation; Nitro mac retard; Fetal presentation

Mentally handicapped geeft:

Mentally handicapped; Physically handicapped; Children, handicapped; Handicapped, physically; Handicapped children; Appendices, omental; Mentally ill person; Omental appendices; Medically uninsured; Mentally retarded

Mental handicapped geeft:

Mentally handicapped; Handicapped children; Physically handicapped; Children, handicapped; Dental handpieces; Omental appendices; Dental handpiece; Appendices, omental; Handpieces, dental; Handpiece, dental

Literatuursearch Pubmed

Zoekwoorden	Limits	Aantal Hits	Bruikbaar
Mental retardation AND Communication	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar	106 Artikelen van 5 jaar	Geen relevante artikelen

	en jonger – Human – RCT's, controlled trails, meta analyses, reviews	en jonger aantal hits 64	
Mentally handicapped AND carry over	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, controlled trails, meta analyses, reviews	0	
Mental handicapped AND carry over	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, controlled trails, meta analyses, reviews	0	
Mental handicapped AND transfer	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, controlled trails, meta analyses, reviews	0	
Mentally handicapped AND transfer	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, controlled trails, meta analyses, reviews	0	

	reviews		
Mental handicapped AND assignment	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human RCT's, controlled trails, meta analyses, reviews	13	Geen relevante artikelen
Mental handicapped AND communication	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human RCT's, controlled trails, meta analyses, reviews	763	
Mental handicapped AND communication	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 5 jaar en jonger – Human RCT's, reviews	1	Geen relevante artikelen
Mental handicapped AND communication	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 5 jaar en jonger – Human RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	2	Geen relevante artikelen
Mental handicapped AND communication	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	9	Geen relevante artikelen
Nurses AND mental handicapped	– Language: Engels, Duits, Nederlands	6	Geen relevante artikelen

	– Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses		
Intellectual disability AND Communication	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	14	Geen relevante artikelen
Intellectual disabilities AND carry over	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	0	
Intellectual disabilities AND transfer	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	0	
Intellectual disabilities AND assignment	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	0	
Learning disabilities AND carry over	– Language: Engels, Duits, Nederlands	0	

	– Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses		
Learning disabilities AND transfer	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	14	Geen relevante artikelen
Learning disabilities AND communication	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	181, artikelen van 5 jaar en jonger 96.	Geen relevante artikelen
Learning disabilities AND carry over	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	0	
Learning difficulty AND assignment	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	0	
Learning difficulty AND transfer	– Language: Engels, Duits, Nederlands	5	Geen relevante artikelen

	– Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses		
Learning difficulty AND communication	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	31	Geen relevante artikelen
Learning difficulty AND carry over	– Language: Engels, Duits, Nederlands – Artikelen van 10 jaar en jonger – Human – RCT's, reviews, clinical trials, meta analyses	0	

Figuur 4: zoekstrategie.

Via *related articles* in Pubmed werden geen relevante artikelen gevonden.

De literatuur search in Pubmed heeft geen relevante artikelen opgeleverd.

Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van gevonden literatuur. Dit bleek de meest lucratieve wijze van zoeken.

Doordat er binnen de sector voor verstandelijk gehandicapten nog niet veel wetenschappelijk onderzoek is gedaan, is er in de genoemde databases nog niet veel literatuur te vinden over het onderwerp overdracht.

De geselecteerde artikelen zijn beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs. Hierbij is onderstaande indeling gebruikt:

		Conclusies
A1	Systematische reviews	Het is aangetoond dat...
A2	Zeer goed gerandomiseerd vergelijkend onderzoek	Het is aannemelijk dat...
B	Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek	Er zijn aanwijzingen dat...
C	Niet vergelijkend onderzoek	Er zijn aanwijzingen dat...niet..
D	Meningen van deskundigen	De werkgroep is van mening

Figuur 5: mate van bewijskracht.

2.3 Resultaten

Hieronder zijn per deelvraag de meest opvallende uitkomsten weergegeven evenals de conclusies. In bijlage II is in een schematisch overzicht het resultaat van de literatuurstudie weergegeven.

1. Wat wordt verstaan onder een zorgsysteem, welke onderwerpen horen daarbij?

Van Dale geeft als betekenis van systeem: het geheel van handelingen dat dient om een gesteld doel te bereiken, de wijze waarop iets is ingericht en de regels die dienen ter instandhouding daarvan. Een zorg systeem heeft dan betrekking op de zorg. Bij continuïteit gaat het om voortdurende van de zorg. Het afstemmen van wie, waar, wanneer en waarvoor bereikbaar is, is hiervoor belangrijk.

Om een gesteld doel te bereiken, ook in transmurale situaties, of misschien wel juist in transmurale situaties, is overdracht en continuïteit nodig. Dit vraagt professioneel handelen. De mate van professioneel handelen is af te lezen aan de mate waarin dat handelen kan worden verantwoord met een beroep op gedeelde kennis. Bij de communicatie met medewerkers van het ziekenhuis is dit laatste een belangrijk punt. Wanneer begeleiders onvoldoende kennis hebben op medisch gebied kan er geen sprake zijn van gedeelde kennis.

Hierbij horen zaken als:

- Communicatie, zowel mondeling als schriftelijk;
- Tussen zowel de hulpverleners binnen de eigen instelling, hulpverleners vanuit externe instellingen en naasten van de cliënt.
- Continuïteit, het afstemmen wie, waarvoor, wanneer bereikbaar is.

- Heldere afspraken over bereikbaarheid en inzetbaarheid van medewerkers, ook wanneer zich acute problemen voordoen.

Conclusie:

Een systeem is een geheel aan handelingen dat dient om een gesteld doel te bereiken. Het gaat hierbij altijd om een continu proces. De wijze waarop is gebaseerd op professioneel handelen, waarin dat handelen is af te lezen aan de mate waarin het handelen is gebaseerd op gedeelde kennis.

De conclusie is van niveau C, er zijn aanwijzingen dat...

2. Wat zijn de factoren die maken dat continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd is wanneer er sprake is van overdacht van zorg van het ene naar het andere zorgsysteem?

Zowel de huisarts als de AVG moeten de inzet van verpleegkundige en Nurse Practitioner overwegen, bijvoorbeeld bij instructie en deskundigheidsbevordering van de veelal agogisch opgeleide begeleiders en bij het signaleren van medische problemen wanneer er sprake is van complexe situaties. Dit is noodzakelijk voor een goede signalering en verzorging van de cliënt. Wanneer cliënten opgenomen worden in een ziekenhuis is het zeker van belang om deskundigheid op het gebied van signalering en communicatie over de cliënt te borgen, om ervoor te kunnen zorgen dat in het ziekenhuis de medewerkers voldoende informatie krijgen over handicap gerelateerde problemen, en uitingen die daarmee verband houden. (Kramer e.a. 2005)

Er zijn specifieke situaties waarbij ruime ervaring en deskundigheid nodig zijn om tot een goede diagnose en behandeling te komen (Kramer e.a. 2005). Bijvoorbeeld:

- Epilepsie: komt vaak voor, mogelijkheid tot behandelen is geringer en complexer, reacties op medicatie kunnen afwijkend zijn.
- Gedragsproblemen en psychiatrische problematiek: komen naar verhouding vaak voor, er kan sprake zijn van medische oorzaak, specifieke expertise over zowel verstandelijke handicap als psychiatrie is nodig.
- Dementie bij het syndroom van Down.
- Syndroom gerelateerde aandoeningen: er is sprake van meerdere samenhangende klachten en symptomen of problemen.

- Medicatieve behandeling: medicatie heeft soms andere effecten, of de voor te schrijven dosering wijkt af.

Een aantal bij de doelgroep veel voorkomende gezondheidsproblemen behoeven een andere dan gangbare behandeling. Een multidisciplinaire aanpak is nodig als er sprake is van een complexe aandoening of van meerdere aandoeningen tegelijk. Dit vraagt om afstemming, coördinatie en regievoering (Kramer e.a.2005).

Omdat veel begeleiders en persoonlijk begeleiders een agogische achtergrond hebben is het voor hen lastig de boven beschreven zorg te signaleren of te leveren. Simpelweg omdat de benodigde medische kennis niet aanwezig is. Integratieve kennis en inzicht van verpleegkundigen vormen een belangrijke onderscheiding met anders opgeleiden. Om complexe situaties, waaronder een ziekenhuisopname zeker kan worden gerekend, te begeleiden is het noodzakelijk een deugdelijke regie te voeren. Kennis en inzicht in de vakgebieden van de betrokken hulpverleners zijn hierbij van evident belang (Evenhuis 2002).

Om continuïteit te waarborgen dient er een match gerealiseerd te worden tussen zorgvraag en zorgaanbod. Om dit goed vorm te geven is een brede, professionele kijk op de cliënt en zijn systeem nodig en kennis op medisch gebied, om over de zorg te kunnen communiceren. Kennis en inzicht in gedragingen behorend bij de verstandelijke handicap maar ook van gedrag voortkomend uit ziektes, stoornissen en bijkomende handicaps en de wisselwerking tussen deze gedragingen, zijn noodzakelijk om de juiste interpretaties te kunnen maken (de Haan 2002, AVVV beroepsdeelprofiel 2004).

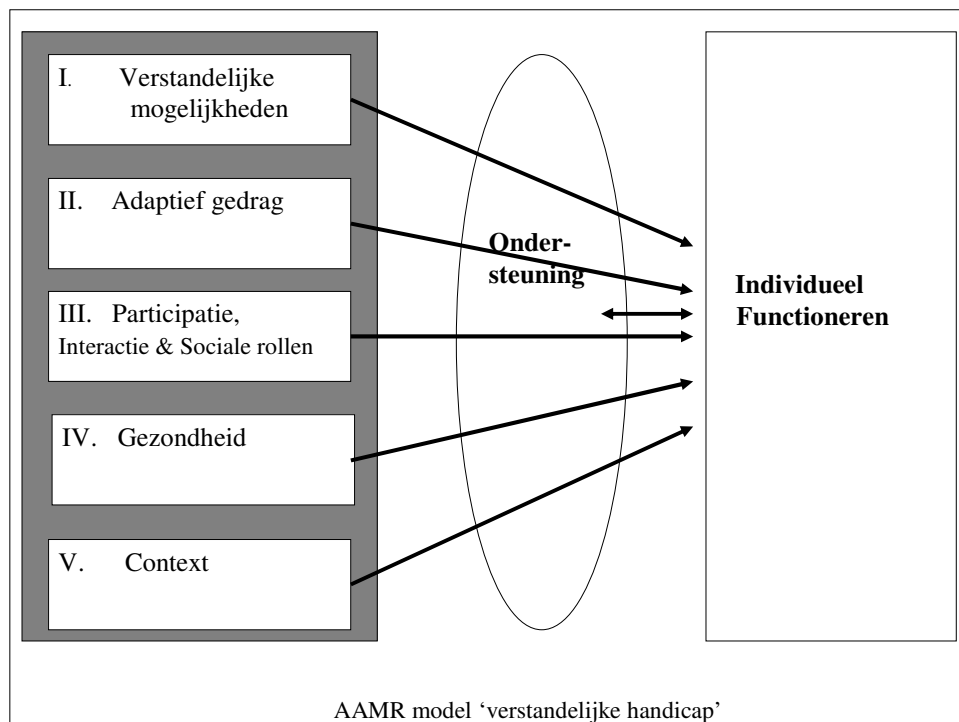
Conclusie:

Cliënten met een verstandelijke handicap vragen bij een opname in het ziekenhuis een afgestemde begeleiding. Handicap gerelateerde bijkomende medische problemen maken dat een integratieve kijk op de zorg nodig is. Kennis en inzicht in gedragingen behorend bij de verstandelijke handicap, maar ook kennis van gedrag voortkomend uit ziektes, stoornissen en bijkomende handicaps en de wisselwerking tussen dit alles maakt de inzet van de Nurse Practitioner bij opname in een ziekenhuis van belang, ze kunnen een duidelijke coördinatie en regievoering bewerkstelligen.

De conclusie heeft niveau B, er zijn aanwijzingen dat...

3. Wat zijn problemen die optreden als de continuïteit onvoldoende gewaarborgd is en wat zijn belemmerende factoren voor een goede continuïteit van zorg?

Het ICF (International Classification of Functioning) levert een model, het AAMR (American Association on Mental Retardation) model. Hiermee kan complexe, gedifferentieerde problematiek van mensen met functiebeperkingen worden beschreven en begrepen. Deze kennis kan worden gebruikt bij het ontwerpen van ondersteuning op verschillende niveaus (beleid, organisatie en individuele ondersteuning). Het model geeft een duidelijk beeld van de onderwerpen die invloed hebben op het individueel functioneren van de cliënt. Wanneer een van de vijf onderwerpen verstoord raakt en er onvoldoende ondersteuning plaats vindt raakt het individueel functioneren verstoord.



Figuur 6: AAMR model.

Zoals zichtbaar in het model zal een verstoring van de gezondheid of van de context altijd invloed hebben op het individueel functioneren. De begeleiding/ ondersteuning van de cliënt moet erop gericht zijn de onderwerpen die het individuele functioneren verstoren waar mogelijk te beïnvloeden zodat de verstoring zo minimaal mogelijk is. Dit zal niet altijd lukken, maar dan moet de ondersteuning erop gericht zijn de cliënt dusdanig te begeleiden dat hij/ zij zo goed mogelijk met die verstoring om kan gaan.

(WHO-FIC collaborating Centre 2002).

De omgang met verstandelijk gehandicapten vereist speciale vaardigheden omdat er enerzijds sprake is van (meer of minder) beperkte mogelijkheden tot communiceren, en anderzijds dat voor deze groep het contact met verzorgers en familie essentieel is. Naast de communicatieve vaardigheden noemt Evenhuis (2001) de volgende aspecten van medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, waar de gangbare zorg tekort kan schieten: goede anamnese afnemen, herkennen en behandelen van kenmerkende aandoeningen (en meerdere aandoeningen tegelijk), ontoereikende diagnostische middelen, aangepaste wijze van behandeling en diagnostiek, afstemming bij multidisciplinaire behandeling. Wanneer er sprake is van onvoldoende specifieke kennis op het gebied van handicap gerelateerde problemen bestaat het gevaar dat een juiste signalering, diagnosestelling en behandeling achterwege blijven. Hierdoor treden vermijdbare gezondheidsproblemen, vermijdbare extra beperkingen en zelfs vermijdbare sterfte op. (Kramer, 2005 en Evenhuis, 2001)

Als er sprake is van toenemende medische zorgvragen is de agogische achtergrond van begeleiders niet altijd toereikend om tijdig medische problemen te signaleren en hierover te communiceren. (De Haan, 2002)

Conclusie:

Wanneer er onvoldoende specifieke kennis op het gebied van handicap gerelateerde problemen is treden hierdoor vermijdbare gezondheidsproblemen, vermijdbare extra beperkingen en zelfs vermijdbare extra sterfte op. Dit vraagt om zorg waarvan de kennis over handicap gerelateerde zaken gewaarborgd is. Wanneer een cliënt zorg ontvangt in een andere dan setting dan de eigen, is het noodzakelijk zorg te dragen voor een goede communicatie en overdacht over die problemen die handicap gerelateerd zijn, danwel samenhangen met de verstandelijke beperking van de cliënt.

Het betreft een conclusie van niveau C, er zijn aanwijzingen dat...

4. Wat zijn de risico's bij onvoldoende communicatie en coördinatie voor de cliënt? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij het zorgproces?

Cliënten hebben te maken met verschillende instanties, dit heeft een nadelige invloed op de individuele zorg door communicatie tussen verschillende partijen. Een risico is hierbij het verlies van informatie. Wanneer de zorg voor een cliënt door een andere instelling wordt overgenomen zijn de kennis en ervaring over handicap gerelateerde problemen niet altijd gewaarborgd. (Raad voor de volksgezondheid & zorg, 2002)

Een arts is afhankelijk van de observaties van begeleiders en of ouders. Wanneer er sprake is van onvoldoende specifieke kennis op het gebied van handicap gerelateerde problemen bestaat het gevaar dat een juiste signalering, diagnosestelling en behandeling achterwege blijven. Hierdoor treden vermijdbare gezondheidsproblemen, vermijdbare extra beperkingen en zelfs vermijdbare sterfte op. (Evenhuis 2002)

De zorg zelf wordt door veel aanbieders geleverd, dit vergt inzet op het gebied van coördinatie. Wanneer hier onvoldoende aandacht voor is liggen de gevolgen voorspelbaar op het gebied van wachttijden, inadequate zorgverlening en toename van kosten door ondoelmatig gebruik van middelen. (Raad voor de volksgezondheid & zorg, 2002)

Conclusie:

Een juiste signalering, diagnose stelling en behandeling kan achterwege blijven door gebrek aan coördinatie. Naast consequenties op het gebied van wachttijden en inadequate zorgverlening geeft dit ook een toename van de kosten.

Het betreft een conclusie van niveau C, er zijn aanwijzingen dat...

5. Zijn er zorgsystemen ontwikkeld die bruikbaar zijn?

Er zijn diverse transmurale overdrachtsystemen ontwikkeld in Nederland, en dus gebaseerd op het Nederlandse zorgstelsel.

Binnen de zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn geen overdrachtssystemen gevonden die gericht zijn op transmurale overdracht.

Het Intergraal Kanker Centrum Rotterdam (IKR) heeft een overdrachtsprotocol opgesteld voor de overdracht van palliatieve zorg. De patiënten die palliatieve zorg nodig hebben wisselen de laatste maanden van hun leven vaak van zorg plek met evenveel transfer- en overdrachtsmomenten. Uit onderzoek bleek dat de overdracht en communicatie tussen de verschillende disciplines vaak niet volledig was of zelfs ontbrak. (IKR, 2005) Het ontwikkelde overdrachtsformulier bevat veel relevante onderdelen bruikbaar in de sector voor mensen met een verstandelijke handicap. Diverse thuiszorginstellingen hebben een overdrachtsformulier ontwikkeld samen met een ziekenhuis, echter doordat het hier vaak gaat om mondige patiënten die doorgaans een minder multidisciplinaire begeleiding vragen waren deze overdrachten minder bruikbaar.

Conclusie:

Het overdrachtsprotocol van het IKR bevat bruikbare onderdelen voor het ontwikkelen van een protocol voor de eigen populatie.

Het betreft een conclusie van niveau C, er zijn aanwijzingen dat...

2.4 Raadplegen betrokkenen

2.4.1 Vragenlijsten

Voor het inventariseren van de ervaringen en de mening van medewerkers die ervaring hebben met ziekenhuisopnames van cliënten is een vragenlijst opgesteld. De vragenlijsten zijn ingevuld door medewerkers met verschillende functies. Zowel begeleiders van de werkvloer, medewerkers met een lijnfunctie als medewerkers uit ondersteunende diensten vulden de lijsten in. Dit is van belang om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het onderwerp. Alle medewerkers hebben direct of indirect te maken met individuele cliënten en eventuele ziekenhuisopnames.

De lijsten zijn ingevuld door:

- Begeleiders
- Persoonlijk begeleiders
- Medewerkers van ondersteunende diensten:
 - Arts Verstandelijk Gehandicapten
 - Twee wijkverpleegkundigen
 - Fysiotherapeut

- Gedragkundige
- Avond weekend hoofd
- Lijnfunctionarissen:
 - Twee locatiehoofden
 - Regio manager wonen

Er zijn tien lijsten verstuurd aan begeleiders en persoonlijk begeleiders. De respons was 90% (N=9). Van de ondersteunende diensten was er 100% respons, alle zes vragenlijsten kwamen terug. Van de lijnfunctionarissen kwamen er twee van de drie lijsten terug.

Per vraag zal uiteengezet worden welke opvallende of belangrijke onderwerpen steeds terugkeren, gevolgd door de conclusies, eventueel weergegeven per functie of dienst als dat meerwaarde heeft. In Bijlage III is de vragenlijst weergegeven met daarbij per vraag de letterlijk gegeven antwoorden.

- ***Wat is belangrijk voor een goedlopende communicatie en overdracht, waardoor de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft en de informatie overdracht voldoende is?***
 - Medewerkers beschikken vaak niet over voldoende kennis om de communicatie goed te laten verlopen. Kennis, opleiding en ervaring zijn hierbij belangrijk.
 - Er mist een goede schriftelijke overdracht die mee gaat naar het ziekenhuis.
 - Er dienen heldere afspraken te zijn over communicatie, zowel binnen “De Zijlen” als tussen “De Zijlen” en het ziekenhuis.

Conclusies:

- Per situatie moet afgesproken worden hoe de communicatie met medewerkers uit het ziekenhuis gaat verlopen en wie er communiceert met wie. Wanneer er sprake is van complexe problematiek dan dient de communicatie ondersteund danwel over genomen te worden door de medische dienst.
- De cliënt dient ondersteuning en begeleiding te krijgen van bekende en vertrouwde medewerkers.

- Wanneer er onvoldoende kennis aanwezig is binnen het team om te communiceren met het ziekenhuis over de cliënt zou de medische dienst hier ondersteuning in moeten bieden.
- ***Wat mis je in de huidige praktijk, waarin de communicatie niet met zoveel woorden geregeld is, meestal iemand vanuit het begeleidende team de communicatie met de ontvangende instelling doet en soms anderen betrokken zijn?***
 - Er mist een goede manier van verslaglegging wanneer iemand in het ziekenhuis is opgenomen.
 - Coördinatie.
 - Afstemming binnen “De Zijlen” over de wijze van communiceren.
 - Kennis om goed te communiceren met medewerkers van het ziekenhuis.

Conclusies:

- Er moeten afspraken komen over coördinatie en verslaglegging wanneer een cliënt van “De Zijlen” is opgenomen in het ziekenhuis.
- Er is te weinig medische kennis aanwezig op de woongroepen om een goede communicatie tussen de woongroepen en medewerkers uit het ziekenhuis te garanderen. Scholing aan begeleiders en ondersteuning van de medische dienst zijn nodig om hierin verandering te brengen.
- ***Waar gaan dingen fout?***
 - In de communicatie tussen alle betrokken partijen van zowel “De Zijlen” als het ziekenhuis.
 - In de overdracht tussen betrokken partijen.
 - Er wordt actuele (medische- en begeleidings-) informatie gemist wanneer cliënten worden opgenomen in het ziekenhuis.

Conclusie:

- In zowel de overdracht tussen medewerkers van “De Zijlen” onderling als in de overdracht van medewerkers van “De Zijlen” naar andere instellingen. Hierdoor wordt informatie gemist.

– ***Wat is de invloed van verpleegkundige kennis hierop?***

- Er wordt een grote invloed beschreven. Medewerkers zonder verpleegkundige kennis hebben meer moeite om informatie over te brengen aan medewerkers uit het ziekenhuis, maar ook is het overdragen naar “De Zijlen” moeilijker.
- Op begripsniveau gaan er dingen mis.
- Verpleegkundige kennis is op de woongroepen vaak niet meer aanwezig.

Conclusie:

- De invloed van verpleegkundige kennis op de communicatie is groot. Op de woongroepen is die verpleegkundige kennis vaak niet meer aanwezig.

– ***Wat zou volgens de geïnterviewde een goede werkwijze zijn, zodat de kwaliteit is gewaarborgd?***

- Goede rapportage.
- Begeleiding bij ziekenhuisopname moet onder de basiszorg vallen. Afhankelijk van de cliënt dient bekeken te worden hoeveel begeleiding er in het ziekenhuis nodig is. De begeleiding aan de cliënt dient een bekende medewerker te doen.
- Vanuit de medische dienst zou alles rond een ziekenhuis opname gecoördineerd moeten worden. Wat niet wil zeggen dat de medische dienst medewerkers ook daadwerkelijk uitvoerend bezig zijn.
- Actuele informatie en medische achtergrond moeten schriftelijk voorhanden zijn.

Conclusies:

- Coördinatie vanuit de medische dienst en goede afspraken over wie welke waarover communiceert en hoe de terugkoppeling plaats vindt kan ervoor zorgen dat de kwaliteit gewaarborgd is.
- Goede rapportage is een voorwaarde voor kwalitatief goede zorg.

– ***Wat vind je van de communicatie tussen arts en verpleegkundigen of andere disciplines uit het ziekenhuis en onze eigen begeleiders?***

- Communicatie met artsen en verpleegkundigen uit een ziekenhuis is vaak lastig door veel gebruik van ingewikkelde termen.
- Informatie vanuit het ziekenhuis wordt vaak gekleurd weergegeven door begeleiders doordat ze onvoldoende deskundig zijn op medisch gebied en onvoldoende getraind zijn in het gebruik van medische termen.
- Er is niet altijd een eenduidig beleid waardoor de communicatie moeizaam gaat.
- Ook de communicatie met de eigen artsen (artsen van “De Zijlen”) is vaak moeilijk door teveel gebruik van medische termen of vaag taalgebruik.

Conclusies:

- Communicatie met artsen en verpleegkundigen (binnen “De Zijlen”) kan worden verbeterd door medische termen zoveel mogelijk te vermijden of uitleg over die termen.
 - Bij opname in een ziekenhuis moet bekeken worden in hoeverre ondersteuning nodig is om de communicatie tussen ziekenhuismedewerkers en begeleiders van “De Zijlen” goed te laten verlopen.
- ***Hebben de begeleiders voldoende kennis om te communiceren en de kwaliteit van zorg te garanderen als er sprake is van overdracht van zorg naar een andere instelling/ ziekenhuis?***
- Niet iedereen heeft voldoende kennis. Op de woongroepen is weinig verzorgend of verpleegkundig geschoold personeel aanwezig
 - De artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis moeten hun taalgebruik afstemmen op de kennis van de begeleider die op dat moment aanwezig is.
 - De boodschap vanuit het ziekenhuis wordt nog al eens gekleurd weergegeven doordat de inhoud niet begrepen wordt.

Conclusie:

- Er is onvoldoende kennis van medische zaken aanwezig op de woongroepen om ervan uit te kunnen gaan dat medisch en verpleegkundig inhoudelijke zaken goed gecommuniceerd worden.

- ***Hebben de begeleiders voldoende kennis om te communiceren en uitleg te geven over de situatie van de cliënt die is opgenomen in een andere instelling/ ziekenhuis? Bijvoorbeeld om uit te leggen wat er gaat gebeuren tijdens een opname of onderzoek, of wat heeft plaats gevonden tijdens een opname of onderzoek?***

- Niet altijd. Ook worden vragen van collega's en familie nogal eens zo gesteld dat ze niet goed begrepen worden waardoor er nog meer onduidelijkheid ontstaat.
- De wijze waarop medewerkers van "De Zijlen" onderling hun overdracht regelen heeft veel invloed op dit onderwerp. Komt uiteindelijk wel alle informatie bij elkaar?
- Er is teveel sprake van handelen en denken vanuit eigen kaders en interpretatie door kennis tekort.

Conclusies:

- De overdracht en wijze van communiceren binnen "De Zijlen" moet worden verbeterd zodat geen informatie verloren gaat.
- Bij situaties waarin de zorg complexer is moet worden bekeken wie de inhoudelijke communicatie voert.

- ***Wat zijn je ideeën over dit onderwerp? Hoe zie je zelf de ideale situatie?***

- Een overdrachtsformulier ontwikkelen waarin vaste gegevens vermeld zijn.
- In ieder geval in elk team verpleegkundig geschoolde medewerkers werkzaam laten zijn.
- Wanneer het mogelijk is de verpleegkundig opgeleide medewerkers mee laten gaan bij ziekenhuisopnames.
- Vooraf gaand aan een ziekenhuisopname goede afspraken maken over taakverdeling.
- Een verwijsbrief van de arts, vergezeld van een brief voor de verpleegkundige verzorging mee laten gaan wanneer een cliënt wordt opgenomen. Van tevoren afspraken maken over wie op welk niveau communiceert.
- Bij naderend ontslag uit het ziekenhuis bijtijds overleg om zaken goed te kunnen regelen.

- Ga uit van het gewone. Dichtbij de cliënt als dat kan, uitgebreider als dat moet.

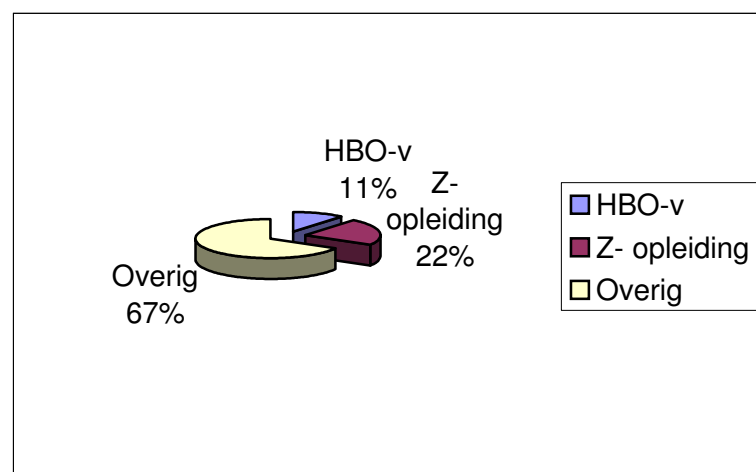
Conclusies:

- Als het om een geplande ziekenhuisopname gaat van te voren goede afspraken maken over wie communiceert op welk niveau.
- Per ziekenhuisopname bepalen welke ondersteuning nodig is en wie welke taken heeft. Zo kan een individuele op de situatie aangepaste begeleiding geboden worden.

Algemene vragen alleen gesteld aan de begeleiders en persoonlijk begeleiders van de woongroepen:

- ***Hoeveel verpleegkundig opgeleide medewerkers werken er in het team waar je werkt? En van welk niveau zijn ze dan?***

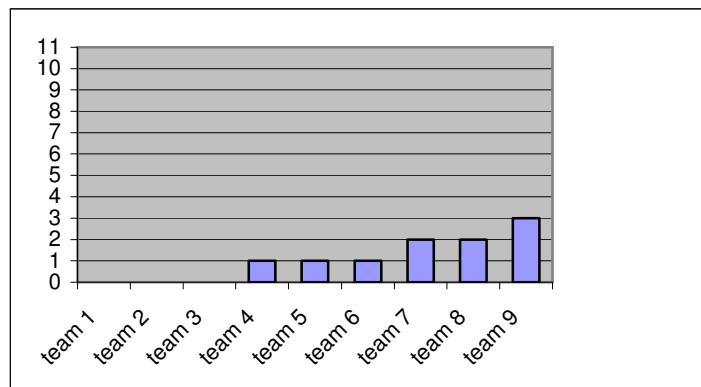
In drie van de negen teams die hebben meegewerkt aan het beantwoorden van de vragen is een verpleegkundige werkzaam als persoonlijk begeleider. Hiervan hebben er twee de opleiding tot Z- verpleegkundige gedaan. Er is één medewerker die de HBO-v heeft gedaan. Dit geeft de volgende grafiek, het gaat in totaal om negen teams en 18 persoonlijk begeleiders.



Figuur 7: verpleegkundig opgeleide medewerkers.

– **Hoeveel verzorgend opgeleide medewerkers zijn er in het team?**

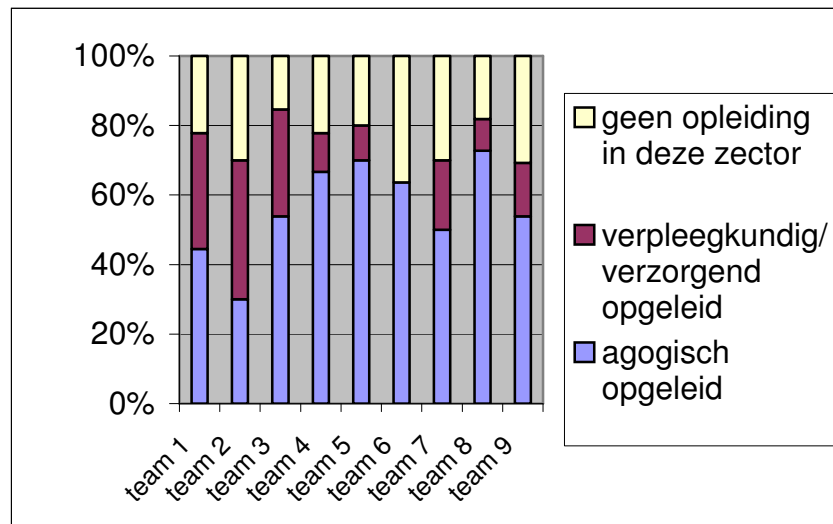
Gemiddeld genomen bestaan de teams uit tien medewerkers variërend van acht tot dertien medewerkers, de meeste hebben een parttime dienstverband. Er hebben medewerkers van negen teams mee gewerkt aan het beantwoorden van de vragenlijsten. In drie teams werken helemaal geen medewerkers die een opleiding in de verzorgende richting hebben gevolgd. In drie teams werkt één medewerker die een opleiding in de verzorgende richting heeft gevolgd. In twee teams werken twee medewerkers die een verzorgende opleiding hebben gevolgd. In één team werken drie medewerkers met een verzorgende opleiding als achtergrond. Gemiddeld werken er in een team 11 medewerkers. Hieronder in een diagram het aantal verpleegkundig/ verzorgend opgeleide medewerkers per team.



Figuur 8: aantal verzorgend opgeleidde medewerkers per team.

– **Hoeveel agogisch opgeleide medewerkers zijn er in het team?**

Binnen elk team zijn minimaal vier medewerkers die een agogisch gerichte opleiding hebben afgerond. Ook werken er in elk team minimaal twee medewerkers die helemaal geen opleiding hebben gericht op deze sector. Hun achtergrond varieert van garagemonteur tot medewerker van een schoonmaakbedrijf tot kapster en bloemist. In de grafiek een overzicht van de opleidingsachtergronden van de medewerkers.



Figuur 9: agogisch opgeleide medewerkers.

2.4.2 Aanbevelingen

1. Stel een checklist op van punten aan de hand waarvan de ondersteuning die rond een ziekenhuisopname van een cliënt nodig is kan worden bepaald.
2. Maak afspraken over het coördineren van ziekenhuisopnames van cliënten. Gezien de complexe samenkomst van begeleidingsvragen, medische/verpleegkundige kennis en coördinatie tussen medewerkers van verschillende instellingen, familie en begeleidende teams van “De Zijlen” is hier een taak weggelegd voor de Nurse Practitioner.
3. De communicatie rond cliënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen wordt vastgelegd in een protocol.
4. De kennis binnen de teams op verzorgend en verpleegkundig gebied zou moeten worden verbeterd.
5. De verdeling van agogisch opgeleid personeel en verzorgend of verpleegkundige opgeleid personeel zou kunnen worden afgestemd aan de vragen van de cliënten groep. Binnen elk team zou er in elk geval een basis aan verzorgende en verpleegkundige medewerkers moeten zijn.

2.5 Gesprekken met medewerkers uit ziekenhuizen

De communicatie over dit onderwerp met medewerkers uit het ziekenhuis is ingewikkeld. Medewerkers werken in wisselende diensten en zien cliënten vaak maar kortdurend. Als ze terug komen na vrije dagen is de cliënt weer ontslagen.

Er is gesproken met vier medewerkers die cliënten meerdere dagen hebben meegemaakt. Deze gesprekken zijn deels telefonisch gevoerd, deels op de afdeling tijdens een opname.

Er is de medewerkers gevraagd naar wat ze zelf vinden van alles rond de opname van een cliënt van “De Zijlen”. Eigenlijk komen steeds dezelfde punten terug. Men weet niet hoe met de cliënt te communiceren, wat kan degene wel en wat niet. Ook kan men niet inschatten of de cliënt adequaat antwoordt kan geven op vragen over bijvoorbeeld pijn of hoe het gaat.

De lichamelijke verzorging is onduidelijk, wat kan de cliënt wel en wat niet. Wat was de uitgangspositie van voor de ziekenhuisopname.

Bij een cliënt waar gedragsproblemen speelden was het onduidelijk op welke medicatie hij eventueel zou reageren, ook was men onbekend met de hoeveelheid medicatie die hij al kreeg, wat een afwachtende houding gaf toen er gedragsproblemen speelden. Ook was men niet op de hoogte van bekende reacties van de cliënt wanneer er sprake is van voor de cliënt bedreigende situaties.

Wanneer er vergroeiingen of contracturen zijn is men in het ziekenhuis niet bekend met de wijze waarop de cliënt dan het best gepositioneerd kan worden. Aanwezigheid van een medewerker die uitleg kon geven over mogelijke houdingen, ondersteuning van het lichaam en die verzorgingstips kon geven werd zeer op prijs gesteld. De medewerker uit het ziekenhuis gaf aan dat het vreemd was dat de frequent aanwezige begeleiders van “De Zijlen” niet hadden gesignaleerd dat de betreffende cliënt niet lekker lag.

In ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van vaste aanwezige materialen, echter wanneer er inhoudelijke reden is om af te wijken van de standaard is men daartoe zeker bereid. Twee medewerkers gaven aan een overzicht te missen van gebruikte materialen en de reden daarvan.

Alle medewerkers gaven aan dat op de afdeling waar ze werken te weinig kennis is om verstandelijk gehandicapte cliënten met handicap gerelateerde gezondheidsproblemen of gedragsproblemen goed te begeleiden.

Drie keer werd expliciet aangegeven dat men vond dat de begeleiders van “De Zijlen” erg betrokken waren.

Er is navraag gedaan naar de werkwijze bij opname van nieuwe patiënten. Hieruit bleek dat de informatie en statussen over nieuwe patiënten pas op vrijdagmiddags

op de afdeling komen. Ook wordt er zelden vooraf in die status gekeken. Dit verklaart het niet werken van het sturen van brieven met bijvoorbeeld informatie over gedragsproblemen, of verzoeken over de tijd van behandeling.

Met een medewerker van de afdeling opname is een gesprek geweest. Hierin werd duidelijk dat diegene geen invloed heeft op het verpleegbeleid op de afdeling. Ook bleek hieruit dat bij speciale situaties, waarin bijvoorbeeld een expliciete tijdsafspraken gemaakt moet worden, er telefonisch overleg nodig is.

Er is een gesprek geweest met de psychiatrisch verpleegkundige uit een ziekenhuis. Diegene gaf aan dat het zeer wenselijk is vooraf contact te zoeken bij mogelijke gedragsproblemen. In een normale situatie wordt hij anders pas ingeroepen als er een probleem is. Dit geeft veel vertraging. Mede ook omdat er vaak nog overleg nodig is met een psychiater van het ziekenhuis voordat er afspraken gemaakt kunnen worden. In een situatie die onlangs gespeeld heeft is er vooraf overleg geweest, waardoor de psychiatrisch verpleegkundige al op de afdeling stond te wachten toen de cliënt binnen kwam. Hierdoor kon gelijk de begeleiding die nodig was worden opgestart.

Conclusie:

Vanuit deze gesprekken met medewerkers uit ziekenhuizen waarin cliënten van “De Zijlen” waren opgenomen blijkt dat men onvoldoende kennis heeft om vooral wanneer er sprake is van handicapgerelateerde gezondheidsproblemen of gedragsproblemen naast de reden van opname. Men wil ook graag meer informatie en ondersteuning. Zo nodig vind men het prettig vooraf overleg te voeren, vooral als er ingewikkelde begeleidingsvragen of verzorgings- en verpleegvragen zijn.

2.6 Tot slot

Het is opvallend dat de resultaten uit de literatuurstudie en de resultaten uit de vragenlijsten en uitkomsten van de gesprekken met medewerkers uit het ziekenhuis op een aantal punten zo van elkaar verschillen.

Uit drie de informatie bronnen komt naar voren dat communicatie en overdracht belangrijk zijn.

Echter in de literatuur wordt veel gezegd over de invloed van kennis op het signaleren van medische problematiek. Dit is een onderwerp dat in de gesprekken met begeleiders van de woongroepen, medewerkers uit de lijn, medewerkers van ondersteunende diensten en medewerkers uit de ziekenhuizen helemaal niet naar voren komt. Er kunnen vragen gesteld worden bij de reden hiervan:

- Wordt er helemaal niet gesignaleerd dat er handicap gerelateerde gezondheidsproblemen zijn die invloed hebben op het lichamelijke welbevinden van de cliënt en op eventuele bijkomende gezondheidsproblemen?
- Worden deze handicapgerelateerde gezondheidsproblemen in de eigen instelling dan wel voldoende onderkent?

Het lijkt belangrijk te onderzoeken wat de reden is van bovenstaande. Blijkt er werkelijk zo weinig kennis over de invloed van handicapgerelateerde gezondheidsproblemen dan is het belangrijk daar binnen de instelling aandacht voor te hebben. De Nurse Practitioner kan hierin een grote rol spelen.

3 Resultaten

Aan de hand van de conclusies en aanbevelingen van de conceptanalyse, de literatuurstudie en de informatie verkregen uit de vragenlijsten en gesprekken met medewerkers uit ziekenhuizen is de conclusie getrokken dat middels een overdrachtsformulier de communicatie kan worden verbeterd. Voorts vraagt elke ziekenhuisopname om vastgelegde afspraken over coördinatie, communicatie, afstemming en begeleiding (van zowel de cliënt als begeleiders). Dit om te waarborgen dat het ziekenhuis beschikt over die informatie die nodig is om een goede behandeling te kunnen bieden. Dat betekent dat naast afspraken over coördinatie en communicatie er informatie moet komen over de cliënt die medewerkers uit het ziekenhuis instaat stellen een juiste diagnoses te stellen, waarvoor er voldoende inzicht moet zijn in de handicap gerelateerde invloeden op het ziekte proces.

Naast aandacht voor coördinerende en voorwaardenscheppende punten is er ook inhoudelijke input nodig om een ziekenhuisopname zo goed mogelijk te laten verlopen.

3.1 Overdrachtsformulier

Aan de hand van de aangegeven punten uit de literatuurstudie en de vragenlijsten is een overdrachtsformulier ontwikkeld. Hiervoor is ook gebruik gemaakt van informatie uit andere instellingen als het Integraal Kankercentrum Rotterdam (IKR) dat een protocol ontwikkelde voor transmurale palliatieve overdracht (IKR, 2005).

In Bijlage IV is het ontwikkelde formulier weergegeven dat naar aanleiding van informatie uit evaluaties kan worden bijgesteld.

3.2 Checklist procedure afspraken

- Wanneer duidelijk is dat een cliënt voor behandeling of opname naar het ziekenhuis moet neemt de Nurse Practitioner contact op met de Persoonlijk begeleider van de cliënt om te checken of het overdrachtsformulier compleet is ingevuld en of er nog recente bijlagen moeten worden toegevoegd. Ook wordt besproken wat de reden van opname is, en welke aandachtspunten er zijn. Afhankelijk van de mate van ingewikkeldheid en de problematiek die speelt wordt het locatiehoofd er direct bij betrokken. In elk geval krijgt het

locatiehoofd de notulen van het overleg. De volgende punten worden ook besproken en er worden afspraken over gemaakt.

- Wie voert welke communicatie en waarom. Wat redenen kunnen zijn om hierin verandering aan te brengen?
- Is er overleg nodig met de afdeling opname?
- Is het nodig van te voren af te stemmen met de afdeling waar de cliënt opgenomen wordt? En waarom?
- Hoe is de afstemming en coördinatie tijdens de opname?
- Is duidelijk wat de situatie van de cliënt betekend voor de zorg die bij thuiskomst geleverd moet worden?
- Op welke wijze is er communicatie over handicapgerelateerde informatie en invloeden wanneer dat nodig is en door wie? Wie bewaakt dit?
- Is er een goede overdracht wanneer de cliënt weer terug naar “De Zijlen” komt?
- Heeft er afstemming plaats gevonden met de afdeling van het ziekenhuis waar de cliënt was opgenomen?
- Zijn er verbeterpunten t.a.v. het proces of product?

4 Evaluatie van het ontwerp proces

Het proces van formuleren van de vraagstelling en doelstelling tot het voor u liggende document heeft heel wat zweetdruppels gekost. Als eerste struikelblok was daar het formuleren van een goede vraag- en doelstelling. Als uiteindelijk voor de schrijver al duidelijk is waar het project heen moet bemoeilijkt dit het formuleren van die vraag- en doelstelling wellicht.

De literatuurstudie werd bemoeilijkt door het minimaal aanwezig zijn van literatuur over het onderwerp. Hierdoor kostte het methodisch zoeken veel tijd. Het niet vinden van literatuur maakt ook onzeker, wordt er wel op de juiste wijze gezocht?

Toen helder was dat er toch best veel literatuur te vinden was via andere methoden dan via de databases leverde dat veel literatuur op, maar zoals verwacht weinig gerichte onderzoeken. Het was een boeiend proces om relevante artikelen te zoeken, het heeft opgeleverd dat duidelijk werd dat er vele manieren zijn om literatuur te zoeken over een bepaald onderwerp, en dat in eerste instantie ruim omgegaan moet worden met grenzen. In situatie wanneer er weinig literatuur is via de databases levert ruim zoeken veel op. Grenzen aanbrengen kan daarna wel weer.

Het weergeven van informatie uit literatuurstudie en vragenlijsten was een hele puzzel. Hoe geef je die informatie weer die je wilt, maar wordt het niet een saaie opsomming.

Tijdens het proces van schrijven en herschrijven trad er een groei op. Een groei in het kijken naar het onderwerp. Minder vanuit het perspectief van de schrijver, meer vanuit de informatie die via de gebruikte zoekwijzen (literatuur en vragenlijsten) naar boven kwam.

Naast de contacten met medewerkers van de eigen instelling is met verschillende medewerkers binnen het netwerk van de schrijven van gedachten gewisseld over het onderwerp. Dit maakt kijken van een afstand makkelijker en geeft nieuwe ideeën.

5 Implementatie

5.1 De innovatie

De innovatie betreft de invoering van een protocol en checklist voor ziekenhuisopnames van cliënten.

De invoering van deze werkwijze is van belang om de continuïteit en kwaliteit van zorg te verbeteren wanneer cliënten in het ziekenhuis liggen.

De invoering heeft invloed op verschillende functies binnen de instelling.

De begeleiders/ persoonlijk begeleiders hebben een belangrijke rol in het beschrijven van het “zijn” van de cliënten en de op dat moment geldende begeleidingsafspraken. Afhankelijk van de afspraken over coördinatie van de communicatie rond de cliënt heeft de persoonlijk begeleider een meer of minder centrale rol, echter zal de persoonlijk begeleider altijd degene zijn die de coördinatie binnen de woning op zich neemt. Ook is de persoonlijk begeleider degene die in eerste instantie de informatie kan leveren over de cliënt qua niveau van functioneren, gedragsmatig functioneren, begeleidingsafspraken op de groep etc.

Voor de wijkverpleegkundigen en de Nurse Practitioners heeft de invoering van het protocol en de checklist invloed in die zin dat ze een coördinerende rol krijgen voor wat betreft de communicatie tijdens ziekenhuisopnames van cliënten. Voor de AVG heeft de invoering consequenties in die zin dat de beeldvorming over de cliënt completer is, er zal meer bekend zijn over de toestand van de cliënt, en eventueel heeft er overdacht plaats gevonden naar het ziekenhuis. De lijnfunctionarissen (locatiehoofd en regiomanager) merken wellicht minder van de verandering, wel zal er eventueel communicatie zijn tussen hen en diegene die de coördinatie rond de cliënt regelt.

Het primaire doel van de innovatie is het borgen van de continuïteit van zorg rond de cliënt bij opname in het ziekenhuis. Om een goede strategie te kiezen voor het invoeren van de innovatie wordt middels het contingentiemodel van van Linge (1998) een organisatie en innovatie diagnose uitgevoerd.

5.2 Contingentiemodel van van Linge

Van Linge (1998) gaat er in zijn contingentiemodel vanuit dat de dynamiek van invoeringsprocessen wordt bepaald door de aard van de relatie tussen een innovatie en de context van invoering. Deze relatie is volgens van Linge ook het belangrijkste gegeven voor de keuze van de invoeringsstrategie.

Er bestaan variabele en veranderlijke relaties tussen kenmerken van een innovatie en kenmerken van de context. Hieruit zijn vijf proposities te herleiden:

1. De beste strategie om innovaties te implementeren bestaat niet.
2. Discongruentie tussen een innovatie en de invoeringscontext ontstaat indien de innovatie vraagt om een bepaalde context om te kunnen floreren doch deze context niet aanwezig is.
3. De invoeringscontext kan zelf meer of minder 'intern' congruent zijn. Tijdens de invoering kan er binnen deze context discongruentie ontstaan door andere invloeden dan de innovatie.
4. Invoeringsstrategieën zijn primair gericht op het bereiken van bepaalde implementatie-uitkomsten. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen implementatie-effectiviteit en innovatie-effectiviteit. Implementatie-effectiviteit is de effectiviteit van implementatie zoals die tot uiting komt in het installeren van een innovatie. De innovatie-effectiviteit is de effectiviteit van de innovatie zelf.
5. Invoeringsstrategieën kunnen worden onderscheiden naar de mate waarin planmatig of procesmatig wordt gewerkt.

Contingentie benaderingen gaan ervan uit dat bij de keus van de innovatie strategie rekening gehouden moet worden met kenmerken van de innovatie zelf en kenmerken van de omgeving waarin de implementatie plaats vind.

Om te komen tot een analyse van de innovatie en de omgeving is gebruik gemaakt van de vragenlijst van de divisie Verplegingswetenschap van het UMC Utrecht; "waargenomen innovatiekenmerken" en "organisatie(unit)kenmerken", verkorte versie (2004).

5.2.1 Vragenlijst

De vragenlijst is ingevuld door zes medewerkers.

Vier medewerkers van een woongroep, de arts verstandelijk gehandicapt (AVG) en een locatiehoofd.

De lijsten zijn uitgedeeld en er werd een afspraak gemaakt over het tijdstip waarop de ingevulde lijsten weer opgehaald werden.

De medewerkers gaven aan de lijst toch wel ingewikkeld te vinden, in het bijzonder een aantal termen die voor hun gevoel redelijk dicht bij elkaar liggen.

5.2.2 Verzamelstaat

				Flexibel			
<u>Teamgericht</u>				<u>Ontwikkelingsgericht</u>			
Innovatie		Organisatie		Innovatie		organisatie	
5	O	2		1	O	2	
1	O	1		5	O	4	
6	O	2			O	2	
3	O	3			O		
62%		33%		25%		33%	
1	EW	5		1	EW		
17%		83%		17%		0%	
	B	1		1	B	1	
0%		17%		17%		17%	
Intern				Extern			
<u>Regelgericht</u>				<u>Doelgericht</u>			
Innovatie		Organisatie		Innovatie		organisatie	
	O	1			O	1	
	O	1			O		
	O	1			O	1	
	O			3	O	3	
0%		12%		12%		21%	
2	EW	1		2	EW		
33%		17%		33%		0%	
4	B	3		1	B	1	
67%		50%		17%		17%	

5.2.3 Diagnose

Het model laat teamgerichte en ontwikkelingsgerichte configuraties zien in de organisatie bij de operationele systemen. De expliciete waarden liggen vooral in het teamgerichte vlak, terwijl de basale opvattingen meest regelgericht zijn. De innovatie is wisselend congruent met de context en vooral teamgericht in de operationele laag. Meer regelgericht en doelgericht bij de expliciete waarden en de basale opvattingen zijn duidelijk regelgericht.

Er is nergens een duidelijke 'fit'.

5.2.4 Conclusie

Op basis van deze diagnose kan het beste de evolutiestrategie worden toegepast. (van Linge, 1998). Deze strategie richt zich op het versterken van meerdere configuraties. Het opgang brengen en opgang houden van fundamentele leerprocessen is hierbij belangrijk. Voorafgaand aan de invoering wordt geen uitgebreid plan opgesteld, er wordt vanuit gegaan dat zowel de context als de innovatie gedurende het traject zal veranderen, een groeiproces. De strategie is erop gericht een leerproces op gang te houden. De structurering van het invoeringsproces verloopt niet via een centrale sturing. Diverse vormen van communicatie, als aanvulling op de reguliere communicatie geven de mogelijkheid aan de verschillende betrokkenen om te reflecteren op het proces.

5.3 Implementeren

Implementatie kan worden omschreven als een procesmatige en planmatige invoering van een vernieuwing of verandering van bewezen waarden met als doel dat deze een structurele plaats krijgt in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg (ZON 1997).

In grote lijnen zijn er twee contrasterende benaderingen van implementatie te onderscheiden, het rationele model (Hulscher 2000, Wensing 2000) en het participatiemodel (Kitson 1998, Van Woerkom 1998). In de praktijk vindt men meestal elementen van beide modellen terug.

Bij het rationele model volgen na onderzoek en synthese van onderzoeksresultaten disseminatie en implementatie. Er is sprake van een duidelijk startpunt en de aansturing gebeurt vooral van boven- of buitenaf.

Het participatiemodel neemt de behoeften en ervaringen uit de praktijk als uitgangspunt. Communicatie van mensen in de praktijk bepalen het al dan niet realiseren van een verandering. De fasen van ontwikkelen, testen, verspreiden en invoeren van een innovatie lopen door elkaar. Het ligt voor de hand om de invoering volgens een participatiemodel plaats te laten vinden, uitgaand van de uitkomsten van de organisatie- en innovatiediagnose volgens van Linge (1998).

5.4 Integraal kwaliteitsmanagement

Integraal kwaliteitsmanagement (IKM) is een theorie over continue verbetering van multidisciplinaire processen in de gezondheidszorg, zodat deze beter voldoen aan de verwachtingen van de consumenten. IKM legt veel nadruk op het begrijpen en verbeteren van werkprocessen en systemen ter verbetering van de kwaliteit van de hele organisatie. Belangrijke componenten van deze benadering zijn:

- organisatieverandering
- duidelijk leiderschap en teambuilding (Shortell 1998, Blumental, 1998).

Berwick (1996, 1998) en Batalden (1995) leggen nadruk op het toepassen van de Plan-Do-Study-Act-cyclus voor het verbeteren van processen in de zorg. In deze cyclus wordt gebruik gemaakt van groei van kennis door het introduceren van veranderingen en het reflecteren daarop. Verbeteringen in een systeem vereisen cumulatieve veranderingen en voortdurend opnieuw doorlopen van de cyclus.



Figuur 11: model voor kennis vergroting voor verbetering in de zorg (Langley 1996).

Voorafgaand aan het starten met de PDSA-cyclus moet men zich drie vragen stellen aldus Langley (1996).

- Wat willen wij bereiken?
- Hoe weten wij of een verandering tot een verbetering leidt?
- Welke veranderingen die tot de beoogde verbeteringen zullen leiden kunnen wij op gang brengen?

Voor het behalen van het doel van het Best Practice project, *het ontwikkelen van een meest wenselijke praktijkvoering gericht op de continuïteit van zorg voor cliënten die wonen in de intramurale locatie Sintmaheerdt en tijdelijk worden opgenomen in een andere instelling en het komen tot voorstellen voor een implementatietraject*, is de PDSA-cyclus een goede methode.

Via de literatuurstudie en interviews met begeleiders, medewerkers van de (para)medische dienst, locatiehoofden, sectormanager wonen en gedragsdeskundige is veel informatie verzameld over onderwerpen die van belang

zijn bij een goede overdracht van zorg. Aan de hand van deze informatie is een plan opgesteld dat moet leiden tot verbetering van die overdracht.

De voorgestelde werkwijze en de daarvoor ontwikkelde formulieren en voorstellen voor communicatie structuren worden eerst op drie locaties ingevoerd als pilot. Via de PDSA-cyclus vindt evaluatie en bijstelling van het plan plaats, wanneer er veel bijgesteld moet worden in het plan de PDSA-cyclus nomaals doorlopen alvorens het plan te introduceren binnen alle woningen op de intramurale locatie Sintmaheerdt.

In een schema ziet dit er als volgt uit:

Stadium	Tijd
Opstellen van het voorstel voor communicatie en ontwikkelen van de benodigde formulieren aan de hand van criteria opgesteld na synthese van de bestudeerde literatuur en de informatie verkregen via de vragenlijsten.	
Voorleggen van formulieren en communicatie structuur aan de medewerkers die ook de vragenlijst hebben ingevuld met vraag om feedback. (Deze medewerkers zijn: AVG, sectormanager wonen, 2 locatiehoofden, gedragsdeskundige, 2 medewerkers paramedische dienst, 2 wijkverpleegkundigen, 4 persoonlijk begeleiders, 6 medewerkers wonen)	2 weken.
Verwerken feedbackpunten.	2 weken.
Introduceren van het uiteindelijke plan bij de drie groepen die mee doen aan de pilot.	2 weken.
Invullen en compleet maken van de te gebruiken formulieren.	4 weken.
Start met het werken van de afgesproken communicatie structuur, gemaakte afspraken en formulieren. Formuleren van criteria waaraan is af te lezen of het werken met de gekozen werkwijze bijdraagt aan de continuïteit van zorg.	
Evaluatie van de gevolgde werkwijze, met de betrokken	Moet tijdens de looptijd

teams en de medewerkers van de ondersteunende diensten die ook de vragenlijst hebben ingevuld.	bekeken worden, afhankelijk van wel/geen ziekenhuisopname!
Terugkoppeling verbeterpunten en verwerken.	
Start met de verbeterde werkwijze en formulieren, afhankelijk van de uitkomsten nogmaals op de drie pilothuizen, of introductie op de andere huizen.	
Introductie van het systeem op alle huizen van locatie Sintmaheerdt.	20 weken.

Het meest opvallende punt uit de werkwijze is het onduidelijk zijn van de tijd die de pilot moet duren. Dit heeft te maken met het onvoorspelbare, het wel of niet voorkomen van ziekenhuisopnames op de betreffende groepen. Dit is de reden om hiervoor geen tijdsduur te kiezen maar een aantal ziekenhuisopnames. De eerste evaluatie vindt plaats wanneer er drie ziekenhuisopnames hebben plaats gevonden. Dit om de benodigde inhoudelijke input te verkrijgen.

De keus om via vragenlijsten medewerkers te betrekken bij het ontwikkelen van de best mogelijke praktijkvoering is tweeledig.

Allereerst weten zij uit de praktijk het best wat er gebeurt. Hierover hebben zij veel kennis.

Maar niet onbelangrijk is ook de introductie op deze wijze van het project, het mee laten denken en invloed laten hebben op het hele proces. Vooral voor de begeleiders van de woningen is dit belangrijk. Zo heeft men meer het idee betrokken te zijn bij, en invloed te hebben op het proces. Dit werkt stimulerend.

Literatuurlijst

AVVV/ Werveling.(2003). *Beroepscompetentieprofiel Basisverpleegkundige, deelgebied VGZ*. Utrecht.

AVVV/ Werveling.(2004). *Beroepsdeelprofiel verpleegkundige in de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Utrecht.

AVVV. *Effectieve verpleegkundige zorgoverdracht in DWO*. 2005

Batalden, P.B., Stoltz, P.K. (1995). Quality management and continual improvement of health care: a framework. *J Cont Educ Health Prof*, 15,146-64.

Berwick, D.M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *BMJ.*, 312, 619-22.

Bestuur Werveling. (2004). *Open brief, de noodzaak van een gezondheidkundige of klinische blik*.

Berwick, D.M. (1998). Developing and testing changes in delivery of care. *Ann Intern Med*, 128,651-6.

Blumental, D. Kilo, C.M. (1998). A report card on Continuous Quality Improvement. *Milbank Q*, 76, 625-48.

Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., Kuiper, C. (2004). *Evidence-Based Practice voor verpleegkundigen*. Utrecht: Uitgeverij Lemma B.V.

Evenhuis, prof.dr. H.M. (2002). *Want ik wil nog langer leven Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Zoetermeer.

Flikweert, D.A., M.C.O. Kersten. (2004). *NGBZ. Verslag expertmeeting Kennisbeleid*.

Grol, R., Wensing, M. (2001). *Implementatie. Effectieve veranderingen in de patientenzorg*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.

Grypdonck, M.F., Schoonhoven, L. (2002). Themagedeelte: Evidence Based Practice (EBP): onderzoek, reviews, richtlijnen, protocollen en de praktijk. *Nationaal Verbond der Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen*, 9-21.

Haan, J.H. (2002). *De rol van de verpleegkundige in de moderne verstandelijk gehandicaptenzorg, onderzoeksverslag*. In samenwerking met LCVV en Werveling.

Haan, J.H. (2002). *De rol van de verpleegkundige in de moderne verstandelijk gehandicaptenzorg, gespreksnotitie*.

Haan, K. (2002). *Kwalitatieve onderbouwing van verpleegkundige inzet in de zorg aan verstandelijk gehandicapten*.

Hulscher, M., Wensing, M., Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: theorieën en strategieën*. Den Haag: Zon.

IKA. (1998). *Draaiboek voor het ontslag van patiënten die complexe (palliatieve) zorg thuis nodig hebben*. Amsterdam.

IKR.(2003). *Bewegen door de transmurale zorgketens: een richtlijn voor transmurale communicatie*.

Kitson, A.L., Harvey, G., McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Qual Health Care*, 7, 149-58.

Kort, H., F. Giesen, B. Prinsen, R. Peppel, M. Veenvliet, N. Zwart. (2002). *Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk*. In opdracht van NIZW.

Kramer, Drs G.J.A., Drs. S.M. Kleefstra, Dr. R.B. Kool, Ir G. Schuring. (2005). *Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht.

Linge van, R. (1998). *Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek*. Maarsen: Elsevier/ De Tijdstroom.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *Samen leven in de samenleving Community care en community living*. Zoetermeer.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *Verstandelijk gehandicaptenzorg als onderdeel van de gezondheidszorg*. Zoetermeer.

Shortell, S.M., Bennet, C.L., Byck, G.R. (1998). Assessing the impact of Continuous Quality Improvement on clinical practice: what will take to accelerate progress. *Milbank Q*, 76, 593-624.

Universiteit van Maastricht, capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde. (2003). *Overdracht van zorg naar de huisarts voor mensen met een verstandelijke beperking die in de wijk (gaan) wonen*. Maastricht.

VGN. (2005). *Professionaliteit in de zorg voor mensen met functiebeperkingen. Kenmerken, rol en voorwaarden*. Concept.

Walker, L.O., Avant, K.C. (2004). Edition : fourth. *Strategies For Theory Construction In Nursing*. Pretence Hall.

Wensing, M., Splunteren van, P., Hulscher, M., e.a. (2000). *Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen: van Gorcum & Comp. B.V.

Werveling. (2004). *Noodzaak van een gezondheidskundige of klinische blik*.

WHO-FIC Collaborating Centre. (2002). ICF. *Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*. Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.

Woerkom van, C., Adolfse, L. (1998). Interactieve kennisontwikkeling en –benutting.
SI, 1, 10-9.

Bijlage I Concept analyse

Samenvatting

Het doel van deze concept analyse is het analyseren van het begrip overdracht, volgens de methode van Walker en Avant (2005).

Deze methode heeft tot doel om op een wetenschappelijk verantwoorde methode typisch relevante- en niet relevante kenmerken of eigenschappen van een of meerdere begrippen te beschrijven en vervolgens van elkaar te onderscheiden naar de betekenis die de kenmerken in het begrip vertegenwoordigen (Mensink, 2005).

Het begrip overdracht wordt geanalyseerd. Duidelijk wordt dat niet alleen de manier waarop overdracht plaats vindt van belang is, maar vooral wie de overdracht doet, welke personen en welke competenties hiervoor nodig zijn. Welke kennis is nodig om te kunnen overdragen op een manier waardoor medewerkers van verschillende instellingen weten wat er bedoeld wordt en de continuïteit gewaarborgd wordt.

Inleiding

Het voorlopige onderwerp van mijn Best Practice is: continuïteit van zorg, bij een tijdelijke behandeling van een intramurale verstandelijk gehandicapte cliënt, door een andere intramurale instelling als bijvoorbeeld een ziekenhuis. Het gaat dus in principe over transmurale zorg.

Als cliënten tijdelijk in een andere instelling verblijven voor onderzoek of behandeling geeft dit vaak problemen. Deze problemen liggen op het vlak van communiceren over en met de cliënt, het verplegen, verzorgen en begeleiden van de cliënt en de overdracht bij thuiskomst.

Deze problemen hebben niet alleen te maken met communicatie op zich, maar vaak ook met de inhoud ervan. Doordat de medewerkers van de verschillende instellingen verschillend zijn opgeleid gaan er dingen mis in de communicatie, men verstaat elkaar niet of bedoelt niet hetzelfde. Ook is het coördineren van de zorg een belangrijk punt.

In deze analyse wil ik me richten op het concept overdracht. Een belangrijk aspect wanneer het gaat om continuïteit.

De conceptanalyse

1. Selecteer het begrip.

In deze conceptanalyse wil ik stilstaan bij het begrip “overdracht”. Mijn Best Practice project heeft als doel: het ontwerpen van een transmuraal, transparant zorgsysteem voor de zorg aan de verstandelijk gehandicapte cliënt met als doel het waarborgen van de continuïteit van zorg.

2. Stel het doel van de analyse vast.

Het begrip overdracht is een erg ruim begrip. Door middel van deze concept analyse wil ik komen tot een afbakening en wil ik helder krijgen welke onderwerpen van belang zijn rond overdracht, bij de genoemde vraagstelling.

3. Baken af en stel het domein of de context van het begrip vast en van al het mogelijke gebruik van het begrip of kritische kenmerken die bij het begrip horen.

Het gaat om overdracht tussen de verschillende zorgverleners van de cliënt. De overdracht gaat tussen de zorgverleners van “De Zijlen” naar de betreffende andere zorginstelling en omgekeerd. Belangrijk is communicatie over het onderwerp van zorg en of onderzoek, maar ook over alles wat rond de cliënt speelt en nodig is om de begeleiding en verzorging goed te kunnen vorm geven. Naast verzorging/ verpleging speelt hierbij ook begeleiding op gedragsmatig vlak. Dit alles afgestemd op de noodzaak van deze afstemming voor het garanderen van een goede zorg voor de cliënt.

Al meer dan vijf jaar bepleit Werveling de inzet van verpleegkundigen en verzorgenden in de zorgverlening aan verstandelijk gehandicapten. In het onderzoek naar de rol van de verpleegkundige in de moderne verstandelijk gehandicaptenzorg (De Haan, 2002) heeft Werveling hiervoor bevestiging gevonden. Uit dit onderzoek komt ondermeer naar voren dat verpleegkundige zorg van belang is bij de volgende doelgroepen verstandelijk gehandicapten:

- Verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen
- Functioneel bejaarde verstandelijk gehandicapten
- Meervoudig verstandelijk gehandicapten

In het Beroepscompetentieprofiel van de basisverpleegkundige in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg (AVVV, 2003) is aan voornoemde doelgroepen toegevoegd de doelgroep van (zeer) ernstig verstandelijk gehandicapten. Deze doelgroepen kunnen, naast de verstandelijke handicap, ook ziektes, stoornissen of bijkomende handicaps hebben. Deze verschijnselen hebben gezamenlijk invloed op alle levensgebieden van de verstandelijk gehandicapte. Verpleegkundigen kennen een brede oriëntatie, de zogenoemde holistische kijk, waarbij zij problemen van somatische, psychische, sociale en spirituele aard of geïntegreerde problemen kunnen herkennen en begeleiden. Dit doen zij naast de ondersteuning in het dagelijks leven bij het doen van normale, alledaagse dingen. In 2001 verscheen een studie van professor Evenhuis waarin duidelijk is geworden dat verstandelijk gehandicapten in het algemeen een verhoogd risico lopen op medische problemen. Verstandelijk gehandicapten met: een syndromale achtergrond, gedragsproblemen, bijkomende lichamelijke handicaps en verstandelijk gehandicapten met auditieve- of visusstoornissen lopen daarnaast nog extra risico's. Eind 2003 is een Europees Manifest verschenen waarin, mede op grond van de bevindingen van Evenhuis, gepleit wordt voor een adequate gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Verpleegkundigen worden hierbij regelmatig genoemd.

In het onderzoeksrapport 'Bijzondere patiënten, bijzondere artsen; medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap' (Prismant, maart 2004, in ontwikkeling) wordt een beeld gegeven van de medische zorg die voor verschillende doelgroepen verstandelijk gehandicapten in verschillende situaties noodzakelijk is. Geconcludeerd wordt dat 30% van de naar schatting tussen de 87.000 en 117.500 in Nederland levende verstandelijk gehandicapten bijzondere medische zorg nodig hebben. Het overgrote deel, 70%, kan terecht bij de bestaande medische zorg. Verstandelijk gehandicapten hebben gemiddeld 2,2 maal meer medische problemen. Dit komt door een verhoogde morbiditeit, een verhoogde mortaliteit en andere dan de gebruikelijke communicatievormen.

Bovendien bestaan er specifieke medische klachten en weinig voorkomende syndromen en ziektebeelden. De eisen die hierdoor aan signalering en diagnosestelling gesteld worden zijn daardoor hoger, zo stelt het rapport.

Er wordt in het rapport ondermeer geconstateerd dat de begeleiders, die voor de arts vooral de rol van tolk, informant en onderhandelaar hebben, vooral agogisch opgeleiden zijn. Hun somatische en medische kennis is te beperkt voor het tijdig signaleren en monitoren van gezondheidsproblemen. Als knelpunt in de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt benoemd: “aanvullend op de dagelijkse ondersteuning is inzet van verpleegkundige deskundigheid ten behoeve van cliënten met complexe gezondheidsproblemen nodig”

4. Stel vast welke eigenschappen of kenmerken worden toegeschreven aan het begrip.

- Gerichte communicatie tussen de betreffende instellingen.
- Transparantie over de te verlenen zorg, de verleende zorg en de resultaten daarvan.
- Het is dus belangrijk dat over en weer bekend is met wie er gecommuniceerd moet worden.
- De communicatie moet op een zelfde niveau verlopen zodat iedereen over hetzelfde praat, men elkaar begrijpt en goed kan antwoorden.
- Communicatie over gewoontes en het belang ervan voor de cliënt.
- De communicatie kan niet alleen schriftelijk zijn, het is belangrijk overleg te kunnen hebben over verschillende onderwerpen. Dit om te kunnen checken of men elkaar begrepen heeft en over hetzelfde praat.
- Communicatie op een zelfde begripsniveau. Dat wil zeggen tussen mensen die een vergelijkbare opleiding hebben genoten, in elk geval een opleiding in de gezondheidszorg.

5. Bedenk een typisch voorbeeld of model casus waarover men het eens is dat het kan gelden als een goed voorbeeld omdat alle van de opgezochte kenmerken eigenschappen beschrijft.

Cliënt X moet voor een controle cystoscopie naar het ziekenhuis. Tijdens het vorige contact met het ziekenhuis is er nog al wat mis gegaan. Om dat nu te voorkomen heeft de verpleegkundige van “De Zijlen” eerst overlegd met de begeleiders van cliënt X om de belangrijke aspecten die tijdens een

ziekenhuisbezoek aan de orde komen te bespreken. Het ging om de wachttijd, de lengte van werking van premedicatie, welke onderzoeken er plaats zouden vinden, welke vragen de begeleiding kon verwachten in het ziekenhuis en of er direct besluiten genomen zouden moeten worden. Hierop heeft de verpleegkundige contact opgenomen met de betreffende polikliniek. Met de secretaresse is besproken welke tijd een goede is voor een afspraak, zodat de wachttijd zo minimaal mogelijk kon zijn, voorts is uitgelegd waarom dit zo belangrijk is. Ook is besproken welke onderzoeken er plaats zouden vinden, de lengte van de afspraak, en de belasting van het onderzoek. Ook is afgesproken dat hoewel een arts het onderzoek doet, en eventueel direct afspraken zou kunnen maken over vervolgbehandeling, dit niet zo zal gaan. De arts doet een schriftelijk verslaglegging naar de arts van de medische dienst van “De Zijlen” met een voorstel voor een vervolg. Dit om te voorkomen dat een daartoe niet gemachtigde begeleider een beslissing moet nemen.

Evaluatie van deze aanpak leerde dat de afspraak prima is verlopen en dat voor alle partijen duidelijk was waarom bepaalde zaken zo strak waren geregeld, bijvoorbeeld de tijd van de afspraak en de wijze van communicatie over de uitslag.

6. Bedenk een grensgeval waarin een beperkt aantal of een afgeleid aantal kenmerken voorkomen waardoor de modelcasus er beter uitspringt als het grensgeval.

Clïënt P is opgenomen in een ziekenhuis. De zorg die aan de cliënt gegeven wordt door “De Zijlen” staat beschreven in het zorgplan, de voor het ziekenhuis belangrijke stukken zijn met de cliënt mee gegaan. In het ziekenhuis zijn vragen bij de noodzaak van bepaalde afspraken, deels gaat men over op voor het ziekenhuis normale werkwijzen, deels wordt er aan de groepsleiding die nu en dan op bezoek is gevraagd waarom iets bepaalds wordt gedaan. Niet altijd komt hier een duidelijk antwoordt op, als bijvoorbeeld “dat doen we altijd zo”. Ook hierdoor worden bepaalde zorgafspraken niet vervolgd tijdens de opname.

De oefentherapie die de cliënt tijdens de opname nodig heeft verloopt zeer moeizaam, de cliënt klaagt veel over pijn, het lukt de betreffende oefentherapeut niet om de cliënt zo ver te krijgen mee te werken. Ze vindt de cliënt ook zielig.

7. Bedenk een tegenovergesteld geval of casus die geen van de kenmerken beschrijft waarmee nog duidelijker wordt waar het echt om draait.

Cliënt A is opgenomen in een ziekenhuis wegens longklachten. De cliënt kan goed verwoorden wat hij wil, niet wil en zelf denkt dat er aan de hand is. De cliënt verslikt zich vaak en hevig, en de behandelend arts vraagt hem of dat altijd zo is. Dit beaamt de cliënt. Hierop wordt uiteindelijk besloten tot plaatsing van een PEG sonde, het gevaar voor verslik pneumonieën wordt te groot geacht. Er is weinig overleg geweest met de begeleiding van de cliënt, immers diegene kon zelf wel vertellen wat er aan de hand is. Dat het hier gaat om een cliënt die vaak van alles simuleert, en daar voor zichzelf ziekte winst uit haalt, was voor zowel de arts als de verpleging niet duidelijk. Ook de groepsleiding van de cliënt vond het lastig direct te communiceren naar de arts en verpleegkundigen, immers de onderzoeken hadden duidelijk uitgewezen dat... en in het ziekenhuis wist men toch wel wat goed was en noodzakelijk was...

8. Analyseer de kenmerken en maak onderscheid tussen antecedenten, dat zijn gebeurtenissen die vooraf gaan aan het begrip, en de consequenties, die juist optreden als gevolg van het begrip.

Voorafgaand aan overdracht moet helder zijn wat voor die specifieke cliënt belangrijk is. Voor de ene cliënt is het bijvoorbeeld belangrijk om veel te vertellen over gedrag en belevingsniveau, terwijl voor een andere cliënt dat niet zo van belang is.

Consequentie van overdracht is dat er meer over de cliënt bekend is bij de zorgverleners, dat de bejegening meer aansluit op dat wat de cliënt nodig heeft, maar ook dat er iemand gericht bezig moet zijn met alles wat op een bepaald moment rond een cliënt speelt, daar overzicht over heeft en de regie/ coördinatie kan voeren.

Om de communicatie met verpleegkundigen uit een ziekenhuis goed te krijgen zal in elk geval gekeken moeten worden naar welke functionaris de communicatie zal initiëren en vormgeven.

9. Na het verzamelen, beschrijven en analyseren van overeenkomsten en verschillen kan een selectie van typische observeerbare kenmerken en of eigenschappen (empirische referenties of indicatoren) worden gemaakt en of getoetst.

De Haan concludeert in zijn onderzoek (2002), dat de deelnemers aan het onderzoek unaniem van mening zijn dat het specifiek verpleegkundige ligt in het brede aandachtsgebied van de verpleegkundige. De geïntegreerde kennis en inzichten van de somatische, psychologische, sociale en spirituele menselijke aandachtsgebieden zijn het uitgangspunt van denken over het verpleegkundige binnen de zorg aan verstandelijk gehandicapten. Bovendien worden kennis en inzicht over ontwikkelingsstadia, verouderingsprocessen en co-morbiditeit van belang geacht.

Het kunnen inschatten van de gevolgen van stoornissen en handicaps op de algemeen dagelijkse levensverrichtingen wordt vanuit de geïntegreerde kijk mogelijk. Hierin wordt de onderbouwing gevonden van de verpleegkundige zorg die geleverd gaat worden.

Deze bevindingen stroken met menig theoretische gedachte over het eigene van verplegen en de definitie die in het Beroepsprofiel van de verpleegkundige (1999, p. 41) gegeven wordt. Hierin wordt verplegen als volgt gedefinieerd: “het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen”.

Hieruit blijken de kenmerken en eigenschappen die nodig zijn voor het uitvoeren van de beschreven overdracht.

Er zijn twee aspecten aan het begrip overdracht van belang, het gaat om eigenschappen van de personen die overdragen, en het gaat om de wijze waarop men overdraagt. Eigenschappen om goed over te kunnen dragen zijn:

- Het hebben van geïntegreerde kennis en inzicht van de somatische, psychologische, sociale en spirituele menselijke aandachtsgebieden.

- Kennis en inzicht over de ontwikkelingsstadia, verouderingsprocessen en co-morbiditeit.
- Het kunnen inschatten van de gevolgen van stoornissen en handicaps.

De wijze waarop men de overdracht vorm geeft heeft nader onderzoek.

Bijlage II Uitwerking literatuurstudie

Wat wordt verstaan onder een zorgsysteem, welke onderwerpen horen daarbij. (Deelvraag 1)	Auteur	Wetenschappelijke onderbouwing
sys-teem (het ~, systemen) 1 de wijze waarop iets is ingericht en de regels die dienen ter instandhouding daarvan => <i>bestel</i> 2 geheel dat volgens een bepaald beginsel geordend, gerangschikt of ingedeeld is 3 het geheel van handelingen die dienen om een gesteld doel te bereiken => <i>methode</i> 4 [muz.] aantal bijeenbehorende balken in een partituur over-dracht (de ~) 1 het overdragen, doen overgaan => <i>delegering, translatie, transmissie</i> 2 overdrachtelijk taalgebruik con-ti-nu-ï-teit (de ~ (v.)) 1 voortduring => <i>voortgang</i>	Van Dale via www.vandale.nl-Van Dale Taalweb	
Het IKR (Integraal Kankercentrum Rotterdam) definieert in het onderzoek dat leid tot hun protocol voor de Transmurale Palliatieve Overdracht de	IKR in hun Protocol voor de Transmurale	Het betreft een type C onderzoek waarin na

termen overdracht, transmurale communicatie, samenwerking en continuïteit als volgt: Overdracht: Het informeren van andere hulpverleners en het overdragen van de zorg bij transfer van de cliënt van de ene naar de andere organisatie (plaats). Transmurale communicatie: Alle communicatie, zowel mondeling als schriftelijk, tussen de verpleegkundig hulpverlener en de organisatie en/ of externe organisaties/ hulpverleners ten behoeve van de totale zorg voor de cliënt en diens naasten. Samenwerking: Het actief gebruiken van aanwezige vaardigheden, ervaringen en kennis van de samenwerkende hulpverleners ter optimalisering van de totale zorg aan cliënten en diens naasten. Continuïteit: Het afstemmen wie, waar, wanneer en waarvoor (zowel medisch als verpleegkundig) bereikbaar is en het maken van heldere afspraken over bereikbaarheid en inzetbaarheid (binnen en buiten kantooruren en tijdens acute problemen).	Palliatieve Overdracht eindrapportage, april 2005.	literatuurstudie, interviews en gesprekken met deskundigen een overdrachtssysteem is ontwikkeld en een overdrachtsprotocol is ingevoerd en de werkbaarheid en resultaten zijn geëvalueerd.
Professioneel handelen: Handelen gestuurd door kennis. De mate van professionaliteit van handelen is af te lezen aan de mate waarin dat	Rispens, J. (2003). Zorg om onderzoek?	

handelen kan worden verantwoord met een beroep op <u>gedeelde kennis</u>. Kennisgrondslag is een van de onderscheidende kenmerken van handelen, waardoor het kan worden onderscheiden van handelen op goed geluk, of handelen dat gebaseerd is op overtuiging, of goede wil of mededogen. Niet de uitkomst van handelen of de intentie moet centraal staan, maar de vraag of het handelen verantwoord kan worden met een beroep op gedeelde kennis.	Over de rol van onderzoek in de zorg voor personen met een verstandelijke handicap. In: Kersten, M.C.O. & Flikweert, D.A. (Red. 2003). <i>Plenaire lezingen. Focus op onderzoek. Congres over wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van (de zorg aan) mensen met een verstandelijke handicap gehouden op 26 en 27 juni 2003. Utrecht, NGBZ en LKNG/NIZW.</i>	
--	--	--

Wat zijn de factoren die maken dat continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd is wanneer er sprake is van overdracht van zorg van het ene naar het andere zorgsysteem? (Deelvraag 2)	Auteur	Wetenschappelijke onderbouwing
Over de inzet van huisarts en AVG schrijven Kramer e.a: – “Het is belangrijk dat huisartsen in geval van complexe, met de handicap samenhangende problematiek tijdig verwijzen naar een AVG. De AVG is immers deskundig bij bijzondere medische zorgvragen. Deze bijzondere vragen spelen zowel bij diagnosestelling als bij behandeling een rol. Dit vereist deskundigheid op het gebied van communiceren, van de met de handicap samenhangende syndromen en ziektebeelden en van de manier waarop klachten geuit worden.” – Zowel de huisarts als de AVG moeten de inzet van andere disciplines overwegen, zoals verpleegkundige en NP-er. Zij kunnen bijvoorbeeld een rol spelen bij de instructie en deskundigheidsbevordering van de agogisch opgeleide begeleiders voor goede signalering en verzorging. Deze taakherschikking kan de werkdruk verminderen en de kwaliteit van zorg verbeteren. Kramer e.a. beschrijven een aantal gezondheidsproblemen,	Uit: Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Kramer G., Kleefstra S., Kool R., Schuring G. februari 2005, Prismant Utrecht.	Het betreft een niveau 3 onderzoek, waarin als centrale onderzoeksvraag is geformuleerd: zijn er knelpunten in de medische zorg voor extramuraal wonende mensen met een verstandelijke handicap en welke oplossingen zijn haalbaar om eventuele knelpunten op te lossen.

afstemmingszaken en scholingszaken die een specifieke aanpak behoeven: – Behandeling: Er is een aantal bij de doelgroep veel voorkomende gezondheidsproblemen die een andere dan de gangbare behandeling behoeven. Bijvoorbeeld: • Epilepsie: komt vaker voor, mogelijkheid tot behandelen is geringer en complexer, reacties op medicatie zijn afwijkend. • Gedragsproblemen en psychiatrische problematiek: komen naar verhouding vaak voor, er kan sprake zijn van medische oorzaak, specifieke expertise over zowel verstandelijke handicap als psychiatrie is nodig. • Dementie bij het syndroom van Down. • Syndroom gerelateerde aandoeningen: er is sprake van meerdere samenhangende klachten en symptomen of problemen. • Medicatieve behandeling: medicatie heeft soms andere effecten of de voor te schrijven dosering wijkt af. – Afstemming, coördinatie en multidisciplinaire aanpak: Omdat er vaak sprake is van een complexe aandoening of van meerdere aandoeningen tegelijk is een multidisciplinaire aanpak nodig met inzet van verschillende disciplines, specialisten en hulpverleners. Dit vraagt om afstemming, coördinatie en regievoering. – Informatie, instructie en begeleiding:		
--	--	--

Het betreft vaak gecompliceerde situaties waarover uitleg en instructies nodig zijn aan de direct betrokkenen. Bijvoorbeeld: • Instructie aan andere professionals en aan familie en of begeleiders en verzorgers over het ziektebeeld, welke klachten kunnen voorkomen, hoe deze te signaleren en hoe te reageren. • In dit kader bijdrage aan de zorgplanning • Instructie en uitleg aan familie en of begeleiders over hoe op te treden bij specifieke klachten. • Instructie/ uitleg over erfelijkheid van ziektebeelden of syndromen. In de meeste situaties is gewone huisartsen zorg voldoende. In een aantal hierna te omschrijven situaties is ruime ervaring met en deskundigheid over mensen met een verstandelijke handicap nodig om tot een goede diagnosestelling te komen. Deze situaties komen daarbij vaak in combinatie voor wat de complexiteit nog doet toenemen. • Er is sprake van een situatie dat een cliënt zich niet goed voelt, of achteruit gaat. Het gaat echter om vage klachten, wat er aan de hand is wordt onvoldoende duidelijk. De communicatie met de cliënt vergt speciale deskundigheid. Het kan bijvoorbeeld niet verbaal en gebeurt niet met de cliënt, maar indirect met familie of begeleiders. De cliënt benoemt zijn klachten afwijkend of reageert anders dan gebruikelijk		
--	--	--

op lichamelijk onderzoek. • Er is sprake van problematisch gedrag waarbij onduidelijk is of de cliënt mogelijk pijn heeft en of er sprake is van lichamelijk oorzaken. • Er is sprake van symptomen of een ziektebeeld die specifiek of op een specifieke wijze voorkomen bij verstandelijk gehandicapten en die bij de algemene bevolking weinig voorkomen, bijvoorbeeld: epilepsie, vroege veroudering/ dementie, gehoorproblemen, slokdarmbeschadigingen. • Er is sprake van complexe meervoudige beperkingen, bijvoorbeeld: spasticiteit met hieraan gerelateerde problemen. In de beschreven situaties is aanvullende informatie en deskundigheid nodig.		
Binnen de zorgverlening aan verstandelijk gehandicapten zijn van oudsher vele disciplines werkzaam. Bovendien zijn de (opleidings)achtergronden van begeleiders van verstandelijk gehandicapten heel divers. Naast verpleegkundigen die via de oude Z- opleiding, MBO-v of HBO-v zijn opgeleid, werken er binnen de verstandelijk gehandicapten zorg ook anders opgeleiden. Zij kunnen als opleidingsachtergrond een MDGO-aw, MBO-iw, HBO-iw, HBO-j, HBO-mw enz hebben. Daarnaast werken er niet voor de zorgsector opgeleide medewerkers, die veelal wel een aantal interne	Uit: De rol van de verpleegkundige in de moderne verstandelijk gehandicaptenzorg. Haan, K., Trimbos-instituut. 2002. In opdracht van LCVV	Het gaat om een onderzoek type B. De rol van verschillende groepen verpleegkundigen wordt onderzocht aan de hand van vragenlijsten.

scholingen hebben gevolgd. Deelnemers aan het onderzoek zijn unaniem van mening dat het specifiek verpleegkundige ligt in het brede aandachtsgebied van de verpleegkundige. De geïntegreerde kennis en inzichten van de somatische, psychologische, sociale en spirituele menselijke aandachtsgebieden zijn het uitgangspunt van denken over het verpleegkundige binnen de zorg aan verstandelijk gehandicapten. Bovendien worden kennis en inzicht over ontwikkelingsstadia, verouderingsprocessen en co-morbiditeit van belang geacht. Het kunnen inschatten van de gevolgen van stoornissen en handicaps op de algemeen dagelijkse levensverrichtingen wordt vanuit de geïntegreerde kijk mogelijk. Hierin wordt onderbouwing gevonden van de verpleegkundige zorg die geleverd gaat worden. Integratieve kennis en inzichten vormen de meest belangrijke onderscheiding met anders opgeleiden. (Aldus werveling in bovenstaand onderzoek). Evenhuis (2002) wijst regelmatig op de noodzaak van een deugdelijke regie. In de moderne zorgverlening is steeds vaker sprake van ketenzorg. Hierbij is regelmatig sprake van diagnostiek en behandeling door verschillende	en Werveling.	
--	----------------------	--

zorgverleners en zorgaanbieders. Kennis en inzicht in de vakgebieden van andere hulpverleners is hierbij van evident belang (Werveling). De gezondheidsraad stelt (1999) dat geïntegreerde zorg de bestaanskwaliteit van de cliënt waarschijnlijk in sterke mate verhoogt. Aanbevelingen werveling: • Gezondheidszorg aanbieders dienen een match te realiseren tussen de zorgvraag en het aanbod van zorg. Indien er sprake is van (een vermoeden van) somatische problematiek bij verstandelijk gehandicapte zorgvragers dan dient de zorgaanbieder verpleegkundigen in te zetten in de directe zorgverlening. Bovendien dienen verpleegkundigen een prominente rol te vervullen in de werkzaamheden die met de regie van zorg en de ontwikkeling en uitvoering van zorgprogramma's te maken hebben. Deze aanbeveling strekt zich uit over de intra-, semi-, extra- en transmurale zorgverlening aan verstandelijk gehandicapten. • Binnen het intramurale zorgaanbod aan verstandelijk gehandicapten kan gebruik gemaakt worden van MBO en HBO verpleegkundigen, wat betreft de basisopleiding. Voor de semi-, extra- en <i>transmurale zorgverlening</i> dient een vervolgopleiding gerealiseerd te worden		
--	--	--

waarbij de cursisten opgeleid worden tot praktijkverpleegkundige en consultatief verpleegkundige met aandachtsgebied verstandelijk gehandicapten. Regie en consultverlening behoren tot het primaire aandachtsgebied van deze functies. Integratieve kennis en inzicht vormen de meest belangrijke onderscheiding met anders opgeleiden. Een agogisch opgeleide mist kennis over het somatische menselijke aandachtsgebied, somatische en psychiatrische ziektebeelden en kennis over gedragsproblemen. Het signaleren en interpreteren van verschillende (gedrags)signalen, samengevoegd met informatie van andere disciplines, zijn alleen mogelijk indien al deze verschillende invalshoeken geïntegreerd kunnen worden.		
Definitie verplegen: Verplegen is het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/ of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op de behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen.	Leistra E., Liefhebber S., Geomini M., Hens H. 1999. Beroepsprofiel van de verpleegkundige.	

	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn: Utrecht, Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV): Utrecht. Elsevier? De Tijdstroom: Maarsen.	
Kennis en inzicht in gedragingen behorend bij de verstandelijke handicap, maar ook van gedrag voortkomend uit ziektes, stoornissen en bijkomende handicaps en de wisselwerking tussen deze gedragingen, zijn noodzakelijk om de juiste interpretaties te kunnen maken. Vooral deze klinische blik maakt de overall blik van de verpleegkundige in de verstandelijkgehandicaptenzorg compleet.	AVVV beroepsdeelprofiel verpleegkundige in de verstandelijkgehan dicapten sector	

Wat zijn problemen die optreden als de continuïteit onvoldoende gewaarborgd is en wat zijn belemmerende factoren voor een goede continuïteit van zorg? (Deelvraag 3)	Auteur	Wetenschappelijke onderbouwing
HET AAMR-MODEL Het AAMR model werd gepubliceerd in 2002 door de American Association on Mental Retardation (AAMR). Het heeft specifiek betrekking op de problematiek van mensen met verstandelijke beperkingen, maar heeft een aantal eigenschappen die het ook buiten deze doelgroep zeker interessant maken.	AAMR	

AAMR model 'verstandelijke handicap'		
De omgang met verstandelijk gehandicapten vereist speciale vaardigheden omdat enerzijds sprake is van (meer of minder) beperkte mogelijkheden tot communiceren en anderzijds dat voor deze groep het contact met verzorgers en familie essentieel is. Naast de communicatieve vaardigheden noemt Evenhuis (2001) de volgende aspecten van medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, waar de gangbare zorg tekort kan schieten: goede anamnese afnemen, herkennen en behandelen van kenmerkende aandoeningen	Uit: Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Kramer G., Kleefstra S., Kool R., Schuring G. februari 2005, Prismant	Het betreft een niveau 3 onderzoek, waarin als centrale onderzoeksvraag is geformuleerd: zijn er knelpunten in de medische zorg voor

(en meerdere aandoeningen tegelijk), ontoereikende diagnostische middelen, aangepaste wijze van behandeling en diagnostiek en afstemming bij multidisciplinaire behandeling. Subgroepen waarbij de medische zorg speciale aandacht nodig heeft (Evenhuis, 2002): Kinderen, mensen met bijkomende psychiatrische en/of gedragsproblematiek, oudere en bejaarde mensen, mensen met een meervoudige handicap. In meer of mindere mate worden er specifieke eisen gesteld aan de medische zorg omdat deze mensen hun klachten soms op een andere wijze kenbaar maken, omdat sprake kan zijn van specifieke vooral bij deze doelgroep voorkomende medische klachten en weinig voorkomende syndromen en ziektebeelden. Hierdoor worden er meer eisen gesteld aan de signalering, diagnosestelling en voorzorgsmaatregelen en kan een specifieke invulling van de behandeling nodig zijn. Signalering en onderkenning Het herkennen van signalen verloopt niet vanzelfsprekend omdat verstandelijk gehandicapten niet altijd zelf aangeven dat ze klachten hebben. Ook worden lichamelijke klachten onduidelijk of anders gepresenteerd. De signalering vraagt	Utrecht.	extramuraal wonende mensen met een verstandelijke handicap en welke oplossingen zijn haalbaar om eventuele knelpunten op te lossen.
---	-----------------	--

dus een specifieke deskundigheid. In veel situaties zal de eerste signalering door de begeleiders moeten gebeuren. Veel begeleiders zijn agogisch opgeleid, als er sprake is van toenemend complexe medische problematiek dan vraagt dit een goede en tijdige aanvullende ondersteuning en instructie. Anamnese en onderzoek De communicatie verloopt soms moeizaam. Vaak kan dit bijvoorbeeld niet volledig verbaal, of is het begripsniveau erg laag. Contact met en informatie van de ouders/ verzorgers is altijd erg belangrijk. Het stellen van een diagnose wordt bemoeilijkt omdat verbaal terugkijken moeizaam gaat. Onderzoek kan worden gecompliceerd omdat de klachten op een afwijkende manier worden gepresenteerd of benoemd en omdat er sprake kan zijn van afwijkende reacties op lichamelijk onderzoek. Diagnosestelling en periodieke screening Er zijn symptomen of ziektebeelden die bij deze doelgroep een andere oorzaak of ander verloop hebben dan gewoonlijk het geval is. Om dit te herkennen en te constateren stelt eisen aan de deskundigheid bij de diagnosestelling en kan een regelmatige controle of screening nodig maken. De cliëntgroep met een specifiek syndroom is vaak klein en daardoor onbekend. Het herkennen van de symptomen die gerelateerd zijn aan deze specifieke syndromen is moeilijk en vereist		
---	--	--

inhoudelijke deskundigheid die niet algemeen voorhanden is. Het optreden van gedragsproblemen is een regelmatig voorkomend en over het algemeen groot probleem. Het gaat vaak om complexe situaties. Hierbij kan sprake zijn van een achterliggende, niet altijd voor de hand liggende, medische oorzaak, kennis van de totale situatie is nodig om de symptomen goed te kunnen duiden. De professionele betrokkenheid in community care wordt gekenmerkt door het woord ondersteuning. Een diversiteit aan zorgverleners verleent deze ondersteuning, welke gericht is op de ondersteuning van de cliënt in het dagelijks leven. De begeleiders hebben over het algemeen een agogische achtergrond. Het aantal verpleegkundigen is het laatste decennium dramatisch verminderd ten opzichte van het aantal agogisch opgeleiden. Werkgevers maken deze keuze op geleide van de vermaatschappelijking (De Haan 2004) Als er sprake is van complexe gezondheidsproblemen dan blijken de begeleiders niet altijd voldoende geschoold om deze tijdig te signaleren en goed te monitoren. De ondersteuningsplannen geven vaak onvoldoende richting aan het bewaken en bevorderen van de gezondheid van de cliënten (Ewals 2002). Niet alleen bij complexe gezondheidsproblemen maar ook bij basale problemen ontbreekt vaak		
--	--	--

kennis, zoals niet weten hoe om te gaan met een bloedneus of hoe koorts te meten. Evenhuis (2002) spreekt in dit kader over vermijdbare gezondheidsproblemen, vermijdbare extra beperkingen of zelfs vermijdbare sterfte. Zij stelt dat een arts afhankelijk is van de observaties van begeleiders en/of ouders. Vanwege de toenemende medische zorgvragen is de agogische achtergrond van de begeleiders niet altijd toereikend (De Haan, 2002).		
--	--	--

Wat zijn de risico's bij onvoldoende communicatie en coördinatie voor de cliënt. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen bij het zorgproces. (Deelvraag 4)	Auteur	Wetenschappelijke onderbouwing
Een verstandelijk gehandicapte krijgt bij het te gelde maken van zijn of haar (zorg)aanspraken te maken met verschillende instanties. Dit heeft verschillende nadelen, zowel voor de individuele belanghebbende als voor de verstandelijk gehandicaptenzorg in zijn geheel. Individueel: • Herhalen van de hulpvraag; • Risico van onvoldoende afstemming van verschillende onderdelen van de zorg. Verstandelijk gehandicapten zorg: • Risico van onvoldoende benutten van mogelijkheden tot synergie en substitutie; • Daardoor ondoelmatig gebruik van middelen en hogere kosten. Binnen de instelling zal de afstemming van de verschillende zorgcomponenten in principe de minste problemen moeten geven. Enerzijds omdat vrijwel alle activiteiten binnen de muren van of in overleg met de instelling geschiedt en ook de financiering grotendeels uit een kanaal komt. Bij semi- en extramurale zorg komen er steeds meer partijen om de hoek	Verstandelijk gehandicapten zorg als onderdeel van de volksgezondheidszorg, Raad voor de volksgezondheid & zorg, Zoetermeer, 2002. achtergrond studie uitgebracht door de Raad voor de volksgezondheid e zorg bij het advies Samen leven in de samenleving.	Het gaat om een type c onderzoek, waarbij antwoord wordt gegeven op de volgende vragen: – Hoe is de verstandelijk gehandicapten sector ontstaan? – Hoe ziet de verstandelijk gehandicaptenzorg er nu uit? – Hoe kan de verstandelijk gehandicaptenzorg ingedeeld worden naar zorg, wonen en

kijken: zowel op het gebied van de administratie, als op het gebied van indicatie en controle. Ook de zorg zelf wordt door veel aanbieders geleverd. Een toename van de hoeveelheid cliënten buiten de muren van de instelling zal de consequenties van deze complexiteit vergroten. Gevolgen liggen voorspelbaar op het gebied van wachttijden, inadequate zorgverlening en toename van kosten door ondoelmatig gebruik van middelen.		dienstverlening?
– Het medische gebruik van mensen met een verstandelijke handicap ligt relatief hoog. Ook blijkt dat mensen met een verstandelijke handicap een hogere morbiditeit en mortaliteit hebben en op een andere manier communiceren en omgaan met de arts. – De regels en financiering van de medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap is complex. Het is wenselijk de regelgeving te vereenvoudigen en meer aan te sluiten bij de huidige praktijk. Dit kan de toegankelijkheid vergroten. Belangrijk is echter ook dat de specialistische medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en bijkomende ernstige en/ of complexe medische problematiek voldoende gegarandeerd zijn. Deze zorg moet langdurige behandeling, periodiek onderzoek en screening en advisering van het cliëntensysteem of de begeleiders kunnen behelzen.	Uit: Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Kramer G., Kleefstra S., Kool R., Schuring G. februari 2005, Prismant Utrecht.	Het betreft een niveau 3 onderzoek, waarin als centrale onderzoeksvraag is geformuleerd: zijn er knelpunten in de medische zorg voor extramuraal wonende mensen met een verstandelijke handicap en welke oplossingen zijn haalbaar om eventuele knelpunten op te lossen.
In zowel deelvraag twee als drie worden factoren genoemd die betrekking		

hebben op de risico's die een verstandelijk gehandicapte loopt wanneer er sprake is van onvoldoende afstemming of wanneer er onvoldoende kennis is bij behandelaars om een integratief beeld te ontwikkelen over de cliënt en zijn gezondheidsprobleem.		
---	--	--

Bijlage III Uitkomsten vragenlijsten

Vragen rond communicatie en overdracht tussen medewerkers van “De Zijlen, locatie Sintmaheerdt” en andere instelling/ ziekenhuis.

– ***Wat is belangrijk voor een goedlopende communicatie en overdracht, waardoor de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft en de informatie overdracht voldoende is?***

- Begeleiders/ persoonlijk begeleiders:
 - * Juiste informatie mee naar het ziekenhuis.
 - * Werknemer die de cliënt goed kent mee naar het ziekenhuis.
 - * Indien wenselijk een goede overdracht door de wijkverpleegkundige van “De Zijlen” en eventueel tussentijds goede contacten met de wijkverpleegkundige, door de werknemer die mee is naar het ziekenhuis.
 - * Goede rapportage zodat belangrijke informatie makkelijk terug te vinden is.
 - * Goede overdracht tussen medewerkers onderling.
 - * Afspraken over terugkoppeling van belangrijke informatie, naar wie terug koppelen enz.
 - * Over voldoende kennis beschikken.
 - * Het persoonsbeeld van de cliënt moet kort op papier staan evenals de punten die van belang zijn voor de dagelijkse verzorging van de cliënt.
 - * Eén contactpersoon die ervoor zorgt dat alles loopt.
- Ondersteunende diensten:
 - * Communicatie moet niet door teveel mensen gebeuren, hierdoor ontstaat onduidelijkheid en ruis. 1 a 2 contactpersonen met ziekenhuis is voldoende, zo blijven dingen helder.
 - * Belangrijk is kennis en opleiding. Kennis gericht op somatische kant en ziekteleer.
 - * Een goede mondelinge en schriftelijk overdracht met het ziekenhuis, duidelijke medicatieafspraken.
 - * Korte (volledige) samenvatting medische voorgeschiedenis (door de AVG)
 - * Aandachtspunten uit psychosociale voorgeschiedenis (door de verpleging)
 - * Gerichte (concrete) vraagstelling.
 - * Eventueel mondeling toelichten.

* Een begeleider die de cliënt goed kent verzorgt de overdracht. Diegene moet ook goed op de hoogte zijn van het persoonlijk plan en de medische geschiedenis.

- Lijnfunctionarissen:

- * Zo weinig mogelijk schrijven in communicatie naar ziekenhuis.

- * Goede afstemming intern: medische dienst- Pber- locatiehoofd

Goede afspraken over wat inhoudelijk en medisch wenselijk is, maar ook wat haalbaar is (organisatorisch en financieel).

- * Deskundig en ingevoerde (nabije!) begeleiding. Deskundig in de zin van de cliënt kennen, informatie paraat hebben, schriftelijke informatie en actueel.

– ***Wat mis je in de huidige praktijk, waarin de communicatie niet met zoveel woorden geregeld is, meestal iemand vanuit het begeleidende team de communicatie met de ontvangende instelling doet en soms anderen betrokken zijn?***

- Begeleiders/ persoonlijk begeleiders

- * Communicatie tussen de medewerker van “De Zijlen” en het ziekenhuis is niet zuiver, men heeft het niet over hetzelfde.

- * Er wordt niet altijd goed gerapporteerd door de begeleider van de groep over overleg met ziekenhuis of wijkverpleging.

- * Doordat er door verschillende mensen gecommuniceerd wordt komt er ruis in de communicatie. Een goede coördinatie mist dan.

- * Lang niet alle belangrijke informatie wordt teruggekoppeld, niet binnen het eigen team maar ook niet naar de medische dienst.

- * Ik mis kennis bij begeleiders om goed te kunnen communiceren.

- * Soms wordt er helemaal geen informatie teruggekoppeld naar de betreffende discipline.

- * Een draaiboek waarin in het kort de te nemen stappen staan beschreven.

- * Goed overleg met de medische dienst binnen de eigen instelling.

- * Meer afstemming door de medische dienst van “De Zijlen” voor helikopterview.

- * Zo ie zo meer contact tussen artsen/ wijkverpleegkundigen van “De Zijlen” en medewerkers van het ziekenhuis.

- Ondersteunende diensten:

- * Veel medewerkers hebben geen opleiding gericht op somatische kant of ziekteleer. In contact met ziekenhuis kan hierdoor communicatie verkeerd begrepen worden. Voor een goede overdracht en goede communicatie is deze kennis juist wel van belang.
- * Een duidelijk aanspreekpunt naar het ziekenhuis.
- * Een duidelijke schriftelijke overdracht vanuit het ziekenhuis.
- * Afspraken over coördinatie vooraf.
- * Goede overdracht niet aanwezig en personeel mee wat niet voldoende op de hoogte is van de cliënt, zijn persoonlijk plan en de medische voorgeschiedenis.
- Lijnfunctionarissen:
 - * Weinig inzicht op de casuïstiek, maar als één van de partijen communiceert zonder afstemming kunnen dingen toegezegd worden die de ander niet waar kan maken.
 - * Onbekendheid met afspraken.
 - * Achtergrondinformatie en deskundigheid. Actuele informatie hebben en kunnen overdragen. Vaak een knelpunt omdat niet gegarandeerd kan worden dat de Pb-er deze taak kan uitvoeren op dat moment (bij ziekenhuisopname).
- ***Waar gaan dingen fout?***
 - Begeleiders en persoonlijk begeleiders:
 - * In de communicatie. Artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis die niet kunnen inschatten wat een cliënt bedoelt, wil, hoe het gaat. Hoeveel pijn iemand heeft of wat iemand wel of niet kan.
 - * Het bekend zijn van telefoonnummers van medewerkers waarmee overlegd moet worden bijvoorbeeld arts of wijkverpleegkundige.
 - * Medewerkers medische dienst moeten rechtstreeks in de dossiers kunnen kijken.
 - * In de overdracht.
 - * Niet bezitten van voldoende kennis.
 - * Er gaan teveel mensen over, zowel in het team begeleiders als bij de medische dienst.
 - * Als gegevens niet duidelijk in het dossier staan.
 - * Als gegevens niet vindbaar zijn, zowel op de groep als bij de medische dienst.

- * In de communicatie met de familie. Hierin zouden de artsen van “De Zijlen” meer initiatief moeten nemen. Dat vindt familie belangrijk.
- Ondersteunende diensten:
 - * Overdracht wordt verkeerd geïnterpreteerd door begeleiders.
 - * Ontbreken van centraal aanspreekpunt.
 - * Onduidelijkheid als cliënt terug komt uit het ziekenhuis over medicatiegebruik.
 - * Meerdere informatie overbrengers, langs elkaar heen communiceren.
 - * Niet elke begeleider is even goed op de hoogte van het persoonlijk plan en de medische zaken die er rond een cliënt spelen.
- Lijnfunctionarissen:
 - * Wanneer er gecommuniceerd wordt zonder afstemming kunnen dingen toegezegd worden die niet waargemaakt kunnen worden.
 - * Missen van actuele en/ of medische achtergrondinformatie.

– ***Wat is de invloed van verpleegkundige kennis hierop?***

- Begeleiders en persoonlijk begeleiders:
 - * De wijkverpleegkundige heeft een grote kennis hierin.
 - * Kijkend naar de verpleegkundige/ begeleider die mee gaat naar het ziekenhuis dan mag je wel kijken wie je mee stuurt, er is vaak te weinig kennis.
 - * Grote invloed. Iemand die geen verpleegkundige kennis heeft zal meer moeite hebben om informatie terug te koppelen vanuit het ziekenhuis.
 - * Bijscholing ontrent medische kennis en ziektebeelden etc. is wenselijk.
- Ondersteunende diensten:
 - * Zonder kennis van medische zaken is communiceren hierover erg moeilijk. Vaak worden dingen niet goed begrepen.
 - * Wanneer verpleegkundige kennis ontbreekt, is de communicatie breedsprakig en worden hoofd en bijzaken onvoldoende gescheiden.
- Lijnfunctionarissen:
 - * Die moet aanwezig zijn bij de medische dienst. Bij begeleiders in zoverre, waar dat nodig is voor de begeleiding in de dagelijkse situatie.
 - * Mijns inziens zit de kritische succesfactor niet in de breedte van verpleegkundige kennis, maar in de afstemming en kennis over wie waarvoor verantwoordelijk is.

* Verpleegkundige kennis is binnen de organisatie vaak niet meer paraat/ aanwezig. N.b. opleiding.

– ***Wat zou volgens de geïnterviewde een goede werkwijze zijn, zodat de kwaliteit is gewaarborgd?***

- Begeleiders en persoonlijk begeleiders:
 - * Alle zorg moet goed op elkaar aansluiten.
 - * Veel is hierboven al genoemd.
 - * Ziekenhuis bezoek moet te allen tijde onder de basiszorg vallen die “De Zijlen” verleent zonder discussie.
 - * Duidelijke rapportage, op elk huis een map met gegevens van de cliënt die mee moeten naar het ziekenhuis.
 - * Een protocol waarin duidelijk vermeld staat wat er wanneer moet gebeuren.
 - * Per team bespreken hoe er met ziekenhuisopnames wordt omgegaan.
- Ondersteunende diensten:
 - * Een centraal aanspreekpunt, coördinator, vanuit de medische dienst (met kennis van zaken)
 - * Het ontwikkelen van een overdrachtsformulier, vanuit “De Zijlen” in te vullen door het ziekenhuis bij ontslag met daarop duidelijk beschreven de behandeling en medicatie.
 - * Afspraken over coördinatie (medische dienst – familie – team)
- Lijnfunctionarissen:
 - * Te algemene vraag, er is niet 1 werkwijze te benoemen, afstemmen op individuele situatie.
 - * Begeleiding door iemand die de cliënt goed kent m.b.t. gedrag en ervaren van veiligheid en geruststelling. Actuele informatie en medische achtergrond voorhanden, op schrift.

– ***Wat vind je van de communicatie tussen arts en verpleegkundigen of andere disciplines uit het ziekenhuis en onze eigen begeleiders?***

- Begeleiders en persoonlijk begeleiders:
 - * Alle partijen doen goed hun best, ziekenhuizen zijn er de afgelopen 10 jaar in gegroeid.

- * Op elke groep zou informatie moeten liggen die mee gaat naar het ziekenhuis om daar de juiste begeleiding te kunnen bieden.
- * Kan beter, er wordt vaak met moeilijke woorden gesmeten, er wordt snel vanuit gegaan dat alles wel begrepen wordt.
- * Er is niet altijd eenduidig beleid door communicatie die niet goed gaat.
 - Ondersteunende diensten:
- * Zo is zo is communicatie met artsen vaak lastig. Communicatie wordt vaak bemoeilijkt door gebruik vakjargon.
- * Zeer wisselend, hangt vaak van eigen activiteit/ initiatief af.
- * Contact met de arts in het ziekenhuis kan verwarrend zijn, door communicatie over meerdere kanalen.
 - Lijnfunctionarissen:
- * Kan ik niet in het algemeen iets zinnigs over zeggen. Afstemming en gebruik maken van elkaars deskundigheid. Als de begeleiding er niet goed uit komt moet er advies van de medische dienst ingeroepen worden.
- * Vaak wordt door de begeleiding de boodschap gekleurd volgens eigen interpretatie weergegeven. Onvoldoende getraind in medische termen etc.

– ***Hebben de begeleiders voldoende kennis om te communiceren en de kwaliteit van zorg te garanderen als er sprake is van overdracht van zorg naar een andere instelling/ ziekenhuis?***

- Begeleiders en persoonlijk begeleiders:
- * Niet iedereen, heeft met je deskundigheid te maken. Medische kennis is op de groep waar ik werk bijna niet aanwezig. Ik ben de enige met een verpleegkundige opleiding, de Z- opleiding.
- * De artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis moeten filteren of degene waarmee ze praten voldoende kennis heeft.
- * Eventueel de kennis van de wijkverpleegkundige inzetten.
- * Sommigen wel, maar lang niet allemaal. Hangt ook af van kennis, opleiding, ervaring van de begeleiders.
- * Niet iedereen.
- * De medische dienst zou dat moeten checken.
- Ondersteunende diensten:

- * Vaak niet, het ontbreekt vaak aan medisch verpleegkundige kennis.

- * Soms.

- * Vaak niet omdat in een ziekenhuis ook een heel andere cultuur heerst.

Begeleiders spreken die taal niet.

- Lijnfunctionarissen:

- * Voordeel van afstemmen is dat je af kunt spreken wie de communicatie/ voorlichting op zich neemt. Bij complexe situaties eerder medische dienst, normaal gesproken de voor ouders en cliënt belangrijke bekende: de Pb-er.

- * Vaak wordt door de begeleiding de boodschap gekleurd volgens eigen interpretatie weergegeven. Onvoldoende getraind in medische termen etc.

– ***Hebben de begeleiders voldoende kennis om te communiceren en uitleg te geven over de situatie van de cliënt die is opgenomen in een andere instelling/ ziekenhuis? Bijvoorbeeld om uit te leggen wat er gaat gebeuren tijdens een opname of onderzoek, of wat heeft plaats gevonden tijdens een opname of onderzoek?***

- Begeleiders en persoonlijk begeleiders:

- * Niet altijd. Ook omdat vragen van familie en collega's soms zo gesteld worden dat ze moeilijk te begrijpen zijn.

- * Vaak ontbreekt de kennis. Maar het hangt ook af van de overdracht van de instelling/ het ziekenhuis.

- * Is ook afhankelijk van de hoeveelheid begeleiders die bij de opname betrokken zijn geweest, hun overdracht onderling en hun kennis.

- Ondersteunende diensten:

- * Is verschillend natuurlijk maar ik zie toch veel onzekerheid bij begeleiders.

Doordat ze het niet goed weten, onvoldoende medische kennis hebben vinden ze het moeilijk om uit te leggen aan anderen wat er aan de hand is. Vaak wordt dan terug gevallen op de medische dienst.

- * Door onvoldoende medisch/ verpleegkundige kennis is communicatie vaak breedspakig en worden hoofd- en bijzaken onvoldoende gescheiden.

- * Ligt eraan of de begeleider snapt wat er allemaal wordt gezegd.

- Lijnfunctionarissen:

- * Vaak wordt door de begeleiding de boodschap gekleurd volgens eigen interpretatie weergegeven. Onvoldoende getraind in medische termen etc.
- * Er is teveel sprake van het handelen en denken vanuit eigen kaders en interpretatie door kennis tekort.

– ***Wat zijn je ideeën over dit onderwerp? Hoe zie je zelf de ideale situatie?***

- Begeleiders en persoonlijk begeleiders:
 - * Indien nodig overleg met de wijkverpleegkundige. Eventueel besluiten dat iemand buiten het team, bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige de contacten legt met de familie en collega's.
 - * In ieder geval in elk team verpleegkundig opgeleide medewerkers werkzaam laten zijn.
 - * De verpleegkundige groepsleider mee laten gaan naar het ziekenhuis als dat mogelijk is.
 - Ondersteunende diensten:
 - * Goed overdrachtsformulier vanuit "De Zijlen" in te vullen bij ontslag uit het ziekenhuis met daarop: korte beschrijving van het verblijf in het ziekenhuis, gezondheidstoestand op het moment van ontslag, behandeling na ontslag goed omschreven, medicatiewijzigingen, controle afspraken. Op dit formulier kan je ook een aantal vragen stellen over communicatie bijvoorbeeld hoe het ziekenhuis die heeft ervaren.
 - * Misschien is het goed een overdrachtsformulier te ontwikkelen voor overdracht vanuit "De Zijlen", daarop ook telefoonnummers van contactpersonen en bereikbaarheid, gegevens over de cliënt, begeleidings- omgangsafspraken, gedragskenmerken, medicatie.
 - * Duidelijke taakverdeling vooraf.
 - * Verwijsbrief arts, vergezeld van brief voor verpleging over bijzonderheden, eigenaardigheden.
- Afspraken over wie contact houdt met wie, op welk niveau en hoe dit gecommuniceerd wordt binnen "De Zijlen".
- * Tijdens opname patiëntbezoek waarbij overleg plaats vindt met verpleging.
 - * Weten waar je aan toe bent bij naderend ontslag waardoor bijtijds voorbereiding mogelijk is.

* Ik denk dat jullie als gespecialiseerde verpleegkundigen hier een grotere rol in zouden kunnen spelen. W.b.t. het ondersteunen van begeleiders, het opstellen van protocollen, het vertalen van informatie voor begeleiders en familie.

- Lijnfunctionarissen:

* Ga uit van het normale. Dichtbij de cliënt als het kan, uitgebreider als het moet.

* Begeleiding door bekende en vertrouwde persoon. Die in bezit is van voldoende actuele informatie en medische achtergrondinformatie.

Algemene vragen alleen gesteld aan de begeleiders en persoonlijk begeleiders van de woongroepen:

– *Hoeveel verpleegkundig opgeleide medewerkers werken er in het team waar je werkt? En van welk niveau zijn ze dan?*

In één team is niemand werkzaam met een verpleegkundige achtergrond, twee teams werken twee medewerkers met een verpleegkundige achtergrond, en in twee teams werkt één medewerker met een verpleegkundige achtergrond.

– *Hoeveel verzorgend opgeleide medewerkers zijn er in het team?*

In twee teams werken er helemaal geen medewerkers met een opleiding in de verzorgende sector, in twee teams werkt er één medewerker met een opleiding tot verzorgende, in één team werken er drie medewerkers met een opleiding tot verzorgende.

– *Hoeveel agogisch opgeleide medewerkers zijn er in het team?*

Binnen drie teams werken er meer dan zes agogisch opgeleide medewerkers per team. Er is een team waar één agogisch opgeleide medewerker werkt en binnen één team werken er vier agogisch opgeleiden.

In vier teams werken medewerkers die geen opleiding hebben gericht op de sector waarin ze werken. Per team zijn dit er minimaal twee.

Bijlage IV Overdrachtsformulier

Bijlagen:

- Huidige medicatie, inclusief reden.
- Medische voorgeschiedenis
- Persoonsbeeld

Overdracht van:		Opname datum:
Overdracht naar:		Ontslagdatum:
Naam:	Verzekering:	
	Polisnummer:	
Geboortedatum:	Contactpersonen verwijzende instelling:	
Adres: Spant 1, 9356 EA Tolbert	Behandelend arts:	
Geslacht:	Telefoon:	
Arts:	Bereikbaar van:	
	Verpleegkundige medische dienst:	
Telefoonnummer arts:	Telefoon: 0594-850175	
	Bereikbaar van 07.30 – 15.30	
1 ^e contactpersoon:	Telefoon: 0594-850330	
Relatie:	Bereikbaar van 15.30 – 22.30	
Telefoonnummer:		

Medisch (in te vullen door arts) Telefonisch overleg geweest met arts ziekenhuis: Ja/ Nee	Ingevuld door: Telefoon:
Reden van opname:	Verloop m.b.t. reden opname:

Met cliënt/ begeleider/ familie gesproken over (omcirkelen wat van toepassing is)
graag toelichten:

0 Reden opname

0 Reanimatie beleid

0 Speciale afspraken met betrekking tot:

Paraaf arts:

Verpleegkundig algemeen

Ingevuld door: Telefoon: Bereikbaar van:	Telefonisch overleg geweest: Ja/ Nee Met:
--	--

Verpleegkundige zorg:

ADL:

Actuele verpleegkundige problemen:

Medisch/ technische zorg:

Gebruik apparatuur: ja/ nee

Zo ja welke firma:

Gebruik materialen: ja/ nee

Zo ja merk en nummers:

Voeding en dieet:
(voedingsschema's)

Wat weet de cliënt van zijn/ haar ziekte

Wat weet de begeleiding

Wat weet de familie/ wettelijk vertegenwoordiger

Welke aandachtspunten zijn er m.b.t. begeleiding van de cliënt:

Eventuele wensen van de cliënt:

Sociale aandachtspunten:

Levensbeschouwelijke aandachtspunten:

Andere aandachtspunten:

Andere disciplines betrokken bij de zorg, reden:

Eventueel gebruikte hulpmiddelen:

Verpleegkundige handelingen:

Benodigde materialen:

Betrokken andere disciplines:	Ingestelde behandeling:
--------------------------------------	--------------------------------

Telefonische bereikbaarheid bij vragen:

Verpleegafdeling:

Behandelend arts:

Andere disciplines:

Opmerkingen betreffende werkwijze medewerkers “De Zijlen”:

Verbeterpunten: