

Kwaliteit van Zorg verantwoorden met de schaalscores in BIS



Projectgroep: Adry van den Brandhof (131513)
 Alex Paschedag (131525)
 Guuske Ramselaar-Manger (131504)
 Tineke van Dis-Korporaal (131506)

Groep: VMbu3-4

Begeleider: Drs. A. van de Giessen
 Beoordelaar: J. Klaassen
 Opdrachtgever: R. den Hertog-Voortman MScN
 Academie: Christelijke Hogeschool Ede (CHE)
 Opleiding: hbo-verpleegkunde
 Opdracht: Afstudeeronderzoek
 Datum: 14 juni 2015

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van onze werkzaamheden rondom ons afstudeeronderzoek in het vierde jaar van de opleiding hbo-verpleegkunde. Dit onderzoek is gedaan in opdracht van het Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek, Reflectie op Goede Zorg van de Christelijke Hogeschool in Ede. Met als opdrachtgever vanuit het lectoraat: Ria den Hertog-Voortman.

Gedurende vijf maanden hebben we onderzoek gedaan naar de mogelijkheden die verpleegkundigen van Buurtzorg hebben om de schaalscores in het BIS op eenduidige manier vast te leggen, zodat de kwaliteit van zorg verantwoord kan worden.

Met dit verslag willen we duidelijk maken hoe we ons onderzoek hebben verricht.

Voor de leesbaarheid van het verslag hebben we voor het woord verpleegkundigen gekozen, maar hiermee worden ook verzorgenden bedoeld. Ook worden de verpleegkundigen en verzorgenden als vrouwelijk aangeduid, waarmee we ook de mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden bedoelen.

Onze drie begeleiders, Arja van de Giessen, Johanna Klaassen en Ria den Hertog-Voortman van de Christelijke Hogeschool Ede, willen wij hartelijk danken voor de begeleiding, tips en feedback. Daarnaast ook een woord van dank aan Karen S. Martin, voorzitter directiecomité Omaha System, die ons tips voor boeken en artikelen heeft gegeven en waar we met vragen terecht konden. En aan Nicole Koster, auteur van het boek 'Het Omaha System. Een introductie', dat samen met Margo Berends en Henri van Raalte, projectmedewerkers van Buurtzorg Nederland tot stand is gekomen, voor hun bijdragen en inzichten vanuit de theorie en de praktijk. Mede door deze brede begeleiding vanuit verschillende invalshoeken, hebben wij vanuit een ruim perspectief aan ons afstudeeronderzoek kunnen werken.

Adry van den Brandhof, Alex Paschedag, Guuske Ramselaar-Manger en Tineke van Dis-Korporaal.

Afbeelding 1: op de voorzijde: uit de Scholing BIS Omaha System (Buurtzorg, 2012).

Samenvatting

Onderwerp: Onderzoek naar de mogelijkheden van het op eenduidige wijze vastleggen van de schaalscores in het BIS, zodat de kwaliteit van zorg verantwoord kan worden.

Aanleiding: De schaalscores die verpleegkundigen in het BIS vastleggen, kunnen op verschillende wijze geïnterpreteerd worden. Hierdoor zijn de uitkomsten van schaalscore niet inzichtelijk voor derden en is de kwaliteit van zorg niet te verantwoorden.

Doel: Een rapport met aanbevelingen aan Buurtzorg Nederland over het op eenduidige wijze vastleggen van de schaalscores in het BIS, zodat de kwaliteit van zorg verantwoord kan worden.

Methode: De eerste deelvragen werden middels literatuurstudie beantwoord, de laatste drie vragen met een praktijkonderzoek inhoudend een dossieronderzoek in het BIS bij 96 'gebieden', een enquête met twaalf geselecteerde respondenten waarna de enquête gevolgd werd door een half-gestructureerd interview met een topiclijst. De selecte steekproef werd samengesteld uit medewerkers van vier Buurtzorgteams en evenredig gespreid over alle drie de aanwezige opleidingsniveaus binnen Buurtzorg.

Resultaten: Vanuit de literatuurstudie is gebleken dat er in het BIS meerdere mogelijkheden zijn om kwaliteit van zorg te verantwoorden met behulp van de (Likert)schaalscore. Op cliënt/team-niveau kan bij het assessment, tijdens het opstellen van een zorgplan en bij de evaluatiemomenten gebruik gemaakt worden van dit meetinstrument. Bij het dossieronderzoek kwam naar voren dat de schaalscore en de toelichtingsmogelijkheid niet eenduidig werden gebruikt door de respondenten. Vervolgens is ook uit de enquête gebleken dat het invullen en het interpreteren van de schaalscores op dit moment in de teams op een niet eenduidige wijze plaatsvindt. En er een verschillende invulling gegeven wordt aan de mogelijkheden om kwaliteit van zorg te verantwoorden. Respondenten geven aan dat het belangrijk is om de cliënt te betrekken bij het invullen van de schaalscore, maar dat dit niet altijd samen met de cliënt wordt gedaan. Bij het interview werd gekeken naar de beleving van de respondenten ten aanzien van de kennis en het gedrag bij het gebruik van het meetinstrument. Bij de analyse bleek dat er veel twijfel is over de manier waarop de schaalscore werd gebruikt, doordat er een gebrek aan kennis werd gevoeld.

Conclusie: Kwaliteit van zorg kan met de schaalscores in het BIS verantwoord worden, wanneer de eenheid van taal die ontstaat door het ordenen en definiëren met het classificatiesysteem optimaal gebruikt wordt. Verpleegkundigen van Buurtzorg hebben op dit moment te weinig kennis en achtergrondinformatie om alle mogelijkheden die het BIS biedt volledig te gebruiken.

Aanbevelingen: Op basis van de conclusies uit het onderzoek, wordt aanbevolen om een richtlijn beschikbaar te stellen over het gebruik van de schaalscore en bijbehorende vakjes en het maken van teamafspraken over het eenduidig invullen hiervan. Vervolgens worden scholingsmogelijkheden aanbevolen voor het vergoten van de kennis van de medewerkers over de schaalscore en hoe de cliënt hierbij betrokken kan worden.

Abstract

Subject: Research into the possibilities to use unified language to express the Patient Outcome Score (POS) in the Buurtzorg Information System (BIS), to account for 'Quality of care'.

Motivation: Research was carried out into the possible ways and usage of the POS for the accounting of quality of care. Emphasis was put on the reliability of the POS as an instrument for this justification, which criteria were of importance to do so reliable, and how the POS in practices is used.

Purpose: A report with recommendations towards Buurtzorg Nederland about the use of unified language concerning the reporting of the Patient Outcome Score in the 'BIS' to enable the accounting of 'Quality of care'.

Method: The first questions were researched through literature review, the three following questions with research, which included a case study into the BIS at 96 'domains', and a survey carried out with twelve selected respondents. The random sample was made up of staff from four Buurtzorg teams and spread evenly over the three existing training levels within Buurtzorg. After completion of the survey this was followed by a semi-structured interview with a topic list.

Results: The book review revealed that there are several possibilities in the BIS to justify 'Quality of care' using the scale score. On client / team level it could be used in the assessment, during the preparation of a care plan, and be used in the evaluation. The case study revealed that all respondents used the scale score and open text spaces ambiguously. The survey found that, within and between the various teams it was in line with the ability to justify 'Quality of care'. Respondents indicated they felt the need to involve the client to establish the scale score, but in truth it was not always the case. The interview took in account the perception of the respondents with regard to their knowledge and their behaviour concerning the use of the measuring instrument. The analysis found that due to the felt lack of knowledge there was doubt over the use of the scale score and dissimilar interpretation given to the possibilities within the system, to account for 'Quality of care'.

Conclusions: The scale scores in the BIS account for 'Quality of care', when the uniformity of language created by the organisation and definition of the classification system, is used optimally. On this moment in time the nurses of Buurtzorg have not enough knowledge and background information to fully use all possibilities of the BIS.

Recommendations: Based on the conclusions of this study, it is recommended that a guidebook is made available on the use of the scale score and the free text spaces. This should go in hand with team arrangements to use the scale score and the free spaces in an unambiguous manner. Subsequently educational opportunities are recommended to enhance the knowledge of the staff over the scale score and how the client might be engaged in this process.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Abstract.....	4
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Probleemstelling.....	8
1.3 Begripsafbakening	9
2. Methode.....	10
2.1 Literatuuronderzoek	10
2.2 Onderzoeksdesign.....	10
2.3 Onderzoekspopulatie en steekproef	10
2.3.1 Onderzoekspopulatie.....	10
2.3.2 Steekproef	10
2.4 Dataverzamelmethode en –analyse	11
2.4.1 Dataverzamelmethode.....	11
2.4.2 Data-analyse	11
2.5 Validiteit en betrouwbaarheid	12
2.5.1 Validiteit.....	12
2.5.2 Betrouwbaarheid	13
2.6 Ethische overweging	14
3. Literatuuronderzoek	15
3.1 Kwaliteit van zorg	15
3.2 Het Omaha System en Buurtzorg	16
3.3 Het Assessment en het zorgplan in het Omaha System	16
3.4 Het meten van de kwaliteit van zorg	17
3.5 PDCA en het Omaha System:	18
3.6 De cliënt betrekken bij het gehele zorgproces.	19
4. Resultaten	21
4.1 Dossieronderzoek	21
4.2 Enquête	24
4.3 Interviews.....	27
5. Conclusie	32

6. Aanbevelingen.....	34
7. Discussie.....	35
Literatuurlijst.....	39
Bijlage 1: Begrippenlijst.....	44
Bijlage 2: Dossieronderzoek vragen.....	46
Bijlage 3: Enquêtevragen.....	51
Bijlage 4: Interview stellingen, vraag.....	55
Bijlage 5: Interview codetabel	56
Bijlage 6: Uitgewerkte codetabel.....	57
Bijlage 7: Logboek literatuurstudie.....	73
Bijlage 8: Stroomschema Omaha System en PDCA cyclus	77

1. Inleiding

In dit hoofdstuk staat beschreven wat de aanleiding is voor het uitvoeren van het onderzoek en aan de hand van welke vragen er, door middel van literatuur- en praktijkonderzoek, naar antwoorden gezocht wordt om het doel van het onderzoek te bereiken.

1.1 Aanleiding

In Nederland wordt er op verschillende manieren toezicht gehouden op de kwaliteit van zorg die door de zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaren wordt geleverd. Het uitgangspunt van de overheid is, dat de zorg effectief, veilig en op tijd moet zijn. Zo staat er in de Grondwet (GW Art. 22:1) dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Dit artikel is verder uitgewerkt in de Gezondheidswet (organisatie van zorg), de Wet marktordening (marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling) en de Wet publieke gezondheid (de zorg voor publieke gezondheid) (GW Art. 22:1).

Daarnaast is er vanuit de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ), de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ), die de zorginstellingen verplicht om de eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren (HLZ, 2014) (KWZ, n.d.). Met de transitie in de zorg worden kwaliteitssystemen ook kritisch onder de loep genomen.

Ook worden vanuit IGZ basissets indicatoren uitgegeven voor specifieke onderdelen van zorginstellingen, waaronder de verpleging, verzorging en zorg thuis (VVT) (IGZ, n.d.). De indicatoren worden uitgevraagd, omdat de verschillende partijen (zorgaanbieders, zorggebruikers en zorgverzekeraars) nog geen gezamenlijke indicatoren hebben bepaald.

Toezicht op de kwaliteit van zorg wordt ook beschreven door het Zorginstituut Nederland en het Nationaal Kompas Volksgezondheid en het Programma Kwaliteit in Zicht. Het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ: College van Zorgverzekeringen) ontsluit informatie over kwaliteit van zorg voor consumenten en voor partijen in de zorg. Een onderdeel van het Zorginstituut is het Kwaliteitsinstituut, deze heeft als doel de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg te verbeteren en transparanter te maken en het vormgeven van een kwaliteitsstandaard in samenwerking met patiënten, zorgverleners en verzekeraars (ZN, 2015).

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid beschrijft kwaliteit van zorg vanuit verschillende domeinen en perspectieven. Zoals de kerndomeinen: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid, vraaggerichtheid en efficiëntie. Daarnaast zijn er de perspectieven: toegankelijkheid en doelgroep gerichtheid vanuit de patiënt gezien; en efficiëntie en veiligheid vanuit de instelling/organisatie gezien (RIVM, 2014).

Met de veranderingen in de zorg en de financiering van de zorg per 1 januari 2015, veranderde ook de rol die ziektekostenverzekeraars hebben op het toezicht op de kwaliteit van de zorg (ZN, 2015). De zorgverzekeraars verkrijgen een budget vanuit de door alle inwoners van Nederland opgebrachte premie voor de basis- en de aanvullende ziektekostenverzekering en een deel vanuit de transitie wijkverpleging vanuit AWBZ (Rijksoverheid, 2015a) naar ZVW. De economische verantwoording die de zorgverzekeraars afleggen en aan wie dit verantwoord zou moeten worden, is onderwerp van studie naar 'governance' door de Raad van de Volksgezondheid, die vanaf 1 januari 2015 een andere naam heeft: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving RV&S (Lint, 2014).

De eisen die aan het assessment en bijbehorende zorgplan worden gesteld, zijn strenger geworden. De ziektekostenverzekeraars kunnen de assessments en zorgplannen steekproefsgewijs toetsen om zich hiermee een beeld te kunnen vormen hoe de kwaliteit van de zorg verantwoord wordt (ZN, 2015).

Al in 2007 is Jos de Blok (directeur Buurtzorg Nederland) op advies van Aart Pool (hoogleraar geriatrie) naar Minnesota gegaan, om daar kennis te maken met het Omaha System. In het BIS, de voor/door Buurtzorg vertaalde en voor Nederland aangepaste versie van het Amerikaanse Omaha-classificatiesysteem, worden problemen, interventies en uitkomsten beschreven. Het BIS (Buurtzorg Informatie Systeem) is helemaal geïntegreerd in het Buurtzorgweb. (Dalen, v., 2010). Met deze uitkomstgerichte benadering worden in het BIS de interventies vastgelegd en het effect wat dit heeft voor de individuele cliënt en vervolgens ook voor de cliëntengroep (In voor Zorg, 2013).

Buurtzorg Nederland heeft gekozen voor een assessment en zorgplan op basis van het Omaha System. Gedurende het zorgproces worden er op verschillende momenten evaluatiescores ingevuld: de schaalscores. De schaalscore is een 5-punts Likertschaal waarbij antwoordkeuzen variëren van het ene uiterste naar het andere uiterste (SurveyMonkey, 2015). De omschrijving van de waarde bij de schaalscore is alleen in algemene bewoording aangegeven. Hierdoor is het moeilijk om voor iedere cliënt en bij elk zorgprobleem de schaalscore eenduidig in te vullen. Bij het afnemen van een assessment in het BIS is het invullen van de score bij 'status signalen' verplicht en 'kennis' en 'gedrag' optioneel, doch wel zeer aan te bevelen, omdat deze samen een meer compleet beeld van de situatie van de cliënt geven. In het kader van dit onderzoek richten de onderzoekers de aandacht alleen op de verplichte score: 'status signalen'.

1.2 Probleemstelling

Probleemomschrijving

Om inzicht te kunnen geven in de kwaliteit van de geleverde zorg wordt, door de verpleegkundigen van Buurtzorg, de ernst van een probleem weergegeven in een schaalscore in het Buurtzorg Informatie Systeem (BIS).

De schaalscores die zowel bij de probleemvaststelling als bij de evaluaties daarvan vastgelegd worden, kunnen verschillend geïnterpreteerd worden. Hierdoor is bij de evaluatie van het probleem de voortgang niet betrouwbaar te beoordelen.

Voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg, is een goede evaluatie van de geleverde zorg onontbeerlijk.

Doelstelling

Aan het einde van het onderzoek is er een rapport met aanbevelingen aan Buurtzorg Nederland over het op eenduidige wijze vastleggen van de schaalscores in het BIS, zodat de kwaliteit van zorg verantwoord kan worden.

Hoofdvraag

Welke mogelijkheden zijn er voor verpleegkundigen van Buurtzorg om de schaalscore in het BIS op eenduidige wijze vast te leggen, zodat de kwaliteit van zorg verantwoord kan worden?

Deelvragen

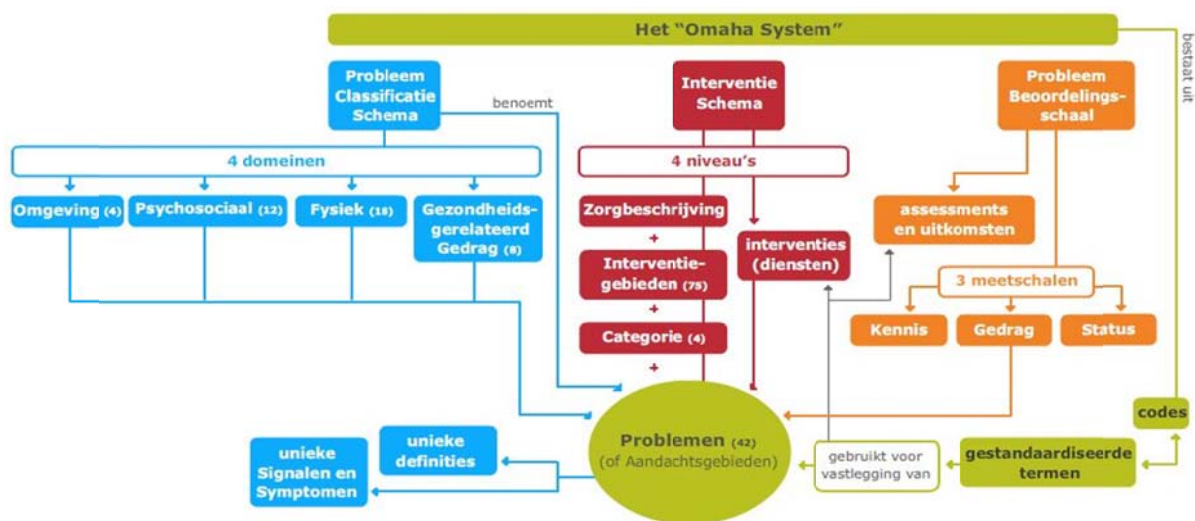
1. Wat zeggen de schaalscores over de kwaliteit van zorg?
2. Welke bijdrage levert het eenduidig invullen van de schaalscore aan de kwaliteit van zorg?
3. Welke schaalscores worden op dit moment door verpleegkundigen van Buurtzorg gegeven aan zorgproblemen in het BIS?
4. Hoe komen verpleegkundigen van Buurtzorg tot de ingevulde schaalscore bij een zorgprobleem?
5. Wat geven de verpleegkundigen binnen Buurtzorg aan nodig te hebben om de schaalscore eenduidig in te vullen?

De eerste twee deelvragen worden middels literatuuronderzoek beantwoord, de overige vragen door middel van praktijkonderzoek.

1.3 Begripsafbakening

Buurtzorg Informatie Systeem (BIS): Een hulpmiddel dat ingezet wordt binnen Buurtzorg om het verlenen van cliënt gerichte zorg te vergemakkelijken. Door het gebruik van dit systeem komen veel verschillende informatie bronnen op een praktische manier samen in een elektronisch cliëntdossier.

Omaha system: Een classificatiesysteem dat is ontwikkeld in de Verenigde Staten. In dit systeem kunnen de vraag (het probleem) van de cliënt, de acties die daaruit voortkomen en de (gewenste) resultaten worden vastgelegd (zie afbeelding 1). Het Omaha System helpt de zorgverleners doelgerichter te werken. De gegevens die het systeem oplevert, geven inzicht in hoe verpleegkundigen cliënten het beste kunnen helpen. Het is een standaard die ondersteunt bij resultaatgericht werken en het zorgt voor een taal tussen zorg- en welzijnsprofessionals (Nies, 2014).



Afbeelding 2: Het Omaha system (Buurtzorg, 2012).

Schaalscore: Een steeds terugkerend (evaluatie-)schema waarin de voortgang van de gezondheid gerelateerde problemen van de cliënt te meten is en in beeld te brengen (Martin, 2009). De schaalscore is onder verdeeld in drie gebieden: 'status signalen', 'kennis' en 'gedrag'. Per gebied kan aan de hand van een 5-puntsbeoordelingsschaal (Likertschaal) een keuze gemaakt worden (zie afbeelding 2). Deze schaal wordt ook wel Omaha System Schaalscore (Omaha System Support, 2014) of cliëntuitkomsten (Pool & Mast, 2011) genoemd.



Afbeelding 3: Schaalscore (Buurtzorg, 2015).

Verpleegkundigen: In dit onderzoek wordt met de verpleegkundigen zowel de hbo- en mbo-verpleegkundigen als de wijkziekenverzorgenden die assessments invullen, bedoeld. In bijlage 1 is de volledige begrippenlijst te lezen.

2. Methode

In dit hoofdstuk staat beschreven op welke wijze er antwoord op de onderzoeksvraag wordt verkregen. Hierbij is er gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek.

2.1 Literatuuronderzoek

In de literatuurstudie werd antwoord gezocht op de volgende deelvragen: *“Wat zeggen de schaalscores over de kwaliteit van zorg?”* en *“Welke bijdrage levert het eenduidig invullen van de schaalscore aan de kwaliteit van zorg”*.

Voor het literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen met goede betrouwbaarheid:

- De Rijksoverheid
- De officiële Omaha System website
- Google Scholar
- Hbo Kennisbank
- PubMed
- Springer

In hoofdstuk 3 is de literatuur uitgewerkt.

2.2 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Bij kwantitatief onderzoek kon in korte tijd veel informatie verzameld worden die makkelijk cijfermatig verwerkt en zichtbaar gemaakt kon worden. Omdat bij kwantitatief verzamelde data weinig ruimte was voor de eigen inbreng van respondenten, werd er ook gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Hierbij konden zowel de inbreng als de achtergrond van de keuze van de respondenten worden gemeten.

2.3 Onderzoekspopulatie en steekproef

2.3.1 Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek beperkte zich tot de Buurtzorgteams van Amersfoort-Schothorst, Blaricum/Eemnes/Laren, Heemstede en Scherpenzeel/Renswoude. Er werd gekozen voor deze afbakening, omdat de vier leden van deze onderzoeksgroep hier werkzaam zijn.

2.3.2 Steekproef

Er werd gekozen voor een selecte steekproef. De keuze om het onderzoek af te bakenen werd gemaakt om in een kort tijdsbestek de reacties te kunnen ontvangen en te verwerken.

Uit elk van de vier genoemde Buurtzorgteams, werd een selectie gemaakt van drie verpleegkundigen die de assessments invulden, gelijk verdeeld over mbo- en hbo-verpleegkundigen en wijkzikenverzorgenden. Dit was een afspiegeling van de samenstelling van de teams bij Buurtzorg. Wanneer er meer dan drie verpleegkundigen in een team werkzaam waren, werd gekozen voor de verpleegkundigen met de meeste contracturen. Al de geselecteerde verpleegkundigen waren enthousiast om deel te nemen aan het praktijkonderzoek. Tijdens het praktijkonderzoek zijn de geselecteerde verpleegkundigen respondenten genoemd, omdat deze verpleegkundigen daadwerkelijk deelnamen aan dit onderzoek.

2.4 Dataverzamelmethode en -analyse

2.4.1 Dataverzamelmethode

De data werd op drie manieren verzameld uit de selecte steekproef:

- Dossieronderzoek: Kwantitatieve data door middel van dossieronderzoek van het Buurtzorg Informatie Systeem (BIS). In het totaal werden van 96 zorgproblemen de schaalscore van de 'signalen' verzameld.
- Een enquête: Kwantitatieve data door middel van (grotendeels) gesloten vragen afgenomen bij de twaalf geselecteerde respondenten.
- Een één-op-één interview: Een half-gestructureerd interview aan de hand van topics. Het interview werd met drie leden van de betrokken teams gehouden. Het interview vond plaats na afloop van de enquêtes. Met dit interview werden ervaren problemen vanuit de praktijk in kaart gebracht. Het totaal aantal interviews was twaalf.

Voor dossieronderzoek werd gekozen om een beeld te krijgen hoe de 'status van de signalen' in de praktijk gescoord werden bij verschillende cliënten met dezelfde zorgproblemen (persoonlijke verzorging en huid/circulatie/medicatie). Er werd alleen gekeken naar de schaalscore bij de 'status van de signalen', omdat dit een verplichte score in het assessment is. De schaalscores van 'gedrag' en 'kennis' waren optioneel en werden in dit dossieronderzoek niet meegenomen. Tegelijkertijd werd er gekeken of er door verpleegkundigen alternatieven werden gebruikt, om de schaalscore toe te lichten. Door van elke respondent uit de selecte steekproef in vier assessments de twee aangegeven zorgproblemen te scoren ontstond het aantal van 96 zorgproblemen. In bijlage 2 zijn de vragen van het dossieronderzoek te zien.

Met de enquête werd door middel van gesloten vragen informatie verzameld over de kennis en het gebruik van de schaalscores in het BIS. De enquête bestond uit negentien gesloten vragen en bij een aantal vragen werd om extra verduidelijking gevraagd (zie bijlage 3). De enquête werd zo objectief en neutraal mogelijk opgesteld en gebaseerd op de literatuurstudie. Vanuit de literatuur is gebleken dat de cliënt betrokken dient te worden bij de schaalscore. Tevens is gebleken dat het eenduidig invullen van de schaalscore van belang is om de kwaliteit te verantwoorden. Om deze reden is er gevraagd wie er bij het invullen van de schaalscore wordt betrokken, welke informatie er wordt toegevoegd ter verduidelijking van de score, welke afspraken in het team gemaakt zijn en wat goed werkt en wat nog gemist wordt om de schaalscore eenduidig in te kunnen vullen.

De vragen van het dossieronderzoek en de enquête zijn beschreven in een online enquête programma, zodat alle gegevens makkelijk ingevoerd konden worden.

Met het één-op-één interview werd naar de motivatie gevraagd bij de keuze van schaalscores in het assessment en de daarbij mogelijk gebruikte alternatieven ter verduidelijking van de schaalscore. Het interview werd gehouden aan de hand van twee stellingen en een open vraag. Er werd doorgevraagd aan de hand van de topiclijst. Deze zijn in bijlage 4 te zien.

2.4.2 Data-analyse

Wanneer op een kwantitatieve methode data verzameld wordt, verzamelt de onderzoeker numerieke gegevens, welke ingevoerd worden in een gegevensbestand. Bij een kwantitatieve analyse worden deze data geanalyseerd en weergegeven in tabellen en grafieken (Verhoeven, 2011).

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van het computerprogramma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Hiermee werd de verkregen data van de respondenten overzichtelijk verwerkt, geanalyseerd en overzichtelijk in tabellen en grafieken weergegeven.

Nadat de enquête definitief gemaakt was, werd er in SPSS een codeboek aangemaakt, zodat de data uit de ingevulde enquêtes direct verwerkt kon worden in SPSS.

Als eerste werden de uitkomsten van de 96 schaalscores per probleemgebied verzameld met daarbij de mogelijk gebruikte alternatieven ter verduidelijking van de schaalscore. Ten tweede werden de gegevens van de enquête verzameld. Nadat al deze gegevens verzameld waren, werden deze automatisch in een document weergegeven.

Al de verzamelde kwantitatieve data is daarna nogmaals gecontroleerd en met behulp van het codeboek in het programma SPSS ingevuld en voor gebruikmaking als nominale variabelen in SPSS beschikbaar gemaakt. De verzamelde data werd expliciet losgekoppeld van cliëntgegevens en anoniem verwerkt. De data is per vraag overzichtelijk weergegeven en vanuit deze ingevulde gegevens zijn de resultaten van het dossieronderzoek en de enquête beschreven in hoofdstuk vier.

In het kwalitatieve gedeelte is specifiek gezocht naar de ervaringen en belevingen van de verpleegkundigen rond het gebruik van de schaalscore. Er is door de onderzoekers gekozen voor een half-gestructureerd tweegesprek aan de hand van een vooraf onderling afgesproken topic-lijst.

De interviews zijn volledig uitgeschreven, de antwoorden zijn voorzien van regelnummering en aan de hand van een codetabel gecodeerd op zinnen en fragmenten. De codetabel staat in bijlage 5. Elke onderzoeker heeft hierbij zijn eigen label gekregen: onderzoeker 1 tot en met onderzoeker 4 (X1 tot en met X4). De interviews van de respondenten zijn geanonimiseerd door deze te voorzien van het label 'respondent 1 tot en met respondent 12'. Hierna is door een tweede onderzoeker een onafhankelijke codering gemaakt wederom op zinnen en fragmenten, waarna een definitieve keuze voor de codering is gemaakt, de peer consultation (Baarda, De Goede en Teunissen, 2005). De uitgewerkte codetabel is te lezen in bijlage 6.

Om verwerking en analyse mogelijk te maken zijn de topics op te delen in drie groepen. Ten eerste de beleving over de kennis van de respondenten, vervolgens het gedrag van de respondenten en als laatste de oplossingen die de respondenten zelf aandragen voor de vraagstukken over eigen kennis en gedrag. Hierna zijn de drie labels afzonderlijk verder gecodeerd. De beleving over kennis is naar voren gebracht in de begrippen eenduidigheid, twijfel, probleem en verantwoording. Het gedrag is gevonden in begrippen als beweegredenen, cliënt betrekken en evalueren. De oplossingen zijn gevonden in de mogelijkheden die de respondenten aangeven. Voor een verdere uitwerking is gekozen om in de interviews te zoeken naar een onderverdeling van de begrippen 'kennis' en 'gedrag'. Voor de exacte verdeling kan de codetabel uit de bijlage geraadpleegd worden. Uiteindelijk zijn de topics gecodeerd op positieve en negatieve beleving van de respondenten.

Na het coderen zijn de zinnen en fragmenten in een coderingstabel verzameld voor verdere verwerking onder vermelding van een unieke codering.

2.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Om tot de beste kwaliteit van de resultaten te komen, dienen de validiteit en betrouwbaarheid gewaarborgd te zijn.

2.5.1 Validiteit

Validiteit is de mate waarin onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2011). Bij een onderzoek dat interne valide is, worden de juiste verbanden gelegd en kunnen de juiste conclusies worden getrokken. Is er gemeten wat er gemeten moet worden en zijn er geen systematische fouten gemaakt. Bij de interne validiteit wordt er gekeken naar de geldigheid (methode) van het resultaat voor de onderzochte personen en bij de externe validiteit wordt gekeken hoever de resultaten van

het onderzoek toepasbaar zijn op personen die niet aan het onderzoek deelnemen (Bakker & Buuren, 2014).

Om de validiteit te verhogen werden de volgende punten aangehouden:

Interne validiteit:

- De uitkomsten van het literatuuronderzoek werden verwerkt in de enquêtevragen;
- De onderzoeksvragen werden zo objectief en neutraal mogelijk opgesteld;
- Er werd een proef-enquête gehouden onder vier onafhankelijke verpleegkundigen, die niet deelnamen aan het daadwerkelijke onderzoek;
- Tijdens de proef-enquête werd de vragenlijst door de onafhankelijke verpleegkundigen gecontroleerd op fouten en onduidelijkheden;
- Tevens werd er met de proef-enquête getest of de vragen zo geformuleerd waren dat er gemeten werd wat er gemeten moest worden;
- De enquête werd op een aantal punten aangepast, zoals de zinsbouw; aantal keuzemogelijkheden per antwoord; naast ja en nee ook soms als antwoord toegevoegd;
- Na het goedkeuren van de proef-enquête werd deze verder niet meer aangepast;
- Bij het dossieronderzoek is door de onderzoekers gebruik gemaakt van dezelfde vragen en de respondenten hebben bij de enquête ook allemaal dezelfde vragen voorgelegd gekregen;
- Eén assessment werd uitgesloten van onderzoek, omdat deze niet door de respondent zelf was ingevuld en er geen ander dossier beschikbaar was;
- De overige assessments waren daadwerkelijk door de respondenten zelf ingevuld;
- Voor het verwerken van de één-op- één interviews werd een topiclijst gebruikt en werd een codetabel gemaakt om structuur aan te brengen;
- De begripsvaliditeit werd gewaarborgd door een duidelijke omschrijving te geven van de begrippen in het onderzoek om zo eventuele misvattingen te voorkomen;
- De onderzoekers werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek.

Externe validiteit:

- De respondenten werden uit vier verschillende teams geselecteerd, hiermee werd geprobeerd een meer realistisch beeld te verkrijgen over hoe er in verschillende teams binnen Buurtzorg Nederland gewerkt wordt.
- De respondenten hadden verschillende opleidingsniveaus: hbo-, mbo-verpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden. Dit is gedaan om een realistischer beeld te krijgen van de populatie binnen Buurtzorg Nederland.

2.5.2 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de mate waarin onderzoek vrij is van toevallige fouten (Verhoeven, 2011). Bij betrouwbaarheid staat de vraag centraal of bij herhaling de resultaten hetzelfde zouden zijn (Bakker & Buuren, 2014).

Om de betrouwbaarheid te verhogen, werd gebruik gemaakt van de volgende punten:

- Tijdens het onderzoek werd gebruik gemaakt van een onderzoekslogboek waar al de onderzoekshandelingen en leermomenten in opgenomen werden;
- Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve analyse;
- Er werden twaalf verschillende respondenten benaderd en 96 verschillende schaalscores beoordeeld;
- Tijdens de analyse van de schaalscore werd per respondent de score van vier cliënten met twee dezelfde probleem gebieden gemeten, namelijk: persoonlijke verzorging en huid/circulatie/medicatie;

- In de schaalscore werd alleen de score van de ‘status van de signalen’ onderzocht om zo de eventuele missing value van de optionele scores van ‘gedrag’ en ‘kennis’ buiten beschouwing te laten;
- De resultaten van de enquête werden door twee personen in SPSS verwerkt om eventuele fouten te voorkomen;
- De gegevens, verwerkt in SPSS, konden door middel van steekproeven gecontroleerd worden of de data juist verwerkt is;
- De gegevens, verwerkt in SPSS, kunnen op een later tijdstip gecontroleerd of hergebruikt worden;
- In SPSS werd rekening gehouden met de missing value, zodat bij de resultaten, missende antwoorden niet worden meegerekend;
- Om de betrouwbaarheid te verhogen werden, na het invullen van de antwoorden in SPSS, de resultaten nogmaals door een collega-onderzoeker nagekeken;
- Tevens werd er gebruik gemaakt van peer-examination door het verwerken van de feedback van verschillende docenten;
- Het ruwe materiaal is gedurende het onderzoek bewaard voor ‘her-analyse’.

2.6 Ethische overweging

De gegevens die tijdens het onderzoek werden verkregen, zijn geanonimiseerd weergegeven. Dit is gedaan volgens “de Wet bescherming persoonsgegevens”, zodat de privacy van de onderzoeksgroep gewaarborgd was. De uitkomsten mogen voor de onderzoeksgroep geen nadelig effect hebben (Baarda, De Goede en Teunissen, 2005). Ook de verkregen antwoorden van de enquête zijn vertrouwelijk en anoniem verwerkt, evenals bij de presentatie van de resultaten was de anonimiteit gewaarborgd en werd er vertrouwelijk omgegaan met de gegevens zoals namen, teams en e-mailadressen (Jansen, 1998).

De onderzoeksgroep werd in begrijpelijke taal geïnformeerd over het doel van het onderzoek en werkte hier op vrijwillige basis aan mee. De verkregen gegevens zijn na afloop van het onderzoek vernietigd (Bakker en Buuren, 2014).

Bij het voorbereiden en het uitvoeren van het gehele onderzoek werden de vijf gedragsregels van de “gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo” volgens Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters en Peij (2010) in acht genomen. Deze gedragsregels hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het bevorderen van de kwaliteit van het onderzoek, door op verantwoorde wijze te handelen gedurende het gehele onderzoek. De gedragsregels zijn als volgt in dit onderzoek geïntegreerd. De eerste gaat over het dienen van het maatschappelijk belang. In dit onderzoek gaat het over het verantwoorden van de geleverde zorg, zodat derden kunnen inzien of er voldaan wordt aan de eisen van kwaliteit van zorg. De tweede, het respectvol omgaan met de gegevens, is in dit onderzoek gedaan door de gegevens te anonimiseren en het vertrouwelijk omgaan met de gegevens door deze na afloop van het onderzoek te vernietigen. Als derde is zorgvuldigheid gewaarborgd door alle gegevens te hebben opgeslagen en te hebben beveiligd, zodanig dat derden geen toegang kunnen krijgen. Maar ook door het gebruik van een enquêteprogramma van betrouwbare afkomst, met goede veiligheidsmaatregelen. Vervolgens door integer te hebben gekeken naar de resultaten en er als onderzoekers geen voordeel uit te halen en door de gegevens na afloop van het onderzoek ter beschikking te stellen aan de teams om verder op te pakken. Als laatste is elke keuze voor een onderzoek en de manier waarop hierna met de verzamelde gegevens werd omgegaan, gedaan vanuit de mogelijkheid om hier volle verantwoording over te kunnen afleggen. Alle besluiten die zijn genomen binnen dit onderzoek, hebben plaatsgevonden in overleg met alle onderzoekers.

3. Literatuuronderzoek

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden zijn er deelvragen geformuleerd. De deelvragen die door deze literatuurstudie beantwoord worden, zijn: *‘Wat zeggen de schaalscores over de kwaliteit van zorg?’* en *‘Welke bijdrage levert het eenduidig invullen van de schaalscore aan de kwaliteit van zorg?’*

Om tot een goede beantwoording van deze vragen te komen, moet eerst duidelijk gemaakt worden wat kwaliteit van zorg is en hoe hier op verschillende niveaus toezicht op gehouden wordt. Hoe er aan de kwaliteit van zorg gewerkt wordt binnen Buurtzorg en daarnaast ook op welke manieren de schaalscores worden ingevuld.

Voor het literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van de volgende bronnen met goede betrouwbaarheid: De Rijksoverheid; De officiële Omaha System website; Google Scholar; Hbo Kennisbank; PubMed; Springer. Er werden geen onderzoeken gevonden die aan alle zoekcriteria samen voldeden, via Google Scholar werden 15 onderzoeken gevonden, via Hbo Kennisbank 7, via PubMed 27 en via Springer 10. Via de officiële Omaha System website werd informatie verkregen. Bruikbare onderzoeken werden uiteindelijk ook met vrije zoekopdrachten verkregen of vanuit verwijzingen uit andere onderzoeken. Zie het overzicht in bijlage 7 voor de gebruikte zoektermen en het logboek literatuurstudie.

3.1 Kwaliteit van zorg

Zoals in de inleiding beschreven is, wordt in Nederland op verschillende manieren en niveaus toezicht gehouden op de kwaliteit die door de zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaren wordt geleverd. Op macroniveau gaat dit om landelijke wet- en regelgeving en op mesoniveau gaat dit om gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Voor het meten van de kwaliteit van zorg kan gebruik worden gemaakt van de basissets, zorginhoudelijke indicatoren voor specifieke onderdelen van zorginstellingen. Voor de verpleging, verzorging en zorg thuis (VVT), gaat het daarbij om indicatoren zoals zorgveiligheid, handhygiëne, vrijheidsbeperking, vallen, medicijnincidenten en probleemgedrag (IGZ, n.d.).

Voor het meten van de kwaliteit van zorg kan ook vanuit andere domeinen en perspectieven worden gekeken, die meer aansluit bij de cliënt en cliëntsituatie, zoals onder andere: effectiviteit, vraaggerichtheid en efficiëntie (RIVM, 2014). Zo kan kwaliteit van zorg door verpleegkundigen ook inzichtelijk en meetbaar worden gemaakt door het gebruik van een classificatiesysteem. Door het ordenen en definiëren van gegevens die vormgeven aan het zorgproces wordt de eenheid van taal bevorderd (Kieft, 2015).

Buurtzorg werkt zowel op mesoniveau als op microniveau aan de kwaliteit van zorg.

Op mesoniveau, omdat Buurtzorg Nederland een landelijke zorgaanbieder voor verpleging en verzorging thuis is, die in 2007 opgericht is door Jos de Blok (Lans, v.d., 2013). Op dit moment telt Buurtzorg ruim 800 teams en 9000 medewerkers.

Voor de kwaliteitscontrole heeft Buurtzorg in 2007 gewerkt met het proces voor HKZ Certificering, dit bleek echter veel papierwerk, wat de aandacht afleidde van de zorg. Nu werkt Buurtzorg met een kwaliteitssysteem (ISO gecertificeerd). ISO 9001 is een kwaliteitsmanagementsysteem van een organisatie. Het legt de nadruk op klanttevredenheid en de daaruit voortkomende kwaliteitszorg en continue verbetering. In eenvoudige bewoording: ‘zeg wat je doet, doe wat je zegt, bewijs het’ (ISO 9001, 2014). Dit past goed bij ‘het merk’, dat wil zeggen de werkwijze van Buurtzorg.

Buurtzorg Nederland heeft met ondersteuning van KIWA het zogenaamde Buurtzorg DNA (De Nieuwe Aanpak) ontwikkeld. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden worden hiermee ondersteund bij het signaleren van problemen, het kiezen van interventies en het volgen van resultaten daarvan, het systeem kan hierdoor ook gebruikt worden voor onderzoek naar de

effectiviteit van zorg. Het Buurtzorg DNA en de toepassing daarvan voldoet aan de eisen vanuit ISO 9001:2008 (BuurtZorg Nederland, 2015).

Op microniveau, omdat Buurtzorg Nederland werkt met zelfsturende teams die worden ondersteund door een regiocoach, het (Buurtzorg)web en de backoffice. (BuurtZorg Nederland, 2015). De teams bestaan uit 8 tot 12 personen, die samen verantwoordelijk zijn voor de zorg in een dorp, stad of wijk. Ook de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit ligt bij de zelfsturende teams: reflexieve kwaliteit, waarbij steeds gekeken wordt naar de resultaten van het handelen en hoe dit verbeterd kan worden. Hiervoor wordt het digitale classificatiesysteem gebruikt, het Omaha System (BuurtZorg Nederland, 2015). In het Omaha System wordt er gebruik gemaakt van de PDCA-cyclus om de zorg zo doeltreffend mogelijk te maken. De cliëntgerichtheid en de afstemming worden besproken in relatie tot de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) (Rijksoverheid, 2013) als onderdeel van Burgerlijk Wetboek Boek 7.

3.2 Het Omaha System en Buurtzorg

Als kwaliteitsstandaard wordt het Omaha System classificatiesysteem uit de USA gebruikt. Het bevat gebruikers tips, documentatie methoden en een raamwerk om informatie op te slaan op basis van 'unified language', eenduidig taalgebruik (Nandran, 2015). Ook in de User's Guide van The Omaha System, wordt aangegeven dat er ter ondersteuning gebruik gemaakt kan worden van de guide, zodat ook verpleegkundigen in opleiding of verpleegkundigen die nog niet gewend zijn om met het Omaha System te werken, eenduidig met het systeem kunnen werken (Martin, 2005/2009). Daarnaast wordt vermeld dat er voor een duidelijke interpretatie ook ter verduidelijking gebruik gemaakt kan worden van de vrije tekst bij de schaalscores (Monsen et al., 2011).

Het Omaha System is een allesomvattend ICT systeem waar de situatie van de cliënt en de zorg die de cliënten ontvangen, gebundeld wordt en de kwaliteit van geleverde zorg mee geëvalueerd kan worden (Nandran, 2015). Ook kan door het eenduidig gebruik van het systeem, gekeken worden wat voor een grotere groep cliënten, het effect is van bepaalde handelingen en interventies (Nandran, 2015) (In voor Zorg, 2013). Het Omaha system is opgebouwd rond 42 unieke gebieden verdeeld over 4 domeinen met ieder een set unieke signalen en symptomen waarmee het gebied aangegeven kan worden en of er sprake is van tekorten of beperkingen, maakt dat de cliëntbehoeften door verschillende gezondheidsmedewerkers op een vrije unanieme manier ingevuld kunnen worden (Koster, Harmsen, 2015). Met het BIS ICT systeem kan een goede planning van de zorg worden gemaakt, vernieuwingen en oplossingen worden gepresenteerd en kunnen verpleegkundigen ervaringen delen. Kennis wordt gedeeld en verspreid met e-learning modules (Nandran, 2015).

Omaha System past goed bij de Buurtzorgvisie, omdat het op een holistische manier tegen de mens en zijn gezondheid aankijkt, multidisciplinair ingezet kan worden, begrijpelijk taalgebruik heeft, op basis van beperkte data invoer werkt, eenvoudig kan worden geautomatiseerd en is gevalideerd. Daarnaast zijn factoren geïntegreerd: het geeft ondersteuning bij het maken van keuzes, die alle zorgvragen van de cliënt omvatten, en met interventie voorstellen komt op basis van best-practices en evidence based practice (Nandran, 2015). Teveel standaardiseren is tegen de principes van Buurtzorg. Wel is het systeem heel gebruiksvriendelijk gemaakt, zodat er vlot mee gewerkt kan worden en er zo veel tijd overblijft voor de zorgactiviteiten, de core business van de Buurtzorgmedewerkers (Nandran, 2015).

3.3 Het Assessment en het zorgplan in het Omaha System

Het Omaha System is een goed en bruikbaar classificatiesysteem voor het documenteren van zorg voor de cliënt thuis, vanaf het moment dat de zorg start tot het moment dat de zorg afgesloten

wordt. Het systeem is opgebouwd in drie hoofdonderdelen: een assessment met probleem classificatie, een overzicht van interventies die het best bij het probleem van die cliënt passen en een evaluatiegedeelte (Nandran, 2015). Dit laatste onderdeel wordt ook wel de 'problem rating scale' of schaalscore genoemd, waarmee de doelmatigheid van de zorg gemonitord kan worden doordat zowel de cliënt als de zorgverlener scoort op de onderdelen 'status signalen', 'kennis' en 'gedrag' (Ede, van, 2015).

Het in kaart brengen van de zorgvraag bij aanvang van de zorg, bij de evaluatie en bij verandering van de zorgvraag- en situatie, is een belangrijk onderdeel van het Omaha System. Het assessment is niet een los document, maar een in het zorgplan geïntegreerd systeem. Zonder assessment kun je geen zorgplan maken, en met een goed zorgplan is een nieuw assessment (zowel een periodiek assessment bij evaluatie van de zorg als bij een veranderende zorgvraag) een eenvoudig middel om de zorg in kaart te brengen en te verantwoorden (Nandran, 2015). Het kan dan verantwoord worden aan derden, zoals de cliënt en het cliëntsysteem, de medebehandelaars en aan de financiers van de zorg, in de meeste gevallen de zorgverzekeraars, die per 1 januari 2015 toezicht op de kwaliteit van de zorg hebben gekregen (ZN, 2015).

De ziektekostenverzekeraar kan verantwoording vragen over de hoeveelheid zorg die geleverd wordt. De ziektekostenverzekeraar kijkt hiervoor of het assessment ingevuld is op een manier die past bij de cliënt- en gezondheidssituatie. De ziektekostenverzekeraars eisen dat er gewerkt wordt met een zorgplan, welke steekproefsgewijs kunnen worden ingezien om te kijken of de kwaliteit van zorg gewaarborgd is en er voldoende aandacht is voor het behoud en vergroten van de zelfredzaamheid en participatie (ZN, 2015). Wanneer de ziektekostenverzekering een controle uit wil voeren, krijgt het team twee weken van te voren bericht. De controle wordt op een klein aantal assessments gedaan. Het gaat in eerste instantie om het assessment en de urenverantwoording. Daarna wordt het zorgplan bekeken, het idee, de visie, het doel en ook de evaluaties. De controle wordt door een BIG geregistreerde arts of verpleegkundige gedaan. (Berends, 2015a) (Berends, 2015b).

3.4 Het meten van de kwaliteit van zorg

Zoals in de inleiding te lezen was, wordt de kwaliteit van zorg op verschillende manieren en op verschillende niveaus gemeten. De indicatoren voor de VVT, zoals zorgveiligheid, handhygiëne, vrijheidsbeperking, vallen, medicijnincidenten en probleemgedrag (IGZ, n.d.) geven wel een beeld van een organisatie, maar niet speciaal over de kwaliteit van de verpleegkundige zorg (Goodwin, 2013). In organisaties met magneetkenmerken, hebben verpleegkundigen een grotere rol en zeggen schap, is er ruimte voor 'informeel leiderschap' en komen verbeteringen in het zorgproces van onderop tot stand: 'lessen leren uit de praktijk'. Zowel de kwaliteit van de zorg, de cliënttevredenheid en de tevredenheid van verpleegkundigen is hoger in organisaties met magneetkenmerken (Goodwin, 2013).

In het Omaha System kan wel voor grotere groepen vergeleken worden wat de effectiviteit van interventies zijn, maar dit zegt weinig over het effect op cliëntniveau. Uit onderzoek blijkt dat wanneer je grote hoeveelheden data vergelijkt die in het Omaha System ingevoerd zijn voor vaak voorkomende problemen, de uitkomsten allemaal dicht bij elkaar liggen. Wanneer er echter naar minder vaak voorkomende problemen wordt gekeken, lopen de uitkomsten verder uit elkaar. Ook wanneer de cliëntenpopulatie erg verschillend is, zijn de uitkomsten moeilijker met elkaar te vergelijken (Johnson, McMorris, Raynor, Monsen, 2013).

Bij alle evaluatiemomenten in het zorgproces wordt gekeken naar de kwaliteit van de zorg en de effectiviteit van de interventies op cliëntniveau. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de 'problem rating scale', de schaalscore per gebied. Deze scores zijn gebaseerd op vijf numerieke keuzes behorende bij de drie Likert-schalen, de scores verbeelden de meest negatieve en de meest positieve staat van een gebied en doen dat in relatie tot 'kennis', 'gedrag' en 'status'.

De schaal is unipolair, dat wil zeggen dat het één probleem betreft. De schaal is lineair en inclusief, de afstand tussen de mogelijkheden is ongeveer het zelfde en bevat het hele continuüm van mogelijkheden (SurveyMonkey, n.d.). Er wordt gebruik gemaakt van een 5-punts Likertschaal; want uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat een 7- of een 10-punts Likertschaal geen toegevoegde waarde heeft (Goodwin, 2013) (Omahasysteem, n.d.).

De zorgverleners baseren deze scores op basis van cliëntinformatie, dus niet op eigen waarden en vooroordelen (Koster, Harmsen, 2015). Wanneer een duidelijk en eenduidig beeld van 'kennis', 'gedrag' en 'status signalen' verkregen moet worden, is het niet voldoende om de schaalscore in te vullen, maar zijn ook gestructureerde gegevens uit de User's Guide nodig of moet gebruikt worden van vrije tekst ter verduidelijking van de schaalscores (Monsen et al., 2011).

Om tot een goede vergelijking van de uitkomsten te komen moet de kwaliteit van het systeem voortdurend gevolgd worden, hiervoor is de PDCA cyclus helemaal verweven in het Omaha System. Daarnaast is de cliënt de constante factor in het hele systeem en kan de kwaliteit van zorg niet zonder de inbreng van de cliënt gemeten worden.

3.5 PDCA en het Omaha System:

Om de kwaliteit van zorg op een schematische wijze te waarborgen, verbeteren en aantoonbaar te maken, kan er gebruik gemaakt worden van een kwaliteitsmodel. Een voorbeeld van een kwaliteitsmodel is het Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA-cyclus), ontwikkeld door dr. William Edwards Deming. Dit model zorgt in vier stappen voor een continu proces van het verbeteren van kwaliteit:

- Plan: Verzamel en analyseer gegevens en maak een verbeterplan;
- Do: Uitvoeren van het verbeterplan;
- Check: Controleren en evalueren van de stap 'plan' en de uitvoering daarvan;
- Act: Bijsturen van het plan aan de hand van de resultaten bij de stap 'check' en formuleer eventuele nieuwe verbeterpunten uit de resultaten (Rubrech & Stuying de Lange, 2012).

De PDCA-cyclus komt in grote mate overeen met het verpleegkundig proces volgens het Omaha System (zie tabel 1). Aan de hand van het Omaha Systeem wordt continu gewerkt aan het verbeteren van de verpleegkundige zorg (Omaha, n.d.).

PDCA	Omaha System
Plan	-Verzamel en onderzoek gegevens. -Vaststellen aandachtsgebieden (problemen). -Meet stand van zaken per gebied, bij aanvang zorg. Beschrijf zowel de huidige als de streef score, zodat doelgericht gewerkt kan worden. -Maak een interventieplan en beschrijf de interventies per gebied.
Do	-Voer de interventies uit volgens plan.
Check	-Meet stand van zaken, tussentijds/einde zorg. -Evalueer op elk gebied (probleem).
Act	-Stel het zorgplan bij. -Formuleer eventuele nieuwe doelen uit de verkregen resultaten.



Tabel 1: PDCA in Omaha System.

Afbeelding 4: PDCA cyclus, continue verbetering en borging (Global Management Laboratory Vietnam, n.d.).

Een valkuil bij het doorlopen van het PDCA-cyclus is dat niet alle stappen op de juiste manier doorlopen worden en aan de stappen Check en Act niet toegekomen wordt. Hierdoor wordt het gewenste resultaat niet bereikt (Kerklaan, 2014). De fases Check en Act zijn van belang om terug te kijken op het uitgevoerde plan, hoe het plan tot stand gekomen is en het plan zo nodig aan te passen. In deze fases worden ook de goed werkende interventies vastgelegd en gekeken of er nog andere verbeterpunten zijn.

Om goede zorg te verlenen en de kwaliteit van zorg te verantwoorden en te verbeteren is het gewenst om, net als bij de PDCA-cyclus, alle stappen van het Omaha System te doorlopen (Martin, 2009). Uit onderzoek blijkt dat niet alle verpleegkundigen de stap evalueren uit het verpleegkundig proces uitvoeren (Francke, Speet & de Veer, 2003). Als deze stap niet doorlopen wordt, is de kwaliteit van zorg niet gewaarborgd en komt de gewenste verbetering niet altijd tot stand. Zonder een duidelijke toelichting op de huidige- en de streefwaarde (doel) van de schaa score kan er niet op de juiste wijze geëvalueerd worden. De waardes kunnen dan niet met elkaar vergeleken worden en bij het evalueren is het dan niet duidelijk of het doel behaald is en of de situatie van de cliënt voor- of achteruit is gegaan. Een ander belangrijk punt om een goede kwaliteit van zorg te verlenen is om de cliënt in alle fasen van het zorgproces te betrekken. In bijlage 8 is een stroomschema geplaatst ter verduidelijking van het PDCA-cyclus in het Omaha System.

3.6 De cliënt betrekken bij het gehele zorgproces.

De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is een wet die de rechten en plichten in de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager vastlegt. Indien een zorgvrager de hulp van een zorgverlener inschakelt is er sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Onder deze wet worden de volgende punten genoemd (Rijksoverheid, 2013);

- het recht op informatie door de hulpverlener;
- toestemming voor een medische behandeling;
- inzage in het medisch dossier;
- het recht op een tweede mening of second opinion;
- vertegenwoordiging van patiënten die niet zelf kunnen beslissen;
- recht op privacy.

Voor dit onderzoek is het eerst genoemde punt “het recht op informatie door de hulpverlener” van belang, omdat onder dat punt staat vermeld dat de cliënt, door middel van de verkregen informatie van de verpleegkundige, en de verpleegkundige samen beslissen over de zorgverlening.

Bij de regeling periodieke registratie Wet BIG wordt in artikel 6 benoemd welke kerncompetenties en kernvaardigheden voor het beroep van verpleegkundige gelden. Hierbij behoren het afnemen van een anamnese, onderkennen van dreigende of bestaande gezondheidsproblemen, opstellen van een verpleegplan, uitvoeren van de verpleegkundige zorg en het evalueren en vastleggen van verleende verpleegkundige zorg. Bij het laatst genoemde aspect is de verpleegkundige in staat om periodiek de effecten van de zorgverlening te evalueren en het behandelplan zo nodig bij te stellen zodat optimale resultaten bereikt kunnen worden (Rijksoverheid, 2015g).

Het is sinds 2008 wettelijk verplicht om samen met de cliënt het zorgplan te bespreken. De uitwerking hiervan is dat de cliënten meer inspraak hebben over de invulling van de geboden zorg. Verpleging en verzorging die wordt gegeven door de thuiszorg valt sinds 1 januari 2015 onder de Zorgverzekeringswet. In de Inkoopgids Wijkverpleging van Zorgverzekeraars Nederland wordt vermeld dat het werken met een zorgplan als kwaliteitseis wordt gesteld door zorgverzekeraars. Een zorgplan bevat afspraken tussen de cliënt en zorgverlener over de te leveren zorg en zelfmanagement. Hierbij wordt vanuit de behoeften, wensen en situatie van de cliënt gekeken en volgt er een gezamenlijke besluitvorming. Daarom stellen Zorgverzekeraars bij de zorginkoop eisen aan een zorgplan en volgen hiervoor onder andere de richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging' (Zorgleefplanwijzer, 2013). Zorgverzekeraars volgen naast deze richtlijn ook onderstaande uitgangspunten:

- De cliënt moet instemmen met het plan;
- De cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger dient het zorgplan te ondertekenen;
- De regie en zeggenschap over het zorgplan ligt bij de cliënt;
- De cliënt heeft te allen tijde inzage in het zorgplan;

- Zelfmanagement en eigen kracht zijn leidend bij het opstellen van de doelen in het zorgplan;
- Aard, omvang en beoogde duur van zorgverlening is altijd onderdeel van het zorgplan. Het zorgplan vermeldt daarnaast de prestaties;
- Er moet altijd een zorgplan worden geschreven, inhoud en omvang is afhankelijk van complexiteit zorgvraag;
- De evaluatie van het zorgplan is afhankelijk van de context, maar wordt in ieder geval bijgesteld indien meer dan 10% van de zorgvraag afwijkt;

In artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen is bepaald dat de zorgaanbieder de cliënt betreft bij de totstandkoming van en besluitvorming over het zorgplan. Hierdoor wordt de zorgverlening cliëntgericht wat zorgt voor een betere kwaliteit van zorg.

Zorgverleners en zorgvragers willen de zorg geven of ontvangen met een zo hoog mogelijke kwaliteit. Goede zorg betekent vooral zorg tot genezen of achteruitgang voorkomen. Maar goede zorg betekent ook voldoende informatie verstrekken aan de cliënt en de cliënt bij de zorgverlening en behandeling betrekken. Middels de beste inzichten voor de manier waarop en de keuze die de cliënt hierin heeft (Zorginstituut Nederland, n.d.).

Hoe aan kwalitatief goede zorg wordt gewerkt geeft het Kwaliteitsdocument (2013) aan. Hierbij gaat indicator 6.1 bijvoorbeeld over het hebben van inspraak over wat voor zorg er wordt gegeven.

Hierbij gaat het er niet om dat er een wet is die bepaald dat de cliënt verplicht is om het zorgplan te ondertekenen maar gaat het erom of de cliënt inspraak heeft en het zorgplan dus wordt besproken en de cliënt hiermee akkoord gaat.

Aan cliënten die zorg van Buurtzorg ontvangen, wordt gevraagd of deze een zorgleveringsovereenkomst willen ondertekenen. Hierin wordt verwezen naar de algemene voorwaarden die zijn opgesteld door Actiz, Branchebelang Thuiszorg Nederland, Consumentenbond, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en de LOC Zeggenschap in Zorg. In artikel 10 van dit document wordt genoemd dat de zorgaanbieder in samenspraak met de cliënt een zorgleefplan opstelt en dit binnen 6 weken na aanvang van de zorg aan de cliënt voorlegt, zodat de overeenkomst na instemming ondertekend kan worden door beide partijen. Vervolgens wordt onder artikel 12 van hetzelfde document vermeld dat het zorgplan minimaal een keer per jaar in samenspraak met de cliënt geëvalueerd en indien nodig bijgesteld dient te worden. Indien nodig of op verzoek van de cliënt kan er een tussentijdse evaluatie plaatsvinden. De evaluaties en de eventuele bijstellingen hiervan worden schriftelijk vastgelegd (Buurtzorg, 2015).

Conclusie literatuurstudie

Uit de literatuurstudie komt naar voren, dat de kwaliteit van zorg op verschillende manieren gemeten wordt. Het meten met de basissets Indicatoren (IGZ, n.d.) geeft maar ten dele een beeld van de daadwerkelijke kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Het gebruik van classificatiesystemen, zoals bijvoorbeeld het Omaha System, bevorderen de eenheid van taal door het ordenen en definiëren van gegevens, waardoor de effectiviteit van interventies voor bepaalde problemen beter gemeten kan worden en ook de kwaliteit van zorg op cliëntniveau beter vastgelegd en verantwoord kan worden.

Als tweede komt naar voren, dat uitkomsten die uit grote groepen verkregen worden weinig zeggen over de uitkomsten op individueel niveau. Er kan wel iets worden gezegd over de effectiviteit van interventies in het algemeen, maar niet voor een specifieke cliënt. Ten derde komt naar voren, dat het gebruik van schaalscores pas een duidelijk beeld geven en eenduidig geïnterpreteerd kunnen worden, wanneer er gebruik wordt gemaakt van gestructureerde gegevens, zoals de User's Guide van Omaha System of een verduidelijking van de schaalscores in een toegevoegde vrije tekst. En verder dat de kwaliteit van zorg verantwoord en verbeterd wordt door het cyclisch doorlopen van de PDCA cyclus en alleen als de cliënt in alle fasen van het zorgproces betrokken wordt.

4. Resultaten

In het hoofdstuk 'resultaten' worden de resultaten van het praktijkonderzoek beschreven. Het hoofdstuk is opgedeeld in de resultaten van het dossieronderzoek, de resultaten van de vragenlijst en de analyse van de interviews. Allereerst wordt er een overzicht gegeven van de onderzoekspopulatie. Vervolgens zullen de resultaten worden weergegeven, hierbij wordt bij enkele gebruik gemaakt van een grafiek. De resultaten zijn aan de hand van drie deelvragen beantwoord. Als eerste wordt er antwoord gegeven op deelvraag drie: *'Welke schaalscores worden op dit moment door verpleegkundigen van Buurtzorg gegeven aan zorgproblemen in het BIS?'* en vier: *'Hoe komen de verpleegkundige van Buurtzorg tot de ingevulde schaalscore bij een zorgprobleem?'* En ten tweede op deelvraag vijf: *'Wat geven de verpleegkundig binnen Buurtzorg aan nodig te hebben om de schaalscore eenduidig in te vullen?'*

Onderzoekspopulatie

Het dossieronderzoek van het Buurtzorg Informatie Systeem (BIS) vond plaats bij vier dossiers, ingevuld door elke respondent uit de selecte steekproef. Door in de vier assessments de twee aangegeven zorgproblemen te scoren zou er het aantal van zesennegentig zorgproblemen ontstaan. Echter is tijdens het dossieronderzoek gebleken dat een respondent één van de vier dossiers niet zelf heeft ingevuld en zijn er vervolgens vierennegentig zorgproblemen gescoord. Uiteindelijk worden de resultaten van zevenenveertig dossiers gepresenteerd. De enquêtes zijn ingevuld door de respondenten van de selecte steekproef en de interviews zijn bij dezelfde respondenten afgenomen. Dit wil zeggen dat twaalf respondenten hebben deelgenomen aan de enquête en aan het interview.

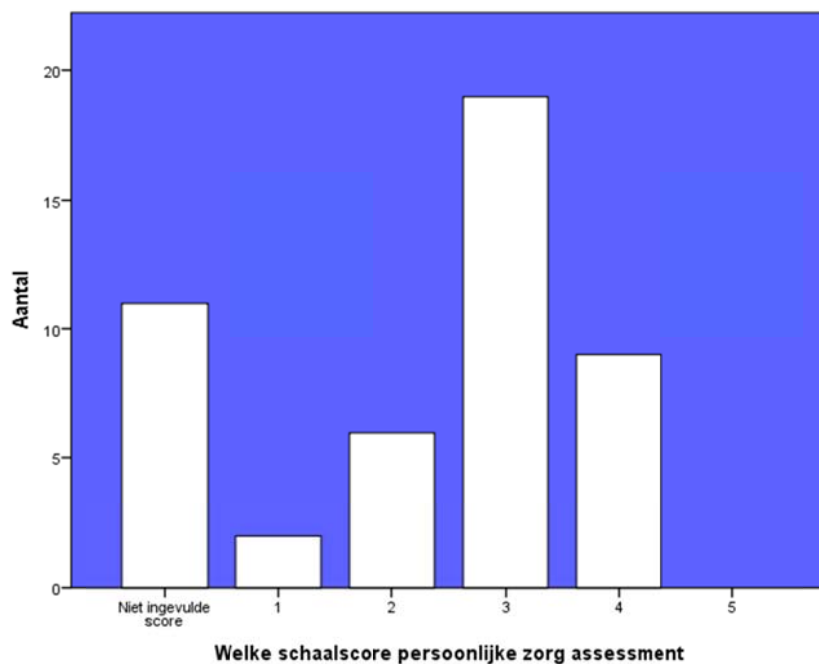
Demografische gegevens

Het dossieronderzoek heeft plaats gevonden bij assessments die zijn ingevuld door drie wijkverpleegkundigen, drie verpleegkundigen in de wijk en door drie wijkzakenverzorgenden. Deze twaalf respondenten hebben tevens de enquête ingevuld en is het interview afgenomen. Drie respondenten zijn werkzaam in het Buurtzorgteam Amersfoort-Schothorst, drie in Blaricum(dorp)/Eemnes/Laren, drie in Heemstede en drie in Scherpenzeel/Renswoude. Doordat bij het dossieronderzoek is gebleken dat er een assessment niet voldeed aan de gewenste criteria, is dit dossier verder niet gescoord. Dit dossier was niet door de respondent zelf ingevuld en er was geen ander dossier van deze respondent beschikbaar die aan de gewenste criteria voldeed.

4.1 Dossieronderzoek

Assessment: Probleemgebied 'persoonlijke zorg'

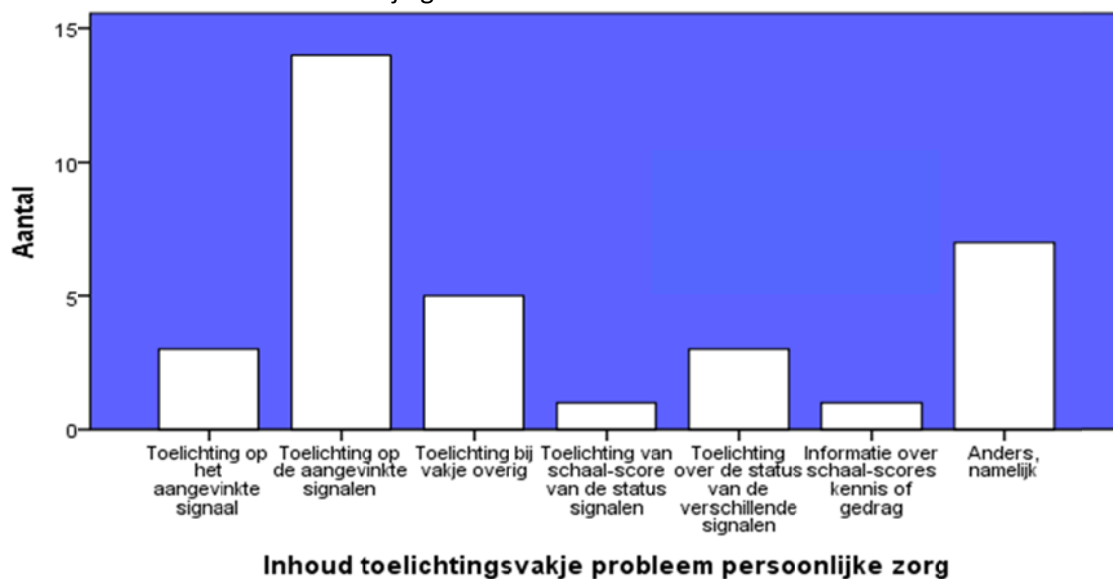
In het assessment is bij het gebied 'persoonlijke zorg' de schaalscore bij 'status signalen' zesendertig keer ingevuld en daarentegen is er elf keer geen schaalscore ingevoerd. Zoals in figuur 1 is te zien, is van de zesendertig ingevulde schaalscores bij het gebied 'persoonlijke zorg' er bij 'status signalen' tweemaal een één gescoord, zesmaal een twee, negentienmaal een drie, negenmaal een vier en een vijf is bij deze assessments niet gescoord.



Welke schaalscore persoonlijke zorg assessment
 Figuur 1: Schaalscore in het assessment bij probleem 'persoonlijke zorg'.

Uit het dossieronderzoek is gebleken dat bij de zevenenveertig problemen in ditzelfde gebied negen keer één signaal is aangevinkt, vijfendertig keer meerdere signalen en zes keer is het vakje 'overige' aangevinkt.

In de assessments is bij het gebied 'persoonlijke zorg' vijfentwintig keer geen gebruik gemaakt van het vakje toelichting en tweeëntwintig keer is hier wel een toelichting gegeven. De inhoud van dit toelichtingsvakje geeft verschillende informatie (zie figuur 2). Het vakje is drie keer gebruikt om een toelichting te geven op het aangevinkte signaal, veertien keer om een toelichting te geven op de aangevinkte signalen en vijf keer geeft het een toelichting op het bij signalen aangevinkte vakje 'overige'. Eenmaal is het vakje gebruikt om een toelichting te geven op de gekozen 'schaalscore' van de 'status signalen' en het geeft ook eenmaal informatie over de overige schaalscores 'kennis en/of gedrag'. Een toelichting over de status van de verschillende aangevinkte signalen is drie keer ingevuld en zeven keer geeft de inhoud van het vakje andere informatie. Van deze zeven keer is er zes keer een interventie in het vakje genoteerd en eenmaal staat er een doel beschreven.

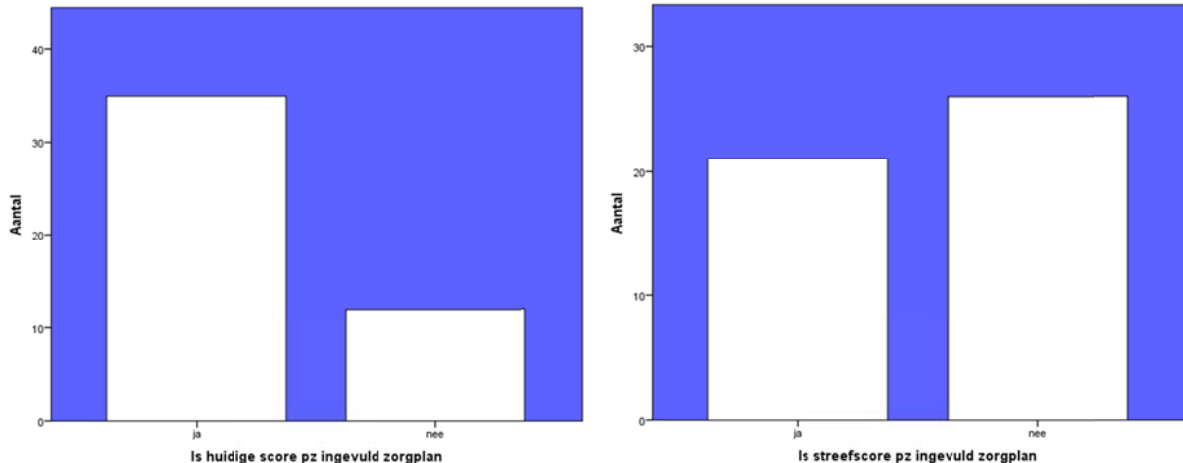


Inhoud toelichtingsvakje probleem persoonlijke zorg
 Figuur 2: Inhoud toelichtingsvakje bij probleem persoonlijke zorg.

Van de zevenveertig problemen, bij het gebied 'persoonlijke zorg', zijn zesentwintig keer ook de optionele schaalscores 'kennis' en 'gedrag' ingevuld.

Zorgplan: Probleemgebied 'persoonlijke zorg'

In figuur 3 is te zien dat in het zorgplan bij het probleem 'persoonlijke zorg' de 'huidige score' vijfendertig keer is ingevuld bij 'status signalen' en twaalf keer is dit niet gedaan. De 'streefscore' is hierbij vierentwintig keer ingevuld en drieëntwintig is hier geen gebruik van gemaakt.



Figuur 3: De huidige score en de streefscore bij probleem 'persoonlijke zorg'.

Bij vier van de zevenenveertig problemen is er gebruik gemaakt van het lege vakje onder de schaalscore en drieënveertig keer is er niets in dit vakje beschreven. De vier respondenten die van dit vakje gebruik hebben gemaakt, hebben verschillende informatie in dit vakje beschreven. Het is tweemaal gebruikt om een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'huidige score' te geven en eenmaal geeft het informatie over de overige schaalscores 'kennis en/of gedrag'. Ook is er eenmaal weergegeven hoe de cliënt zelf de 'huidige score' en de 'streefscore/doel' beschrijft. Eenmaal is er door de respondent andere informatie in het vakje gegeven en dit betreft een interventie.

Assessment: Tweede gebied 'huid, circulatie of medicatie'

Voor het tweede gebied, dat in het assessment werd bekeken, is tweeëntwintig keer voor het gebied 'huid' gekozen, elf keer voor gebied 'circulatie' en veertien keer voor het gebied 'medicatie'. Bij het gekozen gebied is achtentwintig keer de schaalscore bij 'status signalen' ingevuld en negen keer is dit niet ingevuld. De schaalscores die hierbij werden gegeven is tweemaal één, zevenmaal een twee, tweeëntwintig maal een drie en acht maal de schaalscore vier. Er is geen schaalscore vijf ingevuld.

Bij het aangegeven gebied werd in het assessment negenentwintig keer één signaal aangevinkt. Vijftien keer werden er meerdere signalen aangevinkt en negen keer werd er gebruik gemaakt van het vakje 'overige'. Er werd achtentwintig keer gebruik gemaakt van het vakje 'toelichting' en negentien keer maakten de respondenten hier geen gebruik van.

De achtentwintig respondenten die van dit vakje gebruik hebben gemaakt, vulden hier verschillende informatie in. Tien keer werd er een toelichting gegeven op het aangevinkte signaal, negen keer gaf de tekst in het vakje toelichting op de aangevinkte signalen en nogmaals negen keer gaf het een toelichting op het aangevinkte vakje 'overige'. Vervolgens werd er eenmaal een toelichting gegeven op de gekozen schaalscore van de 'status signalen' en ook eenmaal over de status van de verschillende aangevinkte signalen. Er werd door de respondenten negen keer aangegeven dat de tekst in het vakje andere informatie gaf en er werden vervolgens interventies beschreven.

Bij de zevenveertig problemen, in het assessment bij het tweede gebied, zijn de optionele schaalscores 'kennis' en 'gedrag', zevenentwintig keer ingevuld.

Zorgplan: Tweede gebied 'huid, circulatie of medicatie'

In het zorgplan, bij het tweede gebied, is bij het aangegeven probleem achtendertig keer de 'huidige score' bij 'status signalen' gescoord en negen keer hebben de respondenten dit niet gedaan. De 'streefscore/doel' is hierbij zeventien keer ingevuld en dertig keer is hier door de respondenten geen gebruik van gemaakt.

Van het lege vakje onder de schaalscore is vierenveertig keer geen gebruik gemaakt en drie keer is dit vakje wel ingevuld. De drie respondenten die gebruik hebben gemaakt van dit vakje, gaven hier allen een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'huidige score'. Ook werd er door alle drie de respondenten een toelichting gegeven op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'streefscore/doel'. Eenmaal gaf de tekst in dit vakje informatie over de overige schaalscores 'kennis' en/of 'gedrag' en eenmaal gaf het vakje andere informatie en werd er door de respondent een interventie beschreven.

Conclusie dossieronderzoek

Uit het dossieronderzoek komt naar voren dat niet alle verpleegkundigen de schaalscores bij 'status signalen' hebben ingevuld. Wanneer de schaalscores wel waren ingevuld, werd bij de huidige score meestal het cijfer drie gescoord. Van het toelichtingsvakje in het assessment is wisselend gebruik gemaakt en hier werd verschillende informatie beschreven.

De streefscore in het zorgplan is niet goed gebruikt, want meer dan de helft van de verpleegkundigen hebben de streefscore niet ingevuld. Tevens is van het invulvakje onder de schaalscore zelden gebruik gemaakt. Indien van dit invulvakje gebruik werd gemaakt, had de informatie wel allemaal betrekking op de waarden van de schaalscores.

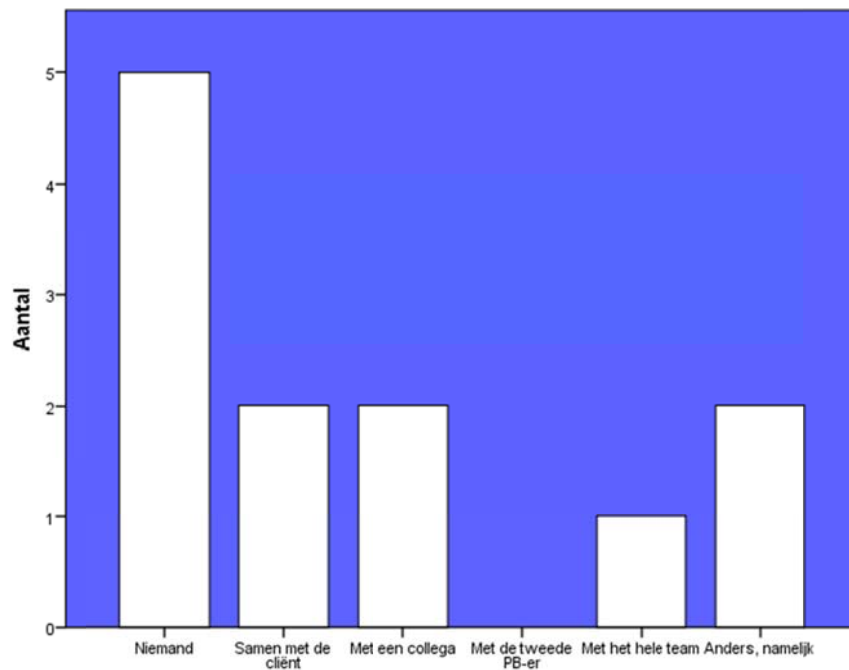
4.2 Enquête

Schaalscore

Van de twaalf respondenten die de enquête hebben ingevuld, geven er acht aan dat het invullen van de schaalscore in het assessment belangrijk is en daarentegen vinden vier respondenten het niet belangrijk/niet onbelangrijk.

Op de vraag hoe belangrijk de respondenten het vinden om de schaalscore in het zorgplan in te vullen om de zorg te kunnen evalueren, antwoordt één respondent dat het heel belangrijk is, acht respondenten vinden het belangrijk en drie van de twaalf respondenten geven aan dat het niet belangrijk/niet onbelangrijk is.

Uit de resultaten van de enquête komt naar voren dat vijf respondenten, in de meeste situaties, niemand betrekken bij het beoordelen van welke schaalscore ingevuld moet worden (zie figuur 4). Twee respondenten geven aan dat de score samen met de cliënt beoordeeld wordt, twee respondenten vragen hierbij hulp aan een collega en een andere respondent betreft het team bij de beoordeling van de score. Er wordt door één respondent aangegeven dat de schaalscore nog niet gebruikt is. Als reden wordt gegeven dat voor deze respondent het een te abstracte manier van meten is en dat er gedacht wordt dat iedereen op een andere manier scoort. Een andere respondent geeft aan dat de cliënt wel bij het beoordelen van de schaalscore wordt betrokken maar dan wat beknopter als de zorgvraag stabiel is.



Figuur 4: Het betrekken van anderen bij invullen schaalscore.

Twee respondenten geven aan dat het heel belangrijk is om de cliënt te betrekken bij het beoordelen van de schaalscore in het zorgplan. Vier respondenten vinden dit belangrijk en zes vinden het niet belangrijk/niet onbelangrijk.

Toelichtingsvakje probleem assessment

Bij de vraag of in het assessment gebruik wordt gemaakt van het toelichtingsvakje bij het probleem, geven drie respondenten aan dit te doen, zeven maken hier soms gebruik van en twee respondenten gebruiken dit toelichtingsvakje niet.

De tien respondenten die van dit vakje gebruik maken, vullen hier verschillende informatie in. Vijf keer wordt er een toelichting op het aangevinkte signaal gegeven en eveneens vijf keer een toelichting op de aangevinkte signalen. Eenmaal geeft de inhoud van het vakje informatie over het bij signalen aangevinkte vakje 'overige'. Viermaal geeft het een toelichting op de gekozen schaalscore van de 'status signalen' en tweemaal over de schaalscore bij 'kennis en/of gedrag'. Bij de mogelijkheid om zelf een keuze te maken gaf één respondent aan dat er soms een probleem niet bijstaat en dat het dan apart benoemd moet worden in dit vakje en één respondent vulde 'niks' in. Een van de twee respondenten, die geen gebruik van het toelichtingsvakje maakt, geeft aan dat dit voortkomt uit de onduidelijkheid over de functie van het toelichtingsvakje. De andere respondent vindt dat het een te abstracte manier van meten is en denkt dat iedereen op een andere manier scoort.

Invulvakje schaalscore zorgplan

Op de vraag of er in het zorgplan gebruik wordt gemaakt van het invulvakje onder de schaalscores, geeft één respondent aan dat dit wordt gedaan, zes gebruiken het vakje soms en vijf respondenten maken hier geen gebruik van.

Bij de vraag wat er bij het invulvakje onder de schaalscore wordt ingevuld, hebben de zeven respondenten meerdere keuzemogelijkheden. Zes keer wordt aangegeven dat het een toelichting betreft op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'huidige score', twee keer een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'streefscore/doel' en eenmaal wordt er een toelichting gegeven op de waarden die in de schaalscore ingevuld kunnen worden. Vervolgens wordt er

eenmaal aangegeven dat de toelichting informatie weergeeft over hoe de cliënt zelf de 'huidige score' en 'streefscore/doel' beschrijft.

Vier van de vijf respondenten, die geen gebruik maken van het vakje onder de schaalscore, vinden dat de functie van het invulvakje onduidelijk is. Voor één respondent is het vakje nog niet van toepassing geweest, omdat de schaalscore door deze respondent nog niet is gebruikt.

Eenduidigheid in team

Op de vraag of het invullen en het interpreteren van de schaalscores op dit moment in het team op eenduidige wijze plaatsvindt, zeggen elf respondenten het hier niet mee eens te zijn en daarentegen is één respondent het hier wel mee eens. Er is door een van de drie respondenten uit hetzelfde team een ander antwoord gegeven.

Of er in het team afspraken zijn gemaakt voor het eenduidig invullen van de schaalscores, vulde één respondent in dat er is afgesproken dat er aan de onderstaande beschrijving van de cijfers moet worden gehouden en dat het samen met de cliënten ingevuld dient te worden. De ervaring van de respondent met betrekking tot deze afspraak wordt als matig omschreven.

Over wat de respondenten nodig hebben om de schaalscores eenduidig in te kunnen vullen, antwoordden zeven respondenten dat een toelichting op de huidige score gewenst is en acht respondenten geven aan dat hiervoor eenduidig gebruik van het vakje bij de schaalscore nodig is. Zeven respondenten geven aan dat overleg met collega(s) helpend kan zijn en driemaal wordt er aangegeven dat overleg met het gehele team wenselijk is. Twee respondenten maakten gebruik van de mogelijkheid om zelf een antwoord te geven. Eén gaf aan dat er kennis van het BIS/Omaha systeem gewenst is, vervolgens geeft de andere respondent aan dat er duidelijk beschreven moet worden wat de schaalscore voor de cliënt betekent.

Kennis

Zes van de twaalf respondenten geven aan dat er kennis over de cijfers van de schaalscore wordt gemist. Negen missen kennis over de richtlijnen van de schaalscore en eveneens negen respondenten zouden meer informatie over het invul/toelichtingsvakje willen. Drie van de twaalf respondenten hebben zelf een antwoord ingevuld waarvan één respondent aangeeft kennis te missen over wat er bij twijfel wordt ingevuld. De andere respondent mist informatie over hoe teambreed het vakje toelichting eenduidig in gevuld kan worden en een respondent geeft aan dat onduidelijk is wat er met de gegevens gebeurt in verband met de privacy van de cliënten.

Belemmerende en stimulerende factoren

Uit de resultaten komt naar voren dat er verschillende belemmerende factoren worden ervaren bij het gebruik van de schaalscore. Er wordt vooral aangegeven dat er gebrek aan kennis is en dat het niet eenduidig is (respectievelijk negen en zeven). Vervolgens is tijdgebrek een belemmerende factor (twee) en als laatste wordt eenmaal gebrek aan motivatie genoemd. Bij deze vraag hadden de respondenten de mogelijkheid om zelf een belemmerende factor in te vullen. Hier is driemaal gebruik van gemaakt. Eén respondent noemde meer keuzemogelijkheden als belemmerende factor en de tweede respondent vindt dat door de cijfers ieder een eigen interpretatie eraan kan geven en niet kan motiveren waarom dit gezien wordt. Eén respondent benoemde hierbij dat er geen belemmerende factoren worden ervaren, met als reden dat alles zichtbaar is op het Buurtzorgweb.

Bij de vraag welke stimulerende factoren de respondenten ervaren bij het invullen van de schaalscores, geven zes respondenten aan dat dit komt door de uitdaging om een cliëntensituatie vast te leggen. Negen respondenten vinden dat er een duidelijk beeld wordt verkregen hoe het met de cliënt gaat en zes vinden het een overzichtelijk geheel hoe de cliëntensituatie is. Twee

respondenten geven aan dat de zorg op deze manier beter verantwoord kan worden, waarvan één respondent specifiek het verantwoorden naar de familie van de cliënt noemt.

Vragen en suggesties

Bij de laatste vraag werd de mogelijkheid gegeven om te reageren op de vragen van de enquête. Twee respondenten hebben hier gebruik van gemaakt.

Een respondent geeft aan dat er graag wordt gezien dat binnen heel Buurtzorg het BIS goed wordt ingevuld, zoals het bedoeld is. Deze respondent vindt dat dit nu niet in het betreffende team gebeurt. Vervolgens geeft de respondent aan dat er misschien meer scholing nodig is of dat er vaker gebruik van het BIS moet worden gemaakt, zodat het vervolgens misschien vanzelf komt.

Door een andere respondenten wordt gereageerd op de vierde vraag van de enquête; hoe belangrijk het wordt gevonden om de cliënt bij het invullen van de schaalscore te betrekken. Deze respondent geeft aan dat het van de situatie van de cliënt afhangt, mentaal en/of fysiek.

Conclusie enquête

Uit de enquête komt naar voren dat het invullen en het interpreteren van de schaalscores op dit moment in het team op een niet eenduidige wijze plaatsvindt. Om deze eenduidigheid te bereiken is een toelichting op de huidige score, eenduidig gebruik van het invulvakje of overleg met collega 's gewenst. Er zijn ook geen duidelijke teamafspraken gemaakt, geen richtlijnen aanwezig en er wordt kennis gemist over het eenduidig invullen van de schaalscore en de bijbehorende vakjes, er komt in dit onderzoek naar voren dat dit wel gewenst is. Tevens is er uit de enquête gebleken, dat cliënten niet altijd bij het invullen van de schaalscores worden betrokken.

4.3 Interviews

Bij de verwerking van de interviews is gebruik gemaakt van acht topics die te categoriseren zijn onder kennis en gedrag en op inhoud met elkaar verbonden zijn. Ook de punten die niet onder de topics vielen, maar wel belangrijke zijn, zijn verwerkt.

Beweeegreden en verantwoording

Beweeegreden: Uit de interviews is gebleken dat de Buurtzorgmedewerkers verschillende beweeegredenen hebben om de evaluatiescores bij de assessments en de zorgplannen in te vullen. Sommigen zien het als een uitdaging om nieuwe ontwikkelingen te volgen en meetinstrumenten te gebruiken om de cliëntsituatie zo objectief mogelijk vast te leggen. Door andere respondenten wordt aangegeven dat de schaalscores alleen gebruikt wordt omdat het moet, maar dat tijdgebrek de reden is dat er niet voldoende proactief mee gewerkt wordt. Of omdat de schaalscores op teveel verschillende manieren ingevuld kunnen worden om er de zorg goed mee te kunnen verantwoorden. De respondenten zien het invullen meer als natte vingerwerk, een persoonlijke interpretatie of er wordt voor het cijfer drie gekozen in de schaalscore, het veilige midden. Anderen geven aan zich steeds meer bewust te worden van het belang van de evaluatie van zorg, omdat anders de kwaliteit van zorg niet verantwoord kan worden, ook niet aan derden. Deze gebruiken in het assessment en het zorgplan niet alleen de verplichte score van de 'status signalen', maar scoren ook 'kennis' en 'gedrag'. Met deze keuze willen de verpleegkundigen van Buurtzorg laten zien dat er verbetering van de cliëntsituatie mogelijk is.

Verantwoording: Het gebruik van de schaalscore wordt gezien als een duidelijke manier om verantwoording van de zorg af te leggen door alle respondenten. Ook wordt er kwaliteitsverantwoording genoemd. Verantwoording naar de cliënt, naar collega's en naar de

andere betrokkenen. Eén respondent noemt specifiek de zorgverzekeraars als partij om verantwoording naartoe af te leggen.

Verschuiving van de score wordt gebruikt door meerdere respondenten om aan te tonen dat de interventies zin hebben en ook om de cliënt te motiveren. Uit het grote aantal keren dat verantwoording van zorg en de geleverde zorg naast de kwaliteit van zorg is genoemd onder de kop bewustwording geeft aan dat het een veel besproken onderdeel is van het gebruik van de schaalscore.

Evaluëren, probleem, eenduidigheid, twijfel

Evaluëren: Het evalueren van zorgplannen is iets wat ook al werd gedaan voordat er met assessments werd gewerkt, eerst werden de evaluaties in de rapportage beschreven, nu is er met de schaalscores wel meer een ijkpunt, een beschrijving van de beginsituatie, de huidige situatie en de gewenste situatie, dat is het doel waar naar toe gewerkt wordt. De eerste evaluatie vindt plaats als de cliënt de handtekening onder het zorgplan zet nadat het is gelezen.

De respondenten worden zich steeds meer bewust dat het kiezen van de score en het juist interpreteren van de score niet eenvoudig is. Een getal kan algemeen zijn, daar geeft de beschrijving in het systeem onvoldoende betekenis aan (wat is bijvoorbeeld ernstig, wat is heel ernstig). Bij sommige problemen is dat wel heel concreet te omschrijven, bij andere weer lastiger, volgens de respondenten. Respondenten geven aan dan het vakje toelichting te gebruiken om de scores concreter te maken. Anderen vragen om toelichting bij de PB' er. Ook wordt een enkele keer aangegeven dat het wel makkelijk is om in algemene termen te werken, dan is het al gauw goed genoeg. Het moeilijkste blijft om de zorgsituatie te evalueren wanneer de cliënt het niet meer zelf kan verwoorden of de situatie niet meer kan overzien, vanwege ernstige ziekte, psychische problemen of door dementie. Zeker de scores voor kennis en gedrag zijn dan moeilijk. Ook is van invloed hoe de zorgverlener zelf naar die zorgsituatie kijkt.

Probleem: De meeste respondenten gebruiken de schaalscore om problemen te scoren, zodat de zorg later kan worden bijgesteld. Er wordt tweemaal genoemd hoe je kunt scoren. Het gebruik als eerste meetpunt wordt genoemd en doel/streefscore wordt meegenomen. De toelichtingsmogelijkheid wordt gebruikt om doelen te verduidelijken.

De meeste respondenten geven aan bewust bezig te zijn met de scoremogelijkheid, het wordt herkend als meetinstrument. Deze respondenten zijn zich bewust dat niet alles duidelijk kan worden gemaakt. Voor meer duidelijkheid wordt onder andere gebruik gemaakt van de toelichting op de schaalscores en de motivatie waarom juist deze score is gekozen. Een respondent ziet geen meerwaarde in het gebruik van de schaalscore. De schaalscore wordt ondergeschikt gezien aan de interventies voor de zorg.

Een respondent geeft aan dat niet iedereen op een vijf ('geen signalen') kan uitkomen, want niet voor iedere cliënt is volledig herstel mogelijk. Er wordt ook aangegeven dat in situaties waarin geen verbetering mogelijk is de scores moeilijk te gebruiken is als verbeterinstrument.

Eenduidigheid: Eenheid van taal wordt als lastig gezien, moeilijk, onduidelijk, er zijn interpretatieverschillen tussen de collega's, wanneer er geen toelichting bij gegeven wordt. Er is besef dat door eenduidigheid een assessment en zorgplan voor iedereen duidelijk moeten zijn ook voor de cliënten en dat eenduidig woordgebruik leidt tot beter begrip. De respondenten zijn zich bewust dat er verbeteringen mogelijk zijn in de kennis van het gebruik van eenheid van taal. Het lijkt dat samenwerking tussen eerste en tweede PB' ers leidt tot meer eenduidigheid tussen die collega's.

Er wordt aangegeven dat men er mee bezig is, voelt op de goede weg te zijn, men is er naar toe aan het werken.

De schalen worden door meerdere respondenten als lastig te interpreteren gezien. De schaalscore wordt wel herkend als meetinstrument, maar de uitleg van de score is niet duidelijk en voor meerdere uitleg vatbaar. Het wordt wel gezien als een objectieve score door één respondent.

Twijfel: Bij een deel van de respondenten is twijfel aanwezig over de eenduidigheid die het systeem zou moeten bieden, het wordt door de respondenten niet zo gevoeld. Er wordt aangegeven dat men verheldering wil krijgen. Er wordt gesproken over tekort aan kennis en inzicht, onvoldoende inzicht in de mogelijkheden van het systeem en het wordt lastig gevonden omdat de termen die gebruikt worden niet duidelijk zijn, ook omdat er in het team geen eenduidigheid en helderheid bestaat over de in te vullen scores en werkwijze. Bij abstracte situatie worden meer verschillen en onduidelijkheden en twijfels over de schaalscore geuit, de schaalscore is dan te abstract. Bij concrete problemen is er minder twijfel, omdat de situatie dan helder is, sommige problemen lijken onmeetbaar bij sommige cliënten.

De respondenten zijn zich bewust van onderlinge verschillen in interpretatie van het systeem, en ook dat er verschillen in score kan zijn van dag tot dag, bij de cliënten en per ziektebeeld.

Een enkele respondent vindt het hele systeem '*abracadabra*', een ander vraagt zich in welke situatie het echt goed gebruikt kan worden. Een respondent draait de schaalscore om, 0 is? Dus eigenlijk andersom.

Cliënt betrekken

De cliënt betrekken: De respondenten reageren voornamelijk positief op het betrekken van de cliënt bij het invullen van de schaalscores bij de evaluaties, zowel bij de huidige situatie als bij de gewenste situatie, het doel waar naar toegewerkt wordt. Er wordt aangegeven dat dit niet zonder de cliënt kan. De cliënt kan aangeven waar hij het meeste mee geholpen is. En de motivatie van de cliënt is essentieel om het doel te bereiken. Ook bij chronische zorg moet de zorg geëvalueerd worden. Het geeft de cliënt een gevoel van eigenwaarde en kan er, in meer of mindere mate, gewerkt worden aan de zelfredzaamheid.

Respondenten geven aan dat de druk op het maken van de eerste assessments hoog was, het was in eerste instantie meer iets voor de organisatie of om aan de collega's duidelijk te maken wat er voor de cliënt gedaan moest worden. Nu realiseren de verpleegkundigen zich steeds meer dat het belangrijk is om in gesprek te gaan met de cliënt en het cliëntsysteem om te kijken wat er samen bereiken kan worden, meer klantgericht dus: 'cliëntgericht assessen'.

Een ander punt wat genoemd wordt, is dat het niet altijd lukt om alle cliënten er op alle gebieden bij te betrekken. Denk daarbij aan cliënten die aan het dementeren zijn, psychische problemen hebben of die in een terminale situatie zijn. Of als de cliënt een ander doel stelt dan de professional verwacht. Soms vindt de cliënt het al goed, terwijl de professional nog verbetermogelijkheden ziet.

Eveneens wordt benoemd dat het evalueren niet op zichzelf staat maar altijd is gekoppeld aan het aanpassen van de problemen en interventies in het zorgplan.

De mogelijkheden die worden genoemd

Tijdens de interviews geven de respondenten verschillende mogelijkheden aan om tot een betere score van de schaalscores te komen. Verschillende respondenten geven aan dat er beter met een 10- dan met een 5-punts schaal gescoord kan worden, omdat dit als nauwkeuriger wordt ervaren en

omdat de respondenten meer gewend zijn om op een schaal van 0 tot 10 te werken. Anderen geven aan dat dit nog steeds onduidelijkheid met zich mee kan brengen. Een respondent geeft aan maar één score te willen hebben voor zowel de 'status signalen', de 'kennis' en het 'gedrag'.

In bijna alle interviews komt naar voren dat er meer overleg gewenst is in de teams, over waar baseert de verpleegkundige de score op, in welke situatie en hoe kun je zo objectief mogelijk blijven. Verschillende keren wordt genoemd om zorgplanbesprekingen te houden in het team. Een tweede collega of PB 'er mee te laten kijken naar de scores. En vooral ook om voldoende tijd te besteden aan het maken van de zorgplannen en het evalueren.

Een aantal respondenten geeft aan meer kennis nodig te hebben over de assessments en het gebruik van de schaalscores.

Veel reacties zijn er op de vraag naar eenheid van taal. Sommige respondenten geven aan een handboek te willen gebruiken, zodat er meer duidelijkheid is hoe er gescoord kan worden. Anderen geven aan dat dat alleen maar meer verwarring en discussie geeft. Wat veel vaker naar voren komt, is dat er niet alleen met een cijfer met de schaalscore gescoord moet worden, maar dat er een toelichting gegeven moet worden waarom die score wordt gegeven voor de huidige- en voor de streefscore. Door het koppelen van een score aan de beschrijving is beter aantoonbaar te maken of er bij een evaluatie sprake is van vooruitgang. Ook kan het toelichtingsvakje gebruikt worden om aan te geven als er geen vooruitgang mogelijk is en er dus niet steeds opnieuw naar gevraagd hoeft te worden. En natuurlijk, 'last but not least', met de toelichting kan ook beschreven worden hoe de cliënt de streefscore zelf beschrijft, want dat kan anders zijn dan wat een professional zou kiezen. Door het doel wat de cliënt stelt is met de interventies beter in te gaan op de hulp die de cliënt aangeeft nodig te hebben.

Overige belangrijke punten

Er zijn nog meer punten die uit de interviews naar voren kwamen, die niet direct aan andere topics toe te wijzen zijn, maar wel het vermelden waard zijn. Zo wordt het nieuwe assessment en zorgplan een dynamisch geheel genoemd, omdat er iedere dag in het BIS mee gewerkt wordt en er sprake is van fine-tunen samen met de cliënt. Sommige respondenten geven aan dat er wel veel nieuwe dingen tegelijk komen die de aandacht vragen en dat er soms kennistekort wordt ervaren in het werken met de assessments en de zorgplannen met evaluaties en schaalscores. Een ander geeft juist aan dat door de eenheid van taal niet steeds opnieuw het wiel uitgevonden hoeft te worden. Ook wordt genoemd dat het belangrijk is om met een collega samen naar de evaluaties en de zorgplannen te kijken, omdat er anders van tunnelvisie sprake zou kunnen zijn en omdat iedereen op een verschillende manier naar de zorgvrager en de zorgsituatie kijkt.

Als algemeen resultaat kan na het bestuderen van de topics, beweegreden en verantwoording, worden gezegd dat de schaalscore wordt gebruikt voor het verantwoorden van de zorg. De respondenten zien de noodzaak van verantwoording in, vooral richting de cliënt en minder naar de zorgverzekeraars.

Conclusie interviews

Vanuit de interviews is duidelijk geworden dat ten aanzien van de topics evalueren, probleem, eenduidigheid en twijfel er verschillen zijn bij het op gelijke wijze gebruik maken van de mogelijkheden van het BIS. Hierdoor lijken eenduidigheid en eenheid van taal te ontbreken.

Om het startpunt van de zorg te verduidelijken wordt de schaalscore van het probleem in het assessment niet door alle respondenten als vertrekpunt gekozen. Bij het evalueren wordt de schaalscore niet door alle respondenten gebruikt als ijkpunt, om te zien of de zorg goed is ingezet en

of er voor- of achteruitgang is. Hierdoor wordt de effectiviteit van de zorg niet altijd compleet weergegeven.

Doordat het voor de respondenten onduidelijk is welke score bij de signalen van een probleem gegeven moeten worden, ontstaat twijfel over de bruikbaarheid van de gegevens verderop in het evaluatieproces. Hiermee geven de respondenten aan dat de motivatie afneemt ten aanzien van het gebruik.

Respondenten geven aan dat het belangrijk is om de cliënt te betrekken bij het invullen van de schaalscore, maar dat dit niet in iedere cliëntsituatie daadwerkelijk gedaan wordt en ook niet altijd tot de mogelijkheden behoort.

De respondenten geven vele praktische mogelijkheden aan om te komen tot verbetering van het gebruik van de schaalscore. Allen vanuit de wens te komen tot meer eenheid van taal en eenduidig gebruik van de schaalscore al dan niet met vermelding van een toelichting op de schaalscore. Vanuit het werken in de dagelijkse praktijk wordt er creatief naar mogelijkheden gezocht. Door het inzetten van handboeken of richtlijnen als oplossingen voor de ontstane verschillen is zichtbaar dat een verbeterde theoretische onderbouwing wordt gezien als andere mogelijkheid.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk zal de hoofdvraag: *‘Welke mogelijkheden zijn er voor verpleegkundigen van Buurtzorg om de schaalscore op eenduidige wijze vast te leggen, zodat de kwaliteit van zorg verantwoord kan worden?’* beantwoord worden.

Uit de literatuurstudie komt naar voren, dat de kwaliteit van zorg op verschillende manieren gemeten wordt. Het gebruik van een classificatiesysteem, bijvoorbeeld het Omaha System, bevordert de eenheid van taal door het ordenen en definiëren van gegevens, waardoor de effectiviteit van interventies voor bepaalde problemen beter gemeten kan worden en ook de kwaliteit van zorg op cliëntniveau beter vastgelegd en verantwoord kan worden.

De schaalscore is statistisch een mogelijkheid om data te verzamelen en te vergelijken, van daaruit kan het inzicht geven over de doeltreffendheid van de geleverde zorg. Hiervoor wordt bij elk ‘gebied’ in het BIS de schaalscore in het assessment, en later ook bij de evaluatie in het zorgplan, gebruikt. De analyse van de verzamelde gegevens kan gebeuren op mesoniveau, maar ook op microniveau binnen de relatie team en cliënt. Het verzamelen van grote hoeveelheden data geeft beperkt inzicht in het verloop van de schaalscore, doordat de afwijking van het gemiddelde bij grote hoeveelheden data verkleint. Er kan wel iets worden gezegd over de effectiviteit van interventies in het algemeen, maar niet voor een specifieke cliënt. Het gebruik van de schaalscores kan eenduidig geïnterpreteerd worden, wanneer er gebruik wordt gemaakt van gestructureerde gegevens, zoals vanuit User’s Guide van Omaha System wordt aangegeven of in combinatie met een verduidelijking van de schaalscores in de toegevoegde vrije tekst. Verder wordt de kwaliteit van zorg verantwoord en verbeterd door het doorlopen van de PDCA cyclus en alleen als de cliënt in alle fasen van het zorgproces betrokken wordt.

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat niet alle verpleegkundigen de schaalscores bij ‘status signalen’ eenduidig invullen. Wanneer de schaalscores worden ingevuld, wordt bij de huidige score meestal het cijfer drie gescoord. Van de invulvakjes bij de schaalscores wordt wisselend gebruik gemaakt en hier wordt verschillende informatie in beschreven. In de teams zijn geen duidelijke teamafspraken gemaakt of richtlijnen aanwezig om de schaalscores of bijbehorende vakjes in het BIS op een gelijke wijze te gebruiken. Daarnaast wordt kennis gemist over het eenduidig invullen van de schaalscore en de bijbehorende vakjes. Hierdoor ontbreekt de eenduidigheid en eenheid van taal. Door de twijfel en kennistekort over het juist gebruiken van de schaalscore en bijbehorende vakjes in het BIS, neemt de motivatie ten aanzien van het gebruik van de schaalscore af, waardoor het BIS niet op de juiste manier wordt ingevuld om de kwaliteit van zorg te verantwoorden.

De toelichting op de schaalscore van het probleem in het assessment wordt niet door alle verpleegkundigen op de juiste manier beschreven. Hierdoor wordt de effectiviteit van de zorg niet compleet weergegeven, en vervalt de mogelijkheid tot verantwoorden. Doordat er geen huidige - en streefwaarde of een toelichting beschreven is, kan bij het evalueren deze niet gebruikt worden als ijkpunt, om te zien of de zorg goed is ingezet en er voortgang in het zorgproces plaats heeft gevonden.

Om deze eenduidigheid te bereiken, wordt een toelichting op de huidige- en streefscore, eenduidig gebruik van de invulvakjes of overleg met collega ‘s gewenst.

De schaalscore in het BIS wordt als instrument om de te leveren en geleverde zorg te verantwoorden gezien. Er zijn voor de verpleegkundigen van Buurtzorg in alle fasen van het zorgproces mogelijkheden om de schaalscore te gebruiken als meetinstrument. Echter de

gebruiksmogelijkheden van het BIS en het ontbreken van eenduidigheid of hulp bij het invullen van de schaalscore maakte het minder betrouwbaar dan gewenst als verantwoordings- en evaluatie-instrument van kwaliteit van zorg.

Doordat het voor de respondenten onduidelijk is welke score bij de signalen van een probleem gegeven moeten worden, ontstaat twijfel over de bruikbaarheid van de gegevens verderop in het evaluatieproces. Hiermee geven de respondenten aan dat de motivatie afneemt ten aanzien van het gebruik.

Respondenten geven aan dat het belangrijk is om de cliënt bij het invullen en evalueren van de schaalscore in het zorgplan te betrekken. Echter blijkt dat de cliënt bij het invullen van de schaalscores maar af en toe betrokken wordt. Als redenen hiervoor wordt tijdsdruk genoemd en ook dat het van de cliëntsituatie afhangt of het mogelijk is om de schaalscore samen in te vullen.

De respondenten geven vele praktische mogelijkheden aan om te komen tot verbetering van het gebruik van de schaalscore. Allen vanuit de wens te komen tot meer eenheid van taal en eenduidig gebruik van de schaalscore, al dan niet met vermelding van een toelichting op de schaalscore. Vanuit het werken in de dagelijkse praktijk wordt er creatief naar mogelijkheden gezocht. Door het inzetten van handboeken of richtlijnen als oplossingen voor de ontstane verschillen is zichtbaar dat een verbeterde theoretische onderbouwing wordt gezien als andere mogelijkheid.

6. Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te geven aan Buurtzorg Nederland over het op eenduidige wijze vastleggen van de schaalscores in het BIS, zodat de kwaliteit van zorg verantwoord kan worden.

Op basis van de conclusies uit dit onderzoek, worden de volgende mogelijkheden aanbevolen:

- Een duidelijke richtlijn over het gebruik van de schaalscores en bijbehorende vakjes beschikbaar te stellen door de projectmedewerkers voor het BIS van Buurtzorg en de projectmedewerkers van Ecare. En deze te plaatsen op het Buurtzorgweb, zodat deze makkelijk toegankelijk is voor de Buurtzorgmedewerkers;
- Het toelichtingsvakje in het assessment laten verplaatsen naar de signalen van het probleem, door de projectmedewerkers voor het BIS van Buurtzorg en de projectmedewerkers van Ecare. Om verwarring van de functie van dit vakje te voorkomen;
- Het motiveren van teams in het maken van duidelijke afspraken over het onderling eenduidig invullen van de schaalscore en het bijbehorende vakje, door de assessmentor van het team (de aandachtsvelder voor de assessments);
- Het stimuleren van het gebruik van de schaalscores door medewerkers om zo de kwaliteit van zorg beter te kunnen verantwoorden, door feedback van de medewerkers onderling en met coaching van de assessmentor;
- Het stimuleren van het maken van duidelijke afspraken in een team, met wie de schaalscore ingevuld wordt en dat de cliënt hierbij betrokken kan worden. Hier kan structureel aandacht aan worden besteed tijdens het teamoverleg, de cliënt- of zorgplanbesprekingen.
- Scholingsmogelijkheden te organiseren en te stimuleren over het gebruik van de schaal score, zodat de kennis van de medewerkers vergroot wordt en er meer eenduidigheid ontstaat over het gebruik ervan. De scholingsmogelijkheid, bijvoorbeeld via e-learning, kan Buurtzorgbreed aangeboden worden, het is aan de teams hoe hier mee om wordt gegaan, bijvoorbeeld met intervisie of intercollegiale toetsing binnen het team of in de regio.
- Scholingsmogelijkheden te organiseren waarin duidelijk wordt gemaakt dat de PDCA cyclus in het Omaha System is verwerkt, zodat de kwaliteit van zorg aangetoond en verbeterd kan worden. Dit kan op dezelfde manier gebeuren als bij de vorige aanbeveling.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Als eerste kan onderzocht worden hoe de schaalscore van het vakje kennis en gedrag gebruik wordt en welke invloed dit heeft op het vakje van de 'status signalen' en het gehele zorgplan;
- Ten tweede kan onderzocht worden welke kennis er nodig is over de kwaliteit van zorg en de verantwoording daarvan;
- Ten derde kan er onderzocht worden of het verschil in opleidingsniveau invloed heeft op het invullen van de schaalscore, omdat landelijk alleen hbo-verpleegkundigen het assessment in mogen vullen en bij Buurtzorg alle niveaus dit mogen doen.

7. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de evaluatie beschreven van de methode, resultaten, conclusie en aanbevelingen. Tevens wordt er gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

Conclusie

Tijdens de literatuurstudie kwam naar voren dat er binnen het Omaha System en door middel van de User's Guide, heel duidelijke richtlijnen worden gegeven voor het invullen van de evaluatiescores. Dit is een andere manier van scoren dan er op dit moment vanuit de praktijk wordt gehanteerd. In de User's Guide worden heel strakke richtlijnen gegeven, en in het invulvakje bij de schaalscores wordt alleen vermeld, wanneer er van deze richtlijn afgeweken wordt. In de praktijk wordt er veel meer met de cliënt overlegd, hoe die het vindt gaan en welke schaalscore die zelf geeft voor het probleem. Dit zijn twee volledig verschillende manieren van meten die niet met elkaar te vergelijken zijn. De kwaliteit van zorg wordt daardoor op een niet eenduidige manier vastgelegd en verantwoord. Dat er verschil zou zijn, tussen theorie en praktijk, kwam voor ons niet onverwachts, maar dat het verschil zo groot was, was wel een eyeopener.

Bij de literatuurstudie werd ons duidelijk dat de PDCA cyclus in grote mate overeen komt met de opbouw van het Omaha System. In het praktijkonderzoek was te zien dat niet alle stappen van de PDCA cyclus werden gevolgd. Door het juiste gebruik van de PDCA cyclus in het BIS kan het verbeterproces bevorderd en geborgd worden.

Het verbaasde ons dat de mogelijkheden die in het BIS aangeboden worden, zo weinig gebruikt worden om de kwaliteit van zorg vast te leggen en verantwoorden.

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat het verplicht is om de cliënt bij het gehele zorgproces te betrekken, van het invullen van het assessment, het bespreken van het zorgplan, de evaluaties en uiteindelijk bij het afronden van de zorg wanneer de cliënt weer zelfredzaam is. Tijdens het praktijkonderzoek werd ons duidelijk dat het betrekken van de cliënt, met name bij het invullen van de schaalscores bij de evaluatie van zorg, vaak achterwege wordt gelaten.

De mogelijkheden voor het invullen van de evaluatiescores, die in het eerste kopje genoemd zijn, maken hierbij ook een groot verschil. Wanneer de schaalscores op basis van de User's Guide ingevuld worden, is dit op basis van vastgestelde criteria. Wanneer de evaluatiescore samen met de cliënt ingevuld wordt, is dat op basis van hoe de cliënt de situatie ervaart.

We hebben hiermee ontdekt dat het begrip 'eenheid van taal' op een verschillende manier ingevuld wordt.

Aanbevelingen

Aan de hand van dit onderzoek zijn er voor Buurtzorg Nederland duidelijke aanbevelingen tot stand gekomen en beschreven over het op eenduidige wijze vastleggen van de schaalscore in het BIS, zodat de kwaliteit van zorg verantwoord kan worden. Hiermee wordt aangegeven dat het doel van dit onderzoek is behaald.

De aanbevelingen zijn zo beschreven dat Buurtzorg deze eenvoudig kan integreren in de praktijk. De ervaring met Buurtzorg is, dat de ideeën die tot verbetering leiden altijd serieus beoordeeld worden op de toepasbaarheid in de praktijk. De projectmedewerkers die over het BIS gaan, willen altijd meedenken in oplossingen. Uit dit onderzoek zijn ook aanbevelingen voor eventueel toekomstig onderzoek ontstaan. Het is mogelijk dat ook door deze aanbevelingen de kwaliteit van de zorg verhoogd kan worden.

Tevens kan bij een vervolgonderzoek over het gebruik van de schaalscores 'kennis' en 'gedrag', ook gekeken worden of dit invloed heeft op de dagelijkse zorg en het verantwoorden hiervan. Ook kan er gekeken worden welke invloed het opleidingsniveau van een verpleegkundige heeft op het invullen van de schaalscore en het zorgplan. Hier is in dit onderzoek niet voldoende aandacht aanbesteed.

Uit dit onderzoek is het de onderzoekers opgevallen dat bij de verpleegkundigen kennis gemist wordt over de kwaliteit van zorg en de verantwoording hiervan. Dit lijkt de onderzoekers een onderwerp om verder onderzoek naar te doen.

Uit eventueel vervolgonderzoek zal blijken of met het uitvoeren van de aanbevelingen de schaalscores in het BIS daadwerkelijk op eenduidige wijze vastgelegd worden en de kwaliteit beter verantwoord kan worden.

Methode

Bij de verwerking van de gegevens, die verkregen werden bij het dossieronderzoek en de enquêtes, werd meerdere malen een controle uitgevoerd. Als eerste werden de gegevens online verwerkt in een enquêteprogramma, als tweede werden de gegevens in SPSS verwerkt en als laatste hebben de onderzoekers zelf een controle uitgevoerd waarna nog een aantal fouten zijn uitgethaald.

Indien er was gekozen om eerst het dossieronderzoek te doen en de enquêtes af te nemen, had daarna eventueel een aanvulling kunnen volgen met de vraag waarom iets is ingevuld. Nu komen er een aantal overeenkomende uitkomsten uit de resultaten en wordt bij een aantal dossier- en enquêtevragen het argument gemist.

Voordat de enquête bij de respondenten werd afgenomen, is de enquête door meerdere onafhankelijk personen beoordeeld. Hierbij is gekeken of de enquête logisch is opgebouwd, de uitkomsten bij de vooraf verwachte antwoorden pasten en of de vragen duidelijk genoeg waren. Dankzij deze feedback zijn een aantal punten aangepast, waar de onderzoekers niet aan gedacht hadden. De enquête is daarna niet meer veranderd en hierdoor is geprobeerd de validiteit zo hoog mogelijk te houden.

De enquêtes zijn ingevuld door twaalf respondenten en hierdoor is de betrouwbaarheid in twijfel te trekken. Met een groter aantal respondenten onder meerdere teams, waren de resultaten betrouwbaarder geweest.

Bij één team is één dossier uitgesloten van verder onderzoek, omdat deze niet door de respondent zelf was ingevuld. Er was op dat moment geen ander dossier beschikbaar waar gebruik van gemaakt kon worden. Hier had voorafgaand aan het onderzoek beter naar gekeken kunnen worden.

Er is tijdens het dossieronderzoek gekeken naar het opleidingsniveau van de respondenten om een duidelijke afspiegeling te krijgen van de teams bij Buurtzorg. Het mogelijke verschil in antwoorden is verder niet meegenomen in dit onderzoek.

Tijdens het onderzoek is gebruik gemaakt van een onderzoekslogboek. In dit logboek zijn alle onderzoekshandelingen en leermomenten in opgenomen. Vanwege tijdgebrek is niet alles duidelijk in het logboek vermeld.

Resultaten

Er werd door één respondent 'kennis en gedrag' aangevinkt bij de vraag waarover de informatie ging die in het toelichtingsvakje werd vermeld. Echter heeft deze respondent kennis en gedrag in dit zelfde dossier niet gescoord.

Bij de enquêtevragen werd er een mogelijkheid geboden om 'soms' als antwoord aan te vinken, waarna hierover geen vervolgvraag kwam. Hierdoor ontbreekt vervolgens bij deze vraag het argument wanneer het wel en wanneer het niet werd ingevuld.

Eén van de respondenten geeft aan dat er in het team afspraken zijn gemaakt over het eenduidig invullen van de schaalscore, terwijl de overige twee teamleden aangeven dat er geen duidelijke afspraken zijn gemaakt. Hieruit blijkt dat de afspraken in dit team niet voor iedereen even duidelijk waren. Het kan ook zijn dat er een sociaal wenselijk antwoord gegeven is door de respondent.

Door de hoeveelheid aan vragen in zowel het dossieronderzoek, de enquête als bij het interview zijn er veel vragen gesteld die niet relevant waren voor de hoofdvraag. De vraag over het invullen van één of meerdere signalen in het dossieronderzoek was niet relevant voor de hoofdvraag, want dit was niet van belang voor de schaalscore. Dit geldt ook voor het invulvakje in het assessment, echter kwam uit het onderzoek naar voren dat dit vakje niet altijd gebruikt was waar het oorspronkelijk voor bedoeld is. Omdat het vakje niet direct onder de signalen van het probleem staat, maar onder de schaalscore, wordt dit vakje soms ook gebruikt om een toelichting te geven op de schaalscore. Hierdoor komt deze tekst dan later in het zorgplan terecht bij de toelichting van het probleem en niet bij het toelichtingsvakje van het assessment. Gewenst zou zijn om de indeling te veranderen en het vakje in het assessment onder de signalen van het probleem te plaatsen of duidelijk aan te geven wat er in het vakje ingevuld dient te worden.

In het dossieronderzoek was er bij de vragen 'wat staat er in invulvakje bij het assessment' en 'wat staat er in het invulvakje in het zorgplan beschreven' alleen de mogelijkheid om bij de keuze 'anders namelijk', de daadwerkelijke beschreven tekst van de respondent in te vullen. Tijdens het dossieronderzoek is door een onderzoeker 'anders namelijk' elke keer aangekruist om daar de toelichting in te kunnen vullen. Dit is tijdens het verwerken van de resultaten hersteld, zodat er duidelijk gezien kon worden wanneer het antwoord 'anders namelijk' daadwerkelijk ingevuld had moeten worden.

Bij de score van persoonlijke zorg wordt vaak een drie gescoord. Onduidelijk is of dit werd gedaan omdat de respondenten het veilige midden kiezen of omdat er minder cliënten in zorg zijn die lager dan een drie scoren. Dit geldt ook voor de andere onderzochte gebieden. Belangrijk hierbij is dan ook om aan te geven waar het cijfer voor staat en waar de cliënt aan wil werken. Zonder een duidelijke toelichting is het onduidelijk aan welk punt er samen met de cliënt gewerkt wordt. Het kan betrekking hebben op het gehele probleem of een deel ervan om zo stap voor stap met de cliënt te werken naar verbetering.

Gedurende het onderzoek is niet alleen de schaalscore van 'kennis' en 'gedrag', maar ook de schaalscore van de signalen optioneel geworden. Hierdoor is bij het dossieronderzoek gebleken dat een aantal respondenten de schaalscore niet heeft ingevuld.

Bij het verwerken van de resultaten was te zien dat bij een aantal cliënten, die voor januari 2015 een ingevuld zorgplan in het BIS hadden, wel een streefscore was ingevuld en hierbij een toelichting beschreven was. Het lijkt erop dat na de start van het gebruik van de assessment meer de focus ligt op het assessment en niet op de streefscore bij het zorgplan. Alleen het hoognodige leek ingevuld te worden.

Voor de betrouwbaarheid van het onderzoek is er gebruik gemaakt van een getrianguleerd onderwerp. Hierbij zijn door middel van verschillende methode de verkregen resultaten gecontroleerd. De resultaten van enquête en interview zijn met elkaar vergeleken en met elkaar in overeenstemming te vinden.

Van de start van het onderzoek tot het presenteren van de resultaten sprake geweest van een leerproces. Door gaandeweg meer kennis te verkrijgen en inzichten te verwerven is de opzet zoals in het Plan van Aanpak is geschetst door dat leerproces anders geworden. Vooraf dachten de onderzoekers te werken volgens de acht stappen van Verhoeven: uiteenrafelen, waarderen, coderen, groeperen, hiërarchie aanbrengen, verbanden zoeken, model bouwen en toetsen aan de probleemstelling (Verhoeven, 2011). Uiteindelijk is het volgens de methode van Baarda, de Goede en Teunissen gedaan: De interviews van de respondenten zijn geanonimiseerd door deze te voorzien van het label 'respondent 1 tot en met respondent 12'. Hierna is door een tweede onderzoeker een onafhankelijke codering gemaakt wederom op zinnen en fragmenten, waarna een definitieve keuze voor de codering is gemaakt, de peer consultation. (Baarda, De Goede en Teunissen, 2005).

In de praktijk is te zien dat de teamontwikkeling met betrekking tot het Omaha System bij het ene team anders verloopt dan bij het andere. Het ene team is meer bezig met het ene onderdeel en de ander meer met een ander onderdeel. Ook is het ene team verder in het gebruik van het Omaha System en met het eenduidig scoren van de evaluaties dan het andere. Door met dit onderzoek in eigen team bezig te zijn, kan het zijn dat het team in die periode al een snellere ontwikkeling heeft doorgemaakt, dan teams niet bij het onderzoek betrokken waren. Wanneer het onderzoek in andere teams had plaatsgevonden, dan was er misschien ook een andere uitkomst uitgekomen. Hierdoor is het mogelijk dat de betrouwbaarheid beïnvloed is.

Vanwege het feit dat bij sommige teams het gebruik van het Omaha System nog in de kinderschoenen staat en de verpleegkundigen nog weinig ervaring hebben met het gebruik hiervan, is het onderzoek mogelijk in een te vroeg stadium afgenomen. Het zou gewenst zijn om dit onderzoek over een jaar nogmaals te herhalen als alle teams binnen Buurtzorg meer ervaring hebben met en gewend zijn aan het gebruik van het gehele systeem. Buurtzorg is op dit moment ook nog druk bezig met het aanpassen en verbeteren van het gehele systeem om zo de kwaliteit van het gebruik te verbeteren.

Literatuurlijst

Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H. & Peij, S. (2010). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo; Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Geraadpleegd op 1 maart 2015 via [https://extranet.che.nl/gezondheidszorg/onderwijs/2014-2015/V-B-4AO/Amodules/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief%20\(2010\).pdf](https://extranet.che.nl/gezondheidszorg/onderwijs/2014-2015/V-B-4AO/Amodules/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief%20(2010).pdf)

Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., en Teunissen, J., (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (2^e dr.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Goede, M. de, & Dijkum, C. van. (2011). *Basisboek statistiek met SPSS* (4e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers bv

Bakker, E. & Buuren, H. van. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (2e druk). Groningen/houten: Noordhoff Uitgevers

Berends, M. (2015a) *Interview met Margo Berends op 3 maart 2015*. (projectmedewerker, regiocoach en wijkverpleegkundige PG team).

Berends, M. (2015b). *Workshop Zelfredzaam assessen*. Buurtzorgcongres 24 maart 2015. (projectmedewerker, regiocoach en wijkverpleegkundige PG team).

Buurtzorg, (2012). Dia uit de Scholing BIS Omaha System, via Buurtzorgweb beschikbaar gesteld.

Buurtzorg, (2015). *Buurtzorgweb; Algemene voorwaarden*. Geraadpleegd op 10 april via <https://www.buurtzorgweb.nl/Documenten/Zoeken.aspx>

BuurtZorg Nederland (2015). *Het Buurtzorgmodel*. Geraadpleegd op 21 februari 2015 via: <http://www.buurtzorgadvies.nl/buurtzorgmodel/vier-pijlers/>

Dale, van. (2015). *Eenduidig*. Geraadpleegd op 23 februari 2014, via <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=&lang=nn>

Dalen, van. A., (2010) *Uit de schaduw van het zorgsysteem. Hoe Buurtzorg Nederland zorg organiseert*. Amsterdam, Boom/Lemma.

Ecare (2015). *Ecare software voor zelfsturende teams*. Geraadpleegd op 13 juni 2015, via: <http://www.ecare.nl/software-voor-de-zorgprofessional/>

Ede, van, J., (2015) *The self-steering and care-driven teams of Buurtzorg*. Geraadpleegd op 17 mei 2015, via: http://www.business-improvement.eu/lead_change/Buurtzorg_autonomous_teams.php

Francke, A. L. Speet, M. & de Veer, A. (2003). *Verpleegkundig proces nog geen gemeengoed bij alle verpleegkundigen*. Geraadpleegd op 18 april 2015, van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/TvZnr11-2003.pdf>

Global Management Laboratory Vietnam (n.d.). *PDCA Mighty and Almighty framework*. Afbeelding: PDCA cyclus, continue verbetering en borging. Geraadpleegd op 21 mei 2015 via: <http://www.gmlvn.com/uploads/images/News/PDCA.png>

Goodwin, J., (2013). What dimensions and indicators can describe the quality of nursing care? Mixed methods, Modified Delphi study. Geraadpleegd op 22 maart 2015 via:
<http://sharonmgoodwin.com/wp-content/uploads/2013/09/Chapter-123-FINAL-with-abstract-NDAs.docx>

GW (2015). Grondwet. Artikel 22 lid 1. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via:
<http://maxius.nl/grondwet/artikel22/lid1> en via:
<http://www.denederlandsegrondwet.nl/9353000/1/j9vvihlf299q0sr/vgrnbtlnuowp>

HLZ (2014). Helpdesk zorgaanbieders HLZ. Draaiboek VVT 21. Kwaliteitssysteem. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via: <http://hervorminglangdurigezorg.nl/helpdesk/vvt/draaiboek-vvt/secundair-proces/21-kwaliteitssysteem>

IGZ (n.d.). Basissets Indicatoren Verpleging, verzorging en zorg thuis. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via:
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/risicoindicatorentoezicht/basissets/index.aspx

In voor Zorg (2014). *Perspect kwaliteitssystemen voor de zorg*. Geraadpleegd op: 24 februari 2015 via: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-Perspect-kwaliteitssystemen-voor-de-zorg.html?highlight=kwaliteitssysteem>

ISO 9001 (2014) ISO/DIS 9001:2014 en Kwaliteitszorgsystemen - Eisen. Geraadpleegd op 2 maart 2015 via: <http://www.nen.nl/NEN-Shop/Norm/ISODIS-90012014-en.htm> en
<http://www.keurmerk.nl/NL/Zorg-en-Welzijn/HKZ-certificatie-zorg-en-welzijn>

Jansen, E.P.W.A., Joosten, Th.H., (1998). *Enquêteren. Het opstellen en gebruiken van vragenlijsten*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Johnson, K.E., McMorris, B.J., Raynor, L.A., Monsen, K.A., (2013). What big size you have! Using effect sizes to determine the impact of public health nursing interventions. *Applied Clinical Informatics*. (Blz. 434-444). Geraadpleegd op 22 maart 2015 via:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24155795>

Kerklaan, L. A. F. M., (2014). *De PDCA-cirkel is springlevend!* Geraadpleegd op 18 april 2015, van
<http://www.sigmaonline.nl/artikel/13923/De-PDCA-cirkel-is-springlevend!>

Kieft, R., (2015). Eenheid van taal binnen het verpleegkundige zorgproces schept duidelijkheid. *Maatschappij & Gezondheid. V&VN. Jaargang 15 (nr 2)*, blz. 8-10.

Koster, N., Harmsen, J. (2015). Het Omaha System. Een introductie (2^e dr.). QuertyPub.

Kwaliteitsdocument 2013.(2013). *Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis*. Geraadpleegd op 11 april 2015 via
http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.igz.nl%2FImages%2FKwaliteitsdocument-VVT-2013_tcm294-329148.pdf&ei=z2oZVcrnO8rHPf79gbAO&usg=AFQjCNFOroLOpXqPROAwhsUDTHiMUyRqAw&sig2=L0zmlW8NZ6Uqj-z7p2xGcw
Kwaliteitsontwikkeling GGZ (n.d.). Programmalijnen. Geraadpleegd op 23 februari 2015 via: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/kwaliteitsstandaarden/>

KWZ (n.d.). Kwaliteitswet Zorginstellingen. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via:
http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/

Lans, v.d., J (2013) Canon Sociaal Werk: Buurtzorg Nederland. Geraadpleegd op 2 maart 2015 via: http://www.canonsociaalwerk.eu/nl_wmo/details.php?cps=14

Lint, M. de (2014, december 4). *Over governance van zorgverzekeraars gesproken: een kritische reflectie vanuit juridisch-bestuurlijk perspectief*. Geraadpleegd op 20 april 2015, via: [www.rvz.net: http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/over-governance-van-zorgverzekeraars-gesproken](http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/over-governance-van-zorgverzekeraars-gesproken)

Martin, K.S. (2005/2009). *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management*, 2005/2009, reprinted second edition, HealthKit Connection Press, Omaha, Nebraska

Monsen, K.A., Lytton, A.B., Starr Ferrari, Halder, K.M., Radosevich, D.M., Kerr, M.J., Mitchell, S.M., Brandt, J.K., (2011). Evaluating Reliability of Assessments in Nursing Documentation. *Online Journal of Nursing Informatics*. 2011, Volume 15 Number 3. Geraadpleegd op 18 mei 2015 via: <http://ojni.org/issues/?p=899>

Nandran, S.S. (2015), *Organizational Innovation by Integrating Simplification. Learning from Buurtzorg Nederland*. Serie: Management for Professionals'. Dordrecht, Springer.

Nies, H. (2014). *Zorgorganisaties verkennen mogelijkheden OMAHA voor wijkverpleging*. Nieuwsartikel Vilans. Geraadpleegd op 23 februari 2015 via: <http://www.vilans.nl/Over-Vilans-nieuwsoverzicht-zorgorganisaties-verkennen-mogelijkheden-OMAHA-voor-wijkverpleegkundigen.html>

Nictiz. (2012). *ICT standaarden in de zorg, een praktisch overzicht*. Utrecht: Nictiz. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via: <https://www.nictiz.nl/module/360/689/ICT-standaarden%20in%20de%20zorg.pdf>

Omahasystem (n.d.). Gestelde vragen en antwoorden Leveranciersbijeenkomst 1 Geraadpleegd op 23 maart 2015 via: http://www.omahasystem.nl/Site_Omaha/docs/pdf/FAQ_professionalisering_maatschappelijke_gezondheidszorg.pdf

Omaha System Support (2014), *Een assessment op basis van het Omaha System*. Visiedocument. Geraadpleegd op 27 februari 2015 via: http://www.omahasystem.nl/Site_Omaha/docs/pdf/Visiedocument_Een_assessment_op_basis_van_het_Omaha_System.pdf

Pool, A., Mast, J. (2011). *Eerst buurten dan zorgen. Professioneel verplegen en verzorgen bij Buurtzorg*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Programma Kwaliteit in Zicht. (2011, oktober). Geraadpleegd op 1 april 2015, via <http://www.npcf.nl/images/stories/dossier/KwaliteitinZicht/kiz%20basisset%20kwaliteitscriteria%202%200%20oktober%202011.pdf>

RIVM (2014), Kwaliteit van zorg. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.17, 23 juni 2014. RIVM. Geraadpleegd op 23 februari 2015 via: <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit/> met doorverwijzing naar: RGO (1990), Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek kwaliteit van zorg. Den Haag: RGO, 1990

Rubrech, J. & Stuying de Lange, G. (2012). *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. (2e druk). Amsterdam: Pearson Benelux

Rijksoverheid. (2008). *Grondwet*. Geraadpleegd op 1 april 2015, via: Overheid.nl:
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0001840>

Rijksoverheid. (2013). *Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst*. Geraadpleegd op 1 april 2015, via: Overheid.nl: http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/volledig/geldigheidsdatum_06-06-2013#Boek7_Titel7_Afdeling5

Rijksoverheid. (2014). *Gezondheidswet*. Geraadpleegd op 1 april 2015, via: Overheid.nl:
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0002202>

Rijksoverheid. (2015a). *Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten*. Geraadpleegd op 1 april 2015, via: Overheid.nl: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0002614>

Rijksoverheid. (2015b). *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Geraadpleegd op 1 april 2015, via: Overheid.nl: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850>

Rijksoverheid. (2015c). *Wet Langdurige Zorg*. Geraadpleegd op 1 april 2015, via: Overheid.nl: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917>

Rijksoverheid. (2015d). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*. Geraadpleegd op 1 april 2015, via: Overheid.nl: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362>

Rijksoverheid. (2015e). *Wet Marktordening Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 1 april 2015, via: Overheid.nl: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0020078>

Rijksoverheid. (2015f). *Wet Publieke Gezondheid*. Geraadpleegd op 2 april 2015, via Overheid.nl: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705>

Rijksoverheid, (2015g). *Regeling periodieke registratie Wet BIG* Geraadpleegd op 8 april 2015, via: Overheid.nl, http://wetten.overheid.nl/BWBR0025605/Artikel6/geldigheidsdatum_23-03-2015

Schoot, T. (red.), Danen-de Vries, S., Pool, J., & Vaate, E. bij de. (2013). *De verpleegkundige als zorgverlener* (2^e dr.).Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

SurveyMonkey (2015). Uitleg van de Likertschaal. Geraadpleegd op 27 februari 2015 via: <https://nl.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>

Thesaurus Zorg en Welzijn (n.d.). *Zorgproces*. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via: <http://www.betekenis-definitie.nl/zorgproces> met verwijzing naar: <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/>

Vilans (2014). *FAQ Professionalisering maatschappelijke gezondheidszorg Op zoek naar 'eenheid van taal'*. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via: <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/FAQ%20Professionalisering%20maatschappelijke%20gezondheidszorg.pdf>

Verhoeven, N., (2011). Wat is onderzoek. *Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Vreeke, E., Klein Wolterink, G., (2014). *Classificatie- en terminologiestelsels voor verpleegkundige informatie. Een vooronderzoek*. Geraadpleegd op 27 februari 2015 via: <http://eerstelij.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=pJxJBOXYUYA%3D&tabid=5904&mid=17792>

ZN. (2015). *Zorgverzekeraars Nederland. Inkoopgidsen: Inkoopgids Wijkverpleging*. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via:

<https://www.zn.nl/inkoopgidsen/?folderid=43089934&title=Inkoopgids+wijkverpleging>

Zorginstituut Nederland. (n.d.). *Zichtbaar maken*. Geraadpleegd op 17 april 2015 via

<http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/het+kwaliteitsinstituut/zichtbaar+maken>

Zorgleefplanwijzer. (2013). *Wet- en regelgeving*. Geraadpleegd op 8 april 2015 via

<http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wet-en-regelgeving.html>

Bijlage 1: Begrippenlijst

- **Assessment:** het assessment is een onderdeel van het BIS en maakt samen met het zorgplan en bijv. de interventieplanning deel uit van het basisdossier. Met het assessment wordt vastgesteld welke zorg nodig is en is daarmee de start van het dossier van de cliënt.
- **BIS:** Buurtzorg Informatie Systeem, dit is het elektronische zorgplan dat in het Buurtzorgweb gebruikt wordt.
- **Buurtzorgweb:** Internet platform dat door alle Buurtzorgmedewerkers wordt gebruikt voor informatie overdracht.
- **Classificatie:** Een classificatie is een terminologiestelsel waarin concepten en termen op basis van gemeenschappelijke kenmerken zijn ingedeeld (Nictiz, 2012).
- **Classificatiesysteem:** dit is een terminologiestelsel waarin concepten en termen op basis van gemeenschappelijke kenmerken zijn ingedeeld. Veelgebruikte classificatiesystemen binnen de verpleging en verzorging zijn Nanda/NIC/NOC, Omaha System, International Classification of Nursing Practice (ICNP) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Deze classificaties hebben elk een eigen gezichtspunt en achtergrond, waarmee verpleegkundigen en verzorgenden de zorg kunnen indelen en beschrijven (Vilans, 2014d).
- **Ecare** ontwikkelt en levert innovatieve en intuïtieve software ter ondersteuning van zorgprofessionals in kleine, zelfstandige teams voor een betere en betaalbare zorgverlening. Buurtzorg en Ecare werken nauw samen: Wecare (Ecare, 2015).
- **Eenduidig:** ondubbelzinnig, duidelijk (Dale, v., 2015).
- **Evaluatie:** het beoordelen van het effect van de verpleegkundige zorg en van de samenwerking met de zorgvrager (Schoot, 2013).
- **Indicator:** meetbaar aspect, uitgedrukt in een getal, percentage of ratio, die iets zegt over de kwaliteit van iets, zoals de kwaliteit van zorg of van het milieu; meestal wordt een norm gesteld waaraan voldaan moet worden (Schoot, 2013).
- **Kwaliteit van zorg:** 'kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen (het gerealiseerde) van een product, proces en dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen (norm of verwachtingen), die voortvloeien uit een gebruikersdoel' (RIVM, 2014)(RGO, 1990).
- **Kwaliteitssysteem:** Met een kwaliteitssysteem laat een branche of beroepsvereniging zien welke prestaties van belang zijn. Een kwaliteitssysteem ondersteunt organisaties en professionals bij het behalen van prestaties gericht op interne kwaliteitsverbetering en vanuit cliëntenperspectief (In voor Zorg, 2014).
- **Likertschaal:** een veelgebruikte, populaire en betrouwbare waarderingschaal, de antwoordkeuzen variëren van het ene uiterste naar het andere uiterste (SurveyMonkey, 2015).
- **Meetinstrument:** Instrument om er metingen mee te verrichten (Dale, v., 2014). Verzamelnaam voor landelijk opgestelde kwaliteitsindicatoren en gevalideerde vragenlijsten. Meetinstrumenten geven op systematische en reproduceerbare wijze een indicatie over de kwaliteit van de geleverde zorg door het resultaat van de meting te vergelijken met een eerder gekozen norm. Meetinstrumenten van kwaliteit worden ook toegepast om het resultaat van de zorg transparant in beeld te brengen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, n.d.).
- **Omaha System:** Het Omaha System is een classificatiesysteem dat is ontwikkeld in de Verenigde Staten. In dit systeem kunnen de vraag (het probleem) van de cliënt, acties die daaruit voortkomen en de (gewenste) resultaten worden vastgelegd. Het Omaha System helpt de zorgverleners doelgericht te werken. De gegevens die het systeem oplevert, geven inzicht in hoe de cliënten het beste geholpen kunnen worden. Het is een standaard die ondersteunt bij resultaatgericht werken en het zorgt voor een taal tussen zorg- en welzijnsprofessionals (Vilans, 2014).
- **Richtlijn:** aanwijzing voor te volgen gedrag (Dale, v., 2014)

- Schaalscore: ook wel Omaha System Schaalscore genoemd (Omaha System Support, 2014) ook wel 5-punts beoordelingsschaal genoemd, (Vreeke, Klein Wolterink, 2014)
- SPSS (Statistical Products and Service Solutions): Een softwareprogramma voor de invoer en statistische analyse van onderzoeksgegevens (Baarda, Goede en Dijkum, 2011).
- Verpleegkundigen: hiermee worden zowel hbo- als mbo-verpleegkundigen bedoeld
- Zorgproces: Ontvangst en verwerking van informatie- en zorgvragen, vaststellen van de benodigde zorg, zorgbemiddeling, zorgtoewijzing, uitvoering zorgplan en evaluatie en afsluiting van de geboden zorg (Thesaurus Zorg en Welzijn, n.d.).

Bijlage 2: Dossieronderzoek vragen

Dossieronderzoek BIS schaalscore

Begin dossieronderzoek

Demografie

Algemene gegevens voor de beschrijving van de respondentengroep.

*** 1. Welk Buurtzorgteam betreft het?**

Amersfoort-Schothorst; Blaricum/Eemnes/Laren; Heemstede; Scherpenzeel/Renswoude

*** 2. Wat is het opleidingsniveau van de respondent?**

VIG; mbo; hbo;

*** 3. Is het assessment door de respondent ingevuld?**

Ja; Nee;

Dossieronderzoek

Onderzoek naar de gebieden en het gebruik van de schaalscore en andere mogelijkheden.

*** 4. Is in het assessment bij het 'Gebied Persoonlijke zorg' de schaalscore bij 'status signalen' ingevuld?**

Ja; Nee;

*** 5. Welke schaalscore is in het assessment bij het 'Gebied Persoonlijke zorg' bij 'status signalen' ingevuld?**

1; 2; 3; 4; 5;

*** 6. Zijn in het assessment bij het 'Gebied Persoonlijke zorg' een of meerdere signalen aangevinkt?**

- ☐ Eén
☐ Meerdere
☐ Overige

*** 7. Is in het assessment bij het 'Gebied Persoonlijke zorg' het vakje 'Toelichting' gebruikt?**

Ja; Nee;

*** 8. Wat staat er bij het 'Gebied Persoonlijke' zorg in het vakje 'Toelichting' beschreven?**

- ☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting op het aangevinkte signaal
☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting op de aangevinkte signalen
☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting op het bij signalen aangevinkte vakje 'overig'
☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting op de gekozen 'schaalscore' van de status signalen
☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting over de status van de verschillende aangevinkte signalen
☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft informatie over de overige schaalscores 'kennis' en/of 'gedrag'
☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft andere informatie (anders, namelijk: samengevat.....)

Andere informatie, samengevat

*** 9. Zijn de overige schaalscores 'kennis' en 'gedrag' ingevuld?**

Ja; nee;

*** 10. Is in het zorgplan bij het probleem 'Persoonlijke zorg' de 'Huidige score' bij 'status signalen' ingevuld?**

Ja; Nee;

*** 11. Is in het zorgplan bij het probleem 'Persoonlijke zorg' de 'Streef score / Doel' bij 'status signalen' ingevuld?**

Ja; Nee;

*** 12. Is in het zorgplan bij het probleem 'Persoonlijke zorg' bij 'status signalen' gebruik gemaakt van het lege vakje onder de schaalscore?**

Ja; Nee;

13. Wat staat er in het vakje onder de schaalscore beschreven?

- ☐ de tekst in het vakje geeft een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'Huidige score'
- ☐ de tekst in het vakje geeft een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'Streef score / Doel'
- ☐ de tekst in het vakje geeft een toelichting op de waarden die in de schaalscore ingevuld kunnen worden
- ☐ de tekst in het vakje geeft informatie over hoe de cliënt zelf de 'Huidige score' beschrijft
- ☐ de tekst in het vakje geeft informatie over hoe de cliënt zelf de 'Streef score / Doel' beschrijft
- ☐ de tekst in het vakje geeft informatie over de overige schaalscores 'kennis' en/of 'gedrag'
- ☐ de tekst in het vakje geeft andere informatie

Welke andere informatie; samengevat

*** 14. Wat is het tweede 'Gebied' dat in het assessment bekeken wordt voor dit onderzoek?**

Gebied Huid; Gebied Circulatie; Gebied Medicatie;

De volgende vragen gaan over het aangegeven 'Gebied'

*** 15. Is in het assessment bij het aangegeven 'Gebied' de schaalscore bij 'status signalen' ingevuld?**

Ja; Nee;

*** 16. Welke schaalscore is in het assessment bij het aangegeven 'Gebied' bij 'status signalen' ingevuld?**

1; 2; 3; 4; 5;

*** 17. Zijn in het assessment bij het aangegeven 'Gebied' een of meerdere signalen aangevinkt?**

- ☐ Eén
- ☐ Meerdere
- ☐ Overige

*** 18. Is in het assessment bij het aangegeven 'Gebied' het vakje 'Toelichting' gebruikt?**

Ja; Nee;

*** 19. Wat staat er bij het aangegeven 'Gebied' in het vakje 'Toelichting' beschreven?**

- ☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting op het aangevinkte signaal
- ☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting op de aangevinkte signalen
- ☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting op het bij signalen aangevinkte vakje 'overige'
- ☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting op de gekozen schaalscore van de status signalen
- ☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft een toelichting over de status van de verschillende aangevinkte signalen
- ☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft informatie over de overige schaalscores 'kennis' en/of 'gedrag'
- ☐ de tekst in het vakje 'Toelichting' geeft andere informatie

Andere informatie, samengevat

*** 20. Zijn de overige schaalscores 'kennis' en 'gedrag' ingevuld.**

Ja; Nee;

*** 21. Is in het zorgplan bij het aangegeven probleem de 'Huidige score' bij 'status signalen' ingevuld?**

Ja; Nee;

*** 22. Is in het zorgplan bij het aangegeven probleem de 'Streef score / Doel' bij 'status signalen' ingevuld?**

Ja; Nee;

*** 23. Is in het zorgplan bij het aangegeven probleem bij 'status signalen' gebruik gemaakt van het lege vakje onder de schaalscore?**

Ja; Nee;

*** 24. Wat staat er in het vakje onder de schaalscore beschreven?**

- ☐ de tekst in het vakje geeft een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'Huidige score'
- ☐ de tekst in het vakje geeft een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'Streef score / Doel'
- ☐ de tekst in het vakje geeft een toelichting op de waarden die in de schaalscore ingevuld kunnen worden
- ☐ de tekst in het vakje geeft informatie over hoe de cliënt zelf de 'Huidige score' beschrijft
- ☐ de tekst in het vakje geeft informatie over hoe de cliënt zelf de 'Streef score / Doel' beschrijft
- ☐ de tekst in het vakje geeft informatie over de overige schaalscores 'kennis' en/of 'gedrag'
- ☐ de tekst in het vakje geeft andere informatie

Andere informatie, samengevat

Einde enquête

Bijlage 3: Enquêtevragen

Enquete BIS Schaalscore

Welkom bij onze enquête

5%

Voor ons afstuderen hebben wij Adry, Alex, Guuske en Tineke gekozen voor de schaalscore binnen het Buurtzorg Informatie Systeem. Aan de hand van de antwoorden op onze enquêtevragen gaan wij kijken hoe er gebruik wordt gemaakt van deze mogelijkheid in het BIS.

Wij hopen dat jullie ons hierbij willen helpen. Veel plezier!

*** 1. Hoe belangrijk vind jij het om de schaalscore in het assessment in te vullen?**

heel belangrijk	belangrijk	niet belangrijk / niet onbelangrijk	onbelangrijk	heel onbelangrijk
☐	☐	☐	☐	☐

*** 2. Hoe belangrijk vind jij het om de schaalscore in het zorgplan in te vullen om de zorg te kunnen evalueren?**

heel belangrijk	belangrijk	niet belangrijk / niet onbelangrijk	onbelangrijk	heel onbelangrijk
☐	☐	☐	☐	☐

*** 3. Wie betrek jij, in de meeste situaties, om te beoordelen welke schaalscore ingevuld moet worden?**

*** 4. Cliënt en zijn zorgplan**

	heel belangrijk	belangrijk	niet belangrijk / niet onbelangrijk	onbelangrijk	heel onbelangrijk
Hoe belangrijk vind jij het om de cliënt bij het invullen van de schaalscore te betrekken?	☐	☐	☐	☐	☐

*** 5. Zijn er in jouw team afspraken gemaakt voor het eenduidig invullen van de schaalscores?**

☐ Ja

☐ Nee

*** 6. Beschrijf welke afspraken er in jouw team gemaakt zijn:**

*** 7. Wat zijn jouw ervaringen met deze afspraken m.b.t. het eenduidig invullen van de schaalscore?**

Motiveer je keuze

Goed, omdat; Matig, omdat; Slecht, omdat;

*** 8. Maak jij in het assessment gebruik van het toelichtingsvakje bij het probleem?**

Ja; Nee; Soms;

*** 9. Wat vul jij in bij het toelichtingsvakje bij het probleem? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ☐ een toelichting op het aangevinkte signaal
- ☐ een toelichting op de aangevinkte signalen
- ☐ een toelichting op het bij signalen aangevinkte vakje 'overig'
- ☐ een toelichting op de gekozen schaalscore van de 'status signalen'
- ☐ een toelichting over de status van de verschillende aangevinkte signalen
- ☐ informatie over de schaalscores bij 'kennis' en/of 'gedrag'
- ☐ andere informatie, namelijk

*** 10. Wat is de reden dat jij geen gebruik maakt van het toelichtingsvakje bij het probleem?**

*** 11. Maak jij in het zorgplan gebruik van het invulvakje onder de schaalscores?**

Ja; Nee; Soms;

*** 12. Wat vul jij in het zorgplan in bij het invulvakje onder de schaalscore? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ☐ een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'Huidige score';
- ☐ een toelichting op de ingevulde waarde in de schaalscore bij 'Streef score / Doel';
- ☐ een toelichting op de waarden die in de schaalscore ingevuld kunnen worden;
- ☐ informatie over hoe de cliënt zelf de 'Huidige score' beschrijft;
- ☐ informatie over hoe de cliënt zelf de 'Streef score / Doel' beschrijft;
- ☐ informatie over de overige schaalscores 'kennis' en/of 'gedrag';
- ☐ andere informatie, namelijk

*** 13. Wat is de reden dat je geen gebruik maakt van het invulvakje bij de schaalscore in het zorgplan?**

Onduidelijkheid over functie invulvakje; Tijdgebrek; Geen motivatie; Anders, namelijk...;

*** 14. Vind jij dat het invullen en het interpreteren van de schaalscores op dit moment in jullie team op een eenduidige wijze plaatsvindt?**

Ja; Nee;

*** 15. Welke belemmerende factoren ervaar jij bij het gebruik van de schaalscore? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ☐ gebrek aan motivatie
- ☐ gebrek aan kennis
- ☐ tijdgebrek
- ☐ geen eenduidigheid
- ☐ Anders, namelijk

*** 16. Waar zou jij nog kennis over kunnen gebruiken m.b.t. het gebruik van de schaalscore? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ☐ over de cijfers van de schaal-score
- ☐ richtlijnen van de schaal-score
- ☐ het invul/toelichtingsvakje
- ☐ anders, namelijk

*** 17. Wat heb jij nodig om de schaalscores op eenduidige wijze in te vullen? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ☐ per probleem een duidelijke omschrijving van de cijfers bij de schaalscores
- ☐ eenduidig gebruik van het vakje bij de schaalscore
- ☐ overleg met collega(s)
- ☐ overleg met het gehele team
- ☐ Anders, namelijk

*** 18. Welke stimulerende factoren ervaar jij bij het gebruik van de schaalscore? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- ☐ duidelijk beeld hoe het met de cliënt gaat
- ☐ overzichtelijk geheel hoe de situatie van de cliënt is
- ☐ je wordt uitgedaagd om vast te leggen hoe het met de cliënt gaat
- ☐ het geeft een duidelijk overzicht wanneer de zorgverzekering komt controleren
- ☐ Anders, namelijk

19. Waren er in deze vragenlijst vragen bij waar jij op zou willen reageren?

Dank voor uw deelname!



Dit is het eind van de enquête. Hartelijke dank voor uw deelname!

Bijlage 4: Interview stellingen, vraag

Stelling 1: “Ik gebruik de schaalscore om de kwaliteit van zorg te verantwoorden aan derden (cliënt, familie, collega’s, inspectie voor de gezondheidszorg).”

Stelling 2: “Evalueren van een zorgplan met schaalscores kan, ook al is het door een ander gemaakt.”

Vraag: “Wat heb jij nodig om te zorgen dat iedereen de schaalscores op dezelfde manier interpreteert?”

Bijlage 5: Interview codetabel

Gedrag		Kennis	
Beweegredenen (65) kleur	motivatie om de schaalscore in te vullen	Verantwoording (78x) kleur	Van de te leveren zorg Van de geleverde zorg Kwaliteit van zorg
Evalueren (36x) kleur	van zorgplan van schaalscores toelichting rapportages	Probleem (23x) kleur	Score Streefscore/doel
		Eenduidigheid (63x) kleur	Eenheid van taal (huidige situatie)
		Twijfel (66x) kleur	Over het invullen van de score Niet duidelijk
Cliënt betrekken (60x) kleur	bij de scores/streefscores bij de evaluaties bij het vaststellen van het probleem		

Kennis en gedrag	
Mogelijkheden (120x) kleur	ideeën kennis nodig in team overleggen samen doen Likertschaal aanpassen eenheid van taal (toekomst)

Overige belangrijke punten (14x)
kleur

Tabel bijlage 5: Codetabel interview

Bijlage 6: Uitgewerkte codetabel

Hoofdwoord	hierbij hoort ook	kleur
Eenduidigheid (kennis) 63x genoemd	Eenheid van taal (huidige situatie)	Blauw Positief: R01-30: Want we moeten wel op dezelfde golflengte zitten met een stukje interpretatie, want anders kom ik er niet uit en kan ik niet evalueren R01-34: Maar goed, als je dan samen (1 ^{ste} en 2 ^{de} PB' er) voor een cliënt zorgt dan kan het wel omdat ik die cliënt dan ken. R02-26: En dat komt wel overeen met wat de cliënt zegt R02-29, R03-30, R02-31, R02-32, R02-33: sommige collega's hebben een hele andere werkwijze en denken heel snel iets anders over dan jij heb dat je steeds een discussiepunt hebt; Maar mijn collega (2 ^e PB' er) en ik zitten altijd wel op 1 lijn en dus dan denk ik dat het wel kan; Maar dan moet je wel weten met welke collega je dat samen doet; Ja dat denk ik wel; Ik en mijn maatje of ik en mijn collega R05-11: Dat kan wel, mits je allemaal het eenduidig invoelt en dat doe wij nu misschien nog niet R05-13: Ik weet wat ik bedoel. R08-11: Dus dat moet eenieder kunnen doen R08-14, R08-15: Dus ik zet het op, maar als ik daarna de zorg niet meer kan evalueren omdat je er niet meer komt, dan moet een collega dat over kunnen nemen; Dus ik vind dat eenieder die het niet heeft gemaakt die ergens komt daar gebruik van moet kunnen maken R09-09, R09-10: Nou, als je het zelf maakt, dan weet je natuurlijk precies wat je opgeschreven hebt wat je er mee bedoelt; Als een ander het maakt zou het in feite wel ook duidelijk moet zijn R11-85: dat ik denk dan zou het fijn zijn als het toch eigenlijk heel duidelijk is wat je moet invullen. R11-97: een punt, dat iedereen onder een bepaald woord, daar kan iemand ook al wat anders onder verstaan: ja, wat is 'ernstig'? of 'een beetje ernstig'? R12-48, R12-49: Voor een ander? Voor de cliënt zelf?; Dat maakt het wel duidelijker voor het geheel denk ik. R12-86a: de een is natuurlijk heel makkelijk; die dikke benen is natuurlijk heel makkelijk en duidelijk

		Bewustwording: R01-39: Ja, hoe komen wij tot een stuk eenduidigheid R02-35, R02-36: Ja dat is een goeie ik denk als je, je hebt nu schalen en dat is lastig want de een vindt dit en de ander vindt dat; Je baseert het op eigen observatie een beetje als je het zo gaat bekijken R04-23, R04-24, R04-25: Misschien zijn we bijna zo ver, maar ik denk wel dat we aardig eindje op weg zijn; Ik weet nog niet of we het allemaal op dezelfde manier interpreteren; Ik denk dat dat het een beetje is R04-6, R04-7, R04-8: Er staat natuurlijk een uitleg bij wat die score ongeveer wat inhoudt; Je hebt dan een indicatie qua score hoe je iemand in kan delen waar die zit in die situatie en hoe je het zelf ziet, wat je ervaart en wat de verbetering eventueel is en wat er nog moet komen; Je heb een klein beetje een indicatie van waar de cliënt zit R04-21, R04-22: Dat is natuurlijk het voordeel van die schaal score en dat je een eenduidige, daar moeten we aan gaan werk en allemaal leren nog en mee om te gaan en dat je een objectieve score dan krijgt en dan kijkt dat zou inderdaad wel moeten kunnen; Dat je weinig links naar recht of boven of onder hebt. Ja dat denk ik wel; R05-12: Nu doe iedereen voor zijn eigen cliënt het BIS maken en die evalueert dat ook en dus niet iemand anders. R05-14: Dan ga ik mijn best doen. R06-49, R06-50: Binnen een team met verschillende team is dat erg lastig omdat iedereen dingen anders beleeft en bekijkt; Ik denk dat het dan erg moeilijk een zelfde cijfer je voor een probleem te geven. R06-51, R06-52: Voordeel is wel dat als je eindverantwoordelijk bent voor een cliënt, dan je in ieder geval moet en kan zitten; Nou ja moet zitten. R08-20: Ja, maar dat leeft denk ik nog niet helemaal binnen het team R08-49, R08-51: Ja, nou, omdat jij dan misschien beter snap waarom ik op een 2 scoor; Ik denk dat als we meer toelichten dat het ook meer gaat leven waarom je dingen doet, en ook de toelichting, als de toelichting er staan dat je meer je streven naar groei in je assessment kan verantwoorden. R08-58: Ook de eenduidigheid vind ik een punt wat misschien een keer op de agenda moeten zetten om te kijken of we ook eenduidigheid in de assessment kunnen aanbrengen R09-51: Of is het een overzichtelijk geheel hoe de situatie van die cliënt is, of wordt je toch meer uitgedaagd om vast te leggen hoe het met de cliënt gaat omdat het duidelijker is voor de collega's. R10-19, R10-20: er staat zo'n informatierondje boven; Die kun je aanklikken en dan zie je 'sterk mee oneens, mee oneens en dan zie je een beetje uitleg erbij staan R10-42: ja, het is natuurlijk mogelijk dat de ander er hetzelfde naar kijkt, maar als hij net een iets andere mening heeft of een iets andere visie heeft, dan denk ik dat het kan veranderen R11-7: natuurlijk wel een meetinstrument, alleen moet het dan wel duidelijk zijn hoe je dat, hoe iedereen dat dan ook gebruikt. R11-87: als je een goed meetinstrument hebt, dan moet het natuurlijk toch wel, dan moet de uitkomst natuurlijk toch wel reëel zijn. R12-18: het verschil tussen ernstig en niet zo ernstig, dat is ook per persoon verschillend, volgens mij wie het invult
--	--	---

		Negatief: R03-10, R03-11, R03-12, R03-13: Dat vind ik een beetje moeilijk; Ik denk niet dat dat kan, want stel je voor een ander maakt hem, mijn collega maakt hem en die komt vaker bij die cliënt en ik val in en bijvoorbeeld een schaalscore moet maken omdat ze bijvoorbeeld uit is gevallen dan is het lastig voor mij om dat te doen want ik kom daar niet zo vaak en heb een heel ander beeld van de situatie of zorgsituatie dan mijn collega heeft; Dan zou er een andere score uitkomen en dat is niet zo betrouwbaar; dat is niet eenduidig R09-20: De eenduidigheid van taal, collega naar collega is eigenlijk al moeilijk. R10-16: geen toelichting bij schrijf, dan denk ik niet, dat uit cijfers alleen ze niet het zelfde interpreteert. R12-5, R12-6: ook een beetje wat de ene collega vindt of wat de andere collega vindt, want ik denk dat daar momenteel best wel verschil in zit; Dus het is niet een meetbare iets waarbij je kan zeggen: een is een en drie is drie, maar de een vindt het bijvoorbeeld heel erg en de ander zegt van goh, het valt op zich nog wel mee. Geschrapt: R01-26, R01-27: Ja..ja, ja R01-31 : Nee dat klopt Ja hahaha R01-38: Ja precies dat kan! R05-19: Nee
Beweegreden (gedrag) 65x genoemd	motivatie om de schaalscore in te vullen	geel R01-10: positief: nieuwe ontwikkelingen vastleggen en meetinstrumenten invullen en gebruiken bijv. bij wondbehandeling en verpleging van mensen met dementie R01-20 (er stond 12): negatief: tijdgebrek R01-21: want er wordt niet bewust een evaluatiegesprek ingepland R01-22: omdat je net ziet dat je moet evalueren R01-24: negatief: tijdgebrek en onvoldoende proactief vooruit denken R01-25: bewustwording: ik moet evaluatiegesprekken inplannen en samen met de cliënt invullen R02-1b: negatief: er hebben veel andere dingen gespeeld, ik had ze al up-to-date moeten maken R02-10: bewustwording: kwaliteit van zorg is moeilijk te verantwoorden als je zorgplan niet up-to-date hebt. R02-13: kwaliteit van zorg wordt niet verantwoord d.m.v. schaalscores R02-14: verouderde schaalscores / gegevens R02-15: ouder dan 3 maanden R02-17: bewustwording: niet alleen status signalen vastleggen, ook kennis en gedrag R02-18 persoonlijk R02-41: bewustwording: met cijfers alleen weet je na verloop van tijd niet meer wat ermee bedoeld is R03-14 (er stond R02-14): bewustwording: omdat het moeilijk vastleggen is R03-15: R03-16 R04-43: positief: zo objectief mogelijk kijken en de juiste schaalscores vastleggen R04-45: bewustwording: een schaalscore 3 is 'het veilige midden'

		R04-46 R04-47 R04-48 R04-49 R04-50 R04-51 R04-52 R04-53 R04-54: bij de keuze van de schaalscore wil je ook kunnen laten zien dat er verbetering mogelijk is. R05-30: bewustwording: dat schaalscores invullen soms natte vinger werk is. R06-6: bewustwording: het invullen van een schaalscore is een persoonlijke interpretatie R06-27 R06-28 R06-29: bewustwording: bij een cijfer van de schaalscore moet ik eerst kijken wat het cijfer betekent. R06-32 R06-33 R06-34 R06-35 R06-36: bewustwording: cijfers zijn verschillend te interpreteren, maar woorden als matig en ernstig ook R06-37 R06-38: bewustwording dat een schaalscore en interpretatie ook aan een probleem gekoppeld is R06-39 R06-40: bewustwording: de schaalscore is gelinkt aan het probleem R07-16: Met de schaalscore bij status signalen geef je in het assessment en zorgplan de ernst van de situatie aan R07-56 R07-60a: Bij de verantwoording van kwaliteit, kun je er niet onderuit om de schaalscores in het zorgplan en assessment in te vullen. R08-29: Voor het verantwoorden van de zorg moet sowieso een assessment gemaakt worden. R09-33 R09-36 (er stond 37): Streefscores en schaalscores is iets wat je doet om dat het moet, maar het heeft voor mij geen toegevoegde waarde. R09-40 R09-42: Ik vul het in omdat het moet van Buurtzorg en voor de ziektekostenverzekeraars, R10-2 R10-3 (er stond R10-23): Ik gebruik de schaalscores vrij weinig voor het verantwoorden van de zorg, omdat ik me afvraag hoe ik ze in moet zetten. R10-28 R20-29: bewustwording: het gebruik van huidige score en streefscore zijn alleen nuttig als het gebruikt wordt om er verder mee te komen. R10-50 (er stond 49): door er over te praten word ik me er bewust van dat het gebruik de schaalscores belangrijk is. R11-2, R11-4: negatief: de beweegreden om de schaalscores niet in te vullen is dat je op teveel verschillende manier kunt scoren en dan zie ik het nut er niet van in. R11-21 R11-25: bewustwording: met het goed gebruiken van de schaalscores zou je de kwaliteit van zorg wel aan derden kunnen verantwoorden. R11-65: bewustwording: ook schaalscores voor kennis en gedrag zijn goed te gebruiken om kwaliteit van zorg te kunnen verantwoorden. R11-89b: positief: zoeken naar een meetinstrument en een objectieve manier om de situatie vast te leggen. R12-13: ik vul de scores in omdat het moet R12-15: voor situaties waarin geen verbeterpunten te maken zijn, wordt de motivatie om de schaalscores in te vullen minder
--	--	--

Twijfel (kennis) 66x genoemd	over het invullen van de score niet duidelijk	Rood Positief: R01-33: Het is niet optimaal. R05-4: Maakt het er voor mij niet duidelijker op hoor R05-1, R05-2, R05-3: Ik weet dat het moet, maar daar gebruik ik het hem geheel voor, omdat het mij niet duidelijk is hoe je het precies goed moet invullen; De scores hoe je die moet invullen, dus 12345 bij Kennis, bij status, bij de volgende; Dat is me niet helemaal duidelijk welke nou precies voor wat bedoeld wordt R07-77: meer soms kennis in de mogelijkheden van het systeem. R09-24: Ja en hoe vaker je het doet hoe duidelijker en hoe makkelijker het misschien wordt, maar voor mij is het nu nog allemaal een soort abracadabra. R09-46: Nee, voor mij is dat nog een beetje abracadabra. R10-34: Ik heb echt geen idee R10-55: ik me afvraag in welke situatie ik het nu echt goed kan gebruiken. R11-34: ik heb niet de kennis en het inzicht, R11-86: ja, ik weet niet of je dat ooit zo krijgt, dat je voor iedereen, dat het voor iedereen hetzelfde is R12-7: dat vind ik erg lastig met dit systeem R12-35: Ik denk dat het bij een aantal dingen altijd lastig blijft. R12-41, R12-42: Dat zou ook nog kunnen; dat vind ik nou altijd lastig, R12-55: het ligt er aan, waarover het gaat... wat voor probleem het is, maar het maakt het lastig denk ik, om alleen met die kennis wat te gaan doen. R12-89: dat maakt het natuurlijk ook al heel lastig om een interpretatie te kunnen maken, hoe ernstig zijn de klachten Bewustwording: R01-29: dat vind ik best wel een hele lastige want dan zou ik bij wijze van spreken eerst kijken wat er is ingevuld en als ik wat dat betreft vragen heb omdat ik er niet uitkom wat er mee bedoeld wordt dan ga ik dat eerst navragen. R01-32: Dat het wel kan maar dan moet ik eerst wel verheldering krijgen R01-35, R01-36 , R01-37: Maar ik zou het niet kunnen bij een cliënt waar ik bijna nooit kom, Dan ga ik het sowieso niet doen, Want ik bedoel dan heb je ook, je kent de cliënt niet maar ook de situatie niet R01-44: Het ene is makkelijker meetbaar dan het andere R02-16: Nou er zijn heel veel twijfel gevalletjes en ik kijk wel naar hoe iemand persoonlijk is. R02-28: Het ligt eraan met welke collega s je denk ik samenwerkt R05-31: Omdat wij het niet als team niet eenduidig doen nog en het mij niet geheel nog niet precies duidelijk is. R05-32: Nu kan je dat niet zeggen. R06-9: Omdat ik er nog niet zo in thuis ben. Gaan we dan maar mee oefenen. R06-30: Ik denk dat het voor iedereen toch die het assessment afneemt een moment opname is van degene die het op dat moment invult. Ik vind
---	--	---

		het een 3 en jij misschien een 3 daar ontkom je misschien niet aan. R06-31: Matig van wat bedoel je? Van het probleem natuurlijk? Ja dat klopt. R07-15: Dan moet ik eventjes weer heel erg goed nadenken over hoe die scores. R07-17, R07-18: En dan is het van 0 tot 5. 0 is....?; Dus eigenlijk net andersom R08-36: En ik had toen zoiets van, nou dat inschatten, dat heb ik je vorige keer al eens gezegd, dat is niet mijn sterkste kant, en dan kijk ik wel, en ik blijf dat toch wel moeilijk vinden R08-45, R08-46: Ja, maar dat heb ik gedaan omdat ze heel slecht in haar medicatie zat en dat als ik daar ben altijd nog bij mij terugvraagt, misschien had ik het op een 3 of een 4 kunnen scoren; dat zij niet zeker weet of ze het goed doet, en ik dus haar eigen kennis daar in niet groot acht R07-53: En dan denk ik, ok alles staat er in, het is goed zo, en dan ga ik zeg maar afvinken wat ik die dag bij die cliënt heb gedaan, en dan denk ik, tja, had ik toch anders neer moeten zetten. R09-12, R09-13: Ja, je denkt toch allemaal verschillend; Kijk alles gebeurt op een ander niveau. R09-27, R09-28: Misschien is het voor anderen die er al een tijd mee werken wel heel intuïtief en makkelijk, maar voor mij niet; Ik probeer dan toch een collega erbij te betrekken, want van hoe kijk jij er op, want misschien zie ik het verkeerd R10-5, R10-6: Ik weet dus eigenlijk nog niet zo goed hoe ik die scores in moet zetten; Dus ik heb ze nog niet zoveel gebruikt R10-14: gewoon moet scoren op een schaal van 1 tot 5, en hoe belangrijk je iets vindt of hoe slecht of hoe goed iets gaat. R10-24: Want iemand kan niet in mijn hoofd kijken wat ik er bij bedacht heb. R11-3: ik het als eerste moeilijk vindt, omdat het heel abstract is, daar heb ik zelf moeite mee, en ook omdat ik het gevoel heb, dat je het op verschillende manieren kunt scoren. R11-41: Maar dat zou denk ik wel helpen als toch, gewoon duidelijker, want dit is voor mij toch net te vaag of zo, R11-53: daar zou ik echt wel even over na moeten denken hoe ik dat dan zou kunnen vastleggen. R11-55, R11-56: wat is dan je uitgangssituatie en wat is..., ja precies; ja, dan heb je dan al iets, waarvan ik denk, dat is best lastig, hoe ga je dat dan doen inderdaad. R11-62, R11-63: Nee, dat weet ik dus niet...; dat weet ik wel R11-66: in sommige gevallen denk ik wel. R11-77: maar dan vraag ik me ook af, hoe zinvol het is, R11-82: dat ik zo bang ben dat iedereen het op een andere manier invult, hoe betrouwbaar is het dan die scores. R12-17: niet echt heel meetbaar, want wat is heel ernstig en wat is niet zo ernstig? R10-39, R10-40: dat is wel ideaal natuurlijk, als het kan; Want anders denk ik echt wel dat er verschil gaat optreden, hoe je dingen interpreteert. R12-26: zoals benauwdheid of mensen die dementerend zijn begeleiding, inzicht van dat ze zorg nodig hebben, allemaal van dat soort dingen dat maakt het voor mij wel lastig om dat meetbaar in te vullen.
--	--	---

		R12-31, R12-32: En misschien wel per dag verschillend; Dat maakt het dan ook wel vaag en lastig. R12-78 , R12-79: je zit met allemaal verschillende inzichten en achtergronden als collega's zijn de al; omdat je zit met allerlei verschillende soorten cliënten van kinds af aan tot oud, van geriatrie tot weet ik veel wat psychiatrie R12-86b: maar is de rest dan ook zo makkelijk en wat zou je dan invullen? Negatief: R12-4: en in hoeverre is dat meetbaar bij sommige mensen,
Cliënt betrekken (gedrag) 60x genoemd	bij de scores/streefscores bij de evaluaties bij het vaststellen van het probleem	groen R01-12 R01-14 R01-17 R01-18: bewustwording: geef ik de zorg op de automatische piloot of ben ik me er wel van bewust wat ik samen met de cliënt wil bereiken. R01-23: ik ga er niet altijd voor zitten, maar kijk soms wel achteraf of ik een stukje terugkoppeling heb R02-3: je kunt zelf kijken samen met de cliënt wat de doelen zijn R02-19: de laatste keer heb ik de cliënt betrokken bij het vaststellen van de schaalscore R03-2 R03-03 R03-4: samen met de cliënt kijk ik naar de scores, van de huidige situatie en de gewenste score R03-5 R03-6: de eerste keer heb ik het alleen gedaan, maar mijn streven is om het samen met de cliënt te doen R03-7 R03-8: wanneer ik samen met de cliënt naar de score en de streefscores kijk, kunnen we bespreken wat er veranderd en verbeterd kan worden R04-35 (er stond R04-31) R04-36 R04-37: je kunt de cliënt erbij betrekken en je mening onderbouwen en de cliënt stimuleren om weer iets zelf te proberen te doen. R04-38 R04-39: het hangt van de cliënt en van de situatie af of het lukt om de cliënt erbij te betrekken, of het niet te bezwarend/belastend is. R04-40 R04-41: je komt niet altijd op dezelfde score uit, soms vindt de cliënt het al goed, terwijl je zelf nog ruimte tot verbetering ziet R05-34 R05-35 R05-36: je moet wel goed uitleggen wat de schaalscores zijn en bijv. dementerenden snappen het niet R06-59 R06-60 R06-61 R06-62: niet alle cliënten kun je de schaalscore zelf in laten vullen, zoals dementerenden en psychiatrische cliënten of mensen die geestelijk niet helemaal in orde zijn, maar je kunt het wel samen doen R06-63 R06-64 R06-65: de cliënten kunnen ook zelf komen met hoe hun kennis en gedrag is. Bij psychiatrische cliënten of dementerenden is het niet altijd een meerwaarde, omdat er dan dingen uit komen die niet reëel zijn, dan moeten wij het wel invullen R07-5: ik betrek de cliënt en de familie, dat is zeker bij de chronisch cliënten belangrijk R07-31: ik maak nu het assessment vooral voor de collega's zodat ze weten wat ze moeten doen, maar ik zou ook meer in gesprek moeten gaan met de cliënt R07-33: in de intramurale setting was er 2x per jaar een MDO, toen werd je veel meer gedwongen om de cliënt en familie erbij te betrekken R07-47: ik zou meer met mijn iPad bij de cliënt moeten gaan zitten om het

		zorgplan te fine-tunen R07-49a: ik kan de cliënt en familie erbij betrekken, maar ook andere betrokken organisaties en hulpverleners R07-66: het belangrijkste van de cliënt erbij betrekken vind ik, dat de cliënt zijn eigenwaarde behoudt R08-41: bewustwording: we hebben in korte tijd de assessments erdoorheen gestampt, ik heb me daarbij niet gerealiseerd dat het ook iets is wat klantgericht is, wat je met de cliënt samen kunt doen R08-44: ook in het kader van zelfredzaamheid is het belangrijk om de cliënt erbij te betrekken, omdat je dan de motivatie ook meeneemt R08-59: bewustwording: we moeten meer aansturen op cliëntgericht assen R09-01: ik vind het belangrijk om de cliënt erbij te betrekken en de collega's op de hoogte te houden, maar minder naar derden toe R09-02 R0-03b: als de cliënt bij het volle verstand is moet hij ook overal van op de hoogte zijn R09-11 R09-16 R09-18 R09-38: bij bijv. een pijnschaal komt het antwoord bij de cliënt vandaan R09-39: in mijn gevoel is het systeem niet zo ingericht, maar samen met de cliënt invullen zou wel het mooiste zijn R09-50b: samen met de cliënt invullen geeft een duidelijker beeld hoe het met de cliënt gaat R10-8: ik evalueer de zorg regelmatig met de mensen en vraag ook 'waar bent u het meest mee geholpen' R10-10 R10-11: ik vraag regelmatig hoe de cliënt er tegen aan kijkt, zeker wanneer je in het begin een zorgplan maakt R10-37 (er stond 36) R10-39 (er stond 38): zeker bij het invullen van de streefscores moet je de cliënt betrekken, omdat die motivatie moet vinden om aan verbetering te werken R11-24: het is altijd goed om de zorg met de cliënt te evalueren R11-27 R11-28: ik heb het zorgplan altijd met de cliënt geëvalueerd, ook toen er nog geen schaalscores ingevuld hoefden te worden, toen evalueerde je wat je deed R11-29 (er stond 28): ik veranderde de wijzigingen na een evaluatie altijd in de zorgmap, en nu gaat dat in het zorgplan, maar niet speciaal in de evaluaties R12-24: het is lastig om de score samen met de cliënt in te vullen, wanneer die het niet interessant vindt of er geen interesse in heeft of geen kennis R12-42 (er stond 40): ik kan wel een idee hebben waar een cliënt naar toe zou kunnen of moeten, maar de cliënt moet dat ook zelf willen R12-44 R12-45: vanuit de cliënt kijk ik dan altijd wat die wil, mijn doel is dan niet van invloed R12-46 R12-47: elke cliënt heeft zijn eigen interesse en doelen, je kunt iemand motiveren en helpen, maar het wel de ander zijn doel natuurlijk R12-59: uit de rapportages haal ik ook wat cliënten verbeterd vinden en of ze verschil merken R12-68 R12-69: als de cliënt dat vindt, dan moet je daar vanuit gaan, het is toch wat de cliënt ervaart en niet wat ik ervan vind. R12-74 R12-75: wanneer de cliënt het niet helemaal reëel en haalbaar ziet, dan denk ik dat dat het probleem is, ongeacht wat voor idee jezelf hebt over doelen en mogelijkheden, wanneer de ander het niet ziet of niet wil/kan zien, dan denk ik dat het daarbij blijft
--	--	---

Probleem (kennis) 23x genoemd	score streefscore/doel	Grijs Positief: R03-3: En zo kijk je naar de schaalscores wat in het eerste moment de score is en welk doel je wilt bereiken of die de score bijgesteld of verhoogd kan worden R06-41: Dan moet je dat in de toelichting erbij zetten. R07-21: Dus ik zou nu op dit moment de status een 2 geven. R08-9: Kijken waar je uiteindelijk hoopt terecht te komen. R10-51: 'Signalen' is volgens mij verplicht en 'kennis' en 'gedrag' is optioneel. R11-45: dat vakje zou je kunnen gebruiken om je score toe te lichten. Bewustwording: R04-44: Ja maar je weet dat het er in sommige situaties niet in zit natuurlijk, een 3 zou een 4 of 5 kunnen worden R06-4, R06-5: Dit zou je bij de ene cliënt wel kunnen zien en andere niet; Bij iemand die meer achteruitgaat of geestelijk achteruit gaat zal je minder een stijgende lijn zien als dat je iemand hebt die bijvoorbeeld geopereerd is. R06-43, R06-44, R06-45, R06-46, R06-47, R06-48: Het valt onder kopje huid en in toelichting erbij zetten; Je kan er niet score dan; Dat gaat niet nee; Dan ga ik wat ik op dat moment de belangrijkste probleem vind, dus de wond, dat zou ik dan score; Dat zou ik dan in de toelichting erbij zetten dat het om de wond gaat en waarom ik dat scoor; Die droge huid zou ik dan in het zorgplan meenemen. R07-13: En ik denk alle andere problemen die opgenomen zijn in het zorgplan, heb ik daarom wel gescoord, en die eerste niet, want we zijn bij haar begonnen met de persoonlijke zorg, en daar nooit een score op gemaakt R07-29: Maar ik moet ook heel eerlijk zeggen dat ik nog niet heel erg bezig ben met het middel, dat ik daardoor het meetinstrument gebruik R08-24: Omdat deze mevrouw wel de kennis heeft van de zorg. R08-25: Maar op dat moment niet de macht om de zorg zelfstandig uit te voeren R10-15: Dus op zich ben ik bekend met de schaal ja R11-78: door de scores in te vullen maak je het wel meer inzichtelijk. Negatief: R12-14: maar heel veel problemen die je al benoemt, zijn vaak ook niet ter verbetering, dus dat maakt het dan lastig om daar ook nog een verbeteringspunt in te gaan maken R12-28: dan maak je daaraan wel een doel, hoe heet het, een probleem en een doel van, maar het is voor mij nog niet helemaal een meerwaarde om dan de 'status signalen' en die andere dingen in te vullen.
---	--------------------------------------	---

Verantwoording (kennis) 78x genoemd	van de te leveren zorg van de geleverde zorg kwaliteit van zorg	rose/lila Positief: R01-1, R01-2: een heel goed instrument is om kwaliteit van zorg te kunnen meten, denk ik dat het ook een middel is om de zorg te verantwoorden, ik het belangrijk vind dat de zorg die ik en wij als BZ geven echt optimaal te laten zijn R02-2, R02-4, R02-5: het doel is wel om het up to date te houden en dan kan je je verantwoorden naar anderen, niet alleen voor jezelf bezig, verantwoordt die dingen die je doet, waarom je ze doet. R04-1, R04-2: dat is wel zo; Daar wordt het wel voor gebruikt en kan je het ook voor gebruiken en voor collegiaal overleg en voor verantwoorden naar familie. R04-4, R04-5: Omdat je dan toch een soort schaalverbetering hebt dat je dan een klein beetje kan aangeven waar nog wat ruimte voor verbetering of waar je nog wat tekort komt of nog wat voorlichting gegeven moet worden; Of waar wat andere behandeling gegeven kan worden R06-1, R06-2 R06-3: Ja daar doe ik mijn best voor; Vakjes inkleuren en dan kijken wel nummer waarbij hoort en dat doe ik bij het assessment maken; Je hoopt dat je via de vakje een stijgende lijn erin ziet en beoogd dat iemand vooruit gaat en minder zorg daardoor nodig heeft. R07-57: Dus het is van belang dat we goed kunnen verantwoorden wat we doen bij een cliënt. R08-3, R08-4, R08-5: je maakt die score in de hoop dat je die kunt aan passen in de loop van je zorg; Je geeft verantwoording van het verloop van je zorg; niet alleen maar verantwoorden maar voornamelijk ook voor jezelf om te kijken of je wat je kunt behalen. R08-10: wat er dan staat, en omdat je kan verder kijken of je verbeteringen gemaakt hebt, en dat is niet alleen maar afhankelijk van degene die de zorg levert, maar dat is afhankelijk van ons alle zorg. R10-9: ik denk dat ik wel dat ik terug kan zoeken, kan verantwoorden, waarom ik bepaalde zorg inzet. R10-27: je motivering, zoals ik net al zei, waarom je een bepaald cijfer geeft, en misschien ook als je het gebruikt met het doel, als je iemand probeert iets aan te leren, wat dan het uiteindelijke doel moet zijn. R11-23: de zorgverzekeraar, kan ik me voorstellen dat het voor hen handig is om te zien dat ze op een vrij eenvoudige en snelle manier kunnen zien dat ze denken hé, is er wat verandert in de zorg en zit er verbetering in of verslechtering. R11-68, R11-69: als je het op een goede manier kunt meten en daar weer op terug grijpt, dan is het natuurlijk wel nuttig; Omdat je dan ook veranderingen kan zien. Bewustwording: R01-3: kritisch te kijken naar de zorg die ik geef, bereik ik bij die zorg het doel dat ik voor ogen heb R01-7, R01-8, R01-9: eigenlijk altijd belangrijk om de zorg die ik geef van kwalitatief goed niveau te laten zijn, niet afhankelijk van derden of zo, hoe ik wil werken, methodisch en bewust werk en ook up to date ben. R02-1a: niet up to date zijn op het moment
---	--	--

		R02-6: niet omdat je het maar klakkeloos doet R02-7, R02-8 , R02-9: kan je nu inzichtelijk maken wat wij allemaal doen, doet kleine dingetjes en inzichtelijk maken, dat niet even tussendoor maar wel van alles doet R02-11, R02-12: niet digitaal in ieder geval, mij wel verantwoorden, maar mondeling R04-3: Er kan naar gevraagd worden, in een overleg vorm misschien van een beetje aan tegen geven waar je zit met de zorgvraag en inzicht van de cliënt of van jezelf. R04-32, R04-33, R04-34: Kan soms een situatie voorkomen dat ze vragen wat denk je nog te bereiken met partner of moeder, wat is jullie doel; Dat zou je kunnen verantwoorden; Misschien omdat ze dan beter kunnen begrijpen waarom je zegt misschien kunt u nu het een en ander zelf. R06-13, R06-14, R06-15: Ja dan denk ik wel; Als ik een 3 geef en verantwoord waarom ik een 3 geef en een ander misschien een 2 of een 4 geef; Dat lijkt me dan wel, want dan zeg waarom je dat vond en kan de ander zich dan ook in vinden. R06-24, R06-25, R06-26: Ja dan is toch die toelichting wel belangrijk; Zeker als anderen het in moeten zien; Zeker als iemand het in ziet die de cliënt niet kent R07-2: En zeker bij de chronische cliënten die wij in zorg hebben, is het sowieso goed om dat te doen, dat je daarmee ook wat bewuster kijkt naar wat hebben we ingezet, wat hebben we besproken R07-30: Het belangrijkste is eigenlijk nog in het assessment dat mijn collega's weten wat ze gaan doen bij deze cliënt, dan dat ik 'm echt gebruik als meetinstrument. R07-37: Dat je daarmee ook wat bewuster kijkt naar wat hebben we ingezet, wat hebben we besproken. R07-49b: he lees het eens door, ze hebben het ook ondertekend, maar zie ook dat aspecten uit het gesprek zijn teruggekomen in het zorgplan, R08-1, R08-2: Daarom vul je dat in; Maar ook om te kijken wat je kan bereiken. R08-27: Om de zorg te verantwoorden, want ze had al 3 weken zorg zonder assessment voor zorg. R08-42: Ik heb het alleen maar als zorgverantwoording, daar zijn we de assessments voor gaan maken natuurlijk, R08-54, R08-55: natuurlijk maak je een praatje met je cliënt en daardoor evalueer je, maar je evalueert niet op papier; Omdat je daar, je hebt geen tijd, om je i-Pad op je schoot te leggen en te zeggen nou nu verwerk ik dat meteen in je assessment of je score of je toelichting. R10-13: ik het vaak tussendoor doe, dus het is niet dat ik daar een vast moment voor heb, en na een aantal weken bijvoorbeeld en dus dat je regelmatig dat tussendoor even bespreekt en ook vervolgens erin zet als er dingen moeten veranderen R10-31: je moet ook altijd kijken wat haalbaar is in de situatie. R10-35: nu iets leren en dan over een paar weken, of over een maand, dan zou het mooi zijn als diegene daar is. R10-60: gaat het er vooral om dat je vastlegt dat iemand iets niet meer kan leren, eigenlijk. R11-58: dan heb je geen doel, dan is dat meer een feit R11-59, R11-60, R11-61: dat is dan niet echt een doel meer; dan is dat in
--	--	---

		ieder geval wel duidelijk; hoeft je daar ook niet meer mee aan de gang, dat iemand dan niet denkt, nou laten we toch nog een ;Ja, dat is wel nuttig om dat vast te leggen. R11-76: je dat er natuurlijk wel bij kunnen zetten, dan is dat in ieder geval wel duidelijk wat de reden dan is. R12-9: dat vind ik geen meerwaarde, nee, op dit moment niet. R12-20: dat is natuurlijk ook per cliënt verschillend, het gedrag en de kennis Negatief: R07-4: Ik weet nog niet of ik voor mezelf, ik wil wel zorg verantwoorden, maar dat wil ik op het niveau doen waarop ik werk. R09-6: En dat het gebruikt kan worden om dit verhaaltje te vertellen aan andere is eigenlijk bijzaak. R12-2, R12-3: ik denk niet dat ik die schaalscore voor derden gebruik; Als het specifieker zou zijn en het meer meetbaar zou zijn wel R12-25: Bij hele concrete dingen denk dat zeker wel, zoals bij wonden ook, dan kun je het echt wel zien dat het vooruitgaat, daar zou je het prima mee kunnen gebruiken, R12-71: dat de cliënt het probleem daarmee heeft blijft natuurlijk boven kijf staan. Geschrapt: R01-45 Dat denk ik wel ja. R03-1 R03-9 R06-8; Alleen dat doe ik nog niet.
Evalueren (gedrag) 36x genoemd	van zorgplan van schaalscore toelichting rapportages	paars R01-12: eerst hadden we de schaalscores ook niet, nu heb je een ijkmoment R01-15: ik scoor een drie, omdat er nog meer, progressie, te bereiken valt, R01-16: een drie, omdat het op dit moment het meest haalbare is R02-25: bij de schaalscore kun je een toelichting geven R04-29 R04-30: wat zou het voordeel zijn van schaalscores, je kunt het concreter maken met de toelichting bij het i-tje R05-24 R05-25: in de toelichting zet ik wat je bij de cliënt gaat evalueren en wat daar uit komt R05-26: soms kom je door een evaluatie op iets heel anders dan wat je had R05-27 R05-28 R05-29: je begint met de beginsituatie, je bekijkt naar hoe je bent begonnen en ver we nu zijn, want anders evalueer je niet als je alleen naar het nu kijkt R06-16 R06-17: met het evalueren van de schaalscores kun je zien waar je naar toe wilt werken en of je dat kunt proberen te behalen R06-18 R06-19: een zorgplan van een ander evalueren kan wel, maar dan moet je wel de toelichting invullen, ik vul de toelichting nu nog niet in, maar dat is dan wel nodig R06-20 R06-21 R06-22: ook met een toelichting kan de evaluatie verschillend geïnterpreteerd worden, maar je kunt wel beter zien of er vooruitgang is. Wanneer je toch onduidelijkheden hebt, kun je de PBer vragen R06-23: het is praktischer om het zorgplan wat je zelf gemaakt hebt te

		evalueren, dat is ook de taak van de PBers R07-23: wanneer je vaak bij iemand komt, laat die meer zien hoe het echt met hem gaat, dat de cliënt denkt dat alles moet R07-49b: de eerste evaluatie is al als het zorgplan klaar is en door de cliënt gelezen wordt of het klopt, zodat het ondertekend kan worden R08-7 R08-8: je maakt een zorgplan om de beginsituatie vast te leggen en te beschrijven hoe je je doel wilt bereiken R08-60 R08-61: het evalueren van de zorg is per situatie verschillend, het is bijv. bij dementerende en bij cliënten in een terminale situatie anders dan wanneer je meer aan zelfredzaamheid kan werken R08-62 R08-63: in situaties die vooruitgaan, probeer je de zorg steeds verder af te bouwen naar zelfredzaamheid, maar er zijn ook zorgsituaties die lang hetzelfde blijven R10-52: het evalueren van de zorgvraag is afhankelijk van de situatie. Bij mensen met een beperking kun je wel op kennis en gedrag gaan scoren, maar daar kan de cliënt de beperking niet mee beïnvloeden R11-22: met de schaalscores maak je de evaluatie wel inzichtelijk, bijv. naar de ziektekostenverzekering toe R11-42: waarom je bij de schaalscore bijv. voor een 2 kiest en niet voor een 3, kun je in het toelichtingsvakje toelichten R11-47: wanneer je ook een streefscore een doel stelt, kun je na een bepaalde tijd kijken of er wat veranderd is en het doel bereikt is R11-48: het ene probleem is concreter en gemakkelijker te evalueren dan het andere, een wond is makkelijker dan bijv. wanneer iemand een hersenbloeding heeft gehad R11-75: bij bijv. mensen met dementie is het moeilijker om op kennis en gedrag te scoren, ze kunnen met hun gedrag de situatie niet meer zelf beïnvloeden R12-53 R12-56 R12-58: ik zou niet weten waarom ik het plan van een ander niet zou kunnen beoordelen. De getalletjes zijn zo algemeen, dan denk ik dat het al snel goed is R12-64 R12-65: wanneer het vakje toelichting gebruikt is, dan weet je ook wat je evalueert, wat er ingevuld is en waarom het ingevuld is
Mogelijkheden (oplossingen) 120 x genoemd	ideeën kennis nodig in team overleggen samen doen Likertschaal aanpassen eenheid van taal (toekomst)	donkergeel R01-40 R01-41: met het team in overleg gaan, waarop baseer je je score en in welke situatie R01-42 R01-43: in hoeverre is het mogelijk om een soort van richtlijn te maken, met ijkpunten, maar dat is best wel moeilijk omdat je met veel verschillende problematiek te maken hebt R02-20 R02-21 R02-22 R02-23: bij sommige mensen lukt het niet om de evaluatie met cijfers vast te leggen, dan moet je het veel concreter maken en zeggen we doen di en we doen dat, dan moet je er zelf een cijfer aanhangen R02-24: bij sommige mensen kun je niet met een cijfer werken, ze snappen niet wat het cijfer inhoudt en dan komt er totaal iets anders uit R02-37 R02-38 R02-39: ik denk dat als je het met woorden neerzet, dat dat duidelijk is dan met een cijfer, wanneer je cijfers gebruikt, moet je er een toelichting bijzetten wat het cijfer betekent R02-42 R02-43: je hebt bepaalde problemen en daar kan je best wel, als je

		gaat kijken bij bv kousen aantrekken bij oedeem ofzo....dan kan je gewoon het labeltje oedeem geen/wel/matig aan hangen dan weet je in iedere geval... Ik denk dat je dat bij heel veel dingen wel kunt doen maar bij sommige dingen ook niet en het open kunt laten en een tekstje erbij. R02-44 R02-45: je moet ook weer niet teveel woorden gaan gebruiken, bijv. niet meer dan 50 R03-18: we moeten het in het team bespreken R03-19 R03-20 R03-21: en een lijst maken, zodat iedereen weet wat er met een cijfer bedoeld wordt en iedereen zich daaraan houdt R04-9 R04-10 R04-11: ik zou meer nuance aan willen kunnen brengen, door ipv 5 wel 10 cijfers te hebben bij de schaalscore R04-12 R04-13 R04-14 R04-15 R04-16 R04-17 R04-18: je kunt misschien preciezer scoren als je uit 10 getallen kunt kiezen, omdat je meer gewend bent om van 1 tot 10 te denken en dus beter weet wat een 6 betekend in een schaal van 1 tot 10. R04-19 R04-20: ja, we moeten er naar toe dat ook iemand anders het zorgplan kan evalueren R04-26 R04-27 R04-28 R04-31: in het teamoverleg moeten we spreken over het interpreteren van de schaalscore. Dat kan aan de hand van een zorgplan van een cliënt die bij ieder van het team bekend is, om te kijken of iedereen objectief kijkt en het hetzelfde interpreteert R04-42: om de schaalscores het zelfde te interpreteren moeten we dit in het team bespreken, zodat we allemaal op dezelfde dingen letten, objectief proberen te blijven en dat je het doet zoals het moet. R05-5 R05-6 R05-7 R05-8 R05-9 R05-10: bij het evalueren zou ik een score willen hebben van hoe het is en een van wat je wilt bereiken, dus niet apart scoren voor status, kennis en gedrag R05-15 R05-16: als we de evaluaties allemaal op dezelfde manier invullen wordt het eenduidig, dat moet je als team afspreken en gaan doen R05-17 R05-18 R05-20 R05-23: je kunt met het team afspreken dat je altijd wat in het vakje toelichting op moet schrijven bij het evalueren R05-21 R05-22 R05-37: ik denk dat ik meer scholing nodig heb hoe je de schaalscores precies en goed invult en daarna duidelijk met elkaar afspreek zo doen we het en dat doen we dan ook R05-32: als je duidelijk beschrijft hoe de situatie is, kan een ander je zorgplan evalueren R06-7: een toelichting bij de schaalscore zetten, zodat je kunt zien hoe je de schaalscore interpreteert R06-10 R06-11: wanneer je de schaalscore samen invult of late samen bespreekt, raak je er beter in thuis R06-53 R06-54 R06-55 R06-56: wanneer je de schaalscores met iemand bespreekt, dat hoeven niet alle teamleden te zijn, dan zou er niet zoveel afwijking in moeten zijn R06-57 R06-58: wanneer je het vakje toelichting gebruikt, dan hoeft het cijfer niet heel veel anders te zijn R07-8 R07-11: de evaluatie met een schaalscore kan door een ander worden gedaan, als je het plan samen hebt gemaakt, of als je het in het teamoverleg hebt besproken R07-76: de basis van het evalueren is er al, nu nog de verdieping of het beter omschrijven R07-78: je moet gewoon met de evaluaties aan de gang, niet bang zijn om op een verkeerd knopje te drukken
--	--	--

		R08-16: het is de kunst om met het team op dezelfde gedachtegang te zitten met de inschaling van de evaluaties R08-17 R08-18 R08-19: er is meer kennis nodig, op het gebied van de assessments, door het doen en door regelmatig met elkaar te evalueren, krijg je een eenduidiger beeld. R08-43: er bij stil staan dat je met veel cliënten samen het assessment in kunt vullen, maar niet met bijv. dementerenden R08-52: als er genoeg personeel is, is er ook meer ruimte om de schaalscores te bespreken R08-64: soms is het wel goed om bij de mensen waar niets aangepast hoeft te worden, nog eens een keertje extra kritisch te kijken of dat wel waar is R08-66 R08-67: als we er meer tijd voor nemen kunnen we de verbeteringen en de verslechtingen vast te leggen in de evaluaties en het zorgplan R08-68 R08-69: ook bij het evalueren in hoeverre iemand meer zelfredzaam is of kan worden kunnen we wat uit de evaluaties halen R09-15 R09-17: als je feedback van een collega krijgt, kun je de schaalscores beter invullen, dus je kunt het ook met 2 collega's bespreken R09-18 R09-21: ik heb meer kennis nodig, door het evalueren samen met jullie te doen, R09-22 R09-23 R09-26: of dat de uitleg op papier komt, een soort naslagwerk, dat geeft ook structuur R09-48: het is geen gebrek aan motivatie om goed met de schaalscores te werken, meer een gebrek aan tijd en kennis R09-50: de schaalscores geven een duidelijk beeld bij de evaluatie, hoe het met een cliënt gaat R09-53 R09-54: ik wil mijn werk, dus ook de evaluaties goed doen R10-17: een cijfer in de schaalscore wordt pas duidelijk wanneer je er een toelichting, een motivering bij geeft R10-23 R10-25 R10-26: onder de schaalscore staat een mooi vakje, waar je je toelichting in kunt schrijven, want een ander kan niet in je hoofd kijken, wat je erbij hebt bedacht R10-45 R10-46: in het team bespreken welke afspraken je maakt voor de schaalscores en evaluaties R10-47: dat iedereen toelicht wat hij scoort R10-48: bij mij ontbreekt ook wel een beetje de kennis R10-61 R10-63: je kunt bij de evaluaties in de toelichting ook beschrijven dat iemand iets niet meer kan leren, dan weten de anderen dat ook en hoeven ze het niet steeds weer te proberen R11-83: de eerste en tweede PBer kunnen samen overleggen over de schaalscores en evaluatie R11-92 R11-94 R11-95: misschien een schaalscore met meer stapjes, dat je iets meer armslag hebt, maar dat is aan de andere kant misschien ook moeilijke te scoren R11-96 R11-104 R11-105: om het duidelijker te maken heb je de toelichting nodig, daarmee kun je toelichten wat je bedoelt R11-102 R11-103: een handboek voor alle scores wordt ook wel dik en onoverzichtelijk, je moet het ook weer niet te ingewikkeld maken R11-108 R11-109: er zijn problemen, bijvoorbeeld de mobiliteit, waarbij je heel nauwkeurig kunt omschrijven wat de verschillende schaalscores betekenen, die problemen maak je met de toelichting wel duidelijk R12-34: wanneer er een handboek komt bij de schaalscores, wordt het wel
--	--	--

		een heel drukwerk voor alle problemen en ziektes... R12-36 R12-38: je kunt wel iets meer omschrijving in het vakje toelichting geven bij de verschillende scores, zodat ook kennis en gedrag duidelijker gescoord wordt R12-50: wanneer er meer eenheid van taal is, hoeft net iedereen opnieuw het wiel uit te vinden R12-61 R12-80: wanneer je het vakje toelichting gebruikt, wordt het evalueren gemakkelijker R12-82 R12-85: in het team doornemen waarom de evaluaties niet duidelijk zijn en in een overleg een aantal voorbeelden bespreken wat er aan veranderd en verbeterd kan worden. R12-87 R12-90 R12-94: je hoeft niet bij elke evaluatie heel precies te zijn, het lukt niet om een unaniem lijstje voor de schaalscores te krijgen R12-95: je kunt ook een heleboel overleggen en zo op ongeveer hetzelfde uitkomen
Overige belangrijke punten 14x genoemd	tijdgebrek papieren tijger wiel uitvinden nieuw systeem belang van het systeem	bruin/donkerrood R01-20: tijdgebrek R06-12: omdat het systeem voor mij nieuw is R07-27: omdat ik het meer op gevoel doe dan dat ik het onderbouwd doe R07-47: ik zou meer met mijn iPad bij de cliënt moeten gaan zitten om het zorgplan samen te fine-tunen R07-58 R07-60b: het zorgplan is nu veel minder een papieren tijger, het is veel dynamischer omdat je iedere dag bij de cliënt even in het BIS gaat R09-44: je kunt zo gemakkelijk klakkeloos wat invullen, maar het moet wel goed R09-49: door de drukte schuift het naar de achtergrond, omdat je geen tijd ervoor hebt R11-15 R11-16: tijdsgebrek had ik eerst niet ingevuld bij de enquête, maar door alle nieuwe dingen die erbij zijn gekomen, zoals het assessment maken, merk ik dat het teveel is en denk ik, dan moet ik me daar ook nog in gaan verdiepen... R11-88: misschien is het ook niet goed om het invullen van de schaalscores alleen te doen, anders kom je in je eigen tunnelvisie en heb je alleen je eigen interpretatie R11-89a: je merkt hoe verschillend mensen kunnen staan tegenover mensen in zorgsituaties, hoe mensen verschillend kunnen kijken naar iemand R12-52: wanneer je eenheid van taal hebt, hoeft niet iedereen het wiel uit te vinden R12-81: kennis en interesse is nodig, want het is natuurlijk een nieuw systeem, wanneer je eraan gewend bent, wordt het makkelijker R12-83 R12-84: het is mij nog niet helemaal duidelijk waarom de evaluaties zo belangrijk zijn en wat je er mee kunt bereiken

Tabel bijlage 6: Codetabel met uitgewerkte topics (codering op zin.)

Bijlage 7: Logboek literatuurstudie

Zoektermen gebruikt bij literatuurstudie

Zoekterm	Engelse vertaling
Verpleegkundigen	Nurses
Omaha System	Omaha System
Schaalscore	Rating scale
Gestandaardiseerde termen	Guidelines
Kwaliteit van zorg	Quality of care
5-punts Likertschaal	5-level Likertscale

Tabel bijlage 7: Zoektermen gebruikt bij literatuurstudie

Zoektermen gebruikt bij literatuurstudie

Zoekmachine	Zoektermen	Aantal gevonden	Aantal beschikbaar	Aantal bruikbaar	Aantal gebruikt
Google Scholar	Verpleegkundige "kwaliteit van zorg"	2500		0	0
	Verpleegkundige "omaha systeem" "kwaliteit van zorg"	1		0	0
	Verpleegkundige Omaha system	32		0	0
	"Omaha systeem" uitkomsten	5		0	0
	kwaliteit omaha system	53		0	0
	likertschaal schaal-score	11		0	0
	omaha system and nurse and quality of care and outcome "omaha system"	902			
	outcomes and "omaha system" and "quality of care"	299			
	outcomes and guidelines "omaha system" and "quality of care" and nurse	213			
	"outcomes" AND "guidelines" AND "omaha system" AND "quality of care" AND "nurse" AND "scale"	140			
	"outcomes" AND "guidelines" AND "omaha system" AND "quality of care" AND "nurse" AND "scale" AND "score"	66	8	4	4
	"outcome" "rating" "scale" AND "guidelines" AND "omaha system" AND "quality of care" AND "nurse" AND "score"	44	1		1
	"omaha system" "rating scale" valid	163	12	6	6
	PDCA "Omaha system"	5		0	0

Hbo-kennisbank	Omaha System	0		0	0
	Omaha	0		0	0
	Schaal score	33		1	1
	Gestandaardiseerde termen	1		0	0
	Likertschaal	3		0	0
	Guideline	0		0	0
	Kwaliteit van zorg	320			
	Kwaliteit van zorg and verpleegkundigen	52		7	7
	Evaluatie zorg	67		3	1
	Classificatie	34			
	Classificatie and verpleegkundigen	1		0	0
LEV	Omaha System	0			
	evaluatie	10	10	0	0
	schaal score	0			
	likert schaal	0			
	kwaliteit van zorg, richtlijn	56	56	0	0
	kwaliteit van zorg, omaha	0			
	evaluation of nursing care	0			
	classification	2	2	0	0
	rating scale	0			
	likert scale	0			
	quality of care	0			
	richtlijnen	1	1	1	1
Nivel	Omaha	0		0	0
	Schaal score	4		0	0
	Gestandaardiseerde termen	52		0	0
	Likertschaal	1		0	0
	Guideline	230			
	Guideline and nurse	11		0	0
	Kwaliteit van zorg	956			
	Kwaliteit van zorg and verpleegkundigen	52		0	0
	Evaluatie zorg	136			
	Evaluatie zorg and verpleegkundigen	9		0	0
	Classificatie	52			
	Classificatie verpleegkundigen	0		0	0
PubMed	"Omaha System"	104	26	7	2
	"Omaha System" "Nursing"	96	22		1
	"Omaha System" "Rating scale"	9	1	1	0
	"Omaha System" "Guidelines"	6	1	1	0
	"Omaha System" "Quality of Care"	1	0		
	"Omaha System" "Likert scale"	0			

	"Nursing" "Quality of care"	4731	732		
	"Nursing" "Quality of care" Filters: Free full text+last 5 years		394		
	"Nursing" "Quality of care" Filters: Free full text, last 5 years, humans, English language,		264/246		
	"Nursing" "Quality of care" Filters: Free full text, last 5 years, humans, English language, ages: 65+		91		
	"Nursing" "Quality of care" Filters: Free full text, last 5 years, humans, English language, ages: 65+ "Omaha System"		1	1	0
	"Omaha System" "standardized terminology"	7	3	1	1
	"Omaha System" "standardized terminology" "scale"	3	1	0	
	"Omaha System" "standardized terminology" "Classification"	1	1	0	0
Springer	Verpleegkundigen	4865			
	Omaha systeem	9115			
	Omaha systeem, Likert	241			
	Omaha system, kwaliteit van zorg	1		0	
	Verpleegkundige, Omaha	2	2	2	1
	Verpleegkundigen, Omaha, Likert	1	1	1	1
	Verpleegkundigen, Omaha, kwaliteit van zorg	2	2	2	2
	Verpleegkundigen, Omaha, kwaliteit van zorg, classificatie	2	2	2	2
	Verpleegkundigen, Omaha, kwaliteit van zorg, classificatie, Likert	1	1	1	1
	nurse, Omaha System, rating scale	545			
	nurse, Omaha System, rating scale, evaluation of nursing care	417			
	nurse, Omaha System, rating scale, evaluation of nursing care, quality of care	377			
	nurse, Omaha System, rating scale, evaluation of nursing care, quality of care, likertscale	1	1	0	0
	nurse, Omaha System, rating	285			

	scale, evaluation of nursing care, quality of care, guidelines				
	nurse, Omaha System, rating scale, evaluation of nursing care, quality of care, guidelines, classification	226			
	nurse, Omaha System, rating scale, evaluation of nursing care, quality of care, guidelines, classification, likert scale	100	100	1	0
	Omaha System, 5-level rating scale, evaluation of nursing care, quality of care, guidelines, classification, likert scale	39	39	0	0
	nurse, Omaha System, 5-level rating scale, evaluation of nursing care, quality of care, guidelines, classification, 5-level likert scale	30	30	0	0
	nurse, Omaha System, 5-level rating scale, evaluation of nursing care, quality of care, classification, 5-level likert scale	30	30	0	0
	Omaha System, rating scale, evaluation of nursing care, quality of care, guidelines, classification, 5-level likert scale	30	30	0	0
	nurse, Omaha system, likert	139	139	0	0
	Nursing Research, Omaha system, likert	138	138	1	0
	Omaha System, evaluation of nursing care, classification	357	356	17	3

Tabel bijlage 7: Overzicht Logboek Literatuurstudie

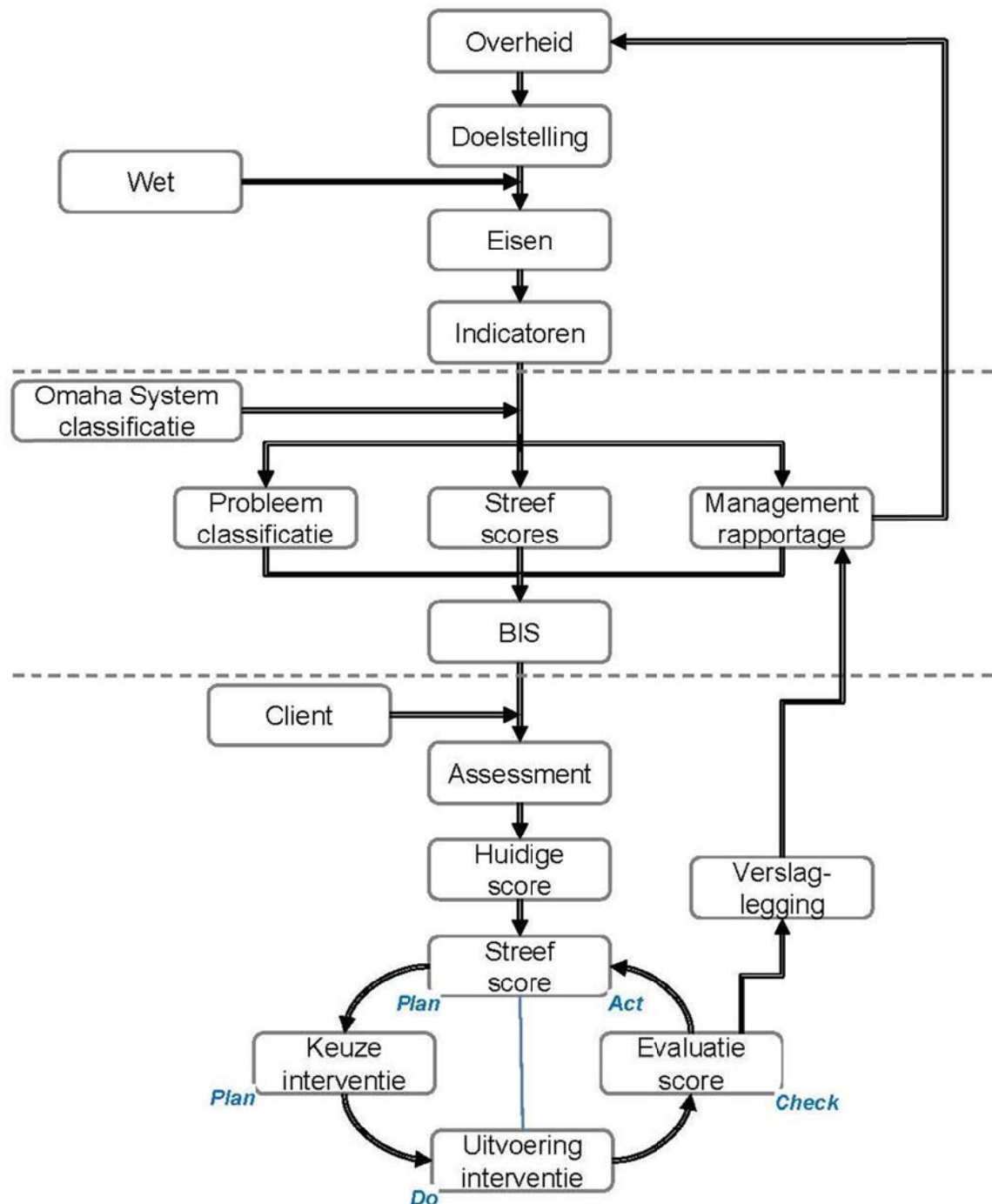
Literatuur die niet gevonden is via de opgegeven zoekmachines:

Gevonden via contact met Karen S. Martin (Omaha System):

Monsen, K.A., Lytton, A.B., Starr Ferrari, Halder, K.M., Radosevich, D.M., Kerr, M.J., Mitchell, S.M., Brandt, J.K., (2011). Evaluating Reliability of Assessments in Nursing Documentation. *Online Journal of Nursing Informatics*. 2011, Volume 15 Number 3. Geraadpleegd op 18 mei 2015 via: <http://ojni.org/issues/?p=899>

Koster, N., Harmsen, J. (2015). Het Omaha System. Een introductie (2^e dr.). QuertyPub.

Bijlage 8: Stroomschema Omaha System en PDCA cyclus



Afbeelding bijlage 8: Stroomschema Kwaliteit van zorg met Omaha System en PDCA cyclus.