

HET PROJECT

IN OPDRACHT VAN
DE HAAGSE HOGESCHOOL, DE DIFFERENTIATIEFASE



Ine van der Heijden

e-mail: inevanderheijden@wanadoo.nl

Studentnr: 20031031

Henny Houtzager

e-mail: hebahout@planet.nl

studentnr. 20033310

Sietse van der Kleij

e-mail: s.a.s.vanderkleij@student.hhs.nl

Studentnr: 20037050

Anja de Lavoir

e-mail: de.lavoir@planet.nl

studentnr. 20033070

Begeleidend docent: B.R. van Galen

HET EVALUATIE PROTOCOL VOR DIT DOEL COM EN

HET ONTWIKKELEN VAN EEN EVALUATIEPROTOCOL VOOR



Ine van der Heijden

e-mail: inevanderheijden@wanadoo.nl

Studentnr: 20031031

Henny Houtzager

e-mail: hebahout@planet.nl

studentnr. 20033310

Sietse van der Kleij

e-mail: s.a.s.vanderkleij@student.hhs.nl

Studentnr: 20037050

Anja de Lavoir

e-mail: de.lavoir@planet.nl

studentnr. 20033070

Begeleidend docent: B.R. van Galen

Voorwoord

Dit project is een onderdeel van onze differentiatieperiode van de opleiding tot verpleegkundige van het vijfde kwalificatieniveau. De opdracht vanuit de Haagse Hogeschool was in samenwerking met studenten en beroepsbeoefenaren van de eigen en andere disciplines een probleem uit beroepswerkelijkheid te onderzoeken en planmatig uit te werken naar een vooraf gesteld resultaat. Na de opdracht grondig te bestudeerd te hebben waren we het als snel eens over het eindproduct en in overleg met onze opdrachtgever Dhr. B.R. van Galen is dat “het ontwikkelen van een evaluatieprotocol” geworden. Als eerste zijn wij van start gegaan met het projectplan en daarbij kwamen we al snel tot de conclusie dat het uiteindelijke eindproduct bruikbaar moest zijn in drie verschillende instellingen namelijk psycho-medisch centrum Parnassia, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland en Vierstroom: de instellingen waar de projectleden werkzaam zijn. Na goedkeuring, door de opdrachtgever, van ons projectplan met als onderwerp “het ontwikkelen van een evaluatieprotocol” is er door ons een uitgebreide literatuurstudie gedaan om zowel verantwoorde keuzes en afbakening met betrekking tot ons project te maken als de rollen van ontwerper en beroepsbeoefenaar te vervullen. Na de uitwerking van dit geheel is het uiteindelijke product, het evaluatieprotocol, tot stand gekomen, waarbij wij als laatste nog enkele aandachtspunten aan de orde hebben laten komen voor eventuele implementatie van dit protocol. Dit project wordt afgesloten met een presentatie, die zal plaatsvinden op donderdag 3 november 2005 van 14:30 - 15:30 uur in ‘de Ramaerzaal’ van het psycho-medisch centrum Parnassia, Mangostraat 15 te Den Haag. Diverse mensen hebben ons bij het totstandkomen van dit project op enigerlei wijze geholpen. Onze dank gaat, als eerste, uit naar onze opdrachtgever Dhr. B.R. van Galen en onze mentor Dhr. N.G.C. Huyer, die ons beiden hebben bijgestaan in de totstandkoming van dit project. Wij hebben ons ondersteund gevoeld door de feedback en informatie die wij tijdens de contactmomenten hebben ontvangen en daaruit weer genoeg inspiratie kunnen halen om verder te gaan. Vanuit zowel het psycho-medisch centrum Parnassia, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland als Vierstroom hebben wij alle gelegenheid gekregen om ons project uit te kunnen voeren en daarom gaat dan ook onze dank uit naar zowel praktijkopleiders als werkbegeleiders van deze instellingen. Ook willen wij hierbij van de gelegenheid gebruik maken het psycho-medisch centrum Parnassia te bedanken voor het ter beschikking stellen van locatie, ruimte en middelen om ons project “het ontwikkelen van een evaluatieprotocol” te presenteren. Tenslotte willen wij aangeven dat we met veel plezier aan het dit project hebben gewerkt en het is door ons als zinvol en leerzaam ervaren.

Samenvatting

In dit rapport wordt verslag gedaan over de eindopdracht van vier studenten aan de Haagse Hogeschool, die in de differentiatieperiode voor het behalen van het H.B.O.-V diploma, samen een probleem uit de eigen beroepswerkelijkheid moeten onderzoeken, waarna binnen het project met de uitwerking van een voorafgesteld einddoel kan worden gestart.

De vier studenten volgens professionele standaarden en normen werkend in de thuiszorg en verslavingszorg hebben hun probleem gevonden in een nog onvoldoende structureel administreren van het evalueren van de geboden zorg. Dit komt de kwaliteit van zorg niet ten goede. Uit een steekproef, waarbij tien dossiers uit iedere instelling geëvalueerd werden, bleek dat er wel evaluaties plaats vonden binnen Psycho-medisch centrum Parnassia en Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, zei het niet structureel, maar dat evalueren binnen Vierstroom bijna nihil was. Een evaluatieprotocol dat standaard in een zorgdossier aanwezig is ontbreekt nog in alle drie de instellingen. De projectgroep heeft zich daarna door literatuurraadpleging gericht op het ontwikkelen van, een bij dit verslag gevoegd concept evaluatieprotocol. De conclusie van de projectgroep is dat het eindproduct, het evaluatieprotocol, een positieve bijdrage zou kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg in de instellingen psycho-medisch centrum Parnassia, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland en Vierstroom. Literatuuronderzoek heeft ons geleerd dat bij de implementatie van innovaties men op knelpunten kan stuiten. Daarom hebben wij summier aandacht besteed aan de implementatiecyclus volgens Grol 2000.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding.....	7
2. Plan van aanpak	8
3. Doelstelling.....	9
4. Visies.....	9
4.1. Inleiding	9
4.2. Parnassia.....	9
4.3. Stichting Thuiszorg Groot Rijnland	11
4.4. Vierstroom.....	12
5. Literatuuronderzoek.....	14
5.1. Inleiding	14
5.2. Inleiding evalueren.....	15
5.3. Doel evaluatie.....	15
5.4. Literatuur m.b.t. evalueren.	15
5.5. Onze conclusies vanuit de literatuur wat betreft evalueren.....	16
5.6. Inleiding beoogde resultaten	16
5.7. Doel beoogde resultaten	16
5.8. Literatuur m.b.t. beoogde resultaten.....	16
5.9. Onze conclusies vanuit de literatuur wat betreft zorgresultaten	17
5.10. Inleiding wetgeving.....	17
5.11. Doel wetgeving.	17
5.12. Literatuur m.b.t. wetgeving	17
5.13. Onze conclusies vanuit de literatuur voor wat betreft wetgeving	17
5.14. Inleiding protocollen en richtlijnen	17
5.15. Doel protocollen en richtlijnen.....	18
5.16. Literatuur m.b.t. protocollen en richtlijnen	18
5.17. Onze conclusies vanuit de literatuur wat betreft de richtlijnen, protocollen etc. .	19
5.18. Inleiding kwaliteitszorg.....	19
5.19. Doel kwaliteitszorg	19
5.20. Literatuur m.b.t. kwaliteitszorg.....	19
5.21. Onze conclusies vanuit de literatuur wat betreft kwaliteitszorg.	20
5.22. Inleiding implementeren	20
5.23. Doel implementeren	21
5.24. Literatuur m.b.t. implementeren.....	21
5.25. Onze conclusies vanuit de literatuur voor wat betreft de implementatie	22
6. De feitelijke en wenselijke situatie.	22
6.1. Inleiding	22
6.2. Vaststellen feitelijke situatie	22
6.3. Kernbegrippen.....	22
6.4. Feitelijke situatie Vierstroom.....	23
6.5. Feitelijke situatie Psycho-medisch centrum, Parnassia.....	24
6.6. Feitelijke situatie Stichting Thuiszorg Groot Rijnland	25
6.7. Feitelijke situatie weergegeven in een staafdiagram.....	27
6.8. Vaststellen wenselijke situatie	28
6.9. Wenselijke situatie (Vierstroom)	28
6.10. Wenselijke situatie (Parnassia).....	29

6.11.	Wenselijke situatie (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland)	30
7.	Argumenten voor keuzes en afbakening	31
8.	Het evaluatieprotocol	32
8.1.	Het uiteindelijk eindproduct: het evaluatieprotocol	32
8.2.	Handleiding evaluatieprotocol (thuiszorginstellingen)	33
8.3.	Handleiding evaluatieprotocol (psycho-medisch centrum).....	34
9.	Aandachtspunten bij implementatie.....	35
9.1.	Doel implementeren	35
9.2.	Invoering van veranderingen in de praktijk	35
9.3.	Vaststellen van gewenste veranderingen.....	35
9.4.	Analyse van mogelijke knelpunten bij het invoeren van richtlijnen/veranderingen	35
9.5.	Ontwikkelen van strategieën om veranderingen door te voeren.	36
9.6.	Feitelijke invoering van richtlijnen en nieuwe werkwijze	37
	Conclusies.....	38
	Aanbevelingen.....	39
	Aanbevelingen (Psycho-medisch centrum Parnassia).....	39
	Aanbevelingen (Stichting thuiszorg Groot Rijnland).....	39
	Aanbevelingen (Vierstroom).....	40
	Geraadpleegde literatuur	41
	Bijlage 1.....	44
	Analyse van de wenselijke situatie van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland	44
	Bijlage 2.....	46
	Criteria voor richtlijnen van de AVVV	46
	Bijlage 3.....	49
	Beoordelingsformulier criteria voor richtlijnen van de AVVV	49
	Bijlage 4.....	50
	AVVV. Criteria voor richtlijnen. Utrecht, oktober 2001	50
	Bijlage 5.....	52
	Evalueren procesinnovatie	52
	Bijlage 6.....	53
	Vaststellen wenselijke situatie	53
	Bijlage 7.....	55
	Tuchtrecht en de verpleegkundige standaard	55

1. Inleiding

In het kader van de afronding van onze opleiding tot hbo-verpleegkundige aan de Haagse Hogeschool hebben wij als opdracht, het werken aan een project gekregen. Onder invloed van ontwikkelingen in de gezondheidszorg is het tegenwoordig voor mensen die werkzaam zijn in de zorgsector vanzelfsprekend om met kwaliteit van zorg bezig te zijn en met elkaar te werken aan kwaliteitsverbetering. Projecten op het gebied van systematische kwaliteitsbewaking en -bevordering zijn sterk in opkomst. Met de term ‘het verbeteren van de kwaliteit van zorg’ zijn wij op het onderwerp van ons project gekomen, “het ontwikkelen van een evaluatieprotocol”. Wij zijn van mening dat het hanteren van een evaluatieprotocol bijdraagt aan de doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiency) van verpleegkundige zorg. Om een goed eindproduct te bewerkstelligen hebben wij in hoofdstuk twee ons plan van aanpak beschreven en in hoofdstuk drie en vier de doelstellingen en visies van de verschillende instellingen aan de orde laten komen. Hoofdstuk vijf hebben wij gebruikt voor literatuuronderzoek en de feitelijke en wenselijke situatie laten wij in hoofdstuk zes aan bod komen. De laatste hoofdstukken zijn gebruikt om zowel onze keuzes en afbakening met betrekking tot het project te beargumenteren, het uiteindelijk te presenteren eindproduct, enkele aandachtspunten voor het eventueel implementeren van ons eindproduct weer te geven. We hebben ernaar gestreefd om zoveel mogelijk in elk hoofdstuk onze keuzes te beargumenteren en van een brede literatuurstudie naar een afgebakend eindproduct te werken. Wij zijn van mening dat het eindproduct van dit project bijdraagt aan de kwaliteit van zorg voor de instellingen waar de projectleden werkzaam zijn.

2. Plan van aanpak

Om aan te tonen dat wij gewerkt hebben aan de rollen ontwerper en beroepsbeoefenaar binnen dit project hebben we besloten een korte beschrijving te geven van de werkwijze en de invulling van de verschillende competenties.

In de rol ontwerper willen we laten zien dat we verschillende competenties beheersen door in dit project:

- programmatisch te werken
- projectmatig te werken
- een inhoudelijke bijdrage te leveren aan innovatie
- samen te werken met anderen
- ons vaardig uit te drukken in een projectdocument en een advies te geven over mogelijkheden voor implementatie van het ontwikkelde protocol.

In de rol beroepsbeoefenaar willen we laten zien, dat we verschillende competenties beheersen door:

- instrueren, adviseren en voorlichting geven over het ontwikkelde protocol
- een klinische les op te zetten om inzicht te geven in wat we hebben gedaan in het project.
- het doen van literatuurstudie en lezen van vakliteratuur ten behoeve van het project.

We zijn voor de vakantie uit elkaar gegaan met de afspraak dat we allemaal literatuur zouden gaan zoeken en vakbladen zouden gaan naslaan op informatie. De samenvattingen van de verkregen informatie wordt op blackboard gezet zodat ieder de informatie kan lezen.

Na de vakantie zijn we bij elkaar gekomen om verder te gaan werken met elkaar om te kijken wat we met alle literatuur te weten zijn gekomen. De literatuur, de uitgewerkte visies en de huidige situatie is het uitgangspunt voor het verder ontwikkelen van het protocol

De keuze en afbakening wordt beargumenteerd in het projectdocument.

Na de ontwikkeling wordt er een aanbeveling gedaan voor het implementeren van het protocol in de verschillende instellingen. Het geheel wordt gepresenteerd voor de drie verschillende instellingen in het psycho-medisch centrum Parnassia. Ter ondersteuning wordt er een power-point presentatie samengesteld.

3. Doelstelling

In de differentiatiefase dienen wij ons te verdiepen in de kenmerken van een zorgcategorie in alle zorgsettings en in het verlenen van professionele zorg, waarbij wij werken volgens professionele standaarden en normen. De termen verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer staan hierbij centraal. Een onderdeel van deze differentiatiefase bestaat uit het gezamenlijk opstellen van een project om zowel de rol van ontwerper als beroepsbeoefenaar vorm te geven met als doelstelling in samenwerking met medestudenten en beroepsbeoefenaren van de eigen en andere disciplines een probleem uit de beroepswerkelijkheid te onderzoeken en planmatig te streven naar een vooraf vastgesteld doel. Het project dient bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering in instellingen op verpleegkundig terrein door het projectmatig werken met beroepsbeoefenaren van de eigen en andere disciplines, waarbij beroepsvraagstukken onderzocht en geanalyseerd dienen te worden. Het eindproduct van het project dient een bijdrage te leveren aan de doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiency) van de verpleegkundige zorg binnen zowel psycho-medisch centrum Parnassia, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland als Vierstoom, de drie instellingen/stageplaatsen van de projectleden, dit alles zal worden gerealiseerd door middel van het ontwikkelen van een evaluatieprotocol.

4. Visies

4.1. *Inleiding*

Om een evaluatieprotocol te kunnen ontwikkelen, leek het ons van belang om de afzonderlijke visies van zowel de verschillende instellingen, afdelingen als visies op evalueren te beschrijven. Hierbij hebben we ervoor gekozen om per projectlid de visie van de eigen instelling te beschrijven. Dit heeft tot gevolg dat er in de uitwerking van de verschillende visies geen opbouw is volgens dezelfde structuur. Wij zijn ons ervan bewust dat dit voor de lezer van dit document wat onoverzichtelijk over kan komen. Ondanks dat hebben wij er voor gekozen om het toch op deze manier in het document te verwerken.

4.2. *Parnassia*

Visie van de instelling

- Parnassia wilt een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van haar patiënten en aan de kwaliteit van de samenleving. Zij wilt een aantrekkelijke werkgever voor haar medewerkers zijn;
- Wij willen dat bereiken door psycho-medische zorg te leveren op menselijke maat onder het motto “Uw vraag is onze zorg”. Wij doen dat op een open respectvolle en deskundige wijze;
- Wij willen flexibel en met maatschappelijk verantwoord ondernemerschap inspelen op de snel veranderende vragen en wensen van patiënten, verwijzers, financiers en onze omgeving;
- Wij willen over ons werk op een transparante wijze verantwoording afleggen aan de buitenwereld;
- Deskundigheid, openheid en respect zijn de kernwaarden die centraal staan.

Visie van de afdeling

Verslaving is een chronische ziekte, die in de loop van de tijd in ernst toeneemt en ernstige gevolgen heeft op psychisch, lichamelijk en sociaal functioneren van de patiënt.

De ernst van de verslaving wordt bepaald door biologische, psychologische en sociale factoren. Een deel van onze patiënten komt hierdoor aan de rand van het maatschappelijk functioneren terecht. Vroegtijdige interventies en preventie blijven daarom van belang, naast een verhoogde aandacht voor de complexe en langdurige problematiek.

Het succes van de behandeling hangt af van de bijkomende problematiek.

Verslavingsproblemen gaan veelal hand in hand met psychiatrische en lichamelijke stoornissen en vaak is er sprake van meervoudige verslaving.

Het realiseren van gezondheidswinst, schadebeperking en maatschappelijk herstel is ons belangrijkste doel. Bij onze begeleiding en behandeling staan screening en diagnostiek, motivering, ontgiftiging en terugvalpreventie centraal. Tegelijkertijd doen wij een aantal ondersteunende taken die vooral gericht zijn op het maatschappelijk functioneren ten behoeve van onze patiënten. Ook daar waar anderen hiertoe niet in staat zijn of dit aan ons overlaten. Bij nieuwe onbekende patiënten bieden we geen zwaardere zorg dan noodzakelijk is.

Verbeterde en langdurige nazorg, trajectbegeleiding en zelfhulp moeten de binding met de patiënten versterken. In verband met de sterke sociale gevolgen van verslaving zullen we ook nadrukkelijk inzetten op maatschappelijke integratie en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ).

Visie op evalueren

Er is geen specifieke visie op evalueren binnen de afdeling msc (medisch sociaal centrum). Op de afdeling zijn wel richtlijnen waar de afdeling aan moet voldoen, dit is omdat het een project is waar duidelijke afspraken zijn vastgesteld. Een geprotocolleerde behandeling kan systematisch vergeleken worden en op grond van de evaluatieuitkomsten, kunnen verbetertrajecten gezet worden. Protocollen vormen daarom een belangrijk instrument voor kwaliteitsontwikkeling. Geprotocolleerd werken draagt ook bij aan de rechtsgelijkheid: vergelijkbare patiënten krijgen in vergelijkbare situaties vergelijkbare zorg. Een goed voorbeeld geeft de CCBH, met het Selectieprotocol Instroom Patiënten Heroïnebehandeling. Van belang zijn ook protocollen voor de farmacotherapeutische aspecten van behandeling, een protocol voor de verstrekking, een protocol voor het behandelcontract en een protocol voor sanctiebeleid. Naast deze protocollen, die al zijn opgesteld, dient er naar de mening van de commissie een protocol voor de individuele zorgevaluatie te worden opgesteld. Dat is vooral van betekenis met het oog op de wens individuele resultaten op een vergelijkbare manier te meten. Met de gezamenlijke behandelunits dient een plan van aanpak opgesteld worden voor de ontwikkeling en het onderhoud van deze protocollen. Uitgangspunt daarvoor kan zijn – zo beveelt de commissie aan – wat er aan voorwerk op het gebied van protocollering al is gedaan in de CCBH manual. Bijwerken en verfijnen van die manual lijkt op korte termijn al van grote betekenis te kunnen zijn voor de behandelpraktijk.

De commissie meent dat met name medewerkers in nieuw op te zetten units daarvan kunnen profiteren. Het behandelcontract is de formele bevestiging van de bereidheid van de patiënt zich voor de behandeling in te spannen. Het geldt als een teken dat de patiënt weet wat van hem wordt gevraagd en wat hij van de behandelaars kan verwachten. Het moet daarmee een waarborg bieden voor een correcte en professionele relatie tussen behandelaar en patiënt. De commissie meent dat dit contract uitwerking behoeft in een behandelplan. Daarin wordt een aanpak afgesproken, toegesneden op de situatie van de patiënt met wie het plan wordt opgesteld. Het geldt naar de mening van de commissie als kwaliteitseis dat de patiënt zich bij het opstellen daarvan kan laten begeleiden door een door hem aangewezen derde.

Voor de hulpverlener geldt dat het behandelplan nadrukkelijk onderwerp moet zijn van (bij) scholing en intervisie. De behandeldoelen die vastgelegd worden in het behandelplan moeten reëel en toetsbaar zijn en de mogelijkheid geven tot individuele evaluatie en evaluatie van de gehele groep van patiënten (bron: www.ccbh.nl).

4.3. Stichting Thuiszorg Groot Rijnland

Visie van de instelling

Stichting Thuiszorg Groot Rijnland is er voor iedereen: of u nu jong bent of oud, ziek, gezond of met een handicap. Wij streven ernaar om ieders zorgvraag te beantwoorden met als doel: het op peil houden dan wel verbeteren van uw gezondheid en welzijn.

Stichting Thuiszorg Groot Rijnland levert verantwoorde zorg: cliëntgerichte zorg die zowel doelmatig als doeltreffend is. Directe beschikbaarheid van zorg en continuïteit van zorg zijn voor cliënten van het grootste belang. Het ontbreken van wachtlijsten en vervanging tijdens afwezigheid van uw vaste verzorgende of verpleegkundige hebben bij ons daarom de hoogste prioriteit. Daarbij streven wij naar zorgverlening met zo min mogelijk verschillende medewerkers per cliënt, zodat u zelf de regie over uw dagindeling houdt.

Stichting Thuiszorg Groot Rijnland erkent de keuzevrijheid van de cliënt en vertrouwt erop dat keuzebepaling van de cliënt gebaseerd zal zijn op de kwaliteit van de dienstverlening.

Visie op de afdeling

Bij de dienstverlening van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland staat een aantal waarden centraal. Deze waarden zijn verwoord in de visie van onze organisatie.

Visie op gezondheid: Gezondheid is het welbevinden van de mens in lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk opzicht en is dus meer dan niet ziek zijn. Gezondheid is niet te vangen in een definitie, maar gebaseerd op persoonlijke beleving.

Vraaggerichtheid: Blijven inspelen op vragen en behoeften van cliënten. Samenwerking met andere instellingen speelt daarbij een belangrijke rol.

Gelijke kans op gezondheid: Onnodige verschillen in gezondheid in het werkgebied verminderen.

Voorkomen is beter dan genezen: Een goede gezondheid van onze cliënten bewaren en het leven van cliënten die niet gezond zijn draaglijk maken en houden. Daartoe vergroten we de kennis en vaardigheid van de cliënt en geven we aandacht aan het verbeteren van de levensstijl van de cliënt.

Zorg op maat: Samen met de cliënt aan een optimale zorgverlening werken. Hierbij is niet alleen de primaire vraag belangrijk, maar ook het achterliggende probleem.

Verantwoorde zorg: Om op een verantwoorde wijze zorg te verlenen, zijn voldoende opgeleide en bekwame medewerkers nodig.

Respect voor elkaar: Het gedrag van de één kan consequenties hebben voor de gezondheid en het welbevinden van de ander. Stichting Thuiszorg Groot Rijnland tolereert geen discriminatie op leeftijd, geslacht, huidkleur, levensovertuiging, seksuele geaardheid of levensstijl.

Verantwoordelijkheid van de cliënt: Ieder mens is uniek en is in principe verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid.

Zelfzorg staat centraal: Stichting Thuiszorg Groot Rijnland helpt cliënten kennis, vaardigheden en gedrag zó te ontwikkelen, dat hun gezondheid gewaarborgd blijft en hun eventuele ziekte draaglijk wordt.

Visie op evalueren

Stichting Thuiszorg Groot Rijnland is in het bezit van het kwaliteitscertificaat van de *Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)*. Het LVT-certificaat geldt als een keurmerk voor de kwaliteit van de organisatie en de hulpverlening. Het certificaat wordt uitsluitend toegekend aan thuiszorgorganisaties die zich kenmerken door een systematische aanpak van kwaliteit, doelmatigheid en professionaliteit en die open staan voor de wensen van de cliënt. Er is niet specifiek een visie met betrekking tot evalueren opgesteld bij Stichting Thuiszorg Groot Rijnland. Uit het bovenstaande stukje blijkt echter wel dat het noodzakelijk is om te evalueren. De cliënttevredenheid evaluaties zijn noodzakelijk om open te kunnen staan voor de wensen van de cliënt. Evaluaties die gericht zijn op het evalueren van de zorgresultaten en de geboden interventies zijn noodzakelijk voor het doelmatig en doeltreffend kunnen werken.

4.4. Vierstroom

Visie van de instelling

Vierstroom brengt zorg dichtbij. Vierstroom is een organisatie die midden in de samenleving staat en ernaar streeft een vangnet te zijn op het gebied van zorg. Deze zorg wil Vierstroom zoveel mogelijk waarborgen ondanks de bezuinigingsmaatregelen van de overheid.

Zorg dichtbij wordt vertaald in “Belevingsgerichte zorg”. Belevingsgerichte zorg is erop gericht de zorgvrager en zijn naaste omgeving te ondersteunen bij het waarborgen of herstellen van de levensloop die door een lichamelijke stoornis, ziekte of handicap verstoord is of dreigt te raken. De autonomie van de zorgvrager is even belangrijk als die van de zorgverlener. De ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager speelt een even grote rol als de professionele deskundigheid van de zorgverlener. De zorgvrager is geen ‘object’ van zorg, maar een partij in het zorgproces, die mede bepaald welke zorg wenselijk en nodig is. Iemand met wiens wensen en beleving bij Vierstroom rekening wordt gehouden.

Binnen Vierstroom wordt volgens “het belevingsgerichte zorgmodel” gewerkt. De belevingsgerichte zorg kan worden uitgewerkt in 13 stappen die tijdens het primaire proces met de patiënt en diens systeem worden doorlopen. Cliënten hebben vanzelfsprekend niet steeds op alle levensgebieden verzorging, verpleging en/of ondersteuning nodig. Meestal weet de cliënt zelf wel wat hij mist of wenst. En als het niet onomwonden naar voren komt, is het aan de verpleegkundige dat duidelijke te krijgen. Om dan inderdaad de gewenste zorg te bieden moet de verpleegkundige methodisch te werk gaan. De aanpak van het primaire proces moet systematisch verlopen. Een van de manieren om als verpleegkundige methodische te handelen en daarbij tevens op flexibele wijze gehoor te geven aan behoeften van cliënten in de specifieke context van hun persoonlijke situatie, is het werken vanuit een belevingsgericht model en dat houdt onder andere in:

- een integrale benadering van gezondheids- en bestaansproblemen;
- oog voor interactieproblemen tussen hulpverlener en cliënt;
- het individu als uitgangspunt;
- flexibiliteit;
- het systeem als niveau van beïnvloeding;
- uitgaan van de autonomie van de cliënt;
- als verpleegkundige verantwoordelijkheid nemen;
- zorgvuldige communicatie met de patiënt; een continue dialoog met deze aan (durven) gaan, rekening houdend met diens mogelijkheden en ervaringsdeskundigheid;
- een systematische aanpak van het primair proces;
- bewaken en bevorderen van de continuïteit van zorg.

De organisatorische voorwaarden voor belevingsgerichte zorg

- zorg dragen voor continuïteit in de hulpverlening;
- werken met het systeem van eerstverantwoordelijke zorgverleners;
- regelmatige evaluatie van zorg met de patiënt mogelijk maken;
- scheiden van globale en inhoudelijke indicatiestelling;
- goed begeleiden en scholen van de zorgverleners;
- voldoende tijd uittrekken voor groepsworkbesprekingen en andere overlegvormen.

(Bron: Aart Pool e.a., *Zorgen heb je samen* 2001)

Visie van de afdeling

Op de afdeling wordt er gewerkt volgens het belevingszorgmodel, waarbij het zorgplan samen met de zorgvrager wordt opgesteld en geëvalueerd met als uitgangspunt de zorgvrager als ervaringsdeskundige. Op de afdeling wordt gewerkt met het systeem van eerstverantwoordelijke verpleegkundige en eerstverantwoordelijk verzorgende. De evv-ers zijn verantwoordelijk voor zorginhoudelijk proces en stellen zonodig het zorgplan bij. Er is voor deze evv-schappen een protocol opgesteld. Tevens wordt er op de afdeling gewerkt met relatiebeheerders. Deze zijn voor de zorgvrager een vast aanspreekpunt en verantwoordelijk voor zowel het opstarten van het zorgproces, de tussen- als eindevaluatie van de zorgverlening als het afsluiten van de zorg. Er is gekozen voor deze manier van werken om de kwaliteit en de bereikbaarheid op de afdeling te bevorderen.

Visie op evalueren

De visie op evalueren vanuit de literatuur van zowel Schoot T. en Stevens P. (2000), *Ontwerpen van zorg vanuit verpleegkundig perspectief*, hoofdstuk 3, evaluatie van resultaten van verpleegkundige zorg blz. 94 en 95 als de beschrijving van evalueren door het Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsingen (CBO) past ons inziens goed bij zowel de visie van de instelling als de afdeling. Om valide uitspraken over de kwaliteit van de geboden verpleegkundige zorg te kunnen doen moeten de resultaten, de input en het proces van de zorgverlening, volgens Schoot T. en Stevens P. (2000), worden geëvalueerd. Uitgaande van zowel de bovenstaande informatie, ons belevingsgericht zorgplan als de uitkomsten van onze feitelijke situatie m.b.t. het beschrijven van de zorgresultaten volgens de rumba-eisen denken wij dat een evaluatieprotocol een waardevolle aanvulling kan zijn van ons zorgdossier.

De literatuur vanuit Schoot T. en Stevens P. (2000), *Ontwerpen van zorg vanuit verpleegkundig perspectief* spreekt over: In de verpleegkunde wordt de wenselijkheid verwoord in nagestreefde zorgresultaten met hiervan afgeleide indicatoren. Bij evaluatie van zorgresultaten wordt gebruik gemaakt van deze indicatoren en een bijhorende beoordelingsschaal. Evaluatie van verpleegkundige zorg speelt zich af op het individuele niveau van verplegen, op het niveau van zorg geboden door een afdeling of instelling en op het niveau van de beroepsgroep. Evalueren wordt door het Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsingen (CBO) als volgt omschreven: ‘Evalueren is ergens de waarde van bepalen, misschien wel het uitspreken van een waardeoordeel. In de kwaliteitsbevordering is evaluatie het naast elkaar leggen van criteria (zo moet het) en de werkelijkheid (zo is het gebeurd) met de bedoeling een waardeoordeel te verkrijgen: doen we het zoals we het zouden moeten doen?’ Evaluatie, zoals hier bedoeld, is een waardering van het effect van het totaal van keuzen en besluitvorming. Immers, het resultaat vertegenwoordigt als het ware alle besluitvorming met betrekking tot diagnose, resultaat en interventie dat hieraan is voorafgegaan. Door evaluatie worden aandachtspunten verkregen om zo nodig de diagnose, resultaten of interventies, of de manier waarop deze zijn uitgevoerd worden, bij te stellen (CBO, 1999).

5. Literatuuronderzoek

5.1. *Inleiding*

Thuiszorgorganisaties kiezen steeds meer voor vraaggerichte zorg, waarin het aanbod de vraag volgt en zorgbehoeften van cliënten voorop staan. Vraaggerichte zorg is de gerichtheid en de daadwerkelijke daaraan gekoppelde levering van het aanbod op de vraag en beslaat het gehele primaire proces van vraagverheldering tot evaluatie van zorg. De zorgaanbieder doet nadrukkelijk moeite om de bestaande zorgverlening aan te passen aan de specifieke behoeften en wensen van de cliënt. Werken volgens een vraaggericht concept vergt dat cliënten systematisch en frequent bevraagd worden naar hun wensen en of de zorg aansluit bij hun vraag. De huidige praktijk in de thuiszorg laat zien dat de individuele cliënt nog op een structurele manier betrokken wordt bij de kwaliteitszorg, hoewel dit onderwerp binnen de thuiszorg voldoende aandacht krijgt maar dan veelal gericht is op kwaliteitssystemen binnen de organisatie. De kwaliteitszorg binnen het primaire proces krijgt nog niet voldoende aandacht wat betreft betrokkenheid van individuele cliënten gedurende het zorgproces en frequente (tussen) evaluaties van de zorg in vergelijking tot het vaststellen van de zorgvraag. (Bron: NIZW)

De evaluatie heeft zowel betrekking op het totale zorg proces als binnen het verpleegproces. Bij evaluatie binnen het verpleegproces gaat het vooral om het beoordelen van het effect van de verpleegkundige zorg en op de samenwerking met de zorgvrager. Het evalueren van het totale zorgproces heeft met name betrekking op de kwaliteit (zoals efficiency en effectiviteit) van de zorgverlening, de samenwerking met andere disciplines en de tevredenheid van de zorgvrager over de organisatie van de zorg. (Bron: Beroepsprofiel van de verpleegkundige 2001). In het bovenstaande wordt voornamelijk over thuiszorg gesproken maar geldt tevens voor de intramurale setting Parnassia. In de GGZ is men al geruime tijd bezig met het werken volgens belevingsgerichte zorg. Het is gebruikelijk om bij het opstellen van een zorgplan de zorgvrager hier zoveel mogelijk bij te betrekken. Binnen het psycho-medisch centrum Parnassia spreekt men dan ook over het leveren van zorg op menselijke maat, onder het motto “uw vraag is onze zorg”. Het streven is dit op een open respectvolle en deskundige wijze uit te voeren. Om tot een goed eindproduct te kunnen komen hebben we het literatuuronderzoek beperkt tot de onderwerpen evalueren, beoogde resultaten, wetgeving, protocollen en richtlijnen, kwaliteitszorg en implementeren.

5.2. *Inleiding evalueren*

Na het proces van uitvoeren ga je over op het proces van evalueren en bijsturen. Dit houdt in dat je de bereikte resultaten gaat meten en vergelijken met de eerder gestelde doelen. Afwijkingen van de gestelde normen moeten leiden tot het bijsturen van de eerdere processen. Hierdoor ontstaat een proces van voortdurende verbetering. Dit is noodzakelijk om goede kwaliteit van zorgverlening te kunnen garanderen. Evaluatie van zorg is dus heel belangrijk en een goed evaluatieprotocol is onmisbaar. (Bron: <http://www.fractal.org>)

5.3. *Doel evaluatie*

Doel van de evaluatie is het vaststellen of de beoogde resultaten zijn behaald. De evaluatie geeft aanknopingspunten om zo nodig de verpleegkundige diagnose en/of verpleegkundige interventies of manier waarop deze uitgevoerd worden bij te stellen. Er is een onderscheid tussen eindevaluatie en tussenevaluaties, In de voortgangsrapportage worden tussenevaluaties vastgelegd. De eindevaluatie kan ook een (schriftelijke) overdracht inhouden van de zorg in een andere instelling zoals bij transmurale zorg, ziekenhuisverplaatste zorg, thuiszorg en zorg in een andere instelling.

In de voortgangsrapportage wordt weergegeven:

- relevante informatie met betrekking tot de vastgestelde diagnose.
- de keuze voor een verpleegkundige interventie of actie die niet overeenstemt met het verpleegplan.
- omstandigheden of gebeurtenissen die aanleiding hebben gegeven om verpleegkundige diagnoses te veranderen, af te wijken van de vastgestelde interventies of acties en het bijstellen van het beoogde resultaat.
- relevante informatie die van invloed is op het totale zorg/behandelproces.
- observaties van omstandigheden of gebeurtenissen die tot bijstelling van de zorg kunnen leiden (Bron: CBO).

5.4. *Literatuur m.b.t. evalueren.*

NIZW(2000) spreekt erover dat evalueren plaats moet vinden op een vooraf vastgesteld moment, gaat over vastgestelde onderwerpen en op initiatief van de zorgorganisatie of zorgverlener gebeurd. Op de website van adviesbureau Wijzer wordt gesproken over verschillende manieren van evalueren. Wijzer is gespecialiseerd in communicatie van overheden en maatschappelijke organisaties. (bron: www.wijzeradvies.nl)

De internetsite www.wijzeradvies.nl spreekt over verschillende manieren van evalueren m.b.t. implementaties

- *De Nul- en 1-meting;*
- *De Tracking;*
- *Overzicht uitgevoerde activiteiten;*
- *Registratie van reacties van de doelgroep;*
- *Klankbordgroep of gebruikerspanel;*
- *Overleg met medewerkers eigen organisatie;*
- *Registratie van effecten;*
- *Kwalitatief onderzoek;*
- *Bestaande rapportages.*

5.5. *Onze conclusies vanuit de literatuur wat betreft evalueren*

Evalueren is geen handeling op zich maar is afhankelijk van verschillende factoren. Het is o.a. afhankelijk van de diagnose, interventies en omstandigheden. Evalueren heeft pas effect als het op een vooraf vastgesteld tijdstip geschiedt waarbij de verpleegkundige gebruik kan maken van een goed instrument.

5.6. *Inleiding beoogde resultaten*

Bij evalueren van zorg wordt gebruik gemaakt van de retrospectieve functie van zorgresultaten. Dat wil zeggen dat met het gestelde zorgresultaat in de hand nagegaan kan worden wat het effect is van de uitgevoerde interventies. Om valide uitspraken over de kwaliteit van de geboden verpleegkundige zorg te kunnen doen moeten de resultaten, de input en het proces van de zorgverlening worden geëvalueerd. Evaluatie van het individuele zorgproces kan worden gezien als kwaliteitstoetsing op microniveau. Zorgresultaten dragen bij aan doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiency) van verpleegkundige zorg. Zorgresultaten zijn te beschouwen als kwaliteitsstandaarden. Kwaliteit van zorg kan echter niet alleen aan de behaalde zorgresultaten worden afgemeten. De kwaliteit van de beroepsuitoefening betreft meer aspecten dan doeltreffendheid. Om valide uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van de zorgverlening moeten alle relevante aspecten van de verpleegkundige beroepsuitoefening geëvalueerd worden. Om valide uitspraken over de kwaliteit van de geboden verpleegkundige zorg te kunnen doen moeten de resultaten, de input en het proces van de zorgverlening worden geëvalueerd. (Bron: Schoot, Stevens 2000)

5.7. *Doel beoogde resultaten*

Het beoogde resultaat met het evalueren van de verpleegkundige zorg met behulp van een evaluatieprotocol zal een positieve bijdrage leveren aan zowel *het richting geven aan de zorg, de continuïteit, de kostenbeheersing als de beroepsontwikkeling*. Dit zijn een aantal belangrijke redenen voor de beschrijving van zorgresultaten. Zorgresultaten maken beroepsmatige verantwoording en wetenschappelijke onderbouwing mogelijk. (Bron: Schoot, Stevens 2000)

5.8. *Literatuur m.b.t. beoogde resultaten.*

De NOC bevat een lijst van 190 zorgresultaten met definities, indicatoren en beoordelingsschalen. De hier gepresenteerde zorgresultaten zijn op individueel niveau geformuleerd; ze hebben m.a.w. betrekking op individuele patiënten of mantelzorgverleners. De NOC zorgresultaten zijn variabele concepten die op een continuüm kunnen worden gemeten, dit houdt in dat het om concepten gaat die de feitelijke toestand van de patiënt weergeven, niet om beoogde zorgdoelen (Bron: Johnsen e.a. 1999)

Voor de beschrijving en uitbreiding van de verpleegkundige kennis is de laatste tien á twintig jaar veel aandacht besteed aan het standaardiseren van verpleegkundige terminologie op basis van de classificaties van de NANDA, NIC en NOC. Bij het verschijnen van de ICIDH binnen de horizon van de verpleegkundige beroepsgroep, ligt de vraag voor de hand wat deze voor haar kan betekenen. Om antwoord op deze vraag te geven zijn van september 2000 - september 2002 in een landelijk project de toepassingsmogelijkheden van de ICIDH in de verpleegkunde onderzocht. (Bron: <http://www.levv.nl/producten>)

5.9. *Onze conclusies vanuit de literatuur wat betreft zorgresultaten*

Zorgresultaten opstellen volgens de NOC is bij goed evalueren belangrijk, vooral de indicatoren dienen als meetpunt voor de evaluatie. Zorgresultaten beschrijven zonder een meetpunt in te bouwen gedurende de zorgverlening heeft geen nut. Net zoals evalueren zonder goed beschreven zorgresultaten. Beide zijn van elkaar afhankelijk.

5.10. *Inleiding wetgeving*

Verpleegkundig handelen is onlosmakelijk met de wetgeving verbonden. Sinds de invoering van de wet BIG, WGBO, BOPZ en Kwaliteitswet Zorginstellingen etc. is het voor verpleegkundigen van belang om op de hoogte te zijn van de inhoud van de wetgeving. Dit geldt ons inziens ook voor het evalueren volgens protocol.

5.11. *Doel wetgeving.*

De positie van de patiënt of cliënt in de zorgsector is de laatste decennia sterk veranderd. Patiënten zijn mondiger geworden en er is meer sprake van een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en hulpverlener. Deze tendens wordt door de overheid ondersteund en versterkt, onder meer via een aantal wetten die de positie van de consument in de zorgsector proberen te versterken en eisen stellen aan de kwaliteit van de zorgverlening. De belangrijkste doelstelling van de Wet BIG is het scheppen van voorwaarden voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Daarom staan er in de wet bepalingen over zaken als titelbescherming, registratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht.

5.12. *Literatuur m.b.t. wetgeving*

Art. 40 Wet BIG bepaalt dat een solistisch werkende art.3 – of art. 34-beroepsbeoefenaar zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze dient te organiseren en zich zodanig van materieel dient te voorzien, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Onderdeel van deze eis is de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (lid 2). De wijze waarop deze eis wordt uitgewerkt, wordt overgelaten aan de beroepsbeoefenaren zelf en is afhankelijk van de aard en de inhoud van de beroepsuitoefening.

5.13. *Onze conclusies vanuit de literatuur voor wat betreft wetgeving*

De wet BIG beschrijft dat er goed materiaal moet zijn om verantwoorde zorg te leveren. In dit geval betekent dat een goed evaluatieprotocol. In geval van klachtenbehandeling zijn protocollen en richtlijnen van essentieel belang. Het tuchtcollege hecht veel waarde aan het werken volgens protocollen en richtlijnen alsmede de aanwezigheid hiervan binnen de instelling. (Bron: TvZ sept. 2005)

5.14. *Inleiding protocollen en richtlijnen*

Er verschijnen steeds meer richtlijnen in de zorg. Hiermee wordt de kwaliteit, effectiviteit en toetsbaarheid van de zorg bevorderd. Diverse soorten richtlijnen en protocollen spelen in verschillende zorgsettings een rol in de dagelijkse praktijk. Ze zijn voor iedereen toegankelijk en worden, meer of minder, vervlochten met de dagelijkse praktijk. Managers en leidinggevenden benadrukken het belang ervan. Verpleegkundigen staan kennelijk, althans in de ondervraagde instellingen niets in de weg om in hun dagelijkse praktijk een goed gebruik van de aanwezige richtlijnen protocollen te maken.

5.15. Doel protocollen en richtlijnen

De doelen van richtlijnontwikkeling kunnen ver uiteen lopen en te maken hebben met richtlijnen als:

- hulp bij het nemen van diagnostische en therapeutische beslissingen;
- praktische leidraad in het dagelijks werk;
- condensaat van beschikbare kennis ten behoeve van onderwijs en nascholing;
- visitekaartje van de professie; richtlijnen vormen als het ware het gezicht van een discipline naar de samenleving en helpen anderen iets te begrijpen van dat werk;
- criteria ten behoeve van evaluatie van de zorg;
- middel bij externe controle;
- manier om variatie in de zorg te minimaliseren;
- manier om de zorg in een beoogde richting te veranderen;
- middel bij afbakening van taken en verantwoordelijkheden van een professie ten opzichte van andere professies;
- hulp bij afspraken met verzekeraars in kader van contracten of budgetten;
- hulpmiddel bij keuzen in de zorg.

(Bron: Klazinga 1992, 1993; Kaasenbrood 1994)

5.16. Literatuur m.b.t. protocollen en richtlijnen

Om ervoor te zorgen dat richtlijnen worden geaccepteerd en in gevoerd in de dagelijkse praktijk moeten ze, behalve wetenschappelijk verantwoord zijn, dus ook toegepast kunnen worden in de praktijk, specifiek en gedifferentieerd en flexibele van aard zijn, geschreven in duidelijke taal en voorzien zijn van een didactische en attractieve vormgeving. (Bron: Grol 1994)

De volgende definities zijn gegeven volgens LEVV aan richtlijnen, protocollen en standaarden.

Richtlijn

Een richtlijn voor de verpleegkundige en verzorgende beroepen is een document systematisch ontwikkelde aanbevelingen om verpleegkundigen, verzorgenden en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties dat aangeeft wat er gedaan moet worden. Deze definitie is gebaseerd op de definitie van Lohr en Field (1992)

Standaard

Een standaard wordt omschreven als een document dat tot doel heeft een uitspraak te doen over een gewenst uitvoeringsniveau binnen één discipline (Leytens & Wagner 1999)

Voor een standaard geldt dat de uitkomsten van en de voorkeur voor bepaalde interventies bekend zijn. Standaarden laten daarmee weinig ruimte voor het niet volgen ervan en kunnen dan ook worden aangeduid als vereisten (CBO, 2000)

Protocol

Een protocol is een document dat tot doel heeft verpleegkundigen en verzorgenden te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen, met andere woorden, het geeft aan hoe een handeling uitgevoerd kan worden (Leytens & Wagner 1999). Een protocol is specifiek en gaat vooral in op de organisatorische context op de werkvloer. Protocollen zijn veelal lokaal geformuleerd (op instellingsniveau), bevatten voorschriften en zijn veelal afgeleid van een richtlijn. De vrijheid van handelen is bij een protocol beperkt (CBO, 2000).

5.17. *Onze conclusies vanuit de literatuur wat betreft de richtlijnen, protocollen etc.*

In de literatuur worden richtlijnen en protocollen apart gedefinieerd, maar in de praktijk worden ze veelal door elkaar gebruikt. Doel van een protocol is duidelijkheid bieden voor verpleegkundige handelingen maar in gebruik van de termen richtlijnen en protocollen zit al een grote onduidelijkheid bij uitvoerenden, want ondanks vastgestelde definities worden de beide termen door elkaar gebruikt. Er worden steeds meer protocollen en richtlijnen beschreven, maar de vraag blijft nog steeds: zijn ze wel ingebed in de praktijk?

5.18. *Inleiding kwaliteitszorg*

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen. De ontwikkeling van richtlijnen beoogt de kwaliteit en de uniformiteit van interventies van professioneel handelen te bevorderen.

De richtlijnen hebben verschillende namen, zoals protocollen, draaiboeken, profielen en standaarden. (Bron: RIVM)

5.19. *Doel kwaliteitszorg*

Het doel van kwaliteitszorg is dat er in de gezondheidszorg wordt gewerkt volgens actuele inzichten en stand van kennis, er geen onnodige zorg wordt gegeven, er minder variatie optreedt in het handelen van beroepsbeoefenaren en er een bijdrage wordt geleverd aan de kostenbeheersing in de zorgsector. Tevens is het doel de aangeboden zorg tenminste te laten voldoen aan afspraken over gewenste kwaliteit en dat er transparantie optreedt dat wil zeggen duidelijkheid naar binnen en buiten over hoe een instelling of afdeling aan de afspraken over gewenste kwaliteit voldoet. Transparantie is een wettelijke verplichting. Zorgaanbieders zijn verplicht jaarlijks verslag uit te brengen en verantwoording af te leggen van hun kwaliteitsactiviteiten in het kwaliteitsjaarverslag. (Bron: Hunink e.a., 2000)

5.20. *Literatuur m.b.t. kwaliteitszorg*

Panta rhei: alles is in beweging. Dat geldt op de dag van vandaag op meerdere niveaus van ons functioneren: privé, zakelijk en maatschappelijk. Werden vroeger deze drie domeinen nadrukkelijk van elkaar gescheiden, tegenwoordig vertonen zij onderling steeds meer samenhang. Starten met het jaar 2000 vraagt om integratie van deze drie aspecten van ons functioneren. Centraal in het sturen van de actuele ontwikkelingen staat de manager. Van hem wordt strategisch gedrag verwacht op elk van de drie niveaus. Strategisch gedrag vereist van de moderne manager dat hij weet wat hij zelf wil, dat hij de missie en doelstellingen van zijn organisatie helder weet te verwoorden en dat hij zich bewust is van de meer maatschappelijke golfbewegingen. Na het tijdperk van de landbouw zijn we via de industriële revolutie in de informatiemaatschappij beland. We rijden intussen allen op de elektronische snelweg. Deze weg leidt ons naar het tijdperk van een hernieuwd bewustzijn ofwel naar een bewuster 'zijn'. Met de start van het jaar 2000 zijn we begonnen het bewustzijns-tijdperk binnen te treden. De manager van vandaag wil deze nieuwe eeuw mede vorm en inhoud geven. Dat wil hij doen op een eigentijdse wijze. Voor deze bewuste manager is het Bewustzijns Besturings Model ontwikkeld.

(Bron:<http://www.fractal.org>)

Verplegen

Het doel van de zorg is om samen met de patiënt een zo optimaal mogelijk niveau van behandeling en welbevinden te realiseren, waarbij de eigen verantwoordelijkheid van patiënten wordt benadrukt. De kerntaken binnen de verpleegkunde zijn (vanuit Verpleegkundig Beroepsprofiel 1999) het primaire proces plus de patiëntgebonden taken en de voorwaarde scheppende taken. (Bron: <http://www.amc.nl>)

Uitslag klanttevredenheidsonderzoek 2004 thuiszorg

De tevredenheid van onze cliënten staat op de eerste plaats. Onze missie is het bieden van zorg op maat en daarbij staat de vraag van de cliënt centraal, zowel bij de kraamzorg als bij de thuiszorg.

Wij vinden het essentieel om onze missie te toetsen. Behalve in de contacten met de cliënten in de alledaagse zorgverlening doen we dat door middel van klanttevredenheidsonderzoeken. Met de resultaten daarvan kunnen we onze dienstverlening waar nodig bijstellen.

(Bron: <http://www.samenzorg.nl>)

5.21. *Onze conclusies vanuit de literatuur wat betreft kwaliteitszorg.*

Kwaliteit van de gezondheidszorg is een onderwerp dat erg in de belangstelling staat. De overheid, de zorgvrager, de publieke opinie, in feite iedereen wil dat de gezondheidszorg van goede kwaliteit wordt geleverd. Voor het meten van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg zijn in de loop van de tijd criteria en instrumenten ontwikkeld door NIVEL en CBO.

(Bron: Hunink e.a)

Het doel van de verpleegkundige zorg is een zo optimaal mogelijk niveau van zorgverlening te bereiken en zorg op maat te leveren waarbij de zorgvrager centraal staat.

5.22. *Inleiding implementeren*

Richtlijnen voor goede of verantwoorde zorg waarvan op voorhand meestal niet bekend is of hulpverleners er op zitten te wachten, moeten net als andere producten onder de aandacht gebracht worden en aantrekkelijk gemaakt worden bij de groep waarvoor ze bedoeld zijn. De nieuwe richtlijnen moeten op een zodanige wijze verspreid worden, dat hulpverleners er positief tegenover gaan staan en ze geleidelijk een vaste plaats geven in hun dagelijkse routine. Meestal verloopt dit niet zonder slag of stoot. Er wordt op zo'n moment van de hulpverleners of van de organisatie, waar ze werken een verandering gevraagd. Men moet bestaande routines verlaten en het anders gaan doen. Net als elders in de samenleving komen veranderingen vaak moeizaam tot stand. Tal van uiteenlopende factoren bepalen of een nieuw idee of product wordt geaccepteerd en 'geadopteerd'.

(Bron: Grol e.a, 2000)

5.23. *Doel implementeren*

Nieuwe werkwijzen en richtlijnen worden beter geaccepteerd en sneller ingevoerd in de praktijk naarmate ze meer aan de volgende eisen voldoen (Rogers 1983, Zaltman 1977, Parcell 1989, Barnhorn 1992, Grilli 1992)

- ze worden gezien als beter, effectiever, bruikbaar, gemakkelijker, goedkoper of minder schadelijk dan hun voorgangers. Het voordeel kan dus financieel zijn, gezien worden in termen van nut, effect (op patiënten), bevrediging, gemak, tijdswinst etc. Naarmate de richtlijnen of werkwijze beter de problemen kunnen oplossen waarmee de hulpverlener in het dagelijkse werk te maken heeft, zullen ze eerder worden geaccepteerd. Hetzelfde geldt als er duidelijk wetenschappelijk bewijs is dat nieuwe werkwijzen effectiever zijn dan de bestaande:
- ze worden ervaren als consistent met of aansluitend bij bestaande routines, normen, waarden en behoeften.
- naarmate de richtlijnen worden gezien als gemakkelijker te begrijpen en uit te voeren zullen ze verder worden geaccepteerd.
- het op beperkte schaal uit kunnen proberen bevordert de acceptatie
- naarmate de resultaten van de invoering duidelijker zichtbaar zijn voor de omgeving en voor belangrijke relaties zal men eerder tot adoptie overgaan.
- invloed op sociale relaties, naarmate de invoering meer nadelige gevolgen heeft voor personen in de sociale omgeving (patiënten, collega's) zal men meer aarzelen om ze te accepteren.
- naarmate degene die de richtlijnen in de praktijk moeten brengen meer betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling ervan zal de acceptatie groter zijn.

Een onderzoek van Grilli (1992) waarin de mate van opvolging van richtlijnen werd bestudeerd, toonde aan dat vooral de complexiteit en het al dan niet kunnen uitproberen van de richtlijnen significant van invloed waren op het werkelijk toepassen ervan. Om bovengenoemde te realiseren is een zorgvuldig ontwikkelingsproces vereist. Daarin moet de nadruk liggen op de volgende zaken:

- aandacht voor een zorgvuldige (wetenschappelijke) onderbouwing van de richtlijnen of nieuwe werkwijze als voor het nagaan van de praktische toepasbaarheid en de acceptatie door de betrokken hulpverleners.
- zowel ontwikkeling door "experts" als nadere vormgeving en aanpassing op de 'werkvloer'. (Bron: Reader, *Kwaliteit en innovatie*)

5.24. *Literatuur m.b.t. implementeren*

Na het proces van verspreiding en invoering van richtlijnen in de medische praktijk is inzicht in de mogelijke problemen en knelpunten bij die invoering van groot belang (Bartlett 1983, Flora 1988). De problemen en belemmeringen ten aanzien van de invoering liggen meestal op verschillende terreinen. (Bron: Grol 2000) Gezien de diversiteit aan problemen en belemmeringen met betrekking tot het invoeren van veranderingen in de zorg, is het zinnig hiervan een goede analyse te maken. De verwachting is dat een beperkt aantal problemen een relatief grote bijdrage leveren aan het niet op gang komen van veranderingen. (Bron: Berwick 1990). Om gegevens met betrekking tot knelpunten in de invoering van richtlijnen te analyseren en overzichtelijk in kaart te brengen, kan gebruik gemaakt worden van hulpmiddelen uit industrie (Berwick 1990, Harteloh 1991, Abrahamsen 1992) Bij deze hulpmiddelen kan onderscheid gemaakt worden in enerzijds methoden die kwalitatief de mogelijke knelpunten in kaart brengen zoals:

- het visgraatdiagram
- het stroomdiagram

Anderzijds bestaat er kwantitatieve benadering zoals het paretogram. (Bron: Grol e.a.2000).

5.25. *Onze conclusies vanuit de literatuur voor wat betreft de implementatie*

Bij het implementeren van innovaties moet er rekening gehouden worden met het ontstaan van knelpunten m.b.t. de hulpverleners en de werksetting. Het is van belang om voor invoering een analyse hiervan te maken. Bij eventuele knelpunten rondom de invoering van een innovatie kan er van verschillende strategieën gebruik gemaakt worden.

6. De feitelijke en wenselijke situatie.

6.1. *Inleiding*

Alvorens ons te richten op de ontwikkeling van een evaluatieprotocol, willen wij meer inzicht krijgen in de feitelijke situatie rondom het evalueren van zorg in de verschillende instellingen van de projectleden. Wanneer de feitelijke situatie per instelling bepaald is, kunnen we naar aanleiding van deze gegevens over gaan tot het vaststellen van een wenselijke situatie.

We zijn ons ervan bewust dat deze wenselijke situatie per instelling kan verschillen, wat uiteindelijk zou kunnen betekenen dat bij het implementeren van een evaluatieprotocol in de ene instelling meer mogelijke problemen en knelpunten bij die invoering ervan kan ontstaan dan bij de andere instelling. Wij willen, na het vaststellen van ieders afzonderlijke feitelijke situatie, er voor kiezen om ook ieders wenselijke situatie afzonderlijk te beschrijven, omdat wij dit zien als meerwaarde voor de instellingen. Uiteindelijk zullen wij voor dit project kiezen voor een universeel evaluatieprotocol, eventueel op lay-out aangepast per instelling. Bij de keuze van het onderwerp zijn we gezamenlijk tot de conclusie gekomen, mede door de literatuurstudie, dat een evaluatieprotocol de kwaliteit van zorg ten goede zal komen in ieders instelling.

6.2. *Vaststellen feitelijke situatie*

Om de feitelijke situatie te bepalen zijn diverse mogelijkheden besproken, waaronder enquêtes, vragenlijsten, interviews etc. Door diverse omstandigheden, waaronder beperkte tijd en gemotiveerdheid onder collega's om mee te werken, zijn we in overleg met onze begeleidend docent/opdrachtgever tot de conclusie gekomen om zes kernbegrippen uit te werken om de feitelijke situatie, in een haalbare tijd, te bepalen. Door brainstorming onder de projectleden kwamen een aantal terugkerende begrippen naar voren, zoals beoogd resultaat, evaluatiemomenten en zorgplannen, die uiteindelijk bepalend zijn geweest voor onze kernbegrippen.

6.3. *Kernbegrippen*

1. Er is standaard een evaluatieprotocol aanwezig in het zorgdossier dat er gebruikt wordt op de afdeling/in de setting;
2. In het dossier is er rapportage te vinden m.b.t. de evaluatiemomenten;
3. Bij aanvang van de zorg worden de evaluatiemomenten vastgesteld;
4. In de planning is ruimte voor structurele, geplande evaluaties;
5. In elk zorgplan zijn de beoogde resultaten beschreven volgens de RUMBA-eisen;
6. Elke evv-er/mentor is op de hoogte van haar/zijn verantwoordelijkheden m.b.t. evalueren van de zorgverlening.

Bovenstaande kernbegrippen zijn door de projectleden afzonderlijk, per instelling uitgewerkt en later verder uitgewerkt om de benodigde conclusies te kunnen trekken.

We hebben dit gedaan door in elke instelling 10 willekeurige dossiers open te slaan en te gaan kijken of er een evaluatieprotocol aanwezig was. Vervolgens zijn we gaan kijken of er een zorgplan aanwezig was en of daarin de zorgresultaten beschreven waren volgens de RUMBA-eisen. Ook hebben we gekeken of er in het zorgplan evaluatiemomenten waren opgenomen.

We zijn de rapportage van de laatste drie maanden gaan teruglezen om te bepalen of er evaluatiemomenten en/of gegevens waren gerapporteerd in het zorgdossier. Ook hebben we in de planning gedurende een maand teruggekeken om na te gaan of er structureel evaluaties waren ingepland. Want als er een evaluatie is ingepland dan zou dit terug te vinden moeten zijn in de rapportage.

Tot slot hebben we ieder in de eigen instelling 5 evv-ers/mentoren van verschillende kwalificatieniveaus geïnterviewd. We hebben hen de volgende vragen gesteld:

- Weet je wat jou taak als evv-er/mentor is m.b.t. het evalueren?
Bij een ja, hebben we een korte beschrijving gevraagd
- Hoe vaak evalueer jij de zorg bij de aan jou toegewezen zorgvragers?
- Heb je naar jou mening voldoende instrumenten om te evalueren?
- Collega's die niet structureel evalueerden hebben we ook gevraagd wat volgens hen daarvan de oorzaak is.

6.4. Feitelijke situatie Vierstroom

1. De aanwezigheid van een bruikbaar evaluatieprotocol;

Geen evaluatieprotocol aanwezig.

2. Is er een evaluatiemoment al dan niet gerapporteerd in het zorgdossier;

In drie zorgdossiers was er een evaluatiemoment gerapporteerd.

Bij het nagaan van de tien zorgdossiers hebben we slechts driemaal een rapportage gevonden over het evalueren van de zorgverlening tussentijds. Uit de paraaf van de medewerker bij deze rapportage bleek dat het ging om twee medewerkers die nog in opleiding zijn en de ander is hoger opgeleid (HBO-V). Dossiers van cliënten die reeds uit zorg zijn hebben wij niet betrokken bij deze steekproef. Bij het uit zorg gaan van de zorgvrager wordt er altijd kort geëvalueerd, naar inzicht van de zorgverlener die op dat moment evv-er is in deze zorgsituatie.

3. Is er een evaluatiedatum opgenomen in het zorgplan;

In niet één zorgdossier was een evaluatiedatum opgenomen.

In het verpleegplan wordt wel trouw door iedere evv-er het wekelijkse, maandelijkse evalueren benoemd, maar er wordt géén datum vastgezet. Bij navraag waarom er geen datum wordt ingevuld, antwoord men veelal, dat doet niemand en geen erg in.

4. Is er in de planning ruimte voor structurele, geplande evaluaties;

In de afgelopen maand waren er geen structurele, geplande evaluaties in de planning opgenomen.

Bij navraag aan de planner is duidelijk geworden dat er geen structurele ruimte wordt vrijgehouden voor evaluaties. Zij gaf wel aan dat de vraag van de evv-er om een evaluatie in te plannen altijd met ja wordt beantwoordt. De planner krijgt alleen nooit de vraag van de evv-er om haar een kwartier langer in te plannen om te evalueren. De planner op haar beurt geeft aan nu geen zicht te hebben in de behoefte aan evaluatiemomenten.

5. Is in elk zorgplan het beoogde resultaat beschreven volgens de RUMBA-eisen;

In acht zorgdossiers was het beoogde resultaat volgens de rumba eisen beschreven.

De meeste collega's stellen het belevingsgericht zorgplan op aan de hand van de PES-structuur en de RUMBA-eisen. Hieraan is bij de invoering van het belevingsgerichte zorgmodel veel aandacht besteedt. Vier jaar geleden is er vierstroombreed het belevingsgerichte zorgmodel ingevoerd. Hierbij is veel tijd, energie en geld gestoken in het

bijscholen van medewerkers op het gebied van het opstellen van een zorgplan volgens de PES-structuur en de RUMBA-eisen.

Uit onze ervaringen, onderzoek, observaties en bredere blik is duidelijk geworden dat de bijscholing zinvol is geweest. Meeste zorgdossiers bevatten een goed beschreven beoogd resultaat. Nu blijkt maar weer dat met dit goed beschreven zorgresultaat weinig of niets wordt gedaan. Ons inziens is een evaluatieprotocol een waardevolle aanvulling van het zorgdossier.

6. Is elke evv-er/mentor op de hoogte van zijn/haar verantwoordelijkheden m.b.t. het evalueren van de zorgverlening.

Eén evv-er niet op de hoogte, twee evv-ers wel op de hoogte en twee evv-ers gedeeltelijk op de hoogte.

We hebben aan verschillende kwalificatieniveaus dezelfde vragen gesteld t.w. niveau 3, 4 en 5. Op de vraag of zij op de hoogte zijn van hun taak m.b.t. evalueren bleken er twee wel, twee gedeeltelijk en één niet op de hoogte te zijn van de taken m.b.t. evalueren. Dit bleek na doorvragen van onze kant om te verwoorden wat die taken dan waren. Op de vraag hoe vaak men de zorg evalueert bleek dat maar zeer zelden te zijn. Als reden daarvoor gaven zij tijdsgebrek, past niet in de planning, haast niemand evalueert de zorg, het moet tussen de zorgverlening door en daar heb ik dan geen erg in enz. Op de vraag of men voldoende middelen tot de beschikking had kwam duidelijk naar voren dat men niet over de middelen beschikt. Te weinig tijd, geen protocol, past niet in de planning.

Uit deze enquête kwam duidelijk naar voren dat men behoefte heeft aan structuur in het evalueren.

6.5. Feitelijke situatie Psycho-medisch centrum, Parnassia

1. De aanwezigheid van een bruikbaar evaluatieprotocol

Geen evaluatieprotocol aanwezig.

Binnen de afdeling is geen evaluatieprotocol, er wordt wel d.m.v. het afnemen van een 4 maandelijks interview bij de cliënt geëvalueerd en tijdens de cliëntenbespreking, als de cliënt wordt besproken multidisciplinair. Er is wel tijdens de overdracht om 12.30 uur een evaluatiemoment van de vroege naar de late dienst. Ook aan het eind van de dag om 15.30 uur is er een evaluatie hoe de dag is verlopen, maar die vindt niet altijd plaats. Tijdens de zorgmomenten die er zijn wordt niet structureel geëvalueerd, waardoor er geen duidelijkheid is in de zorg die we bieden. Zoals o.a. wie doet wat, bij wie, op wat voor moment, wanneer en hoe vaak en wanneer stopt die zorg.

2. Is er een evaluatiemoment al dan niet gerapporteerd in het zorgdossier

In vier zorgdossiers was er een evaluatiemoment gerapporteerd.

Evaluatiemomenten worden niet altijd gerapporteerd in het zorgdossier. Dit wordt regelmatig vergeten, waardoor er onduidelijkheid bestaat in wat er doe wie, wat en wanneer is afgesproken of gedaan over de zorgverlening.

3. Is er een evaluatiedatum opgenomen in het zorgplan

Achtmaal was er een evaluatiedatum in het behandelplan opgenomen

Deze geplande evaluatiedata zijn n.a.v. de cliëntenbespreking.

4. Is er in de planning ruimte voor structurele, geplande evaluaties

Afgelopen maand is er tienmaal een structurele evaluatie ingepland geweest

Er is in de planning wel ruimte gereserveerd voor evaluaties, alleen loopt dit niet altijd volgens schema. Dit heeft o.a. te maken met de drukte van de dag of week, de agenda erg vol

is en afspraken niet doorgaan of worden verzet. Door het opschuiven naar een later moment gaat er soms veel tijd overheen.

5. Is in elk zorgplan het beoogde resultaat beschreven volgens de RUMBA-eisen

In zes zorgdossiers werd het beoogde resultaat volgende de RUMBA-eisen beschreven

Het beoogde resultaat wordt wel zoveel mogelijk volgens de RUMBA eisen beschreven.

6. Is elke evv-er/mentor op de hoogte van zijn/haar verantwoordelijkheden m.b.t. het evalueren van de zorgverlening

Alle vijf mentoren waren op de hoogte van hun verantwoordelijkheid

De mentor/evv-er is op de hoogte van zijn verantwoordelijkheid m.b.t. het evalueren van de zorg. Alleen schiet het evalueren er wel eens bij in door de drukte van de dag. En wordt het evalueren regelmatig opgeschoven naar een ander tijdstip of moment. Door de zorg te evalueren die je geeft, weten ook je collega's wat er is gedaan of gebeurt en is er meer duidelijkheid in het team onderling of de geboden zorg. Zo kunnen er geen misverstanden bestaan over de zorg die je hebt geven aan je cliënt. Zo verbeter je ook de kwaliteit van zorg.

6.6. Feitelijke situatie Stichting Thuiszorg Groot Rijnland

1. De aanwezigheid van een bruikbaar evaluatieprotocol

Geen evaluatieprotocol aanwezig

In de zorgdossiers van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland zit een cliënttevredenheid evaluatieformulier. Dit formulier is gericht op proces, structuur en product.

Met het gebruik van dit evaluatieformulier kan gemeten worden hoe de cliënt de zorg ervaart. Er kan echter niet mee gekeken worden of doelen op tijd behaald en of bijgesteld worden. Dit is wel van groot belang omdat de cliënt de kwaliteit en continuïteit, zoals hij zij deze ervaren heeft, beoordeeld. Dit formulier wordt correct en op geplande tijden ingevuld en geëvalueerd. Het formulier heeft de volgende opbouw.

In het zorgdossier van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland zit standaard achter tabblad 5 een tussen / evaluatieformulier cliënttevredenheid. Dit evaluatieformulier bevat vier onderwerpen met deelvragen. Als eerste wordt gevraagd naar de cliënt gegevens en de gegevens van de gene die de evaluatie afneemt. Tevens wordt er vastgesteld of het om een eind of tussen evaluatie gaat. Hierna beginnen de verschillende evaluatiecategorieën met de daarbij behorende vragen. De eerste categorie luidt: " Betreft ontvangen zorg" hierbij wordt gevraagd naar hoeveelheid zorg, frequentie van de zorg, sluiten de behoefte aan op de zorgvraag en of de continuïteit bewaakt is. Deze vragen kunnen multiple-choice beantwoord worden met vijf antwoorden; heel slecht, slecht, redelijk, goed, heel goed. In de categorie medewerker(s) staan de volgende deel vragen; de vriendelijkheid, hulpvaardigheid, afspraken na komen, deskundigheid. Deze vragen kunnen multiple-choice beantwoord worden met vijf antwoorden; heel slecht, slecht, redelijk, goed, heel goed. De categorie organisatie bestaat uit de volgende deelvragen; informatie/communicatie, planning, Het is mogelijk dat er bij U meerdere zorgverleners geweest zijn. Hoe heeft U dit ervaren? Bereikbaarheid. Ook deze vragen kunnen multiple-choice beantwoord worden met vijf antwoorden; heel slecht, slecht, redelijk, goed, heel goed. Hieronder is er ruimte voor opmerkingen en/of suggesties.

Als laatste vraag van dit evaluatie formulier staat; Uw verwachting t.a.v. het vervolgen van de zorgverlening. Deze vraag is alleen bedoeld als het om een tussenevaluatie gaat.

Dit formulier wordt door de accountverantwoordelijke/evv-er op het kantoor afgegeven. Het formulier wordt hierna door de desbetreffende relatiebeheerder verwerkt in haar/zijn administratie. Er is binnen Stichting thuiszorg Groot Rijnland geen formulier voor zorginhoudelijke evaluaties (evaluaties, die gericht zijn op het evalueren van de

zorgresultaten). De medewerkers kunnen dus niet evalueren door middel van een vast zorginhoudelijk evaluatieformulier.

2. Is er een evaluatiemoment al dan niet gerapporteerd in het zorgdossiers

Er is driemaal een evaluatiemoment gerapporteerd en zevenmaal niet.

Op de vraag of er überhaupt geëvalueerd wordt t.a.v. de vorderingen van de zorgresultaten plus de schriftelijke overdracht hiervan, kan ik na raadpleging van tien zorgdossiers zeggen dat er wel evaluaties gehouden worden maar dat deze niet structureel volgens een structureel plan of format worden gehouden. De rapportage die ik terug gevonden heb waren wisselend van informatie en niet allemaal geheel compleet. Ook zit er nog geen continuïteit in het tijdbestek waar tussen de evaluatie plaats vinden.

3. Is er een evaluatiedatum opgenomen in het zorgplan

Er is zevenmaal een evaluatiedatum opgenomen en driemaal niet.

Bij Stichting Thuiszorg Groot Rijnland worden zorg/verpleegproblemen beschreven via de PES structuur en hier uit voortvloeiend worden de doelen en acties geformuleerd.

Per doel is er de mogelijkheid te schrijven wanneer er een tussenevaluatie en de eindevaluatie gepland is. Deze tussen/eindevaluatie wordt ongeveer zeven op de tien keer ingevuld.

Na het nalezen van de rapportage uit de zorgdossiers bleek dat er vaak toch niet geëvalueerd was. Nu gaan de verpleegplannen er vanuit dat er één tussenevaluatie en één eindevaluatie datum gepland worden.

4. Is er in de planning ruimte voor structurele, geplande evaluaties

Geen structurele ruimte in de planning gereserveerd

Zoals ik hierboven al beschreef is er geen letterlijke ruimte voor evaluatiedata komen.

Na overleg met mijn planner blijkt dat er ruimte is om zorginhoudelijke evaluatie gesprekken te plannen. Deze gesprekken vinden in de middag plaats i.v.m. de werkdruk in de ochtend uren. Tevens zou de planner het op prijsstellen als er een vast patroon voor deze gesprekken gereserveerd zou kunnen worden.

5. Is in elk zorgplan het beoogde resultaat beschreven volgens de RUMBA-eisen

Het beoogde resultaat is zevenmaal volgens de RUMBA-eisen beschreven en driemaal niet.

De zorg/ verpleegproblemen worden via de PES-structuur geformuleerd; hierna worden ze uitgewerkt in doel en acties. Vanuit de thuiszorg is het de bedoeling dat we de doelen formuleren met behulp van de RUMBA-eisen, hiervoor is ook een bijscholing gegeven. De manier waarop de doelen op dit moment geformuleerd worden, voldoen grotendeels aan de RUMBA-eisen. Er wordt bijna nooit voldaan aan de eis dat het doel meetbaar moet zijn aan de hand van een tijdsfactor. Dit is ook lang niet altijd haalbaar.

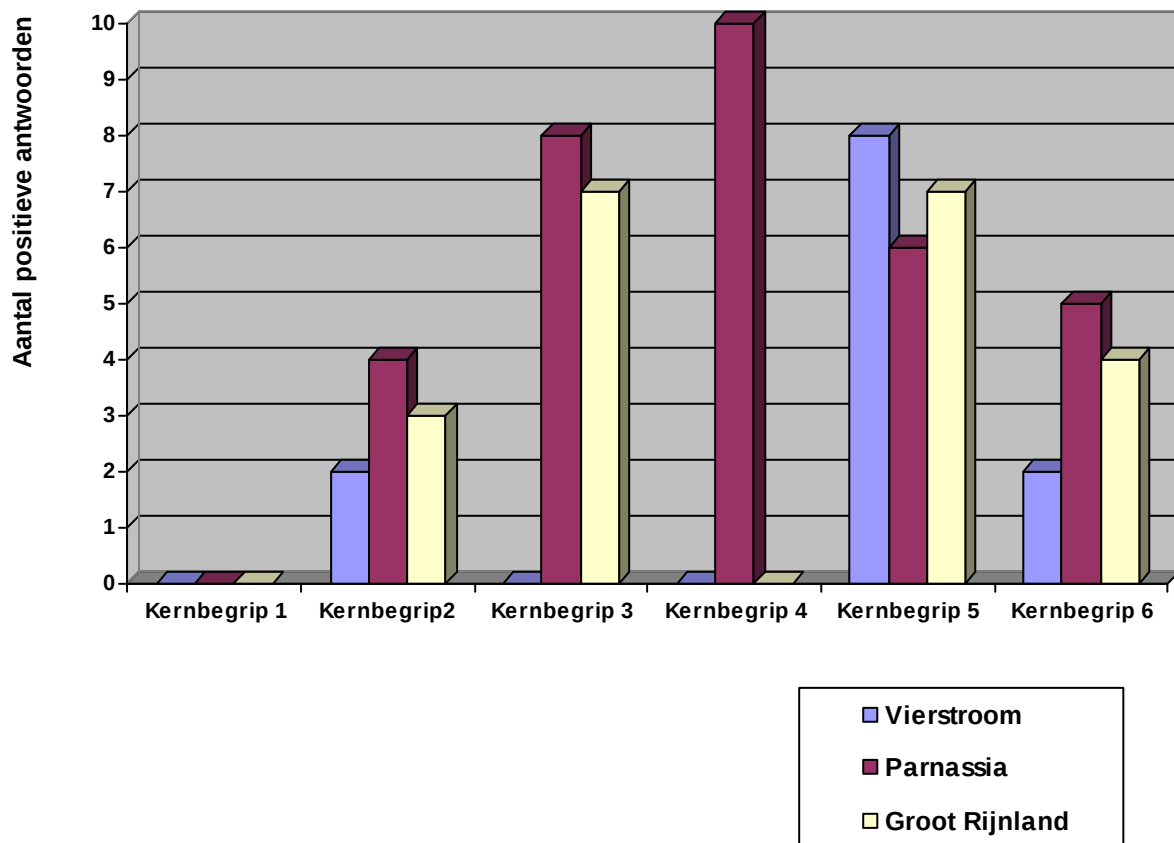
6. Is elke evv-er/mentor op de hoogte van zijn/haar verantwoordelijkheden m.b.t. het evalueren van de zorgverlening

Er waren 4 evv-ers op de hoogte en 1 evv-er niet

De ondervraagde evv-ers waren vrij goed op de hoogte van hun taken, verantwoordelijk- en bevoegdheden.

6.7. *Feitelijke situatie weergegeven in een staafdiagram*

Doordat, in de vorige paragrafen, de feitelijke situatie vanuit drie verschillende instellingen is beschreven, leek het ons zinvol om tevens deze uitkomsten in een staafdiagram weer te geven, zodat in één oogopslag zowel de verschillen als overeenkomsten duidelijk worden.



Kernbegrip 1: Er is standaard een evaluatieprotocol aanwezig in het zorgdossier, dat er gebruikt wordt op de afdeling/in de setting;

Kernbegrip 2: In het dossier is er rapportage te vinden m.b.t. de evaluatiemomenten;

Kernbegrip 3: Bij aanvang van de zorg worden de evaluatiemomenten vastgesteld;

Kernbegrip 4: In de planning is ruimte voor structurele, geplande evaluaties;

Kernbegrip 5: In elk zorgplan zijn de beoogde resultaten beschreven volgen de RUMBA-eisen;

Kernbegrip 6: Elke evv-er/mentor is op de hoogte van haar/zijn verantwoordelijkheden m.b.t. evalueren van de zorgverlening.

6.8. Vaststellen wenselijke situatie

Na bestudering van de literatuur over het vaststellen van wenselijke situaties en de uitwerking van de kernbegrippen is het ons duidelijk geworden dat hierbij het vaststellen van de standaarden en criteria van groot belang is. Standaarden zijn algemene uitspraken betreffende het niveau van de zorgverlening en de criteria zijn de meetbare elementen daarvan. De criteria maken de onderdelen zichtbaar waaruit de standaard is opgebouwd; zij vormen tevens de meetlat waarmee de kwaliteit gemeten kan worden (bron: Giebing 1999).

Na bestudering van de literatuur en de uitwerking van de kernbegrippen bestaat de wenselijke situatie voor iedere instelling ons inziens uit:

- Een volledig opgesteld zorgplan, met diagnose volgens de PES, resultaatbeschrijving volgens de NOC en interventiebeschrijving volgens de NIC.
- Het standaard aanwezig zijn van een evaluatieprotocol in het zorgdossier.
- Medewerkers volledig toegerust, voor wat betreft kennis en inzet.
- Draagvlak bij het management bij het invoeren van het evaluatieprotocol.
- Verankering op de afdeling door implementatie van de innovatie.

Wij hebben ervoor gekozen om per instelling de criteria van de wenselijke situatie te beschrijven volgens de RUMBA-eisen. Behalve dat de criteria aan de RUMBA-eisen dienen te voldoen, is er een tweede eis die aan het beschrijven van criteria gesteld wordt (Donabedian, 1969). De criteria zullen, aldus Donabedian, 1969 op drie gebieden benoemd moeten worden d.w.z. structuurcriteria, procescriteria en productcriteria. Wij zullen de wenselijke situatie, van de afzonderlijke instellingen, beschrijven volgens product-, proces- en structuurcriteria.

6.9. Wenselijke situatie (Vierstroom)

Criteria

Structuurcriteria

Aanwezig dient te zijn:

- een evaluatieprotocol standaard opgenomen in het zorgdossier
- een schriftelijke handleiding voor de toepassing van het protocol;
- evaluatiemomenten opgenomen in het zorgdossier;
- structureel vooraf ingeplande evaluatiemomenten;
- een zorgplan opgesteld volgens de PES, NOC en NIC;
- evv-ers, toegerust om de evaluatietaken te kunnen uitvoeren

Productcriteria

Het evaluatieprotocol:

- dient gebruikt te kunnen worden door niveau 3, 4, en 5;
- dient het volledige zorgproces te evalueren;
- bevat aspecten voor de evaluatie van product, proces en structuur;
- is overzichtelijk en in begrijpelijke taal;
- is eenvoudig en in korte tijd uit te voeren;
- draagt bij aan het verantwoorden van het afsluiten of bijstellen van de zorgverlening.

Procescriteria

Het evaluatieprotocol:

- wordt op vooraf vastgestelde tijdstippen te worden uitgevoerd;
- wordt op basis van het belevingsgerichte principe te worden uitgevoerd;
- draagt bij aan de continuïteit van de zorgverlening;
- geeft de verpleegkundige handvaten om bijstelling of afsluiten van de zorgverlening te beargumenteren voor haar collega's en CIZ;
- geeft de verpleegkundige handvaten voor overleg met de huisarts of andere disciplines over de zorgverlening;
- geeft de verpleegkundige handvaten voor overleg met de zorgvrager over hoe de zorgverlening in de toekomst gaat verlopen.

6.10. Wenselijke situatie (Parnassia)

Criteria

Structuurcriteria

Aanwezig dient te zijn:

- een evaluatieprotocol standaard opgenomen in het zorgdossier;
- een schriftelijke handleiding voor de toepassing van het protocol;
- evaluatiemomenten opgenomen in het zorgdossier;
- structureel vooraf ingeplande evaluatiemomenten;
- een zorgplan opgesteld volgens de PES, en de 11 functionele gezondheidspatronen van Gordon;
- mentors, toegerust om de evaluatietaken te kunnen uitvoeren.

Productcriteria

Het evaluatieprotocol:

- dient gebruikt te kunnen worden door niveau 3, 4 en 5;
- dient het volledige zorgproces te evalueren;
- bevat aspecten voor de evaluatie van product, proces en structuur;
- is overzichtelijk en in begrijpelijke taal;
- is eenvoudig en in korte tijd uit te voeren;
- draagt bij aan het verantwoorden van het afsluiten of bijstellen van de zorgverlening.

Procescriteria

Het evaluatieprotocol:

- wordt op vooraf vastgestelde tijdstippen te worden uitgevoerd;
- wordt op basis van belevingsgerichte principe te worden uitgevoerd;
- draagt bij aan de continuïteit van de zorgverlening;
- geeft de verpleegkundige handvaten om bijstelling of afsluiten van de zorgverlening te beargumenteren voor haar collega's;
- geeft de verpleegkundige handvaten voor overleg met de arts over de zorgverlening;
- geeft de verpleegkundige handvaten voor overleg met de zorgvrager over hoe de zorgverlening in de toekomst gaat verlopen.

6.11. Wenselijke situatie (Stichting Thuiszorg Groot Rijnland)

Criteria

Structuurcriteria

Aanwezig dient te zijn:

- een evaluatieprotocol standaard opgenomen in het zorgdossier
- een schriftelijke handleiding voor de toepassing van het protocol;
- evaluatiemomenten opgenomen in het zorgdossier;
- structureel vooraf ingeplande evaluatiemomenten;
- een zorgplan opgesteld volgens de PES, ; doel opgesteld volgens de RUMBA - eisen, acties en tussen - / eind evaluatie en de
- Elke EVV - er/mentor kan de evaluatie uitvoeren aan de hand van het evaluatieprotocol

Productcriteria

Het evaluatieprotocol:

- dient gebruikt te kunnen worden door niveau 3, 4, en 5;
- dient het volledige zorgproces te evalueren;
- bevat aspecten voor de evaluatie van product, proces en structuur;
- is overzichtelijk en in begrijpelijke taal opgesteld;
- is eenvoudig te hanteren en in korte tijd uit te voeren;
- draagt bij aan het verantwoorden van het afsluiten of bijstellen van de zorgverlening.
- Elke EVV - er/mentor is op de hoogte van zijn/haar verantwoordelijkheden m.b.t. het evalueren van de zorgverlening

Procescriteria

- In de planning is structureel gelegenheid voor de verpleegkundige om evaluaties te plannen en houden
- Het evaluatieprotocol draagt bij aan de continuïteit van de zorgverlening;
- Het evaluatieprotocol geeft de verpleegkundige handvaten om bijstelling of afsluiten van de zorgverlening te beargumenteren voor haar collega's en CIZ;
- Het evaluatieprotocol geeft de verpleegkundige handvaten voor overleg met de huisarts over de zorgverlening;
- Het evaluatieprotocol geeft de verpleegkundige handvatten voor overleg met de zorgvrager over hoe de zorgverlening in de toekomst gaat verlopen.

Als aanvulling bij de wenselijke situatie voor Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, zie bijlage 1

7. Argumenten voor keuzes en afbakening

In onze differentiatiefase, van de op leiding tot hbo-verpleegkundige, moesten wij ons, aan de hand van een differentiatieplan, verdiepen in de inhoud van de vijf rollen van de hbo-verpleegkundige. De rollen zorgverlener, regisseur en coach konden behaald worden in de zorgsetting, waar men werkzaam was, de rol van ontwerper kon worden uitgevoerd in een project of literatuurstudie. De rol van beroepsbeoefenaar kon naar eigen keuze gekoppeld worden aan het primaire proces en/of aan het project/literatuurstudie. Alle projectleden van dit project hebben er voor gekozen om zowel de rol van beroepsbeoefenaar als ontwerper te behalen in dit project. Voorafgaand aan het samenstellen van de projectgroepen is onderling, tussen medestudenten, al overleg geweest over de individuele ideeën van iedere student. Naar aanleiding van de overeenkomsten met betrekking tot deze ideeën zijn we tot de samenstelling van deze projectgroep gekomen. Toen de projectgroep definitief was, hebben we over onze ideeën gebrainstormd en zijn we van zorgresultaten, evalueren, evaluatieformulier tot het onderwerp “het ontwikkelen van een evaluatieprotocol gekomen”. Er is eenduidig gekozen voor een evaluatieprotocol en niet voor een evaluatieformulier, omdat een evaluatieformulier, bij navraag, al in diverse instellingen van de projectleden aanwezig bleek te zijn. Omdat wij de rol van beroepsbeoefenaar tevens in dit project willen behalen, hebben wij veel aandacht besteedt aan literatuurstudie en het lezen van vakliteratuur ten behoeve van het project, zie geraadpleegde literatuur. Tevens willen wij door zowel de presentatie als de implementatieopzet instructie, advies en voorlichting geven over het ontwikkelde protocol. Tijdens de uitvoer van ons project hebben wij voor enkele keuzes gestaan in verband met het vaststellen van de feitelijke situatie. Gezien de beperkte tijd voor het tot stand brengen van dit project en de bereidwilligheid van collega's in de instellingen van de projectleden hebben wij niet voor instrumenten zoals enquêtes en/of vragenlijsten gekozen om de feitelijke situatie te bepalen, maar voor de uitwerking van zes kernbegrippen in elke afzonderlijke instelling. Wij hebben veel aandacht besteedt aan literatuuronderzoek om aan de hand daarvan zowel de wenselijke situatie te kunnen bepalen als de rol van beroepsbeoefenaar te kunnen behalen. Na grondig literatuuronderzoek hebben wij de keuze gemaakt om in iedere instelling afzonderlijk de wenselijke situatie te bepalen om daarna naar aanleiding van de informatie uit literatuur tot een universeel evaluatieprotocol te komen. Om ons project af te bakenen hebben we er eenduidig voor gekozen om een minimale opzet voor implementatie aan ons document toe te voegen, omdat het schrijven een volledig implementatieplan veel tijd zou vergen en dit ten koste zou gaan van ons literatuuronderzoek. Als afsluiting van ons project houden wij een presentatie over de inhoud van ons document.

8.1. Het uiteindelijk eindproduct: het evaluatieprotocol



8.2. *Handleiding evaluatieprotocol (thuiszorginstellingen)*

- De evv-er dient de evaluatie structureel uit te voeren;
- De evaluatie dient structureel afhankelijk van de indicatie te worden uitgevoerd
 - Bij een indicatie voor drie maanden dient maandelijks te worden geëvalueerd;
 - Bij een indicatie voor zes maanden dient om de twee maanden te worden geëvalueerd;
 - Bij een indicatie voor een jaar of langer dient eerst na twee maanden en vervolgens elk half jaar te worden geëvalueerd.
- Bij de start van de zorgverlening dienen de evaluatiemomenten, door de relatiebeheerder, aan de planning te worden doorgegeven;
- Alle stappen van het protocol moeten worden nagelopen;
- Waar nodig dient actie te worden ondernomen, en dit dient gerapporteerd te worden in het zorgdossier;
- Bij een positief antwoord op de vraag of het resultaat behaald is, dient te worden nagegaan of de diagnose geschrapt kan worden, i.v.m. de mogelijkheid van een chronische diagnose. Dit dient gerapporteerd te worden in het zorgdossier. Zonodig wordt actie ondernomen en de aanpassingen dienen te worden opgenomen in het zorgplan;
- Bij een negatief antwoord op de vraag of het resultaat is behaald, dient te worden nagegaan wat de oorzaak is en eventueel een nieuw zorgprobleem beschreven te worden a.d.h.v. een nieuwe anamnese. De aanpassingen dienen te worden opgenomen in het zorgplan;
- De evaluatieresultaten dienen te worden genoteerd, onder de rapportage, in het zorgdossier.

8.3. Handleiding evaluatieprotocol (psycho-medisch centrum)

- De mentor dient de evaluatie structureel uit te voeren;
- De evaluatie dient structureel maandelijks te worden uitgevoerd.;
- Bij de start van de zorgverlening dienen de evaluatiemomenten, door de mentor maandelijks te worden ingepland;
- Alle stappen van het protocol moeten worden nagelopen;
- Waar nodig dient actie te worden ondernomen, en dit dient gerapporteerd te worden in het zorgdossier;
- Bij een positief antwoord op de vraag of het resultaat behaald is dient te worden nagegaan of de diagnose geschrapt kan worden, i.v.m. de mogelijkheid van een chronische diagnose. Dit dient gerapporteerd te worden in het zorgdossier en zonodig wordt actie ondernomen en de aanpassingen worden opgenomen in het zorgplan;
- Bij een negatief antwoord op de vraag of het resultaat is behaald dient te worden nagegaan wat de oorzaak is en eventueel een nieuw zorgprobleem geschreven te worden a.d.h.v. een nieuwe anamnese. De aanpassingen dienen te worden opgenomen in het zorgplan;
- De evaluatieresultaten dienen te worden genoteerd, onder de rapportage, in het zorgdossier.

9. Aandachtspunten bij implementatie

9.1. *Doel implementeren*

Houdt vanaf het begin, bij het opstellen van richtlijnen en bij het ontwikkelen van nieuwe procedures en werkwijzen, al rekening met de invoering. (Grol 2000). Dit hebben wij vanaf de start van het project gedaan en zijn daarom tot de keuze gekomen om het opstellen van een implementatieplan niet op te nemen in het project. Een implementatieplan vinden wij dusdanig belangrijk dat er veel tijd en energie in gestoken moet worden en binnen de tijd die er stond voor het project was dat voor ons niet haalbaar. Gezien het belang van goed implementeren van een protocol besteden wij er toch, zei het minimaal, in dit hoofdstuk aandacht aan.

9.2. *Invoering van veranderingen in de praktijk*

Een succesvolle invoering van een innovatie, nieuwe inzichten of veranderingen voor goede zorg lopen langs een aantal stappen. Om dit inzichtelijke te maken, kan men de kwaliteitscyclus, uitbreiden en detailleren. Waardoor een nieuw cyclische proces ontstaat, de implementatiecyclus.

In de implementatiecyclus worden de volgende onderdelen onderscheiden:

- Vaststellen van gewenste veranderingen
- Analyse van mogelijke knelpunten bij het invoeren van een innovatie en/of verandering
- Ontwikkelen van strategieën om veranderingen door te voeren.
- Feitelijke invoering van de innovatie en nieuwe werkwijze
- Evaluatie van het resultaat.

In de volgende hoofdstukken worden de verschillende stappen van de cyclus verder uitgewerkt.

9.3. *Vaststellen van gewenste veranderingen*

Het vaststellen van de gewenste verandering is iets waar we ons in het begin van dit project mee bezig hebben gehouden. Dit heeft geresulteerd in het ontwikkelen van een evaluatieprotocol.

9.4. *Analyse van mogelijke knelpunten bij het invoeren van richtlijnen/veranderingen*

Allerlei factoren bepalen hoe snel en hoe omvangrijk de invoering van een vernieuwing zal verlopen. Sommige kan men beïnvloeden, andere minder of niet. Deze factoren kunnen te maken hebben met kenmerken van de hulpverlener maar ook met de setting waarin gewerkt wordt. Knelpunten met betrekking tot kenmerken van de hulpverlener kunnen betrekking hebben op:

- de competentie, dit betreft het beschikken over kennis en vaardigheid die nodig zijn om de richtlijn te kunnen toepassen;
- motivatie, attitude ten aanzien van richtlijnen. Iedere mens heeft tot op zekere hoogte behoefte dingen voor zichzelf uit te vinden. Naarmate de veranderingen flexibeler zijn en aanpassingen aan de eigen situatie mogelijk maken zal men ze positiever beoordelen. Verder is bij de invoering van belang de mate waarin men de opstellers van de verandering vertrouwd, ze ziet als een van ons. Maar ook de mate waarin

men de behoefte of noodzaak voelt om verandering in de werkwijze aan te brengen. Nodig is een gevoel van ontevredenheid met bestaande wijze van werken (Geertsma 1982, Scott 1976);

- persoonlijke kenmerken van de hulpverlener zoals geslacht, leeftijd, ervaring als hulpverlener, lidmaatschap van een beroepsvereniging, leerstijl, zelfbeeld en veranderingsgeneigdheid.

Knelpunten met betrekking tot de werksetting kunnen betrekking hebben op:

- collega's, die hetzelfde werk doen en waar mee moet worden samengewerkt om goede zorg aan patiënten te verlenen;
- patiënten, kunnen de invoering van nieuwe richtlijnen, technieken en benaderingen, waarschijnlijk zowel in positieve als in negatieve zin beïnvloeden;
- problemen met betrekking tot de directe werksetting kunnen bestaan uit materiële voorzieningen, financiële factoren, personeel, stafbezetting, ondersteuning, organisatiestructuur maar ook wetgeving en regelgeving.

Om gegevens over knelpunten te verzamelen zijn verschillende methoden beschikbaar.

Om verder te kunnen gaan met implementeren van een nieuwe richtlijn is het van belang om de belemmerende maar ook de bevorderende factoren zichtbaar te maken. Pas dan wordt het duidelijk welke personen, instanties en afdelingen allemaal een rol spelen in het proces van de implementatie.

9.5. *Ontwikkelen van strategieën om veranderingen door te voeren.*

Er is een grote variatie aan methoden beschikbaar om nieuwe werkwijzen in de hulpverlening te implementeren. Welke methode geschikt is voor een bepaalde vernieuwing hangt af van kenmerken van de doelgroep. Sommige hulpverleners kunnen beter via een faciliterende, informerende methode benaderd worden, andere beter met wat meer druk en sturing.

Lomas (1988) onderscheidt in dit verband: patiëntgerichte strategieën, educatieve strategieën, managementstrategieën en economische strategieën.

Zaltman(in Blauw 1988) noemt vier verschillende strategieën om veranderingen in organisaties te bewerkstelligen: facilitering, educatie, overtuiging en dwang.

Barnhoorn (1992) spreekt over verschillende perspectieven die gehanteerd kunnen worden zoals: technologisch perspectief, machtspectief, cultureel-politiek perspectief en het evolutieperspectief.

Grol 1992 heeft de theorie van Van Woerkom (1990) voor het bevorderen van gezond gedrag en het veranderen van patiëntgedrag door middel van voorlichtende technieken enigszins aangepast bedoeld voor het invoeren van vernieuwingen in de praktijk van hulpverleners. Deze gaat uit van vrijwillige en niet-vrijwillige methoden.

De verschillende methoden geven alléén waarschijnlijk onvoldoende resultaat en kunnen elkaar goed aanvullen. Het is bovendien duidelijk dat verschillende subgroepen uit de doelgroep verschillende benaderingen behoeven.

Er is een grote variatie aan methoden beschikbaar, welke methode geschikt is voor een bepaalde vernieuwing hangt af van kenmerken van de doelgroep. Verschillende methoden kunnen elkaar daarbij aanvullen.

9.6. *Feitelijke invoering van richtlijnen en nieuwe werkwijze*

Vanuit de literatuur wordt duidelijk dat de verspreiding van innovaties via meerdere en verschillende kanalen moet plaatsvinden. Dit kan door massamediale of persoonlijk communicatiekanalen. De hulpverleners uit de doelgroep moeten regelmatig en gedurende langere tijd met de richtlijnen worden geconfronteerd. Schriftelijke benadering moet aangevuld worden met persoonlijke benadering. Het beste kan men zich richten op sleutelfiguren en opinieleiders en hen helpen de richtlijnen over te dragen naar de rest van de doelgroep.

9.7 *Evaluatie van het resultaat.*

Een goede evaluatie van het proces en het effect van de invoering van de innovatie, nieuwe werkwijze of verandering is van groot belang. Bij de evaluatie van het proces volgt men de hele implementatiecyclus en gaat men na of het programma ook wordt uitgevoerd zoals was gepland. Bij de evaluatie van het effect kijkt men of de beoogde doelen werkelijk worden behaald. Pas als men ook evalueert is er sprake van een proces van continu verbeteren van de kwaliteit van zorg (Bron: Grol, 2000).

Conclusies

Na bestudering van hetgeen in de literatuur al beschreven is over evalueren, protocollen en richtlijnen, kwaliteitszorg en wettelijke regelgeving voor verpleegkundigen, zijn wij tot de conclusie gekomen dat een evaluatieprotocol een bijdrage levert aan de doeltreffendheid en doelmatigheid van de verpleegkundige zorg in Psycho-medisch centrum Parnassia, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland en Vierstroom. Vanuit de literatuurstudie is duidelijk geworden dat evalueren geen handeling op zich, maar afhankelijk is van verschillende factoren, zoals afhankelijkheid van de diagnose, interventies en omstandigheden. Tevens is duidelijk geworden dat zorgresultaten opstellen volgens de NOC, bij goed evalueren belangrijk is, vooral de indicatoren dienen als meetpunt bij de evaluatie. Zorgresultaten beschrijven zonder een meetpunt in te bouwen gedurende de zorgverlening en evalueren zonder goed beschreven zorgresultaten heeft geen nut. Tevens wordt uit de literatuur duidelijk dat in geval van klachtenbehandeling protocollen en richtlijnen van essentieel belang zijn. Het tuchtcollege hecht dan ook veel waarde aan het werken volgens protocollen en richtlijnen alsmede de aanwezigheid hiervan binnen de instelling. Uit de literatuur wordt duidelijk dat richtlijnen en protocollen apart gedefinieerd worden, maar in de praktijk worden ze veelal door elkaar gebruikt, dit geeft onder uitvoerenden veel onduidelijkheid, terwijl het uiteindelijke doel van een protocol toch het duidelijkheid scheppen bij verpleegkundige handelingen moet zijn. Terugkijkend op ons project is het ons duidelijk geworden dat binnen de instellingen van de projectleden op verschillende manieren wordt omgegaan met evalueren en dat een bruikbaar instrument in geen van de instellingen voorhanden was, dit kwam uit de steekproef, die door ons, in de instellingen, is uitgevoerd. Tevens werd duidelijk dat in het psycho-medisch centrum Parnassia evalueren een vast onderdeel van de zorgverlening is, maar daarentegen worden de evaluaties niet altijd structureel uitgevoerd. In geen van de thuiszorgorganisaties komt evalueren structureel voor, maar geschiedt alleen incidenteel, wanneer nodig en/of bij de afsluiting van de verpleegkundige zorg. Wij zijn tot de conclusie gekomen dat ons eindproduct, het evaluatieprotocol, een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg in de instellingen Psycho-medisch centrum Parnassia, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland en Vierstroom. Eén van de doelen van kwaliteitszorg is tenslotte, dat er in de gezondheidszorg wordt gewerkt volgens actuele inzichten en stand van kennis, er geen onnodige zorg wordt gegeven, er minder variatie optreedt in het handelen van beroepsbeoefenaren en er een bijdrage wordt geleverd aan de kostenbeheersing in de zorgsector en daar hebben wij, middels dit project, ons steentje aan bijgedragen. In de doelstelling hebben wij aangegeven zowel de rol van beroepsbeoefenaar als ontwerper vorm te geven en wij zijn tot de conclusie gekomen dat dit goed tot uitdrukking is gekomen door in de rol van beroepsbeoefenaar te instrueren, adviseren en voorlichting te geven, het doen van de uitgebreide literatuurstudie en door middel van het presenteren van ons project. De rol van ontwerper hebben wij vorm gegeven door middel van zowel het projectmatig als het samenwerken en door een inhoudelijke bijdrage te leveren aan innovatie. Wij zijn van mening dat het door ons ontwikkelde evaluatieprotocol, een bijdrage levert aan de kwaliteit van verpleegkundige zorg in de instellingen van de projectleden.

Aanbevelingen

Aanbevelingen (Psycho-medisch centrum Parnassia)

- Evaluatieprotocol opgenomen in zorgplan met bijgevoegd de schriftelijke handleiding;
- Verpleegkundigen op de hoogte zijn, dat ze volgens de stappen van het evaluatieprotocol moeten werken;
- Het evaluatieprotocol ingevoerd moet worden op de afdeling;
- Bij het begin van de zorg de evaluatiedatums plannen en structureel evalueren;
- Vast moment op de dag of in de week om evaluatie te plannen;
- Dit alles moet leiden dat er eenduidigheid is in de zorg die je met elkaar geeft;
- Er volgens de PES (probleem, etiologie, symptoom) en naar Gordon de 11 functionele gezondheidspatronen wordt gekeken en geëvalueerd.

Aanbevelingen (Stichting thuiszorg Groot Rijnland)

- Om volgens het evaluatieprotocol te kunnen werken moet het evaluatieprotocol opgenomen worden in het zorgdossier;
- Aangezien een diagnose vaak meerdere keren geëvalueerd wordt zou het handig zijn om hier wat meer ruimte voor te maken op het formulier voor het verpleegplan;
- Er worden bijscholingen aangeboden ten aanzien van het invullen van het zorgdossier, om ervoor te zorgen dat de evaluaties gepland, uitgevoerd en gerapporteerd worden en dat de zorgresultaten volgens de RUMBA-eisen beschreven worden, is het van belang dat deze bijscholingen met enige regelmaat aangeboden worden en in ieder geval aan nieuwe medewerkers;
- Om ervoor te zorgen dat er tijd is om de evaluaties te plannen en uit te voeren, zou het handig zijn om hier een bepaald moment in de week voor te reserveren bij voorkeur op een middag;
- Om een structureel gebruik van het evaluatieprotocol te waarborgen, moet het evaluatieprotocol ingevoerd worden in het team. Voor deze invoering moet een invoeringsplan opgesteld worden; hierbij kunnen de door ons opgestelde aanbevelingen gebruikt worden. Invoeren van het protocol vereist gedragsveranderingen van de verpleegkundigen en verzorgenden. Omdat bij implementeren van innovaties knelpunten kunnen ontstaan, is het van belang om ook vóór het invoeren analyses te maken van de situatie.

Aanbevelingen (Vierstroom)

Uit de steekproef is gebleken dat er binnen Vierstroom zeer nihil geëvalueerd wordt. De zorgproblemen zijn beschreven volgens de PES en de resultaten volgens de RUMBA-eisen. Met het ontwikkelde evaluatieprotocol zijn wij van mening dat wij een bijdrage kunnen leveren aan het structureel evalueren. Het is daarom wenselijk dat de relatiebeheerder bij het starten van de zorgverlening op geleide van de duur van de indicatie, evaluatiemomenten opneemt in de zorgverlening en deze ook doorgeeft aan de planner.

De planner moet er voor zorgdragen dat op afgesproken evaluatiemomenten de evv-er in de betreffende zorgsituatie wordt ingepland zodat deze de evaluatie kan uitvoeren.

Tevens zijn wij van mening dat het protocol op de juiste wijze geïmplementeerd dient te worden binnen de afdeling. Een implementatieplan is niet opgenomen in dit projectdocument, maar wel hebben wij stil gestaan bij belangrijke stappen van het implementeren. Het is ons inziens wenselijk om de verschillende stappen van het implementeren eerst uit te werken voordat het evaluatieprotocol in gebruik kan worden genomen.

Tevens vinden wij het belangrijk om het evaluatieprotocol eerst maandelijks te evalueren, om na te gaan of het in de praktijk het gewenste resultaat oplevert. Op het moment dat het evaluatieprotocol geschikt is bevonden voor gebruik op de afdeling dienen de relatiebeheerders en de evv-er's ervoor te zorgen dat de evaluatiemomenten structureel worden opgenomen in de zorgverlening. Dit kunnen zij doen doordat de relatiebeheerder bij de start van de zorgverlening het eerste evaluatiemoment vaststelt op geleide van de indicatie. Vervolgens plant de evv-er de vervolg evaluaties op geleide van de indicatie of behoefte van de zorgvrager.

Geraadpleegde literatuur

Elly Schoemaker, Els Albersnagel, *Regie van het primaire proces*, Wolters Noordhof, Groningen/Houten 2003, ISBN 90 0161 762 X.

Els Albersnagel, Ype van der Burg, *Diagnosen, interventies en resultaten*, Wolters Noordhof, Groningen/Houten, 1997, ISBN 90 0103 533 7.

Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging-Utrecht-Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. ISBN 90 6910 226 9 CIP

E. Leistra, S. Liefhebber, M. Geomini, H. Hens, *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen, 2001, ISBN 90 5050 764 6, Blz. 30

(Reader, *Kwaliteit en innovatie, cluster 5*, K. Martens 2004-2005, HBO-V 141)

(Reader, *Op naar kwalificatieniveau 5, cluster 1*, R. Havekes, K. Martens, C. Versluijs, 2003-2004 HBO-V 20)

Schoot T. en Stevens P. (2000), *Ontwerpen van zorg vanuit verpleegkundig perspectief*, hoofdstuk 3, resultaten van verpleegkundige zorg (blz. 73-98)

Verbeek, Gabrielle, *Het spel van kwaliteit van zorg*, beschrijvingen vanuit verschillende aspecten, Elsevier/de Tijdstroom, Maarssen 2002, ISBN 90 352 2125 7

Johnson, Marion en Maas, Meridean. *Verpleegkundige zorgresultaten*, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 1999, ISBN 90 352 1983 x

Roel grit, *Projectmanagement, projectmatig werken in de praktijk*, Wolters-Noordhof, Groningen 2000, ISBN 9001 34785 1.

C. Baas, R van Couwelaar, J. Kat, *Taaltopics, Rapporteren*, Wolters-Noordhof, Groningen, 2001, ISBN 9001 16385 8.

A.Pool e.a. *Met oog op de toekomst, Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen*, NIZW, UTRECHT, 2001, ISBN 90 5050 882 0

Bron: Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging-Utrecht-Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. ISBN 90 6910 226 9 CIP

TvZ, tijdschrift voor verpleegkundige, jaargang 115, september 2005, nr 9, *Tuchtrecht en de verpleegkundige standaard*, blz. 18-23.

Hunink, G.H. e.a., (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. ThiemeMeulenhoff, Leiden

Rapportagetechniek Anderweg B, Elling R, de Jong J, Swankhuisen C, Wolters Noordhoff Groningen/Houten, tweede druk.

Verbeek G, *Kwaliteit als werkwoord*, Casparie Heerhugowaard, ISDN 90-5050-563-5

Appelman A, Ligthenberg H, Bergen B, Hollands L., *Ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging*. De tijdstroom Lochem 1989

A. Evers, H. Timmermans e.a.(2004), *Van kennis naar doen, Voortdurend verbeteren, methoden en technieken voor professionals in de zorg*. van Zuiden Communications B.V. Alphen aan den Rijn, ISBN 90-8523-033-0

Rapportagetechniek Anderweg B, Elling R, de Jong J, Swankhuisen C, Wolters Noordhoff Groningen/Houten, tweede druk.

Donabedian, A., *guide to medical care administration*. American Public Health Association, Washington, 1969

Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging. Utrecht Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. ISBN 90 6910 226 9 CIP

Jumelet, De Ruyter & Kaysen, *cliëntenfeedback in de jeugdzorg*, NIZW, Utrecht, 1999

Leistra E e.a., *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen, 2001, ISBN 90 5050 764 6, blz. 30

Grol, R.T.P.M., van Everdingen J.J.E, Casparie A.F., *Invoering van richtlijnen en veranderingen*, Elsevier Maarsen 2000, ISBN 9035214803

Internet:

<http://www.levv.nl/uploaded/FILES/richtlijnen/Overzicht%20Richtlijnen%20VV%20def%20%282%29.pdf>

http://www.bigregister.nl/pdf/RapportBIG_tcm10-16140.pdf?folder=393&page=18964

http://www.rivm.nl/gezondheid/infectieziekten/centrum_izb/ondersteuning.jsp

<http://www.nizw.nl/Docs/Zorg/Publicaties/Graag%20feedback%20Bijeenkomst%201.pdf>

<http://www.nizw.nl/Docs/Zorg/Publicaties/Graag%20feedback%20Inhoudsopgave%20en%20Inleiding.pdf>

<http://www.syntens.nl/SYNTENS/Innoveren/verkenner/proces/evaluatiefase>

<http://www.fractal.org/Bewustzijns-Besturings-Model/Pres-BBM-A/sld062.htm>

<http://www.levv.nl/producten/page.php?id=166>

<http://www.amc.nl/index.cfm?pid=975>

<http://www.samenzorg.nl/nieuwsdetail.php?Id=53>

<http://www.nizw.nl/smartsite.htm?id=51548>

<http://www.levv.nl/producten/page.php?id=166>

<http://www.amc.nl/index.cfm?pid=975>

<http://www.fractal.org/Bewustzijns-Besturings-Model/bbm-tim.htm>

<http://www.fractal.org/Bewustzijns-Besturings-Model/bbm-tim.htm>

<http://www.fractal.org/Bewustzijns-Besturings-Model/Pres-BBM-A/sld062.htm>

<http://www.fractal.org/Bewustzijns-Besturings-Model/bbm-tim.htm>

http://www.paramedicsch.org/issue.asp?id=1997_14

www.levv.nl

www.stgr.nl

www.cbo.nl

<http://www.nizw.nl/CompetentiesVV/docs/PDF/CompetentbeschWijkpl2edr%20.pdf>

Bron: AVVV. Criteria voor richtlijnen. AVVV. Utrecht, november 2001

www.wijzeradvies.nl

www.rivm.nl

www.ccbh.nl

www.syntens.nl

Bijlage 1

Analyse van de wenselijke situatie van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland

Er is een bruikbaar evaluatieprotocol aanwezig in het zorgdossier.

In het zorgdossier is een cliënt tevredenheid evaluatieformulier opgenomen. Dit formulier beoogt echter geen evaluatie van de interventies en zorgresultaten die in het verpleegplan opgenomen zijn, een evaluatieprotocol wat dit wel beoogt is niet opgenomen in het zorgdossier. In dit project ontwikkelen wij een evaluatieprotocol wat gericht is op het evalueren van de in het verpleegplan opgestelde zorgresultaten en interventies. Dit evaluatieprotocol dient opgenomen te worden in het zorgdossier. Om dit te kunnen bereiken dient het evaluatieprotocol eerst geïmplementeerd te worden in de organisatie.

Het moment (datum) waarop de zorgverlening (de werking en haalbaarheid van de interventies en zorgresultaten) geëvalueerd dient te worden, wordt bij het opstellen van het verpleegplan direct gerapporteerd in het zorgdossier.

In de meeste zorgdossiers wordt geen evaluatie datum benoemd het is wel wenselijk dat dit gebeurt. Dit betekent dat in de handleiding voor het evaluatieprotocol opgenomen moet worden dat de evaluatiedatum direct bij het starten van de zorg (en het opstellen van het verpleegplan) afgesproken en in het zorgdossier gerapporteerd moet worden.

In het verpleegplan is bij ieder zorgresultaat een evaluatiedatum benoemd.

In het verpleegplan is er op dit moment ruimte om per zorgresultaat één tussen en één eind evaluatie te plannen. Vaak is het echter van belang om een zorgresultaat en de interventies meerdere keren te evalueren. Dus ons voorstel is om hier meer ruimte voor te geven.

In de meeste verpleegplannen was de evaluatiedatum aangegeven. Er is een bijscholing waarin de invulling van het verpleegplan behandeld wordt, om ervoor te zorgen dat de evaluatiedatum goed ingevuld blijft worden is het naar ons idee van belang deze bijscholing met enige regelmaat aan te bieden en in ieder geval aan nieuwe medewerkers. Tevens krijgt iedere nieuwe medewerker 'handleiding voor het zorgdossier' waarin de invulling van het zorgdossier uitgelegd wordt. Ook dit moet gecontinueerd worden.

Vaak werd de geplande evaluatie echter niet gehouden. Om dit te ondervangen moet er tijd en ruimte zijn om de evaluaties te houden. Vaak is het druk en schiet het erbij in om evaluaties te houden, dit zou voorkomen kunnen worden door structureel tijd in te plannen voor het houden van evaluaties. Tevens moet het belang van het houden van de evaluaties duidelijk zijn en moet het evaluatieprotocol structureel gebruikt worden, hier komen we later op terug.

In de planning is structureel gelegenheid voor de verpleegkundige om evaluaties te plannen en houden.

Op dit moment is er geen structurele ruimte gepland voor het kunnen plannen en houden van evaluaties. De mogelijkheid om deze ruimte structureel te plannen is er wel. Met de planner moet overlegd worden wanneer deze ruimte het beste gepland kan worden. Wanneer dit afgesproken is moet dit bij de medewerkers bekend worden gemaakt en moet deze ruimte hier ook voor gebruikt worden.

In elk verpleegplan is het beoogde resultaat beschreven volgens de RUMBA - eisen.

In de meeste verpleegplannen worden de zorgresultaten al geformuleerd volgens de RUMBA - eisen. Een tijdsfactor benoemen bij het zorgresultaat is lang niet altijd haalbaar, het is echter

wel haalbaar wanneer niet de datum waarop het resultaat behaald moet zijn omschreven hoeft te worden, maar de datum waarop het resultaat geëvalueerd dient te worden.

In het verleden zijn bijscholing gehouden waarin het formuleren van zorgresultaten met behulp van de RUMBA – eisen aan bod kwam. Om er voor te zorgen dat de meeste zorgresultaten aan de hand van de RUMBA – eisen beschreven blijven worden, lijkt het ons inziens zinvol om deze bijscholing met enige regelmaat te herhalen en in ieder geval aan te bieden aan nieuwe medewerkers.

Elke Evv-er/mentor is op de hoogte van zijn/haar verantwoordelijkheden m.b.t. het evalueren van de zorgverlening.

De meeste evv-ers waren al goed op de hoogte van hun taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot evalueren. Aangezien we een nieuw evaluatieprotocol ontwikkeld hebben, is het van belang dat zij hiervan ook goed op de hoogte worden gesteld. Dit willen wij bereiken door het geven van een presentatie, het aanbieden van ons projectverslag aan de instellingen, zodat deze ter inzage op de kantoren kunnen komen te liggen en wij willen er voor pleiten om in ieder zorgdossier een evaluatieprotocol op te nemen.

Evv-ers / mentoren evalueren aan de hand van het door ons opgestelde evaluatieprotocol.

Op dit moment evalueren de evv-ers de zorgresultaten aan de hand van wat zij zelf belangrijk vinden. Er zijn geen vaste richtlijnen voor. Elke evaluatie is hierdoor anders. Het is van belang dat de zorgresultaten en interventies op een structurele manier geëvalueerd worden. Hiervoor hebben wij een evaluatieprotocol opgesteld, wat de EVV – ers moeten gebruiken. Het door ons ontwikkelde evaluatieprotocol moet ingevoerd worden bij de instellingen en dus ook Stichting thuiszorg groot Rijnland. Om ervoor te zorgen dat het protocol ook daadwerkelijk gebruikt wordt moet het bekend gemaakt worden dat het protocol er is. Om dit te bereiken zullen wij een presentatie geven. Het protocol moet voor invoering goedkeuring krijgen van het management. Hiervoor zullen wij ons protocol aan het management aanbieden.

Wanneer medewerkers het nieuwe protocol moeten gaan gebruiken, is het noodzakelijk om draagvlak te creëren onder de medewerkers. Voor het creëren van draagvlak onder de medewerkers moeten zij op de hoogte gesteld worden van het feit waarom het evaluatieprotocol ontwikkeld is en wat het doel van het gebruik ervan is. Dit zullen wij in onze presentatie naar voren brengen en tevens zullen wij ons project document voor ieders inzage op het kantoor van de organisatie leggen. Tevens moet het evaluatieprotocol in elk zorgdossier opgenomen worden.

Om een structureel gebruik van het evaluatieprotocol te waarborgen moet voor de invoering een invoeringsplan opgesteld worden. Dit gaan binnen dit project niet doen, we geven hier wel wat richtlijnen voor. Tot slot willen wij aangeven dat het natuurlijk heel belangrijk is dat bij de invoering van het evaluatieprotocol direct een evaluatiedatum gepland wordt waarop het gebruik van het evaluatieprotocol geëvalueerd wordt, waarna het protocol eventueel bijgesteld kan worden en het gebruik gecontinueerd kan worden.

Bijlage 2

Criteria voor richtlijnen van de AVVV

Criteria voor ontwikkeling

1. Centrale vraagstelling is duidelijk

De centrale vraagstelling van de richtlijn dient gebaseerd te zijn op de motivering van de onderwerpkeuze en een antwoord te zijn op de vragen: wat is er aan de hand en waar moet de richtlijn een antwoord op geven. Mogelijke aanleidingen zijn een of meerdere van de volgende punten:

- § vraag vanuit de beroepsgroep (beroepsgroep benoemen);
- § belang voor de cliënt en/of mantelzorger;
- § bijdrage professionalisering van de zorg door verpleegkundigen en / of verzorgenden;
- § wijzigingen in zorgverlening;
- § aanwezigheid van richtlijnen met tegenstrijdige of overlappende aanbevelingen;
- § variatie in de praktijk van het verpleegkundig handelen;
- § belang van standaardisering;
- § belang van zorg-op-maat.

Bijvoorbeeld: Op welke wijze kunnen cliënten het beste voorgelicht worden voor een ingrijpend onderzoek, voor een verandering van zorginhoud, informatie over tijden etc.

2. Transparantie van de bewijsvoering

De bewijsvoering voor de aanbevelingen in de richtlijn dient plaats te vinden door middel van systematisch literatuuronderzoek. Indien wetenschappelijke literatuur ontbreekt dient gekozen te worden voor een systematische toets van inhoudsdeskundigen.

De keuze voor 1 van de 2 of beide dient te zijn verwoord in een bijlage.

2a. Systematisch literatuuronderzoek (evidence based)

Er dient een verantwoording te zijn van de volgende onderdelen:

- § gebruik van relevante databases bijvoorbeeld Medline, Cinahl, Cochrane;
- § beschrijving zoek / trefwoorden voor gebruik in de databases;
- § beschrijving resultaten van deze zoekactie;
- § beschrijving selectiecriteria voor de gevonden literatuur;
- § beschrijving resultaten van de selectie;
- § mate van bewijslast moet duidelijk zijn.

De verantwoording dient te zijn beschreven in een bijlage.

2b. Systematische toets ervaring van werkgroepleden (practice based)

Er dient een verantwoording te zijn opgenomen waaruit blijkt dat de meningen van de werkgroepleden aangaande de aanbevelingen in de richtlijn systematisch zijn geïnventariseerd.

- § de meningen van de werkgroepleden worden geïnventariseerd;
- § de meningen worden vergeleken en op waarde ingeschat;
- § de werkgroep komt middels consensus overeen tot een aanbeveling.

3. Concepttekst is becommentarieerd door minimaal 25 beroepsgenoten

§ de richtlijn wordt verspreid onder beroepsgenoten waarvan vervolgens minimaal 25 personen moeten reageren;

§ de richtlijn wordt in een periode van 3 maanden uitgetest waarbij de volgende vragen centraal staan:

o is de richtlijn te gebruiken in de praktijk;

o zijn de aanbevelingen duidelijk beschreven;

o zijn er problemen te verwachten bij het invoeren van de richtlijn in de praktijk en zo ja, zijn deze mogelijkwerwijs op te lossen;

§ na deze periode worden middels een schriftelijke vragenlijst de ervaringen geëvalueerd;

§ resultaten van deze toets zijn schriftelijk vastgelegd;

§ schriftelijke verantwoording van de gemaakte keuzes naar aanleiding van de resultaten;

§ non-respons analyse heeft plaatsgevonden

De verantwoording dient te zijn beschreven in een bijlage.

Criteria voor inhoud

4. De doelstelling van de richtlijn is helder beschreven, zo mogelijk in resultaatindicatoren

In de doelstelling worden, zo mogelijk, de indicatoren (meetbare elementen van de zorgverlening) beschreven aan de hand waarvan de effecten van de richtlijn kunnen worden bepaald op de toestand van de cliënt.

5. De onderdelen van het zorgproces zijn herkenbaar en voor zover relevant beschreven

Het zorgproces voor verpleegkundigen omvat 1)anamnese 2) diagnosestelling 3) opstellen van verpleegplan 4) uitvoering van de verpleegkundige zorg, somatisch en psychosociaal 5) evaluatie van de verleende zorg. Het zorgproces voor verzorgenden omvat 1)de behoefte aan verzorging in

kaart brengen 2)plannen van zorg 3)uitvoeren van zorg 4)evalueren van zorg.

De inhoudelijke besluitvorming hierin dient inzichtelijk te zijn.

6. De aanbevelingen in de richtlijn zijn gericht op kritische (beslis)momenten

In de richtlijn staan alleen aanbevelingen om die momenten benoemd die er toe doen in het betreffende zorgproces. Deze aanbevelingen zijn onderbouwd door middel van literatuur en/of ervaringen van deskundigen. Deze onderbouwing is weergegeven in een voet- of eindnoot.

Deze momenten zijn:

§ wetenschappelijke inzichten stroken niet met de huidige praktijkvoering;

§ deskundigheid en/of voorkeur van de (sociale omgeving van de) cliënt leidt tot een andere richting in het zorgproces;

§ verschillende benaderingen in zorg die leiden tot verschillende uitkomsten.

7. Het is duidelijk wie voor de inhoud verantwoordelijk is

In de richtlijn is (zijn) de auteur(s) van de richtlijn vermeld. Tevens zijn de verantwoordelijke instanties vermeld.

8. Het is duidelijk bij wie men terecht kan met vragen

In de richtlijn is aangegeven wie benaderd kan worden indien er vragen over de inhoud zijn.

9. In de richtlijn is een procedure voor herziening en actualisering aangegeven

In de richtlijn staan de volgende data vermeld:

- § verschijnen definitieve versie;
- § laatste evaluatie (indien mogelijk);
- § eerst volgende evaluatie;
- § verantwoordelijke instantie voor de evaluatie.

Het platform stelt voor dat een richtlijn binnen 5 jaar na verschijnen geactualiseerd moet worden.

Criteria voor vorm

10. De richtlijn bevat hulpmiddelen die het gebruik van de richtlijn in de praktijk bevorderen.

Bijvoorbeeld een samenvatting, onderwijsmiddelen, hand-outs voor cliënten, computersupport.

De essentie van de richtlijn staat vermeld met behulp van:

- § een stroomdiagram;
- § overzichtelijke inhoudsopgave;
- § samenvatting op ½ - 1 pagina;
- § aansprekend beeldmateriaal

11. De richtlijn is aantrekkelijk en nodigt daardoor uit tot gebruik

De layout van de richtlijn heeft een duidelijk lettertype, is prettig leesbaar, heeft een heldere lay-out en de gebruikte taal sluit aan bij het niveau van de gebruikersgroep.

Bron: AVVV. Criteria voor richtlijnen. AVVV. Utrecht, november 2001

Bijlage 3

Beoordelingsformulier criteria voor richtlijnen van de AVVV

Titel richtlijn:

Jaartal:

Instelling/organisatie:

ID nr:

JA NEE NTB

1. De centrale vraagstelling is duidelijk.
2. Er is verantwoording afgelegd op welke wijze de bewijsvoering voor de aanbevelingen heeft plaatsgevonden te weten middels systematisch literatuuronderzoek en/of systematische toets ervaring werkgroepleden.
- 2a. Er is verantwoording afgelegd voor het systematische literatuuronderzoek betreffende gebruikte databases, een beschrijving van gebruikte trefwoorden, resultaten zoekactie, selectiecriteria en de mate van bewijslast.
- 2b. Er is verantwoording afgelegd voor de systematische toets van de mening van de werkgroepleden
3. De concepttekst is becommentarieerd door minimaal 25 beroepsgenoten
4. De doelstelling van de richtlijn is helder beschreven, zo mogelijk in resultaatindicatoren
5. De onderdelen van het zorgproces zijn herkenbaar en, voor zover relevant, beschreven
6. De aanbevelingen in de richtlijn zijn gericht op kritische (beslis)momenten
7. Het is duidelijk wie voor de inhoud verantwoordelijk is
8. Het is duidelijk bij wie men terecht kan met vragen
9. In de richtlijn is een procedure voor herziening en actualisering aangegeven
10. De richtlijn bevat hulpmiddelen die het gebruik van de richtlijn in de praktijk bevorderen.
11. De richtlijn nodigt uit tot gebruik door lettertype, leesbaarheid, lay-out en gebruikte taal

Bijlage 4

AVVV. Criteria voor richtlijnen. Utrecht, oktober 2001

Criteria voor goede praktijkrichtlijnen.

Wetenschappelijk verantwoord	- leiden tot verwachte uitkomsten (gezondheid, kostenbeheersing, tevredenheid. - Gebaseerd op zorgvuldige analyse van onderzoeksliteratuur - Relatie tussen onderzoeksbevindingen en richtlijnen is duidelijk - Adequaat gebruik van klinische expertise - De hardheid van de aanbevelingen is aangeven
Reproduceerbaar	- een andere werkgroep produceert vergelijkbare aanbevelingen - verschillende hulpverleners passen richtlijnen op dezelfde wijze toe in dezelfde situatie
Toepasbaar	- Ze zijn opgesteld vanuit het perspectief van de behoefte en vragen van de doelgroep - Integratie ervan in de praktijk is eenvoudig
Specifiek en gedifferentieerd	- ze omschrijven nauwkeurig de situaties en de patiëntenpopulatie waarvoor richtlijnen gelden - ze houden rekening met belangrijke beïnvloedende factoren (bijvoorbeeld ernst van de ziekte)
Flexibel	- veel voorkomende uitzonderingen worden genoemd - er is ruimte in de richtlijnen voor het eigen oordeel van de hulpverlener, voorkeuren van patiënten en aanpassingen aan relevante omstandigheden in de werksetting
Helder en begrijpelijk	- adequaat taalgebruik (geen vage of abstracte termen, consistente terminologie) - presentatie in een logische vorm - index voor belangrijke termen
Didactisch	- vorm aangepast aan werkwijze en beslisproces in de praktijk - zeer concrete aanbevelingen - concentratie op de essentiële aspecten van het handelen - kern van de boodschap moet eruit springen - de vertaling naar educatieve hulpmiddelen, de evaluatie van instrumenten en dergelijke zijn eenvoudig
Attractief	- de lay-out trekt de aandacht (aantrekkelijke lettertypes, indeling, grafische hulpmiddelen) - gebruik van samenvatting

Wetenschappelijk verantwoord; hier gaat het in feite om de vraag of de richtlijnen bijdragen aan de beoogde resultaten. Voor gebruikers moet duidelijk zijn, op welke onderzoeksresultaten de verschillende richtlijnen zijn gebaseerd en hoe 'hardde' verschillende aanbevelingen zijn.

Reproduceerbaar: dit betreft enerzijds het criterium dat een andere groep experts, tot dezelfde richtlijnen zou dienen te komen. Anderzijds gaat het erom dat verschillende hulpverleners in dezelfde situatie de richtlijnen hetzelfde interpreteren en toepassen.

Toepasbaar: de richtlijnen moeten aansluiten bij de dagelijkse praktijk en werksituatie van de hulpverlener en de wijze waarop deze hem aangeboden problemen hanteert. De richtlijnen moeten als het ware geformuleerd worden vanuit het perspectief van de hulpverlener.

Specifiek en gedifferentieerd: de toepasbaarheid van de richtlijnen wordt vergroot als de richtlijnen heel nauwkeurig omschrijven welk handelen in welke situatie nu precies gewenst is en welk handelen niet. (Mullan 1985, Fink 1984, Kahan 1984, Riesenberg 1987, Leape 1991)

Flexibel: richtlijnen kunnen nooit voldoende inspelen op en uitdrukking geven aan de bestaande pluriformiteit in de dagelijkse zorg voor patiënten. Het is wel gewenst dat in de richtlijnen de meest voorkomende uitzonderingen op de regel worden genoemd. Richtlijnen zijn geen rigide keurslijf binnen richtlijnen moet er ruimte zijn voor het eigen oordeel van de hulpverlener, voorkeuren van de patiënt en aanpassingen aan de specifieke setting. Een zekere variatie in handelen is onontkoombaar en zelf gewenst.

Helder en begrijpelijk: de richtlijnen moetengeschreven worden in een taalgebruik dat duidelijk is en niet voor meerdere interpretaties vatbaar. (Field 1990)

Didactisch: de richtlijnen dienen op een logische, overzichtelijke wijze gepresenteerd te worden. Het verkrijgen van inzicht in de richtlijnen en het praktisch gebruik ervan in verschillende situaties moet eenvoudig zijn. Dit zal de acceptatie ervan sterk bevorderen.

Attractief; dit heeft betrekking op de lay-out van de richtlijnen en hun 'communicatieve waarde'. Ze moeten door hun vormgeving meteen aanspreken en interesse opwekken om er kennis van te willen nemen.

Bijlage 5

Evalueren procesinnovatie

Bij het evalueren van processen wordt altijd uitgegaan van het vertrekdocument, een programma van eisen of een bestek. Op basis daarvan is het proces telkens aangepast, veranderd en gebouwd.

- In het programma van eisen worden de kenmerken vastgelegd waar een installatie aan moet voldoen.
- Het bestek gaat veel verder. Hierin wordt in de meeste gevallen zeer gedetailleerd beschreven welke apparaten, materialen en apparatuur moeten worden gebruikt. Ook allerlei hulpmiddelen die nodig zijn om de installatie te bouwen worden in voorkomende gevallen vastgelegd.

In de evaluatie geeft u aan of de uiteindelijk opgeleverde installatie voldoet aan het programma van eisen of aan het bestek.

Meestal zijn dit technische onderwerpen die direct bij de installatie staan.

Een andere vorm van evalueren is het proces van de installatie zelf:

- Hoe ging het tijdens de voorbereidende engineering?
- Hoe verliep het bouwproces zelf?
- Hoe waren de contacten tussen opdrachtgever, adviesbureaus en installateurs.

Hierover kan ook een verslag worden opgesteld. Bij grote installaties is dat aan te bevelen zodat er voor de toekomst lessen uit getrokken kunnen worden.

Door een vergelijking tussen voor- en nacalculatie kunt u het proces ook evalueren. De praktijk leert dat er altijd budgetoverschrijdingen zijn. De reden kan zijn dat de voorcalculatie te optimistisch is gebleken. Dat kan vervelende consequenties hebben voor de opdrachtgever en het begeleidende adviesbureau maar ook voor de projectleider die het bouwproces heeft begeleid.

Voortschrijdend inzicht tijdens de bouw over de installaties of de te gebruiken materialen of apparatuur kan ook aanleiding zijn voor meerwerk. De redenering is dan meestal: nu meenemen en een overschrijding accepteren is goedkoper dan later in de tijd alsnog aanbrengen.

Bij evaluatie op technisch gebied horen lijsten waarop geëvalueerd wordt. Deze opsomming kan tijdens het ontwerpstadium worden opgesteld maar de praktijk leert dat uitvoering pas later gebeurt. Het gevaar is dat er dan punten worden vergeten die later na oplevering voor extra kosten kunnen zorgen. Immers, bij oplevering worden de handtekeningen geplaatst onder het opleverprotocol waarop ook de te herstellen punten ontstaan.

<http://www.syntens.nl/SYNTENS/Innoveren/verkenner/proces/evaluatiefase>

Bijlage 6

Vaststellen wenselijke situatie

Wat is de wenselijke situatie t.a.v. het evalueren, je wilt bereiken dat er eenduidigheid is in het evalueren. Dit moet resulteren dat je verantwoorde zorg levert op een professionele manier. Je als team allemaal op een lijn zit, in de zorg die je geeft.

Dit voor de cliënt en hulpverlener volgens duidelijke afspraken gaat, om zo misverstanden te voorkomen.

Doel van de evaluatie is het vaststellen of de beoogde resultaten zijn behaald. De evaluatie geeft aanknopingspunten om zo nodig de verpleegkundige diagnose en/of verpleegkundige interventies of de manier waarop deze worden uitgevoerd bij te stellen. Er is onderscheid tussen eindevaluatie en tussenevaluaties. In de voortgangsrapportage worden tussenevaluaties vastgelegd. De eindevaluatie kan ook een schriftelijke overdracht inhouden van de zorg naar een andere instelling zoals transmurale zorg, ziekenhuisverplaatste zorg, thuiszorg en zorg in een instelling.

In de voortgangsrapportage wordt weergegeven:

- relevante informatie met betrekking tot de vastgestelde diagnose
- de keuze voor een verpleegkundige interventie of actie die niet overeenstemt met het verpleegplan
- omstandigheden of gebeurtenissen die aanleiding hebben gegeven om verpleegkundige diagnoses te veranderen, af te wijken van de vastgestelde interventies of acties en het bijstellen van het beoogde resultaat
- relevante informatie die van invloed is op het totale zorg/behandelproces
- observaties van omstandigheden of gebeurtenissen die tot bijstelling van de zorg kunnen leiden

Evalueren is vragen aan cliënten om een mening

Evalueren

- vindt plaats op een vastgesteld moment (voor, tijdens of na de zorg, b.v. driemaandelijks)
- gaat over vastgestelde onderwerpen (bv. bejegening, communicatie, bereikbaarheid)
- gebeurt op initiatief van zorgorganisatie of zorgverlener)

Taakgebieden en kerntaken van de verpleegkundige

Taakgebied D, Evalueren

De evaluatie heeft zowel betrekking op het totale zorgproces. Bij de evaluatie binnen het verpleegproces gaat het vooral om het beoordelen van het effect van de verpleegkundige zorg en om de samenwerking met de zorgvrager. Het evalueren van het totale zorgproces heeft met name betrekking op de kwaliteit (zoals efficiëntie en effectiviteit) van de zorgverlening, de samenwerking met andere disciplines en de tevredenheid van de zorgvrager over de organisatie van de zorg.

Bron: herziening consensus verpleegkundige verslaglegging Utrecht Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. ISBN 90 6910 226 9 CIP

Uit: gebruik maken cliëntenfeedback in de jeugdzorg, Jumelet, De Ruyter & Kaysen, NIZW, Utrecht, 1999

E. Leistra, S. Liefhebber, M. Geomini, H. Hens, Beroepsprofiel van de verpleegkundige, Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen, 2001, ISBN 90 5050 764 6, blz. 30

Bijlage 7

Tuchtrecht en de verpleegkundige standaard

Sinds 1 december 1997 vallen verpleegkundigen onder het in de WET BIG geregelde tuchtrecht. In de afgelopen zeveneneenhalf jaar zijn per jaar ongeveer 50 klachten tegen verpleegkundigen ingediend. Van de klachten tegen verpleegkundigen is door de tuchtrecht 10 procent gegrond verklaard. In deze bijdrage worden de meest opmerkelijke uitspraken en hun gevolgen voor de professionele standaard besproken. In dit artikel zijn 41 uitspraken bestudeerd aan de hand van de volgende aspecten:

- jaar van de uitspraak
- aantal en aard van de klachten
- soort uitspraken
- opgelegde maatregelen
- relevantie van de uitspraken voor de beroepspraktijk
- professionele standaard

In tenminste 13 van de 41 bestudeerde uitspraken werden door de klagers, de aangeklaagde verpleegkundige of het tuchtcollege aandacht besteed aan de aan of afwezigheid van richtlijnen en protocollen. Richtlijnen en protocollen zijn voor de tuchtrechter een belangrijk toetsingskader. Dit blijkt uit verschillende onderzochte zaken. Soms gaat een college verder dan het aangeven of een bepaalde situatie een protocol of richtlijn vergt en geeft het ook een mening over de inhoud. Van belang is dat een verpleegkundige op een of andere wijze kan aantonen dat ze gehandeld heeft zoals van een redelijk bekwaam verpleegkundige verwacht mag worden.

Conclusie: tuchtrechtspraak lijkt in eerste instantie een individuele aangelegenheid te zijn, maar de uitstraling van de uitspraken reikt verder dan de verpleegkundige als individu. Daar waar een verpleegkundige in gebreke blijkt als het bijvoorbeeld gaat om verpleegkundige verslaglegging en wordt aangesproken op het niet navolgen van de betreffende door het CBO vastgestelde consensus richtlijn, spreekt het tuchtcollege in feite de hele beroepsgroep aan. Uit analyse van de beschikbare uitspraken kan worden geconcludeerd dat de tuchtcolleges veel waarde hechten aan een aantal belangrijke aspecten van het verpleegkundig beroep. De noodzaak van het gebruik van richtlijnen en protocollen is er daar een van.

