

Schrijven op man !

De ontwikkeling van een multidisciplinair rapportagesysteem op een
dagcentrum voor kinderen en jongeren met een (zeer) ernstige
meervoudige beperking.

Joke Wietsma

Studentnummer: 1511587

MANP cohort 05

Module: Best Practice

Versie: 01

Inleverdatum: 06 juli 2007

Hogeschool Utrecht, Centrum voor Verpleegkundige Studies; Academie Gezondheidszorg

Aantal woorden: 12.123 (excl. bijlagen)

Inhoudsopgave

Samenvatting	
Inhoudsopgave	1
Voorwoord	4
Structuur van het Best Practice Project.....	5
Inleiding	7
1. Analyse en beschrijving van het uitgangsprobleem	8
1.2 Praktijkgericht onderzoek	10
2. Omschrijven van de oplossingsrichting	12
3. Inventarisatie van ontwerp- en oplossingsmogelijkheden	13
3.1 Zoekstrategie.....	12
3.1.1 Pubmed	13
3.1.2 Cinahl	14
3.1.3 Academic search premier.....	16
3.1.4. Cochrane	16
3.1.5. Overige strategieën	16
3.2 Selectiecriteria.....	17
3.3 Resultaten zoekstrategie	17
3.3.1 Bewijskracht gevonden literatuur.....	18
3.4 Resultaten literatuuronderzoek.	19
4. Keuze voor het te maken ontwerp.....	30
5. Uitwerken en vervaardigen van het product.....	31
5.1 Leergroepen	31
5.2 Werkwijze	32
5.2.1 Experts	34
6. Haalbaarheidsonderzoek	35
6.2 Bevorderende en belemmerende factoren	36
7. Testen van het ontworpen product.....	38
7.1 Uitkomsten evaluatie	39
7.2 Conclusie en aanbevelingen.	41
8. Implementatie.....	42
8.1 Evaluatie.....	44
Literatuurlijst.	45



Bijlage I. Begripsomschrijvingen	48
Bijlage II. Rapportageformulier	50
Bijlage III. Evaluatieformulier	56
Bijlage IV. Overzicht gebruikte literatuur	57
Bijlage V. Subsidieaanvraag ZONMW	65



Voorwoord

Deze Best Practice is geschreven in het kader van de opleiding tot Master Advanced Nursing Practice aan de Hogeschool van Utrecht.

Mijn dank gaat uit naar iedereen die mij, op wat voor manier ook, heeft ondersteund bij het tot stand komen van dit verslag en de ontwikkeling van het rapportageformulier. In het bijzonder wil ik daarbij de deelnemers van de 'leergroep rapportage' van KDC Omega noemen. Door hun constructieve manier van meedenken is een flinke stap in de goede richting gemaakt om de wijze van rapporteren te verbeteren.

Drie studenten van de HBOV; Astrid Versluis, Caroline Veelers en Marcia Stigter hebben mij een hoop werk uit handen genomen door het praktijkgericht onderzoek voor deze Best Practice voor hun rekening te nemen, waarvoor heel veel dank.

Joke Polet wil ik bedanken voor haar feedback op alle facetten van deze Best Practice.

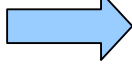
Leiden, juni 2007.

Joke Wietsma

Structuur van het Best Practice Project

Voor de structuur van dit Best Practice Project is gekozen voor het ontwikkelingsonderzoek (Migchelbrink, 2006) omdat het er hier om gaat een nieuw instrument en nieuwe werkwijze tot stand te brengen vanuit een bestaande situatie.

In onderstaand schema is weergegeven welke stappen in het traject van het ontwikkelingsonderzoek genomen moeten worden en wat die stappen inhouden.

STAPPEN		INHOUD
Analyse en beschrijving uitgangsprobleem		Kennis verzamelen: Wat is er aan de hand? Wat loopt wel of niet? Waar moeten we iets mee?
Omschrijven van de oplossingsrichting		Wat is de oplossingsrichting waarnaar gestreefd wordt Welke eisen worden er aan het ontwerp gesteld?
Inventarisatie van ontwerp- en oplossingsmogelijkheden		Welke mogelijkheden staan er ter beschikking? Voor en nadelen van alternatieven. Materiaal aanleveren.
Keuze voor het te maken ontwerp		Besluit nemen over 'wat wel en wat niet'.
Uitwerken/vervaardigen van het product		Het maken van het gekozen en realiseerbare product. Het ontwerp wordt ingericht.
Haalbaarheids onderzoek		Inschatting realiseerbaarheid Hoe staan betrokkenen er tegenover? Kosten en baten analyse
Testen van het ontworpen product		Doen van een 'pilot'
Implementatie van het ontworpen product		Invoering van het plan
Evaluatie		Productevaluatie en procesevaluatie

Figuur 1 Ontwikkelingsmodel Best Practice Project

In de inleiding wordt de aanleiding tot deze Best Practice beschreven. Hoofdstuk 1 geeft een analyse en beschrijving van het probleem met daarin de uitkomsten van het praktijkgericht onderzoek. In hoofdstuk 2 worden de doelstelling en de vraagstelling voor deze Best Practice besproken waarna in hoofdstuk 3 een weergave is te vinden van de uitgevoerde



literatuurstudie. De conclusies naar aanleiding van de literatuurstudie zijn te vinden in hoofdstuk 4. In het vijfde hoofdstuk wordt de ontwikkeling van het rapportageformulier besproken. Vervolgens komt in hoofdstuk 6 het haalbaarheidsonderzoek aan bod. In hoofdstuk 7 wordt de testfase van het rapportagesysteem besproken waarna met hoofdstuk 8 wordt afgesloten met een voorstel voor implementatie.

Inleiding

Kinderdagcentrum Omega voor Meervoudig Complex Gehandicapte (MCG) kinderen¹ in Amsterdam, is het enige dagverblijf in Nederland dat alléén kinderen met een ontwikkelingsleeftijd van maximaal een jaar begeleidt. Hierdoor is in de loop van de jaren veel kennis en ervaring opgedaan over kinderen met een meervoudige beperking. Het dagverblijf wil deze kennis en ervaring graag beschikbaar stellen om anderen die met deze kinderen te maken hebben te ondersteunen. In 2003 heeft Omega de ambitie uitgesproken zich te ontwikkelen tot expertcentrum. Het dienstenaanbod van het dagverblijf is toen uitgebreid met een extra dienst ambulante begeleiding.

Op Omega wordt transdisciplinair gewerkt. Dit is een werkwijze waarbij gebruik gemaakt wordt van een flexibele groep professionals, die samen een team vormt. Professionals brengen die competenties in die het multidisciplinair werken en/of het eigen vakgebied overstijgen. Transdisciplinaire teams, die regelmatig van samenstelling veranderen, staan open voor nieuwe en actuele kennis om antwoord te geven en te zoeken bij complexe kindvragen. Transdisciplinair werken is ook samenwerken met ouders aan complexe kind- en opvoedingsvragen. Er wordt gebruik gemaakt van wetenschappelijke kennis en onderzoeksresultaten. Overleg, samenwerken en coachen zijn sleutelbegrippen (van Biene, 2005).

Door een visitatiecommissie en het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) is geconstateerd dat de dossiers van Omega niet op orde zijn. In hun bevindingen hebben zij aangegeven dat het moeilijk is om kind gerelateerde en algemene kennis over MCG kinderen uit de dossiers te herleiden. Systematische kennisvastlegging is bij een expertcentrum een vereiste. De dossiers moeten gezien gaan worden als een kennisbron in plaats van een kennisopslagplaats (Van Iren, Koedoot & Duin, 2006).

¹ Zie bijlage I. Begripsomschrijvingen.

1. Analyse en beschrijving van het uitgangsprobleem

Op Omega wordt gewerkt met een opvoedingsprogramma speciaal voor MCG kinderen ontwikkeld door Carla Vlaskamp. Vlaskamp stelt dat 'Het opvoedingsprogramma ervan uit gaat dat kinderen met een ernstige, meervoudige handicap, net als niet-gehandicapte kinderen, behoefte hebben aan relaties met anderen. Daarnaast dat deze kinderen in staat zijn tot een actieve beïnvloeding van hun leefomgeving. Voorwaarde is wel dat opvoeders hun signalen opmerken en daar goed op reageren' (Vlaskamp, et al. 1996).

Een onderdeel van het opvoedingsprogramma is het persoonsbeeld. Dit persoonsbeeld is gebaseerd op de kennis die opgedaan is rondom het kind. Het persoonsbeeld geeft de richting aan welke kant het met de opvoeding van het kind op moet gaan. Het is geen samenvatting van alle gegevens over het kind maar uiteindelijk geeft het persoonsbeeld aan wie de persoon is (Vlaskamp, et al 1996). Het taalgebruik in het opvoedingsprogramma is er op gericht dat het voor iedereen te begrijpen is. Het gebruik van medische termen en pedagogisch jargon moet zoveel mogelijk vermeden worden.

Vanuit het persoonsbeeld is het mogelijk om de richting aan te geven welke kant het op moet in de begeleiding van het kind. Daarbij wordt dan aangegeven: welke behoeften heeft dit kind? Waar liggen de knelpunten in de zorg? Waar moet meer aandacht aan besteed worden? Is er onduidelijkheid binnen het team over de begeleiding van het kind? Wat zou je graag verbeterd willen zien (Vlaskamp, et al. 1996)?

Hierna wordt een perspectief opgesteld, hierbij gaat het om een doel op langere termijn. Het geeft de richting aan van de zorg. Omdat een perspectief breed geformuleerd wordt, kan er niet concreet mee gewerkt worden. Om een concreter doel op de langere termijn te hebben wordt een hoofddoel opgesteld. Het heeft een specifiek karakter en is direct afgeleid van het perspectief. Vervolgens wordt het hoofddoel geoperationaliseerd met behulp van werkdoelen. Dit zijn doelen op de korte termijn die binnen een termijn van gemiddeld drie tot zes weken behaald kunnen worden en er uiteindelijk toe leiden dat het hoofddoel wordt behaald. Een werkdoel kan een gerichte observatie zijn, het stimuleren of aanmoedigen of het richt zich op handelings- of omgangsregels (Vlaskamp, et al. 1996).

Voor het opstellen van het opvoedingsprogramma is de inbreng van iedereen die het kind kent van belang. Dat zijn in ieder geval de ouders en iedereen van het team waar het kind mee te maken heeft maar dat kunnen ook begeleiders van een woonvoorziening zijn of iemand van de thuiszorg die bij het kind thuis komt.

Het opvoedingsprogramma kent geen variabelen waarover gerapporteerd moet worden. Rapportagepunten worden vastgelegd in de werkdoelen. Dit zijn bij ieder werkdoel andere punten. Het nadeel hiervan is dat, met behulp van de werkdoelen, één onderwerp,



bijvoorbeeld communicatie, gedurende een jaar uitgediept wordt terwijl voor andere onderwerpen op dat moment geen structuur bestaat voor de rapportage. Daarnaast is iedere discipline maximaal met één werkdoel per kind bezig. Er wordt niet altijd, aan ieder werkdoel, elke dag gewerkt, soms hoeft een werkdoel maar twee of drie keer in de week uitgevoerd te worden. Hoe verzamel je de overige informatie van het kind?

Jaarlijks wordt een verslag geschreven over het wel of niet bereikt hebben van het hoofddoel aan de hand van de rapportage van de werkdoelen. Het verslag omvat veel meer dan alleen de informatie over de werkdoelen. Waar haal je de overige informatie vandaan?

Wanneer een kind bij Omega wordt aangemeld is er eerst een observatieperiode.

Gedurende deze periode is er nog geen opvoedingsprogramma. Formeel kan er dan ook nog niet met werkdoelen worden gewerkt omdat deze aan een hoofddoel gerelateerd moeten zijn. Deze periode is echter van groot belang in het verzamelen van informatie over het kind. Op welke manier leg je deze informatie vast?

Dat het belangrijk is voor de kinderdagcentra voor kinderen met een ernstige meervoudige beperking om goed te rapporteren blijkt uit het onderzoek van Zijlstra et al (2004) naar de invloed van gezondheidsproblemen op het dagprogramma van kinderen met (zeer) ernstige en meervoudige beperkingen. In hun onderzoek constateren ze dat de gezondheidsproblemen zoals die door groepsleiding en therapeuten zijn geconstateerd van grote invloed zijn op het dagprogramma van de kinderen. In het onderzoek kwam ook naar voren dat het onduidelijk was of de activiteit niet doorging vanwege een objectief gezondheidsprobleem zoals koorts of epilepsie of dat de begeleiders van mening waren dat het kind niet in orde was. Er was dan alleen sprake van een vage aandoening zoals 'voelde zich niet lekker'. De objectief meetbare gegevens die dit zouden kunnen ondersteunen ontbraken hierbij zodat het onduidelijk was of er werkelijk een gezondheidsprobleem aan ten grondslag lag of dat er een andere oorzaak was waardoor het kind een bepaalde activiteit niet aangeboden had gekregen (Zijlstra et al, 2004).

Een dergelijke reactie 'vage' reactie van groepsleiding wordt mogelijk ingegeven door 'tacit knowledge'. Door deze kennis wist groepsleiding mogelijk dat het kind de desbetreffende activiteit niet aan zou kunnen. Tacit knowledge is een vorm van individuele kennis die 'in het hoofd zit' en moeilijk overdraagbaar is. Eigenschappen van 'tacit knowledge' zijn (Ambrosini & Bowman, 2001):

- De soort kennis valt moeilijk te beschrijven.
- De kennis is zo verweven met de persoon dat het moeilijk is om kennis te delen vanwege de vanzelfsprekendheid van het hebben van deze kennis.
- De kennis is praktisch en contextgebonden wat betekent dat de kennis is verworven in een specifieke situatie waar het ook gebruikt wordt.
- De kennis is afhankelijk van bepaalde relaties (collega's, klanten, etc.).

Ook in de ziekenhuizen komt een dergelijk verschijnsel voor: verpleegkundigen hebben hun eigen aantekeningenboekjes waar ze informatie in noteren waarvan zij denken dat het van belang is om hun werk goed te doen. Het is vervolgens onduidelijk wat van de informatie die zo wordt verzameld uiteindelijk in het dossier terecht komt (Urquhart & Curell, 2005).

Bij Omega werken verpleegkundigen en een groot aantal medewerkers dat agogisch is opgeleid. Gezien het oordeel van de visitatiecommissie lijkt de kennis over de zorg voor MCG kinderen zich nog voor een groot deel 'in de hoofden' (tacit knowledge) van de medewerkers te bevinden. Aangezien medewerkers van Omega kunnen worden aangemerkt als experts op het gebied van de zorg aan MCG kinderen is het van het grootste belang hun impliciete kennis expliciet te maken. Daarnaast gaat ook relevante informatie verloren doordat aanvullende informatie vaak mondeling wordt overgedragen.

1.2 Praktijkgericht Onderzoek

Om meer inzicht te krijgen in het probleem werden twee inventariserende onderzoeken uitgevoerd.

In het eerste onderzoek is vastgesteld in hoeverre kindgerelateerde en algemene kennis over MCG kinderen door de diverse disciplines (groepsleiding, fysiotherapie en ergotherapie) wordt gerapporteerd in de jaarlijkse verslagen en in hoeverre deze informatie te herleiden is vanuit de dagelijkse rapportages.

De steekproef bestond uit zeven dagrapportages met bijhorende jaarlijkse verslagen uit verschillende leeftijdscategorieën. Vervolgens is een kwantitatieve inhoudsanalyse uitgevoerd waarbij de informatie uit de dagrapportages is vergeleken met die van de jaarlijkse verslagen.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat het percentage van de informatie uit het jaarlijkse verslag dat terug te vinden is in de dagrapportages van de diverse disciplines (groepsleiding 53%, fysiotherapie 44%, ergotherapie 4%) minder dan 50 procent is.

Naar aanleiding van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat geen van de onderzochte disciplines volledige dagrapportages schrijft. De hypothese dat impliciete informatie over de kinderen in de hoofden van de professionals aanwezig is wordt hierdoor ondersteund. De vraag is of de informatie uit de jaarlijkse verslagen door de gebrekkige dagrapportages wel volledig is.

Uit het onderzoek kwam tevens naar voren dat door groepsleiding het meest over gezondheid wordt gerapporteerd. Bij spel en activiteiten wordt alleen genoemd dat het kind een bepaalde activiteit heeft gedaan. In de meeste gevallen is niet terug te vinden wat het kind dan deed tijdens de activiteit en wat het aan die activiteit beleefde. Bij de ergotherapeuten is er over het algemeen heel weinig gerapporteerd. Ook is er door de

ergotherapie niet altijd een jaarlijks verslag geschreven. Niet duidelijk is waarom dit dan niet was gebeurd. Dit zal zeker in een later stadium nog aandacht krijgen.

Het tweede onderzoek richtte zich op het krijgen van meer inzicht of de rapportages zich niet alleen richten op het opvoedingsaspect maar ook op gezondheidsproblemen.

De steekproef bestond uit zes dossiers uit verschillende leeftijdscategorieën. Via een kwantitatieve analyse van de dossiers is aan de hand van de gezondheidspatronen van Gordon onderzocht in hoeverre door de rapportage met de werkdoelen alle gezondheidspatronen aan bod komen in de rapportage. Daaruit bleek dat de gezondheidspatronen slechts beperkt aan bod komen, de patronen 'coping en stresstolerantie' en 'waarden en levensovertuiging' komen in de rapportage helemaal niet aan bod. Ook met dit onderzoek wordt de hypothese ondersteund dat er impliciete kennis in de hoofden van de professionals aanwezig is. De conclusie is dat door het rapporteren met de werkdoelen alléén onvoldoende kennis wordt gegenereerd en vastgelegd.

Naast het inhoudelijk onderzoek van de rapportages is ook onderzocht of bij aanwezigheid van de kinderen er altijd rapportage wordt geschreven en als er geen rapportage is geschreven wat daar dan de reden van is, zoals, bijvoorbeeld, tijdgebrek door huisbezoek of overleg. Bij aanwezigheid van de kinderen wordt bij 69% gerapporteerd (het laagste was 43% en het hoogste 94%). In 14% van de gevallen wordt de reden van de afwezigheid van rapportage gemeld. In 11% van de gevallen is het onduidelijk wat de reden is waarom er geen rapportage is geschreven. Tot slot bleek bij 6%, dit betrof drie dossiers, over een langere periode rapportage te ontbreken zonder dat daar een duidelijke reden voor was aangegeven. Dit betekent dat in 19% van de voorkomende gevallen om onduidelijke redenen geen rapportage is geschreven. Daar komt het percentage nog bij van de afwezigheid van rapportage met vermelding van de reden. Deze reden is soms ziekte van het kind maar omvatten ook andere redenen. De afwezigheid van rapportage door ziekte van het kind niet meegerekend, is de conclusie gerechtvaardigd dat in 20-25 procent van de tijd op Omega niet gerapporteerd wordt.

2. Omschrijven van de oplossingsrichting

Gezien de conclusies uit het praktijkgericht onderzoek zijn de volgende vraag-, doelstelling en hypothese geformuleerd.

Vraagstelling:

Wat is de beste praktijkvoering met betrekking tot multidisciplinaire rapportage over MCG kinderen waarbij evenveel aandacht is voor opvoedings- als voor gezondheidsaspecten?

Doelstelling:

In juli 2007 is een multidisciplinair rapportagesysteem ontwikkeld waarin informatie over de MCG kinderen die Kinderdagcentrum Omega bezoeken systematisch kan worden vastgelegd.

Hypothese: Door een multidisciplinair rapportagesysteem zal de kennis over MCG kinderen enerzijds direct beschikbaar zijn en anderzijds toenemen waardoor dit zal bijdragen aan de ambitie van Omega zich te ontwikkelen tot expertcentrum.

Om bovenstaande Best Practice vraagstelling te kunnen beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd met de volgende vraagstellingen:

1. Aan welke eisen moet een multidisciplinair rapportagesysteem voldoen om het kind in beeld te brengen?
2. Welke rapportagesystemen zijn beschikbaar voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten?
3. Wat zijn de voor en nadelen van deze rapportagesystemen?

3. Inventarisatie van ontwerp- en oplossingsmogelijkheden

Om oplossings- en ontwerpmogelijkheden te inventariseren is een literatuurstudie uitgevoerd en zijn experts geraadpleegd.

3.1 Zoekstrategie.

Om een inventarisatie te kunnen maken van de ontwerp- en oplossingsmogelijkheden, de derde stap in het ontwikkelingsonderzoek, waarmee de hiervoor beschreven vraagstelling goed beantwoord kan worden is een literatuurstudie uitgevoerd.

Er is in diverse databanken gezocht zoals PubMed, Cinahl, Academic Search Premier en Cochrane. Er is met een groot aantal zoektermen gezocht.

3.1.1 Pubmed

In PubMed is gezocht met: multidisciplinary record, multidisciplinary care team, patient record, children, disabled, profound multiple disabilities, quality, record keeping, documentation, mentally handicapped, mentally retarded, multiple handicapped, multiple disabled, Evidence Based Practice, Best Practice en een veelheid aan combinaties van deze zoektermen (tabel 1).

Bij het zoeken zijn geen 'limits' aangebracht om te proberen een zo groot mogelijk aantal artikelen te verkrijgen. Abstracts van mogelijk bruikbare artikelen van voor 1995 zijn kritisch bekeken.

Zoektermen	Aantal hits	Bruikbaar
Multidisciplinary record	11465	
Multidisciplinary care team	8257	
Multidisciplinary record AND Multidisciplinary care team	407	
Patient record	35020	
Children	1299827	
Disabled	46253	
Multidisciplinary record AND Multidisciplinary care team AND Children	56	0
Profound multiple disabilities	91	
Children AND Profound multiple disabilities	43	
Patient record AND Profound multiple disabilities	0	
Quality	361855	
Multidisciplinary record AND Multidisciplinary care team AND Quality	130	
Multidisciplinary record AND Multidisciplinary care team AND Quality AND Children.	11	0
Record keeping	1883	
Record keeping AND Children	209	

Record keeping AND Children AND Disabled	2	0
Record keeping AND Multidisciplinary care team	26	0
Documentation	624213	
Documentation AND Profound multiple disabilities	0	
Evidence Based Practice	18915	
Evidence Based Practice AND Documentation	392	
Patient record AND Evidence Based Practice	337	
Record keeping AND Evidence Based Practice	12	0
Mentally handicapped	3146	
Mentally retarded	12946	
Multiple handicapped	1559	
Multiple disabled	2081	
Mentally handicapped OR Mentally retarded AND Record keeping	3	0
Multiple handicapped OR Multiple disabled AND Record keeping	0	
Best Practice	12930	
Best Practice AND Patient record	213	
Best Practice AND Record keeping	21	1
Mentally handicapped AND Patient record AND Documentation AND Record keeping	0	
Mentally handicapped AND Documentation	12	0
Mentally handicapped OR Mentally retarded AND Documentation	74	
Multidisciplinary record AND Mentally handicapped OR Mentally retarded AND Children AND Record keeping	1	0

Tabel 1. Overzicht zoekresultaten PubMed

3.1.2 Cinahl

In Cinahl is gezocht met: record, patient record systems, documentation, multidisciplinary care team, profound multiple disabilities, child disabled, mentally retarded, mentally disabled persons, long term care, record keeping, nursing records, paper record, record review, special needs, child medically fragile, school health record, multiple disabled, mentally disabled, quality, quality of nursing care, quality of health care, nursing practice, nursing practice evidence based (tabel 2). De zoektermen zijn veelvuldig gecombineerd en ook nu zijn er geen limits aangebracht.

Zoektermen	Mesh Heading	Qualifier	Aantal hits	Bruikbaar
Record	Patient record system		3988	
Documentation	Documentation	Major concept	49011	
Profound multiple disabilities	Child disabled		3222	

Patient record system AND Child disabled			1	0
Related articles			11	0
Mentally retarded	Mentally disabled persons /long term care		7235	
Record keeping	Nursing records	Administration	2	0
Paper record	Record review		19990	
Record review AND Nursing records			0	
Record review AND Long term care			216	
Record review AND Long term care AND Patient record system			1	0
Special needs	Child medically fragile			
Child medically fragile AND Patient record system			1	0
Record	School health record	Major concept	16	0
Multiple disabled	Mentally disabled		6392	
Patient record system AND Mentally disabled			1	0
Multidisciplinair	Multidisciplinary care team		10333	
Multidisciplinary care team AND Child disabled			68	
Multidisciplinary care team AND Patient record system			65	
Child disabled AND Multidisciplinary care team AND Patient record system			0	
Multidisciplinary care team AND Patient record system AND Child medically fragile			0	
Documentation AND Child disabled			75	
Multidisciplinary care team AND record review			333	
Multidisciplinary care team AND record review AND child disabled			1	0
Quality	Quality of nursing care		2200	
Quality of nursing care AND Patient record system			3	0
Multidisciplinary care team AND Quality of nursing care			11	0
Quality of nursing care AND Documentation			28	1
Quality	Quality of health care		13902	
Quality of health care AND Documentation			194	
Quality of health care AND Quality of nursing care AND Documentation			0	
Nursing practice	Nursing practice evidence based		4147	
Nursing practice evidence based AND Documentation			56	
Nursing practice evidence based AND Documentation AND Patient record system			3	1

Tabel 2. Overzicht zoekresultaten Cinahl

3.1.3 Academic search premier

In Academic search premier is gezocht met de volgende zoektermen: profound multiple disabilities, mentally retarded, mentally disabled, multiple disabled, care planning, record keeping, reports, record, nursing, nursing care, quality of care, technical writing (tabel 3). Vanaf het begin zijn de zoektermen gecombineerd. Er zijn geen limits aangebracht.

Zoektermen	Aantal hits	Bruikbaar
Mentally retarded AND record keeping	2	0
Mentally disabled AND record keeping	1	0
Multiple disabled AND record keeping	1	0
Record keeping AND nursing	105	
Record keeping AND nursing AND reports	11	0
Profound multiple disabilities AND record	2	1
Record keeping AND care planning	14	1
Profound multiple disabilities AND care planning	2	0
Quality of care AND record	1476	
Quality of care AND record keeping	57	
Care planning AND quality of care	1470	
Care planning AND quality of care AND record keeping	4	0

Tabel 3. Overzicht zoekresultaten Academic Search Premier

3.1.4. Cochrane

Tot slot is nog op Cochrane gezocht. Er is gezocht met: nursing documentation, record keeping, nursing record systems, multidisciplinary record, paper record, multidisciplinary care team en combinaties van deze zoektermen (tabel 4). Er zijn geen limits aangebracht.

Zoektermen	Gezocht met	Aantal hits	Bruikbaar
Nursing record	Advanced Search	4884	
Nursing record system	Advanced Search	706	1 ²
Multidisciplinary care	Advanced Search	861	
Multidisciplinary care AND nursing record	Advanced Search	233	
Multidisciplinary care AND nursing record AND children.	Advanced Search	16	0
Multidisciplinary care AND nursing record AND record keeping	Advanced Search	31	0

Tabel 4. Overzicht zoekresultaten Cochrane

3.1.5. Overige strategieën

Handmatig zijn tien jaargangen van het Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten (NTZ) doorgenomen. Hieruit werden artikelen geselecteerd die betrekking hadden op de zorg voor mensen met een (zeer) ernstige meervoudige beperking.

² Dit was de tweede titel op de eerste pagina gevonden titels.

Verder werden artikelen geselecteerd die handelden over de AAMR³ en de ICF⁴. Beide classificatiesystemen zijn bruikbaar om het functioneren van individuen in brede zin in kaart te brengen.

Daarnaast werd literatuur gehaald uit de referentielijsten van al gevonden literatuur.

Via de internetsites van het Landelijk Expertise Centrum Verpleging en Verzorging, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het RIVM, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Platform Ernstig Meervoudig Gehandicapten is ook informatie beschikbaar gekomen.

E-mail contact is er geweest met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Academisch Medisch Centrum (AMC). De IGZ is gevraagd naar criteria waaraan dossiers in de gehandicaptenzorg moeten voldoen. Het AMC is gemaild met de vraag of zij informatie en/of literatuur beschikbaar hadden over het door hun ontwikkelde multidisciplinaire dossier voor palliatieve patiënten.

Met een instelling in Zweden is e-mail contact geweest over het door hen ontwikkelde VIPS⁵ model voor verpleegkundige rapportage. De vraag daarbij was of zij ook wisten of dit model in Nederland gebruikt werd en of het model ook in de gehandicaptenzorg bruikbaar was.

3.2 Selectiecriteria

Artikelen waren geselecteerd wanneer ze gingen over verpleegkundige rapportage in algemene zin, zorgplannen, zorgdoelen, geschreven rapportage. Er zijn geen artikelen geselecteerd die zich richtten op een deelgebied van de verpleegkundige rapportage, zoals, bijvoorbeeld, postoperatieve zorg. Artikelen die alléén over het elektronisch patiëntendossier (EPD) gingen zijn eveneens niet geselecteerd.

3.3 Resultaten zoekstrategie

Over de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking is relatief weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar. Het wetenschappelijk onderzoek naar mensen met een ernstige meervoudige beperking komt pas sinds de laatste tien á vijftien jaar op gang. De gevonden literatuur⁶ met betrekking tot rapportage en dossiervorming had in verreweg de meeste gevallen betrekking op verslaglegging zoals die in de ziekenhuizen plaatsvindt. De gevonden literatuur uit het NTZ was vooral bruikbaar als achtergrond informatie maar bevatte geen artikelen over dossiervorming en/of rapportage. Van de IGZ werd een interne notitie over dossiervorming in, onder anderen, de gehandicaptenzorg ontvangen.

³ American Association on Mental Retardation

⁴ International Classification on Functioning and Health

⁵ VIPS staat voor de Zweedse vertaling van de begrippen: Welzijn, Integriteit, Preventie en Veiligheid.

⁶ Voor een totaaloverzicht van de gevonden literatuur zie bijlage IV.

Het contact met het AMC leverde het door hen ontwikkelde patiëntendossier 'palliatieve zorg' op en nog een aantal andere formulieren. Deze informatie was verder niet bruikbaar voor dit verslag.

Vanuit Zweden werd een bijdrage aan een conferentie en een literatuurlijst ontvangen. Er was geen informatie beschikbaar over het gebruik van het VIPS model in Nederland en de gehandicaptenzorg.

3.3.1 Bewijskracht gevonden literatuur

Om bewijskracht te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek wordt de volgende indeling gehanteerd (tabel 5).

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

Tabel 5. Mate van bewijskracht

Zoals eerder geconstateerd is er weinig wetenschappelijk onderzoek beschikbaar over de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Systematische reviews zijn er in het geheel niet gevonden over deze zorg. Wel over rapportage en dossiervorming in de ziekenhuizen. De gebruikte onderzoeken uit de reviews van Urquhart & Curell (2003, 2005) waren van slechte methodologische kwaliteit of omvatte kleine onderzoeksgroepen waardoor slechts conclusies konden worden getrokken op niveau B. Bij het onderzoek van Molony & Maggs (1999) kon door de slechte methodologische kwaliteit van de gebruikte onderzoeken de hypothese noch aangenomen noch verworpen worden.

De andere gebruikte wetenschappelijke onderzoeken (Björvell, 2002; Douma et al, 2001; Fontaine et al, 2005; Petry & Maes 2005; Poppes et al, 2002; Schippers et al, 2005; Zijlstra et al, 2004) zijn beschrijvende, niet vergelijkende onderzoeken. Deze hebben bewijskracht op niveau C.

De richtlijnen van het CBO en de 'National Health Service' hebben bewijskracht op niveau D. Andere gebruikte literatuur bevatte omschrijvingen van theorieën, methodieken en classificaties maar er was daarbij geen sprake van beschrijving van wetenschappelijk onderzoek hoewel de literatuur soms wel op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd was (Buntinx, 2003; Vlaskamp et al, 1996, 1999). In het kader van deze Best Practice voerde het te ver om precies te achterhalen hoe dat wetenschappelijk onderzoek tot stand was

gekomen, de bewijskracht van die onderzoeken is daardoor niet precies te benoemen. De niet wetenschappelijke literatuur is gebruikt als ondersteuning en verduidelijking.

3.4 Resultaten literatuuronderzoek.

Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003) vormt het dossier een indicator voor de kwaliteit van de geleverde zorg, daarnaast bepaalt het dossier gelijktijdig ook mee de kwaliteit en de continuïteit van de geleverde zorg. Naast het feit dat een goed dossier van belang is voor goede hulpverlening, is het dossier ook het bewijs van de geleverde zorg. Wanneer de zorg niet is beschreven, is de zorg niet geleverd (IGZ, 2003; Mc Geehan, 2007). De tuchtrechter heeft in het verleden maatregelen opgelegd vanwege het ontbreken van goede verslaglegging (IGZ, 2003).

Gebrek aan tijd en werkdruk zijn factoren die goede verslaglegging in de weg staan (Mc Geehan, 2007, Owen, 2005). Ook Björvell (2002) noemt gebrek aan tijd als reden waarom het goed documenteren van gegevens soms achterblijft. Daarnaast worden gebrekkige rapportagesystemen, het niet inzien van het belang van goede rapportage, omgevingsfactoren, ontoegankelijkheid van het rapportagesysteem en problemen bij een goede formulering, genoemd als redenen waarom er niet of onvoldoende wordt gerapporteerd (Björvell, 2002).

De dagelijkse rapportage is echter een belangrijk instrument voor veiligheid, continuïteit en kwaliteit van zorg van de patiënt (Ehrenberg et al, 2003).

Er werden drie vragen aan de literatuur gesteld. Deze worden hieronder beantwoord.

1. Aan welke eisen moet een multidisciplinair rapportagesysteem voldoen om het kind in beeld te brengen?

Volgens Schippers et al (2005) werkt vrijwel iedere instelling in de gehandicaptenzorg met persoonlijke zorgplannen voor cliënten. Dit zorgplan moet voldoen aan de volgende kenmerken:

- Een zorgplan heeft een cyclisch verloop en is gericht op probleemoplossing.
- Een zorgplan richt zich op de lange termijn (langdurige zorg en ondersteuning).
- Een zorgplan is persoonlijk en richt zich op één persoon.
- Een zorgplan geeft richting aan de zorg en ondersteuning in de praktijk (professionele sturing).
- Een zorgplan is consistent (de doelen van het plan en de doelen in het plan houden verband met elkaar, er is samenhang).

Het zorgplan is onderdeel van het dossier en de rapportage is onderdeel van het zorgplan. In de zorg voor kinderen met een ernstige meervoudige beperking is de methodiek van Vlaskamp (1996) de meest gebruikte methode om de zorg vast te leggen. Door de Inspectie

voor de Gezondheidszorg (IGZ) is deze methode, voor deze doelgroep, ook nadrukkelijk aanbevolen (IGZ 2000, IGZ 2005). Bij deze methodiek wordt overigens niet over een zorgplan gesproken maar over een opvoedingsprogramma. Het gebruik van het opvoedingsprogramma wordt aanbevolen omdat het eraan bijdraagt dat begeleiders meer oog hebben voor de behoeften van de kinderen. Daarnaast is door het gebruik van het opvoedingsprogramma het eenvoudiger om de ontwikkeling van een kind te volgen (Poppes et al, 2002). De structuur van het opvoedingsprogramma bestaat uit het perspectief, het hoofddoel en de, korte termijn, werkdoelen. Het gebruik van doelen in het opvoedingsprogramma is van groot belang omdat zonder die doelen er geen duidelijk zicht is op de toekomstige behoeften (Poppes et al, 2002). Vlaskamp (1999) beschrijft de kenmerken van doelen op lange termijn als volgt:

- De doelen op lange termijn komen tot stand door informatie van en in overleg met alle betrokkenen.
- Over de inhoud bestaat consensus; iedereen is bereid en in staat om in samenwerking met de anderen aan deze doelen te werken.
- Er zijn meerdere hoofddoelen (of lange termijn doelen) nodig om het perspectief te bereiken.
- Er is altijd een nieuw perspectief.

De doelen op korte termijn, de zogenaamde werkdoelen, worden volgens Vlaskamp (1999) gekenmerkt door:

- Het in principe opstellen binnen de eigen discipline.
- Het voorzien van goed omschreven acties, omstandigheden rond de uitvoering, rapportagepunten en een GAS waarmee het doel kan worden geëvalueerd.
- Meerdere doelen die helpen om het hoofddoel te bereiken.
- Betrokkenen die op de hoogte zijn van de inhoud en het resultaat van de werkdoelen.

De werkdoelen worden met behulp van een standaard formulier verwoord waarbij een viertal mogelijke eindresultaten worden beschreven met behulp van de Goal Attachment Scale (GAS). Wanneer het doel behaald is wordt er plus twee genoteerd en bij een gedeeltelijk behaald doel is er sprake van plus één. Wanneer het resultaat gelijk is aan de uitgangssituatie is de score nul en wanneer er niet aan het doel gewerkt is wordt min één genoteerd. Daarnaast wordt ook beschreven welke interventies nodig zijn om het doel te bereiken. Aan het eind van de looptijd wordt geëvalueerd, gescoord en een volgend werkdoel geformuleerd.

Het gebruik van de doelen in het opvoedingsprogramma is vergelijkbaar met de structuur van het verpleegkundig proces. Dit proces kent diverse manieren om de zorg gestalte te geven maar de basis van ieder verpleegplan is hetzelfde namelijk het vastleggen van de

problemen of behoeften van de patiënt, het stellen van doelen, het bepalen van de interventies en de evaluatie van het proces (Molony & Maggs, 1999). In het verpleegkundig proces worden vaak meerdere doelen tegelijk geformuleerd.

Volgens Poppes et al (2002) kan een kwalitatief slecht opvoedingsprogramma van invloed zijn op de kwaliteit van bestaan van het meervoudig gehandicapte kind omdat zij in hun ontwikkeling afhankelijk zijn van het opvoedingsprogramma en de uitvoering daarvan. Kwaliteit van bestaan kan worden opgevat als het doel van de geboden zorg (Douma et al, 2001). Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen een objectieve, subjectieve en een gecombineerde benadering. Bij verslaglegging is de objectieve benadering van belang namelijk het verzamelen van observeerbare gegevens zoals fysiek, zintuiglijk en motorisch functioneren, psychische gezondheid en dergelijke (Douma et al, 2001). Bij de subjectieve benadering gaat het om de persoonlijke beleving van de begeleider. Hoe beoordeelt zij de kwaliteit van bestaan van het kind? Dit kan verschillen van begeleider tot begeleider (Douma et al, 2001). Deze waarneming kan de wijze van verslaglegging kleuren. Bij een gecombineerde waarneming kijkt men zowel naar de objectieve omstandigheden als naar de eigen ideeën over deze omstandigheden (Douma et al, 2001).

Hoewel er geen richtlijnen zijn voor een multidisciplinair dossier, heeft het CBO (1999) wel richtlijnen opgesteld waaraan verpleegkundige verslaglegging moet voldoen. Samengevat gaat het gaat daarbij om de volgende voorwaarden: (CBO, 1999, p. 5 e.v.).

Algemeen:

- Criteria voor verpleegkundige verslaglegging worden geformuleerd binnen het kader van het beroepsprofiel van de verpleegkundige.
- Bij een multidisciplinaire aanpak wordt de verpleegkundige verslaglegging geïntegreerd in de multidisciplinaire verslaglegging.
- De verpleegkundige verslaglegging moet patiëntgericht zijn. Hiervoor is één dossier per patiënt (= iedereen die zorg ontvangen van verpleegkundige zorgverleners) noodzakelijk.
- In de verslaglegging moet de theoretische visie van waaruit het verpleegkundig handelen plaatsvindt, herkenbaar zijn.
- Bij de verpleegkundige verslaglegging zijn criteria die verband houden met de zorgverlening, zoals kwaliteit, continuïteit en coördinatie van primair belang.

Specifiek:

- Verpleegkundige diagnoses zijn de basis voor verpleegkundige zorg.

- Een verpleegkundige diagnose bevat: het probleem, de (mogelijke) oorzaak van het probleem en de symptomen waardoor het probleem herkend wordt.
- Verpleegkundige diagnoses moeten volgens een gangbaar classificatiesysteem worden geformuleerd.
- Voor iedere verpleegkundige diagnose worden de beoogde resultaten en de verpleegkundige interventies beschreven in het verpleegplan. Handelingen die door andere disciplines worden gedelegeerd worden ook in het verpleegplan opgenomen.
- Voor iedere patiënt wordt een verpleegplan uitgeschreven. Daarnaast kunnen eventuele groepsdoelstellingen beschreven worden.
- Evaluatie kan aanleiding geven tot het bijstellen van het verpleegplan.
- De zorgverlening wordt vastgelegd in de voortgangsrapportage.
- Interventies die niet conform het verpleegplan zijn, worden met reden omkleed, beschreven in de voortgangsrapportage.
- De voortgangsrapportage is bedoeld als informatieoverdracht tussen verpleegkundigen onderling en tussen verpleegkundigen en andere zorgverleners.
- De voortgangsrapportage is voorwaarde voor continuïteit van zorg.
- De afsluiting van het dossier is de basis voor de verpleegkundige overdracht of voor informatie aan de mantelzorg. Dit is de schriftelijk vastgelegde eindevaluatie.
- De overdracht dient de continuïteit en de kwaliteit van zorg te waarborgen.
- Het dossier moet tien jaar bewaard worden.

De 'National Health Service' (NHS) in Groot Brittannië heeft richtlijnen opgesteld voor verslaglegging in de verpleging, verloskunde en algemene gezondheidszorg (NHS, 2006)

Samengevat houden deze richtlijnen het volgende in:

- Verslaglegging moet feitelijk, consistent en accuraat zijn.
- Verslaglegging moet volledig weergeven welke zorg er gepland en gegeven is en welke acties er zijn geweest.
- Iedere aantekening in het dossier moet gedateerd en ondertekend zijn.
- Er mag geen gebruik worden gemaakt van afkortingen, jargon en inhoudsloze of aanstootgevende opmerkingen.
- Alle aantekeningen moeten na fotokopiëren nog te lezen zijn en mogen niet uit te wissen zijn.
- Verslaglegging moet gemakkelijk te begrijpen zijn door de patiënt.
- Het is de plicht van de verpleegkundige om vertrouwelijk om te gaan met de gegevens uit het dossier.
- Voor gedigitaliseerde dossiers gelden vergelijkbare richtlijnen.

In tabel 6 wordt een overzicht gegeven van de criteria die door de diverse theorieën en richtlijnen gehanteerd worden.

	Schippers et al.	Vlaskamp	CBO	National Health Service
Soort plan	Zorgplan	Opvoedingsprogramma	Verpleegplan	Verpleegplan
Gericht op	Cliënt/bewoner	Kind/cliënt	Patiënt	Patiënt
Planning zorg met behulp van:	Perspectief Doelen	Perspectief Hoofddoel Werkdoelen	Verpleegkundige diagnoses	Niet gespecificeerd
Aantal doelen per patiënt/cliënt	Meerdere	Eén per cliënt per discipline	Meerdere	Niet gespecificeerd
Multi/monodisciplinair	Mono	Multi	Mono	Mono
Rapportage door	Doelen	Werkdoelen	Verpleegkundige diagnoses	Niet gespecificeerd
Doel rapportage door middel van doelen	Kwaliteit van zorg Continuïteit van zorg	Kwaliteit van zorg Continuïteit van zorg	Kwaliteit van zorg Continuïteit van zorg	Niet gespecificeerd
Inhoud en doel overige rapportage	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd	Zorgverlening Informatie-overdracht Continuïteit van zorg	Zorgverlening Informatie-overdracht Continuïteit van zorg
Overige eisen	Consistentie	Helder taalgebruik	Niet gespecificeerd	Feitelijkheid Consistentie Accuratesse Helder taalgebruik

Tabel 6. Overzicht criteria met betrekking tot rapportage.

2. Welke rapportagesystemen zijn beschikbaar voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten?

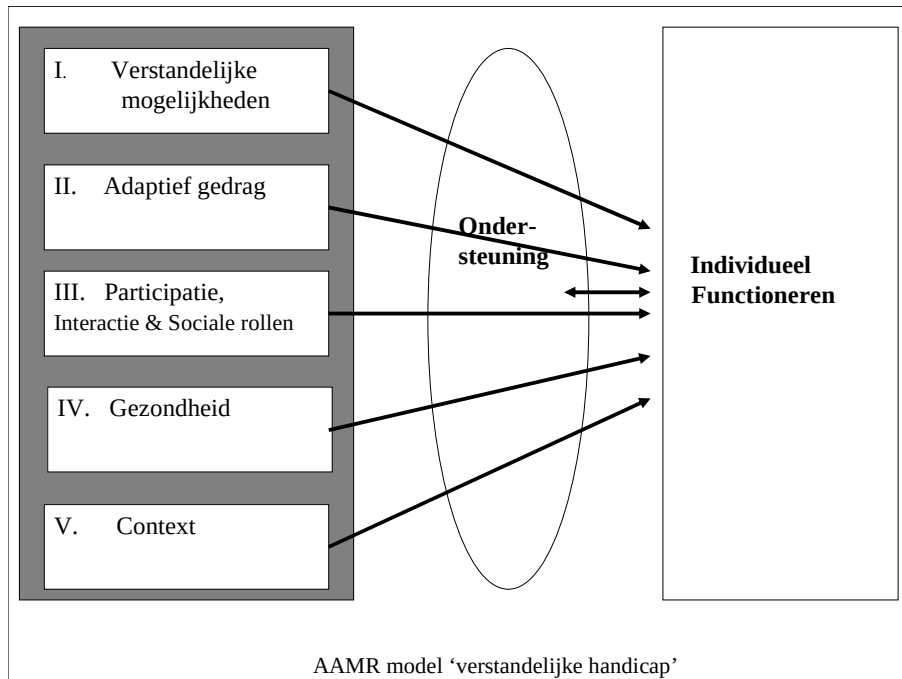
In het handboek Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports presenteert de American Association on Mental Retardation (AAMR) een vernieuwde definitie en model van het begrip 'verstandelijke handicap'⁷. De definitie omvat de criteria voor het vaststellen van een verstandelijke beperking en het model vormt een referentiekader voor assessment en voor het ontwerp van ondersteuning in de individuele situatie (Buntinx, 2003).

Volgens Buntinx (2003) is het AAMR model (figuur 2) een functioneel model omdat het functioneren van mensen in hun dagelijkse situatie centraal staat en niet de beperking, veroorzaakt door de aandoening of het (intelligentie) tekort. Daarnaast vindt het functioneren plaats in het spanningsveld van de mogelijkheden van het individu en de verwachtingen en

⁷ Zie bijlage I. Begripsomschrijvingen.

eisen van zijn omgeving. Tot slot kan het functioneren positief worden beïnvloed door ondersteuning.

Ondersteuning is een belangrijk kenmerk. De ondersteuning door professionals moet bijdragen aan een, verbeterd, functioneren van het individu. Omdat de rol van ondersteuning een dergelijke belangrijke plaats inneemt binnen het model, wordt het AAMR model ook wel het ondersteuningsmodel genoemd (Buntinx, 2003).



Figuur 2. AAMR model 'verstandelijke handicap'

Het AAMR model verstandelijke handicap (Luckasson et al, 2002 in Buntinx, 2003) geeft vijf dimensies die in interactie met elkaar ervoor zorgen dat het functioneren van mensen met een verstandelijke beperking begrepen kan worden.

Buntinx (2003, p.10-12) geeft de volgende omschrijving van die dimensies.

De dimensie 'verstandelijke mogelijkheden' verwijst naar de verstandelijke vermogens of de 'intelligentie' zoals die wordt gemeten met een intelligentietest.

De term 'adaptief gedrag' is een containerbegrip voor conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die een individu nodig heeft om te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Daarnaast gaat adaptief gedrag ook over het vermogen van het individu om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden.

De dimensie van 'participatie, interactie en sociale rollen' verwijst naar de manier waarop het individu functioneert binnen de verschillende situaties. Het gaat daarbij om de mogelijkheden tot participeren in situaties die horen bij de leeftijd en de cultuur van het individu.

De vierde dimensie omvat de geestelijke en lichamelijke gezondheid van het individu. De mate van gezondheid bepaalt hoe het individu functioneert.

De vijfde en laatste dimensie gaat over het begrip context. Dit verwijst naar de omgeving waarbinnen iemand functioneert. Het gaat daarbij om de directe omgeving zoals het gezin, de klas, de woongroep, e.d.. De bredere omgeving waar de directe omgeving deel van uit maakt zoals de familie, de school en de instelling en tot slot de overkoepelende patronen van de cultuur, de samenleving in zijn totaal en de sociaal politieke omgeving.

Begeleidingsmodel

Vlaskamp (2005) heeft een begeleidingsmodel ontwikkeld dat zijn basis vindt in de AAMR.

De ontwikkeling van het begeleidingsmodel is gestart vanuit de visie dat: 'kinderen met ernstige meervoudige beperkingen recht hebben op een situatie waarin zij tot optimale ontplooiing van hun mogelijkheden komen waarbij ze in relaties met anderen een actieve en sturende rol spelen. Dit zegt zowel iets over de kinderen zelf als over de zorg (begeleiding, behandeling) die geboden moet worden' (Fonteine et al, 2005, p. 23)

Op basis van de vijf dimensies zoals genoemd in de AAMR onderscheidt Vlaskamp twee domeinen waarin de dimensies terugkomen (tabel 7).

Kerngebieden	Kernactiviteiten
1. Functionele mogelijkheden	1. Assessment
2. Adaptief gedrag	2. Aanleren vaardigheden
3. Participatie, interactie en sociale rollen	3. Aandacht voor deelnemen
4. Gezondheid	4. Optimaliseren gezondheid
5. Context	5. Toegankelijkheid vergroten

Tabel 7. Kerngebieden en Kernactiviteiten volgens Vlaskamp (2005).

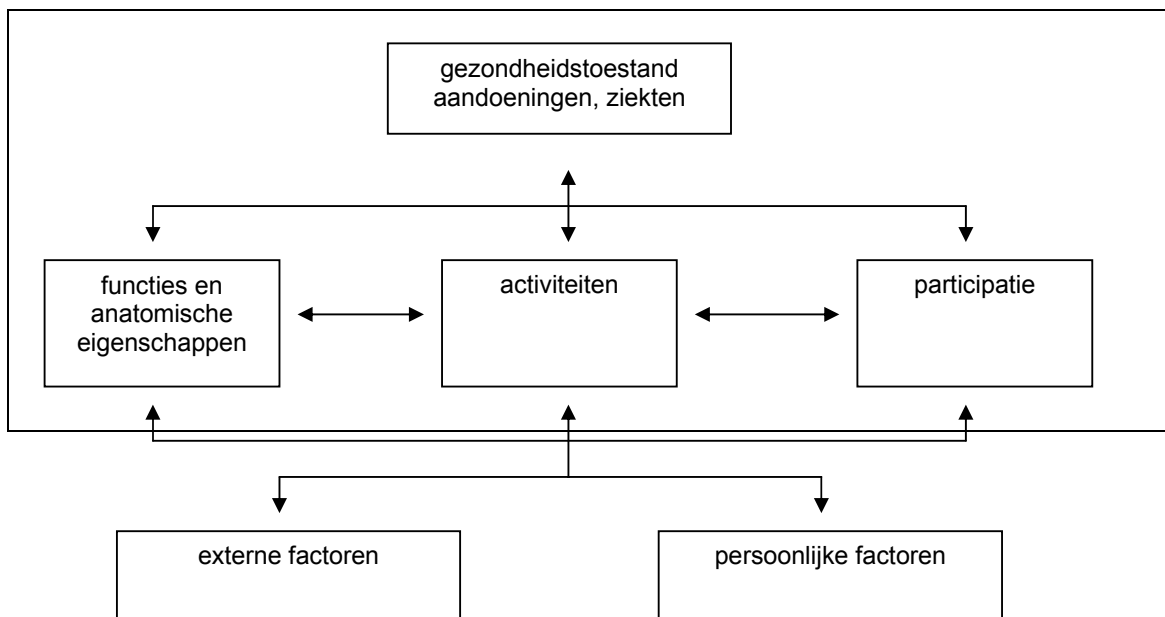
De kerngebieden leiden in samenhang met elkaar tot het persoonsbeeld. Deze kunnen overal worden beschreven waar het kind wordt begeleid of behandeld. Het uitvoeren van de kernactiviteiten is afhankelijk van voorwaarden die te maken hebben met de organisatiestructuur en het opleidings- en kennisniveau van de medewerkers (Fonteine et al, 2005)

International Classification of Functioning and Health

De International Classification of Functioning and Health (ICF) vindt zijn oorsprong in de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICDIH). De ICDIH werd ontwikkeld om zicht te krijgen op de bredere problematiek van 'handicaps'. Het model werd gebruikt als ordeningsprincipe om communicatie tussen diverse disciplines mogelijk te maken en gaf mogelijkheden tot het ontwikkelen van beleid (Buntinx, 2003).

Met de ICDIH bestond een functioneel model van 'handicap' dat gebruikt kon worden voor registratie. Daarnaast kon vanuit verschillende kanten het probleem 'handicap' worden benaderd. De kritiek op de ICDIH was dat er geen rekening was gehouden met de invloed van de omgeving op het functioneren. Daarnaast vond men dat het model in negatieve termen sprak over het begrip 'handicap' waardoor het risico bestond dat mensen met een handicap anders gezien werden dan mensen zonder handicap (Buntinx, 2003). Bij de ontwikkeling van de ICF heeft men rekening gehouden met deze punten van kritiek.

Figuur 3. Model van het menselijk functioneren volgens de ICF (WHO-FIC, 2002) (Buntinx, 2005)



De primaire doelstelling van de ICF is de classificatie van 'handicaps' ten behoeve van registratie. Daarnaast omvat de ICF ook een model (figuur 3) om de dynamiek van het verschijnsel handicap te begrijpen (Buntinx, 2003). De ICF beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Het is een classificatie van gezondheidsdomeinen en domeinen die ermee verband houden, die lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie beschrijven (RIVM, 2007).

Het is een model voor het algemeen menselijk functioneren daardoor kunnen zowel het gewone als het problematische functioneren worden omschreven (Buntinx, 2005).

De domeinen worden ingedeeld vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Aangezien iemands functioneren en de problemen daarmee plaatsvinden in een bepaalde context, bevat de ICF ook omgevingsfactoren (RIVM, 2007). Het model maakt de interactie tussen de verschillende elementen inzichtelijk (Buntinx, 2005).

Het verband tussen de ICF en de AAMR.

Zowel de ICF als de AAMR stelt het functioneren van de persoon centraal. Beide modellen onderscheiden meerdere aspecten aan het functioneren. Daarnaast gaan de beide modellen uit van interactie tussen deze aspecten (Buntinx, 2003). Door de overeenkomsten in de beide modellen is het mogelijk ze naar elkaar te vertalen. Het voordeel daarvan is dat onderdelen van het ene model als aanvulling of verdieping van het andere kunnen worden gebruikt (Buntinx, 2005).

Het verschil is dat de ICF zich richt op 'handicap' in algemene zin, terwijl de AAMR specifiek ontwikkeld is voor mensen met een verstandelijke beperking (Buntinx, 2003). Het grootste verschil is dat de AAMR meer dan de ICF gericht is op kwaliteit van bestaan waarbij het model zich dan vooral richt op de planning van de ondersteuning. De ICF is er vooral op gericht om het functioneren te beoordelen (Buntinx, 2005).

De elf gezondheidspatronen van Marjorie Gordon

Gordon heeft een ordeningsprincipe ontwikkeld dat bestaat uit elf gezondheidspatronen (tabel 8). Door Gordon functional health patterns genoemd (van der Zelm, 1998).

Functional Health Patterns	Functionele gezondheidspatronen
1. health perception-health management pattern	1. gezondheidsbeleving en gezondheidsinstandhouding
2. nutritional-metabolic pattern	2. voeding en stofwisseling
3. elimination pattern	3. uitscheiding
4. activity-exercise pattern	4. activiteit
5. sleep-rest pattern	5. slaap en rust
6. cognitive-perceptual pattern	6. cognitie en waarneming
7. self-perception-self-concept pattern	7. zelfbeleving
8. role-relation pattern	8. rol en relatie
9. sexuality-reproductive pattern	9. seksualiteit en voortplanting
10. coping-stress- tolerance pattern	10. coping en stresstolerantie
11. value-belief pattern	11. waarden en levensovertuiging

Tabel 8. De functionele gezondheidspatronen volgens Gordon (Ten Napel, 1996 in van der Zelm, 1998)

Gordon gebruikt de elf gezondheidspatronen als kader voor het analyseren van een probleem binnen een situatie. Daarnaast geven ze richting aan een zoektocht naar oorzakelijke verklaringen die meestal buiten de probleemsituatie liggen (Gordon, 2000). De structuur van de gezondheidspatronen draagt bij aan een methodische verzameling van gegevens, onafhankelijk van leeftijd, niveau van zorg of de medische diagnose (van der Zelm, 1998). Door per patroon te beschrijven wat de mogelijkheden en beperkingen zijn ontstaat er een totaalbeeld van iemand. Na de beschrijving wordt duidelijk op welke manier de patronen met elkaar samenhangen. Verstoring in het ene patroon veroorzaakt vrijwel altijd ook een verstoring in het andere patroon (Hermsen et al, 2001).

De gezondheidspatronen van Marjorie Gordon moeten volgens van der Zelm (1998) niet als theorie worden gezien maar als een ordenings- of classificatiestructuur. Met de gezondheidspatronen kun je niet iets verklaren in tegenstelling tot een theorie waar dit wel mee kan. Gordon geeft een viertal gebruiksdoelen (van der Zelm 1998, p. 12)

- Een structuur voor het ordenen van anamnesegegevens en het groeperen van diagnoses
- Een systeem voor het ordenen van klinische kennis
- Een systeem voor het ordenen van klinische literatuur
- Onderwerpen voor klinisch onderzoek.

De functionele gezondheidspatronen vormen een hulpmiddel bij het verzamelen van informatie over de patiënt of de cliënt (van der Zelm, 1998).

3 Wat zijn de voor- en nadelen van de genoemde rapportagesystemen?

De theorie van Vlaskamp is ontwikkeld speciaal voor kinderen met een (zeer) ernstige meervoudige beperking. Door de inbreng van alle directe betrokkenen ontstaat er een totaalbeeld van het kind en kan er een richting bepaald worden waar men met het kind heen wil. Vervolgens gaat men met behulp van de werkdoelen aan de gang om het opgestelde hoofddoel te bereiken. Er wordt vooral gekeken naar de mogelijkheden die het kind heeft en op welke manier die verder uitgedaagd kunnen worden.

Deze manier van werken heeft het risico in zich dat er eenzijdige informatie verzameld wordt, namelijk alleen datgene dat betrekking heeft op de werkdoelen. Daardoor wordt mogelijk onvoldoende informatie verzameld over andere aspecten van het bestaan van het kind en wordt er onvoldoende naar het kind als geheel gekeken.

Zowel de ICF als de AAMR en de functionele gezondheidspatronen van Gordon zijn ordeningsprincipes. Deze modellen helpen om op een gestructureerde manier naar personen te kijken en op basis daarvan te bepalen wat zij nodig hebben. Door de elf gezondheidspatronen van Gordon af te gaan ontstaat er een totaalbeeld en dus holistisch beeld van iemand. Bij het gebruik van verpleegkundige diagnoses is het nadeel dat Gordon probleemgericht is: wat is het probleem en hoe lossen we het op. De nadruk ligt op de beperking en niet op de mogelijkheden van het kind. Bij MCG kinderen is deze methode minder bruikbaar omdat er meerdere stappen gemaakt moeten worden om een bepaald doel te kunnen bereiken. Een bijkomend probleem is dat MCG kinderen op vrijwel alle elf gezondheidspatronen problemen zullen laten zien. Daardoor ontstaat er een grote hoeveelheid verpleegkundige diagnoses. Waar leg je dan de prioriteit?

De gezondheidspatronen zijn wel erg bruikbaar als 'checklist', om te zien of alle aspecten benoemd zijn en er niet iets is vergeten.

De relatie tussen ICF en AAMR is hiervoor besproken. Beide modellen kijken 'grof' naar het functioneren van een persoon met behulp van de verschillende dimensies. Gordon heeft dit al meer ingevuld waardoor er een meer en completer beeld ontstaat. Vlaskamp heeft een model ontwikkeld dat aansluit bij de AAMR. De verschillende dimensies zijn daar vertaald naar domeinen die voor MCG kinderen relevant zijn.

Grofmazigheid in structuren is in de zorg voor kinderen met een meervoudige beperking altijd een gevaar. Door in algemene zin informatie te verzamelen zal informatie verloren gaan omdat deze kinderen gebaat zijn bij het verzamelen van informatie in detail. Met de methode Vlaskamp is het mogelijk om middels de werkdoelen informatie in detail te verzamelen. Alle informatie die zo wordt verzameld is ook bruikbaar. Het is een fijnmazig systeem. Het 'net' om de informatie mee te vangen is te krap. Er is zoveel informatie dat het niet allemaal in het 'net' van de werkdoelen past en daardoor bestaat het risico dat er informatie verloren gaat.

Door een combinatie te maken van het beste van drie systemen ontstaat een vangnet voor alle informatie die verzameld moet worden over kinderen met een ernstige meervoudige beperking.

4. Keuze voor het te maken ontwerp

Tenzij de praktijk anders uitwijst is het begeleidingsmodel van Vlaskamp waarschijnlijk het meest geschikt om het rapportagesysteem aan te verbinden omdat het model zijn basis vindt in de AAMR (Fonteine et al, 2005). De AAMR is specifiek ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking (Buntinx, 2003). Het begeleidingsmodel gaat uit van de visie dat: 'kinderen met ernstige meervoudige beperkingen recht hebben op een situatie waarin zij tot optimale ontplooiing van hun mogelijkheden komen, waarbij ze in relaties met anderen een actieve en sturende rol spelen'. Petry en Maes (2005) hebben in hun literatuurstudie de AAMR gebruikt om de ondersteuningsbehoeften van kinderen en jongeren met een ernstige meervoudige beperking in kaart te brengen. Door de IGZ wordt de methodiek van Vlaskamp nadrukkelijk aanbevolen voor mensen met een ernstige meervoudige beperking (IGZ 2000, 2005).

Mits er geen andere mogelijkheid is, zijn de elf gezondheidspatronen van Gordon wellicht bruikbaar als referentiekader om de volledigheid van het rapportagesysteem te toetsen. De patronen bieden een holistische benadering en vormen een hulpmiddel bij het verzamelen van informatie over de patiënt of de cliënt. De functionele gezondheidspatronen worden gezien als ordenings- of classificatiestructuur (van der Zelm, 1998). De structuur van de gezondheidspatronen draagt bij aan een methodische verzameling van gegevens, onafhankelijk van leeftijd, niveau van zorg of de medische diagnose (van der Zelm, 1998).

De ICF is vermoedelijk minder geschikt om de dagrapportage aan te verbinden, tenzij alleen de begrippen uit het model worden gebruikt. De ICF is er vooral op gericht om het functioneren te beoordelen (Buntinx, 2005) en beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Het is een classificatie van gezondheidsdomeinen en domeinen die ermee verband houden, die lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie beschrijven (RIVM, 2007). De ICF richt zich op 'handicap' in algemene zin en niet in het bijzonder op mensen met een verstandelijke beperking (Buntinx, 2003).

5. Uitwerken en vervaardigen van het product.

In de hoofdstukken drie en vier is uitgebreid besproken aan welke eisen rapportage moet voldoen en welke modellen en theorieën bruikbaar zijn voor rapportage in de zorg aan verstandelijk gehandicapten. Het gebruik van slechts één model of theorie maakt de mogelijkheden beperkt daarom is gekozen voor een formulier dat gebruik maakt van meerdere modellen en theorieën.

De dagrapportage van groepsleiding is de basis. Deze wordt immers iedere dag geschreven en geeft inzicht in het functioneren van het kind over de gehele dag. Het praktijkgericht onderzoek liet zien dat ook de rapportages van de fysiotherapie en ergotherapie onvoldoende waren, daarnaast rapporteren nu alle disciplines los van elkaar en is er geen integratie van de diverse rapportagesystemen. Zowel fysiotherapie als ergotherapie schrijven maximaal tweemaal per week rapportage, dit gaat dan vooral over de behandeling. Er is voor gekozen om in eerste instantie aan het werk te gaan met een formulier voor de dagrapportage voor groepsleiding en om vervolgens te bepalen op welke manier de fysiotherapie en de ergotherapie kunnen participeren in het rapportagesysteem.

5.1 Leergroepen

Op Omega wordt gewerkt met 'leergroepen'. Deze leergroepen bestaan uit medewerkers van alle disciplines en het doel van de leergroepen is om kennis te vergaren en uit te wisselen. In de leergroepen wordt gewerkt met de betekenisgestuurde interactiemethode (BIAM) (van Biene, 2007). De methode is een leermethode waarmee thema's en vraagstukken omgezet kunnen worden in leervraagstukken. Er wordt gewerkt met speciale kaartjes waarmee je de vraagstukken kunt bespreken. De BIAM kan bijdragen aan veranderingen in leer- en werkprocessen bij professionals en organisaties. Daarnaast draagt de methode bij aan de competentieontwikkeling van professionals.

De BIAM is erop gericht om te komen tot:

- Dialoog en reflectie
- Betekenisgeving
- Waarnemen en herinterpreteren
- Actie

Daarnaast bevordert de BIAM

- Communicatieve zelfsturing
- De denkkraft en het denkvermogen
- Kennisontwikkeling
- Competentieontwikkeling
- Wederkerig leren

(van Biene, 2007)

De leergroep komt in de regel eenmaal per maand samen om de vorderingen te bespreken. Bij de ontwikkeling van het rapportagesysteem is gebruik gemaakt van één van deze leergroepen.

Grol & Wensing (2001) spreken in dit verband over het instellen van een werkgroep. De samenstelling van een dergelijke werkgroep kan bepalend zijn voor de uitkomst en voor de acceptatie van een nieuw ontwerp. De werkgroep moet aan een aantal voorwaarden voldoen (Grol & Wensing, 2001)

- Herkenbaarheid: de doelgroep moet zich kunnen identificeren met de opstellers. Aan deze voorwaarde is voldaan, de deelnemers aan de leergroep zijn groepsleiders en therapeuten.
- Representativiteit: bevat het nieuwe ontwerp de opinies van alle relevante personen die ermee moeten gaan werken? Bij voorkeur is de werkgroep multidisciplinair. De leergroep bestaat uit groepsleiders, een fysiotherapeut, een ergotherapeut en de Nurse Practitioner.
- Geloofwaardigheid: er moet vertrouwen zijn over de deskundigheid van de deelnemers. Binnen de organisatie is vertrouwen over de deskundigheid van de medewerkers die het ontwerp helpen ontwikkelen. Buiten de eigen organisatie wordt de expertise van Omega op het gebied van kinderen met meervoudige problematiek ook wel erkend. Dit is belangrijk wanneer een rapportagesysteem eventueel door andere instellingen gebruikt gaat worden.

5.2 Werkwijze

In de leergroep werd besproken in hoeverre en welke onderdelen van de rapportage gestandaardiseerd zouden kunnen worden. Standaardisatie was bij redelijk wat onderwerpen mogelijk, defaecatie- en eventueel mictielijsten, voedingslijsten, epilepsielijsten, etc..

Hoewel standaardisatie van dergelijke onderwerpen praktisch kan zijn ontstond het gevoel dat 'je dan alleen maar lijsten zit in te vullen' en dat uiteindelijk met dergelijke informatie ook weer weinig wordt gedaan omdat het niet in een context is geplaatst.

Vervolgens werd besproken in hoeverre er dan niet gestandaardiseerd zou moeten worden. Dit stuitte op bezwaren als, tijdrovend, onpraktisch en vrijblijvend waardoor waarschijnlijk de rapportage als onvolledig gekwalificeerd zou worden omdat men dan teveel zelf bepaald waarover gerapporteerd moet worden en het risico bestaat dat onderwerpen vergeten worden.

De conclusie uit deze discussie was dat er eigenlijk een semi-gestandaardiseerd rapportageblad moet komen waar gestandaardiseerde onderdelen in voorkomen maar waar ook ruimte is voor vrije tekst.

Urquhart & Curell (2003) stellen zich precies deze zelfde vraag. Volgens hen is het de uitdaging voor de verpleegkundige praktijk om inzicht te verkrijgen in de manier waarop bepaalde onderdelen van het rapportagesysteem kunnen bijdragen aan de specifieke kenmerken van de verpleegkundige praktijk. Wanneer gebruik je gestandaardiseerde verslaglegging en wanneer is het beter om 'vrij' te rapporteren? Moet je alles digitaliseren of moet er ook ruimte blijven voor geschreven rapportage? De grote vraag is dan hoe herken je effectieve rapportage (Urquhart & Curell, 2003)? Een gestructureerde manier van rapporteren kan behulpzaam zijn bij 'bestaande' zorg maar als het om details gaat en het belangrijk is om accuraat te zijn dan verdient 'vrije tekst' de voorkeur (Urquhart & Curell, 2005).

De praktijk wijst uit dat het belangrijk is dat het invullen niet veel extra tijd kost maar dat het eenvoudig moet zijn om het formulier in te vullen. Daarnaast willen medewerkers het gevoel hebben dat de informatie die ze verzamelen er toe doet en dat zij er wat aan hebben bij het schrijven van hun jaarlijkse verslag.

Aan de hand van de vijf dimensies van het AAMR model is gezocht naar onderwerpen die relevant waren voor kinderen en jongeren met een ernstige meervoudige beperking om over te rapporteren. Vlaskamp geeft in haar begeleidingsmodel (Fonteine et al, 2005) per dimensie van het AAMR model, onderwerpen aan die van belang zijn voor het kind met een ernstige meervoudige beperking. Het onderzoek naar ondersteuningsbehoeften door Petry & Maes (2005) heeft veel onderwerpen aangereikt waarmee de vijf dimensies van het AAMR model konden worden ingevuld.

Om overzicht te houden is een voorblad⁸ ontwikkeld. Dit voorblad wordt in principe eenmalig ingevuld en kan wanneer nodig verder aangevuld worden. Bij de indeling is gebruik gemaakt van de terminologie die Vlaskamp gebruikt in haar begeleidingsmodel namelijk 'functionele mogelijkheden', 'adaptief gedrag', 'participatie, interactie en sociale rollen', 'gezondheid' en 'context'. De dimensie 'functionele mogelijkheden' is terug te vinden op het voorblad en gaat uit van 'assessments' die bij de kinderen gedaan zijn. Over deze tests hoeft niet dagelijks gerapporteerd te worden maar ze zijn wel belangrijk voor het overzicht.

De vier andere dimensies zijn als aparte onderdelen terug te vinden op het rapportageblad. Het rapportageblad is tweemaal terug geweest in de leergroep. De eerste versie van het rapportageblad was van te voren uitgedeeld onder de deelnemers van de leergroep, waarna in de leergroep de verschillende punten van kritiek besproken zijn. Vervolgens is deze kritiek verwerkt en het formulier opnieuw onder de deelnemers verspreid met het verzoek om

⁸ Het hele rapportageformulier is te vinden in bijlage II.

schriftelijk commentaar te geven. Dit commentaar is vervolgens weer verwerkt waarna het formulier gebruikt kon gaan worden in een 'pilot'.

5.2.1 Experts

Het formulier is voorgelegd aan experts van buitenaf, namelijk aan Vlaskamp en Poppes van de Rijksuniversiteit Groningen en Petry en Maes van de Katholieke Universiteit Leuven (België). Het rapportageformulier is aan Vlaskamp en Petry toegestuurd met, in de begeleidende mail, uitleg over het project en het verzoek om het formulier te bekijken en eventueel van commentaar te voorzien. In beide gevallen was er in eerste instantie een positieve reactie en de mededeling of belofte dat het formulier doorgestuurd was, of zou worden, naar Poppes en Maes.

De eerste reactie van Poppes, mede namens Vlaskamp, was dat de bedoeling van het systeem niet geheel duidelijk was en dat het invullen van het formulier te veel werk leek voor de dagelijkse praktijk. Daarnaast was het onduidelijk waarover je dan bij de verschillende onderdelen zou moeten rapporteren. Ze gaf aan dat: "rapportage zich moet richten op de doelen waaraan men werkt, dus de werkdoelen".

In een reactie daarop is aangegeven dat, naast de werkdoelen, er nog veel meer is dat moet worden vastgelegd en dat dit nu te weinig en niet gestructureerd genoeg gebeurt. Om het probleem verder toe te lichten is verwezen naar het onderzoek van Zijlstra et al (2004). Uitgelegd is dat het rapportageblad zich in de praktijk zal moeten bewijzen en dat daaruit zal blijken of het veel werk is.

De daaropvolgende reactie van Poppes was dat ze benieuwd zou zijn naar de ervaringen met het nieuwe systeem en dat het beeld dat geschetst werd over de manier van rapporteren herkenbaar was uit haar dagelijkse praktijk.

Van Petry en Maes was er een toezegging binnen dat zij het zouden bespreken, daar was ook een termijn aangekoppeld en de belofte om vervolgens feedback te geven. Dit commentaar is echter niet gegeven ook niet na herhaalde e-mails.

Er was dus wel belangstelling voor het project maar het heeft weinig inhoudelijke feedback opgeleverd.

Binnen Omega is het formulier nog voorgelegd aan de beide orthopedagogen. De ene orthopedagoog vond het rapportageblad 'fantastisch' en vond de eventuele extra tijd, die het invullen zou kosten, verantwoord. De andere orthopedagoog heeft geen reactie gegeven maar daar is ook niet expliciet meer naar gevraagd.

6. Haalbaarheidsonderzoek

Binnen de organisatie staan de medewerkers over het algemeen positief tegenover een nieuw rapportagesysteem. Er is al geruime tijd ontevredenheid over het huidige systeem. In het verleden is dit slechts aangepast maar dat heeft niet tot gewenste resultaten geleid. Het feit dat er nu verschillende soorten rapportagebladen in omloop zijn, wordt als onhandig ervaren wanneer rapportage geschreven moet worden over een kind dat niet van de eigen groep is, maar door omstandigheden een dag moet worden opgevangen. Medewerkers hebben aangegeven dat er behoefte is aan een eenduidig systeem. Mede door het onderzoek van het CCE en de visitatiecommissie wordt het belang van een andere manier van dossiervorming erkend.

In een eerder uitgevoerd praktijkgericht onderzoek is geïnterviewd hoe belangrijk de verschillende disciplines⁹ het rapporteren over verschillende onderdelen vonden. De variabelen die daarvoor gebruikt zijn, waren stemming en gedrag, conditie, activiteiten, communicatie, eten en drinken, uitscheiding van urine en ontlasting, slaap en slaapgewoontes, gebruik van medicatie en lichamelijke problemen en motoriek. Daarnaast was er de mogelijkheid om nog eigen variabelen toe te voegen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de medewerkers het moeilijk vonden om onderscheid te maken tussen de verschillende onderdelen: 'alles is belangrijk'. Door de samenstelling van de lijst kwam er uiteindelijk wel een volgorde van belangrijkheid uit maar de verschillen tussen de groepen medewerkers waren niet groot. Het totaaloverzicht, gebaseerd op het gemiddelde van de uitkomsten per groep medewerkers, is te vinden in tabel 8.

Variabelen om over te rapporteren in volgorde van belangrijkheid.	
1.	stemming en gedrag
2.	activiteiten
3.	communicatie
4.	motoriek
5.	lichamelijke problemen
6.	conditie
7.	eten en drinken
8.	medicatie
9.	slaap en slaapgewoontes
10.	uitscheiding

Tabel 8. Totaaloverzicht onderdelen rapportage in volgorde van belangrijkheid bepaald door medewerkers Omega.

In het nieuwe rapportagesysteem is geprobeerd, om de variabelen zoals die hier genoemd zijn, terug te laten komen zodat er herkenning is en minder het gevoel ontstaat van iets totaal nieuws. Het ontworpen rapportagesysteem is weliswaar een nieuwe en meer

⁹ Het ging hierbij om drie groepen medewerkers: groepsleiding, therapeuten (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedist) en beleidsteam (directeur, locatiemanagers en orthopedagogen)

gestructureerde manier van rapporteren maar doordat het aansluit aan bij Vlaskamp is er meer kans op herkenning omdat met die methodiek inmiddels al een aantal jaren op Omega wordt gewerkt.

6.2 Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende en belemmerende factoren kunnen een bepalende rol spelen in het proces.

Inzicht in deze factoren is van belang om te weten welke implementatiestrategieën moeten worden opgebouwd en welke activiteiten moeten worden ontplooid (Grol & Wensing, 2001)

Fasen van het veranderingsproces	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren	Strategieën	Evaluatie
<i>Oriëntatie</i>	Medewerkers zijn zich bewust van de gebrekkige manier waarop nu gerapporteerd wordt. Medewerkers zijn op de hoogte van het feit dat er gewerkt wordt aan een nieuw rapportagesysteem. Door gebruik te maken van een leergroep is er betrokkenheid van medewerkers van meerdere disciplines			
<i>Inzicht</i>	Medewerkers zijn op de hoogte van de resultaten van het onderzoek dat door het CCE en de visitatiecommissie is verricht.	Er is bij de meeste medewerkers onvoldoende kennis over de achtergrond van het nieuw in te voeren rapportagesysteem Er is geen inzicht in de eigen werkwijze doordat medewerkers niet op de hoogte zijn van de uitslag van het praktijkgericht onderzoek.	Een bijeenkomst beleggen waar medewerkers op de hoogte worden gesteld van de resultaten van het praktijkgericht onderzoek en de consequenties daarvan.	Terugvragen om te verifiëren of medewerkers zich werkelijk bewust zijn van de consequenties van gebrekkige rapportage.
<i>Acceptatie</i>	Medewerkers zijn gemotiveerd om anders te gaan rapporteren omdat ze niet tevreden zijn met de huidige manier van rapporteren.			

<i>Verandering</i>		Er is vaak weerstand tegen veranderingen. Angst dat het invullen van het rapportagesysteem veel meer tijd kost. Mogelijk dat medewerkers het nut niet inzien van het rapportagesysteem zoals dat nu is ontworpen. Alle rapportage moet nu op één plek geschreven en bewaard blijven. Dat is een grote verandering vooral voor andere disciplines dan groepsleiding	De inzet van de leergroep bij de ontwikkeling van het rapportagesysteem Het rapportagesysteem eerst op beperkte schaal uitproberen. Medewerkers de kans geven om commentaar te geven op het nieuwe rapportagesysteem Medewerkers informeren over de theorie achter het ontwerp van het rapportagesysteem . In de leergroep bespreken hoe deze manier van werken het beste vorm kan krijgen. Het plan dat daarvoor bedacht is voorleggen aan alle therapeuten	De pilot evalueren met behulp van een evaluatieformulier. Als hierboven. Aan het eind van de bijeenkomst een korte enquête houden de ideeën met betrekking tot het nut van het rapportage-systeem. Na vier weken evalueren of deze manier werkt. Anders werkwijze bijstellen.
<i>Behoud van verandering</i>	Het nieuwe rapportagesysteem is multidisciplinair. Mogelijkheden om nieuwe rapportagesysteem digitaal te maken.	Werkdruk Gebrek aan tijd waardoor het rapporteren onder druk komt te staan.	Aandacht besteden aan tijdstip van rapporteren. In het werkoverleg 'rapportage' als vast agendapunt opnemen.	Na een jaar met een steekproef kijken in hoeverre de rapportage bijdraagt aan de informatie in de jaarlijkse verslagen.

Tabel 9. Overzicht bevorderende en belemmerende factoren.

7. Testen van het ontworpen product

Om het ontworpen product te testen is een 'pilot' uitgevoerd. Deze uitvoering heeft plaatsgevonden volgens de Plan-Do-Study-Act (PDSA) cyclus (Grol & Wensing, 2001) (figuur 4).



Figuur 4. De PDSA cyclus (Grol & Wensing, 2001).

De testfase voor het rapportagesysteem kan nu als volgt worden ingedeeld:

Plan:

- Vaststellen van het voorlopig definitief ontwerp van het rapportageformulier.
- Toelichting is geschreven voor gebruik van het rapportageformulier.
- Periode voor de 'pilot' wordt bepaald.

Do

- Rapportageformulier is vermenigvuldigd en met een korte mondelinge toelichting verspreid op de groepen.
- Groepsleiding heeft rapportageformulier drie weken voor één kind ingevuld. Fysiotherapeuten en ergotherapeuten moeten hun eigen rapportageblad invullen.

Study

- Er vindt een evaluatie plaats door groepsleiding met behulp van een evaluatieformulier.
- Er wordt bekeken in hoeverre fysio- en ergotherapeuten gebruik maken van het rapportageblad.
- Er worden conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

Act

- Het rapportageblad wordt bijgesteld.

7.1 Uitkomsten evaluatie

Onder groepsleiding zijn 27 evaluatieformulieren¹⁰ uitgedeeld op vier oudste¹¹ (N=12), twee midden (N=6) en drie jongste groepen (N=9). Hiervan kwamen er zestien terug. Dit was een respons van 59 procent. Iets meer dan de helft van de evaluatieformulieren is teruggekomen. Een mogelijke oorzaak voor deze betrekkelijk lage respons is dat medewerkers in de achterliggende periode met regelmaat enquêtes en lijsten moesten invullen en daardoor niet zo gemotiveerd waren voor het invullen van nog weer een formulier. Drie formulieren waren niet volledig ingevuld en daardoor niet bruikbaar voor het overzicht. Eén evaluatieformulier was een gezamenlijk formulier van drie groepsleidsters. Dit is in het overzicht aangemerkt voor één persoon. Daardoor bleven er dertien bruikbare formulieren over, dat is 48 procent (oudste groepen N=7, midden groepen N=2 en jongste groepen N=4).

Het formulier informeerde naar bruikbaarheid en duidelijkheid van de verschillende onderdelen. Aan de hand van zeven stellingen kon, met behulp van een vijf punts Lickertschaal, ingevuld worden in hoeverre men het eens dan wel oneens was met deze stellingen. Voor deze manier van evalueren is gekozen omdat het invullen ervan niet veel tijd inneemt. Daarnaast is er wel mogelijkheid om te nuanceren en kan men ook aangeven als men min of meer neutraal staat tegenover de stelling. Door gebruik te maken van getallen, die vervolgens omgezet kunnen worden in procenten, is het eenvoudiger om de verschillende leeftijdsgroepen met elkaar te vergelijken. Het evaluatieformulier bood medewerkers ook de mogelijkheid om eventueel nog een opmerking te plaatsen over het rapportageformulier.

Op iedere vraag kon men maximaal vijf punten scoren. Per vraag, per leeftijdsgroep zijn de scores van de respondenten bij elkaar opgeteld. Om de groepen onderling te kunnen vergelijken zijn de absolute getallen omgezet in procenten (tabel 10). Het aantal respondenten per leeftijdsgroep maal vijf bepaalde de score van honderd procent.

¹⁰ Zie bijlage III.

¹¹ De kinderen/jongeren die Omega bezoeken worden naar leeftijd ingedeeld op jongste (1-8 jaar), midden (8-13 jaar) en oudste (13-18 en ouder) groepen. Deze leeftijden zijn richtlijnen en de leeftijdsgrenzen zijn niet absoluut. Er kunnen redenen zijn waarom een kind eerder of later doorgeplaatst wordt naar een volgende groep.

<i>Mening groepsleiding, per leeftijdsgroep, in procenten</i>	Oudste groep N=7	Midden groep N=2	Jongste groep N=4
<i>Onderwerpen evaluatieformulier</i>			
Het rapportageblad is overzichtelijk.	54	60	45
Het rapportageblad is logisch opgebouwd.	77	70	56
Het is duidelijk welke informatie bij gezondheid moet worden ingevuld.	89	90	65
Het is duidelijk welke informatie bij adaptieve vaardigheden moet worden ingevuld.	68	60	65
Het is duidelijk welke informatie bij participatie, sociale rollen moet worden ingevuld.	57	60	56
Het is duidelijk welke informatie bij context moet worden ingevoerd.	89	90	75
Met het nieuwe rapportageblad wordt meer informatie verzameld dan met de oude manier van rapporteren.	77	70	60

Tabel 10. Mening groepsleiding, in procenten, over de onderdelen van het rapportageformulier.

De evaluatie ging alleen over de onderwerpen die dagelijks moesten worden ingevuld. Het voorblad is niet in de evaluatie meegenomen omdat de periode van de 'pilot' te kort was om hier al iets van te kunnen zeggen.

De tabel laat zien dat groepsleiding van de oudste en middengroepen over het algemeen positiever is over het rapportageblad dan groepsleiding van de jongste groepen. Een mogelijke oorzaak hiervan kan zijn dat op jongste groepen er meer behoefte is aan het 'vrij' rapporteren. Observaties zijn er vooral nog op gericht om zoveel mogelijk informatie te verzamelen. Deze zijn moeilijker te beschrijven in een dergelijk semi-gestandaardiseerd rapportageblad. Op midden en oudste groepen is het veel duidelijker welke kant het met een kind op gaat. Er wordt gericht met het kind gewerkt waardoor observaties makkelijker een plek kunnen krijgen.

De onderdelen 'adaptieve vaardigheden' en 'participatie en sociale rollen' leveren de meeste problemen op bij het invullen. Dit komt mogelijk doordat groepsleiding niet gewend is om met deze termen te rapporteren. Er is weinig kennis over de theoretische achtergrond van deze termen waardoor de begrippen waarschijnlijk te abstract zijn.

Het rapportageblad moet overzichtelijker worden. Het wordt nu soms als te vol en te rommelig ervaren met te weinig ruimte om erbij te schrijven. Over het verzamelen van de hoeveelheid informatie vergeleken met het oude systeem is men voorzichtig positief. Het idee is dat hiermee wel meer informatie wordt verzameld maar er zijn twijfels over de hoeveelheid tijd die het invullen inneemt.

Therapeuten hebben nauwelijks gebruik gemaakt van het rapportageblad. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ze nu in gebruik moesten maken van het 'dossier' van het kind dat

op de groepen aanwezig is. Zij zijn gewend om in hun eigen 'dossier' op de eigen werkplek te rapporteren.

7.2 Conclusie en aanbevelingen.

- De 'pilot' was eigenlijk te kort om een goed beeld te vormen. Medewerkers hadden te weinig tijd om echt aan de andere manier van rapporteren te wennen hierdoor is hun mening mogelijk gekleurd.
- Ondanks de geschreven toelichting was er wel onduidelijkheid. Een presentatie van het nieuwe systeem had mogelijk minder onduidelijkheid gegeven.
- De noodzaak van een nieuw systeem wordt wel erkend maar er is moeite met het invullen van de begrippen 'adaptieve vaardigheden' en 'participatie en sociale rollen'.
- De indeling volgens het begeleidingsmodel van Vlaskamp geeft een duidelijke structuur aan het systeem.
- Het rapporteren door therapeuten in het nieuwe systeem is niet uit de verf gekomen in de 'pilot'.
- Het semi-gestandaardiseerde karakter is bruikbaar maar moet wel overzichtelijk blijven.
- Het multidisciplinaire karakter van het rapportagesysteem moet in het vervolg meer aandacht krijgen. Met de implementatie moet hier ook nadrukkelijk rekening mee gehouden worden.
- Onderzocht moet worden of er aanpassingen in het rapportagesysteem nodig zijn per leeftijdsgroep.
- In de leergroep moet het rapportagesysteem verder ontwikkeld worden met behoud van de structuur van het begeleidingsmodel van Vlaskamp en het semi-gestandaardiseerde karakter van het systeem.
- De functionele gezondheidspatronen van Gordon moeten nadrukkelijker als 'checklist' gebruikt worden om de compleetheid van het rapportagesysteem te beoordelen.
- Het rapportageblad niet verder uitbreiden.
- In de leergroep aandacht besteden aan mogelijkheden om ervoor te zorgen dat er vaker gerapporteerd wordt.
- De structuur van de jaarlijkse verslagen aan laten sluiten bij de structuur van het rapportagesysteem.
- Presentatie geven over achtergronden van het nieuwe rapportagesysteem.

8. Implementatie

Implementatie kan omschreven worden als 'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/ of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg' (ZON, 1997 in: Grol & Wensing, 2001 p. 31).

Volgens Grol & Wensing (2001) zijn er in grote lijnen twee benaderingen van implementatie te onderscheiden, het rationele model en het participatiemodel. Bij het rationele model volgen na onderzoek en synthese van onderzoeksresultaten, disseminatie en implementatie. Er is sprake van een duidelijk startpunt en de aansturing gebeurt vooral van boven- of buitenaf. Er wordt weinig aandacht besteed aan de diversiteit van behoeften van de doelgroep en er wordt weinig gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van de doelgroep. Het participatiemodel neemt de behoeften en ervaringen uit de praktijk als uitgangspunt. Communicatie van mensen in de praktijk bepaalt het al dan niet realiseren van een verandering. De fasen van ontwikkelen, testen, verspreiden en invoeren van een innovatie lopen door elkaar. Er is niet altijd sprake van introductie van een optimale werkwijze en er wordt te weinig rekening gehouden met factoren die de invoering beïnvloeden. De implementatie van het rapportageformulier is eigenlijk al in gang gezet op het moment dat de testfase begon. Het vervolg ervan, namelijk de implementatie op het hele dagverblijf, gaat net als de testfase volgens de Plan-Do-Study-Act cyclus (tabel 11).

Doelstelling	Acties	Resultaat	Wie	Welke week	Afstem-men met:
Leergroep is geïnformeerd over de resultaten van de evaluatie van de 'pilot'.	Bijeenkomst met de leergroep beleggen. Resultaten van de evaluatie verspreiden en mondeling toelichten.	De deelnemers van de leergroep zijn geïnformeerd over de resultaten.	Nurse Practitioner	25	
De verbeterpunten voor het rapportageformulier zijn geïnventariseerd.	Tijdens de leergroep bijeenkomst wordt geïnventariseerd welke punten in het rapportage formulier verbeterd moeten worden.	Een overzicht met verbeterpunten .	Deelnemers leergroep	25	
Een aangepast rapportageformulier	De verbeterpunten verwerken in het rapportage-formulier.	Het rapportage-formulier is aangepast	Nurse Practitioner	29 (30 t/m 32 Omega gesloten)	Leergroep
Het rapportageformulier	Controleren van rapportage-	De functionele gezondheids-	Nurse Practitioner	29	Leergroep

omvat elementen uit alle functionele gezondheidspatronen van Gordon.	formulier m.b.v. functionele gezondheidspatronen van Gordon.	patronen zijn herkenbaar in het rapportageformulier.			
Multidisciplinaire mogelijkheden van het rapportagesysteem zijn in kaart gebracht.	Overleg met therapeuten over wijze waarop het multidisciplinaire karakter van het rapportagesysteem gestalte kan krijgen.	Verschillende mogelijkheden m.b.t multidisciplinair rapportagesysteem zijn bedacht. Keuze gemaakt voor beste optie.	Nurse Practitioner en therapeuten	34	Leergroep
Medewerkers zijn ingelicht over het rapportagesysteem.	Organiseren van een bijeenkomst voor alle medewerkers.	Medewerkers kennen het doel en de achtergrond van het rapportagesysteem	Nurse Practitioner	38	Locatie-managers
Multidisciplinaire aspect van rapportagesysteem is verbonden aan rapportageformulier .	Uitwerken van voorstel zoals bedacht in week 34	Er is een werkbaar systeem ontwikkeld voor het multidisciplinair rapportagesysteem.	Nurse Practitioner	40	Leergroep Therapeuten
Groepsleiding en therapeuten werken met het nieuwe rapportagesysteem	Introductie op het rapportagesysteem Zorgdragen voor de aanwezigheid van voldoende formulieren en mappen om rapportage in op te bergen.	Er wordt door groepsleiding en therapeuten dagelijks gerapporteerd in het multidisciplinaire rapportagesysteem	Groeps-leiding en therapeuten	42	Locatie-managers Administratie
Het werken met het rapportagesysteem is geëvalueerd	Evaluatieformulier ontwikkelen Evaluatie uitvoeren Resultaten beoordelen Eventueel rapportagesysteem bijstellen	Het rapportagesysteem is verbeterd	Nurse Practitioner	Begin 2008	Leergroep
De informatie uit de jaarlijkse verslagen is te herleiden uit de rapportages.	Effectmeting doen van het nieuwe rapportagesysteem	Er wordt aanwijsbaar meer informatie uit de rapportages gebruikt voor de jaarlijkse verslagen.	Nurse Practitioner	Eind 2008	Leergroep Locatie-managers

Tabel 11. Plan van aanpak implementatie multidisciplinair rapportagesysteem Stichting Omega.

8.1 Evaluatie

Om het hele traject te evalueren worden verschillende soorten evaluatie uitgevoerd, namelijk product-, proces-, en effectevaluatie (Migchelbrink, 2006) De productevaluatie heeft feitelijk al plaatsgevonden in de testfase. Door het rapportagesysteem uit te proberen is kennis verworven over de positieve en minder positieve kanten van het product hierdoor kan het product worden bijgesteld. Deze evaluatie kan opnieuw plaatsvinden begin 2008, zoals opgenomen in het implementatieplan.

De procesevaluatie richt zich op het beschrijven van het proces zoals gedaan is in de beschrijving van het proces in de testfase. Eén van de conclusies op basis van die beschrijving was, dat de korte duur van de testfase mogelijk van invloed was op de uitkomsten van de evaluatie.

De procesevaluatie wordt opnieuw beschreven aan het eind van de implementatie wanneer ook de effectevaluatie plaatsvindt. De effectevaluatie vindt plaats door eind 2008 opnieuw onderzoek te doen of de informatie uit de jaarlijkse verslagen ook terug te halen is uit de dagelijkse rapportage.

Literatuurlijst.

Ambrosini, V., Bowman C. (2001) Tacit knowledge: some suggestions for operationalization. *Journal of Management Studies*, 38(6), 811-829

Biene, M. van (2007) *Expertise in organisatieleren bij sociale vernieuwing*. Siebengewald: Van Biene. www.vanbiene.nl mei 2007

Biene, M. van (2005) Werkkader transdisciplinair werken voor het expert/kinderdienstencentrum. *Intern document*

Björvell, C. (2002) *Nursing Documentation in Clinical Practice. Instrument development of a comprehensive intervention programme*. Stockholm, Sweden: The department of Nursing

Buntinx, W.H.E. (2003) Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*. 29(1)

Buntinx, W.H.E. (2003) Het model als ordeningsprincipe. Toepassing van het ICF-en AAMR-model bij de professionele ondersteuning van mensen met een verstandelijke handicap. In: *Focus op onderzoek. Wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van (de zorg aan) mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: NGBZ en LKNG/NIZW

Buntinx, W.H.E. (2005) Beeldvorming en ondersteuning bij mensen met functiebeperkingen. *Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap*

CBO (1999) *Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Douma, J.C.H., Kersten, M.C.O., Koopman, H.M., Schuurman, M.I.M., Hoekman, J. (2001) Het meten van kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke handicap; een overzicht van de Nederlandse instrumenten. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*. 27(1)

Ehrenberg, A., Ehnfors, M., Thorell-Ekstrand, I. (2003) The VIPS model: Development, validation and experience of its use. *Manuscript of ACENDIO conference publication*, Swansea.

EMG platform (2007) *Ernstig Meervoudig Gehandicapt* www.emgplatform.nl Maart 2007

Fonteine, H., Vlaskamp, C., Tadema, A.C. (2005) *Ontwikkeling van kwaliteitscriteria voor de begeleiding van kinderen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. Eindrapport Spoorzoekers, deelproject I.* Groningen: Rijksuniversiteit

Gordon, M. (2000) *Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Grol, R., Wensing, M. (red.) (2001) *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

Hermesen, P., Keukens, R., Meer, J. van der (2001) *Mensen met een verstandelijke handicap.* Twello: Van Tricht uitgeverij

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000) *Ernstig meervoudig gehandicapt en dán? Rapport*

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003) *Module dossiervorming. Interne notitie*

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005) *Betere dagbesteding voor mensen met een (ernstige) meervoudige beperking vereist een multidisciplinaire aanpak. Rapport*

Iren, Koedoot & Duin (2006) *Visitatieproject MCG-KDC'S. KDC Omega. Intern rapport.* Putten

McGeehan, R. (2007) *Best Practice in record-keeping. Nursing Standard* 21(17) 51-56

Migchelbrink, F. (2006) *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: Uitgeverij SWP

Molony, R., Maggs C. (1999) *A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. Journal of Advanced Nursing* 30(1) 51-57

National Health Service (2006) *Guidelines on record-keeping. NHS professionals UK*

Owen, K. (2005) Documentation in nursing practice. *Nursing Standard*. 19 (32) 48-49

Petry, K., Maes, B. (2005) De ondersteuningsbehoeften van kinderen en jongeren met diep verstandelijke en meervoudige beperkingen aan de hand van het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*. 31(2)

Poppes, P., Vlaskamp, C., Geeter, K.I., de (2002) The importance of setting goals: the effect of instruction and training on the technical and intrinsic quality of goals. *European Journal of Special Needs Education*. 17, (3), 241-250

RIVM (2007) ICF overzichtspagina. <http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm> Maart 2007

Schippers, A.P., Boheemen, M.A.C. van, Barnhard, M.C., Carlier, J.M., Losse, M. (2005) ZIP care. *Zelfevaluatie Instrument voor zorgplannen in de caresector. Eindrapportage en verantwoording*. Leeuwarden: Christelijke Hogeschool Nederland

Urquhart, C., Curell, R., (2003) Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3.
Art.No.:CD002099.DOI:10.1002/14651858.CD002099

Urquhart, C., Curell, R., (2005) Reviewing the evidence on nursing record systems. *Health Informatics Journal*. 11(1) 33-44

Vlaskamp, C., Blokhuis, A., Ploemen M., (1996) *Gewoon bijzonder. Opvoeden van kinderen met een ernstige meervoudige handicap*. Assen: van Gorcum

Vlaskamp, C. (1999) *Een eigen perspectief. Een programma voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen*. Assen: van Gorcum

Zelm, R.T. van der (1998) *Gordon's functionele gezondheidspatronen. Een hulpmiddel bij de verpleegkundige anamnese*. Dwingeloo: uitgeverij KAVANNAH

Zijlstra, H.P., Vlaskamp, C., Fonteine, H. (2004) De invloed van gezondheidsproblemen op het dagprogramma van kinderen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*. 30(4)

Bijlage I. Begripsomschrijvingen

Begripsomschrijving verstandelijke handicap

Volgens de American Association on Mental Retardation luidt de definitie van verstandelijke handicap als volgt:

'Mental retardation is a disability characterized by significant limitations both on intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social and practical adaptive skills, The disability originates before age 18'.

(Een verstandelijke handicap verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals die tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar) (Buntix, 2003)

Begripsomschrijving ernstig meervoudig gehandicapt

Volgens het EMG-platform (2007) is de groep personen met een ernstige meervoudige handicap moeilijk te beschrijven. Ze hebben een IQ dat lager is dan 25. Een dergelijk IQ is niet te meten met een IQ test. Professionals gebruiken vaak de ontwikkelingsleeftijd als een indicatie. Personen met een ernstige meervoudige handicap hebben een ontwikkelingsleeftijd tot 24 maanden. Voor de kinderen die Omega bezoeken geldt dat zij een ontwikkelingsleeftijd hebben tot maximaal een jaar.

EMG personen hebben ondersteuning nodig bij alle aspecten van het dagelijkse leven gedurende de gehele dag.

Oorzaken

Meestal wordt de ernstige verstandelijke handicap veroorzaakt door een hersenbeschadiging. De oorzaak kan zijn een chromosomale afwijking, infecties, een stofwisselingsziekte of complicaties voor, gedurende of na de zwangerschap.

Meervoudig complex gehandicapt

In de meeste gevallen leidt dit niet alleen tot een cognitieve stoornis, maar ook bijkomende stoornissen. Cognitieve en bijkomende stoornissen interfereren met elkaar. Dat bepaalt de complexiteit van de handicap.

Door de veelheid en de ernst van de beperkingen hebben EMG mensen weinig tot geen compensatiemogelijkheden. De mogelijkheid van compenseren wordt bepaald door de kwaliteit van het neurologische systeem. Is iemand ernstig verstandelijk gehandicapt, dan zal



deze persoon minder mogelijkheden tot compensatie hebben en daardoor eerder meervoudig complex gehandicapt zijn dan iemand met een lichte verstandelijke handicap.

Sensomotorische en communicatieve beperkingen

Bij benadering heeft drievierde van hen ernstige motorische beperkingen. Zij zijn immobiel. Ook hebben de meeste van hen ernstige zintuiglijke beperkingen, waarbij ook de prikkelverwerking in de hersenen kan zijn beschadigd. Niet allen het zien en het horen, maar ook andere zintuigen: de tast, het evenwichtsgevoel, het houding- en bewegingsgevoel, reuk en smaak kunnen beschadigd zijn. Gevolg is dat EMG mensen ernstige communicatieve beperkingen hebben. EMG personen beschikken meestal niet over een actief of passief taalbegrip.

Bijkomende stoornissen

Er is ook een groot aantal bijkomende stoornissen: epilepsie, reflux, slaapstoornissen, slikproblemen, longinfecties en gedragsproblemen. Door het gebruik van medicijnen zijn er ook problemen veroorzaakt door bijwerkingen.

Al deze mogelijke beperkingen kunnen variëren in ernst en optreden in verschillende combinaties. Zij verschillen van persoon tot persoon. Deze heterogeniteit is typerend voor de groep van EMG personen.

Kenmerken van ernstig meervoudig gehandicapte mensen zijn:

- (Zeer) ernstige verstandelijk beperkingen
- (Zeer) ernstige sensomotorische beperkingen, welke hebben geleid tot niet of nauwelijks mobiel zijn
- Ernstige belemmeringen in zijn/haar mogelijkheden tot communicatie
- Algemene gezondheidsproblemen

Gebruikte terminologie

Naast de term Ernstig Meervoudig Gehandicapt hanteren vooral ouders ook wel de omschrijving Meervoudig Complex Gehandicapt (MCG). Een tegenwoordig vaak gebruikte omschrijving is mensen met ernstige meervoudige beperkingen (EMB). De misschien wel meest zorgvuldige omschrijving is mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (EVMB) (EMG platform, 2007)

Bijlage II. Rapportageformulier

VOORBLAD

Naam:

Geboortedatum:

Diagnose:**Allergieën:****Onderzoek functionele mogelijkheden:****Datum:**

- ☐ Ik in beeld
- ☐ Communicatieprofiel
- ☐ Fysiotherapie
- ☐ Visio
- ☐ OAE (gehoorscreening)
- ☐ GTI
- ☐ KID-N

Perspectief:**Hoofddoel:****Handelingsregels:****Evaluatiedatum:****Werkdoelen:****Evaluatiedatum:****Besproken in ochtendoverleg:****Datum:**

Rapportageblad

Naam kind: Rapportage door: Datum:

Wanneer er op een dag niet gerapporteerd wordt, dan wordt dit op een aparte lijst genoteerd met daarbij de reden.

Dagplanning:

☐ FT ☐ ET ☐ LP ☐ MT ☐ Individueel spel ☐ Werkdoel ☐ Anders:
☐ Schaduwgroep ☐ Andere groep

Voor alle rapportagepunten geldt dat beschreven wordt wat gezien is en een eventuele interpretatie.

Gezondheid:

Lichamelijke gezondheid

Luchtwegproblemen: ja/nee.

Bijzonderheden:

Eten en drinken/sondevoeding:

Normaal/minder/meer/niet. Oorzaak:

Kauwen en slikken.

Kwijlen: niet/als gewoonlijk/meer dan anders/overmatig.

Verslikken: ja/nee Tijdens:

Braken ja/nee

Bijzonderheden:

Gebit/tandvlees/mondslijmvlies.

Epilepsie: Aantal aanvallen:

Conditie: geen bijzonderheden/wisselend gedurende dag/vermoeid/zeer vermoeid

Geslapen ja/nee

Van tot

Conditie van de huid:

Geen bijzonderheden/droog/rood/ anders:

Locatie:

Ontlasting: ja/nee

Obstipatie: ja/nee

Symptomen

Zo nodig:

Gewicht:

Lengte

Temperatuur:

O Medicatiewijziging (zie afteken-en medicijnlijst)

Oorzaak: (vermoeden van) aspiratie/infectie/anders:

Oorzaak: (vermoeden van) reflux/infectie/anders:

Bijzonderheden: ja/nee

Bijzonderheden: ja/nee

Geestelijke gezondheid

Stemming en emotionele toestand. Vrolijk/ neutraal/ huilen/ wisselend. Bijzonderheden:

Eventuele angst (beschrijf situatie en de mate) of depressie (beschrijf symptomen)

Adaptief gedrag:

Heeft gebruik van knoppen/ verwijzers gemaakt tijdens:

Verloop van ADL activiteiten:(eten en drinken, aan/uitkleden, tandenpoetsen)

Vervolg adaptief gedrag

Alertheid: (Bij gebruik schema geef niveau, wisselend of niet, wakker: in zichzelf gekeerd of wakker: omgevingsgericht, overprikkelt)

Welke sociaal emotionele vaardigheden: (begrijpen en uitdrukken van gevoelens, beurtname, samenspel, keuzes maken, initiatief nemen, aandacht vasthouden) zijn vandaag gezien en in welke context:

Communicatie: Dagritmeformulier ja/nee. Bijzonderheden t.a.v. het maken van contact

Participatie, interactie, sociale rollen:

Heeft meegedaan aan de volgende activiteiten:

Het kind was zich bewust van eigen mogelijkheden en/of de omgeving tijdens:

Werd vandaag uitgenodigd tot: beweging/(re)actie /manipulatie van materiaal/exploratie van materiaal.

Het kind kon vandaag: zelf invloed uitoefenen op/ had controle over

Mogelijkheden om zelf keuzes te maken/ gebruik hulpmiddelen bij het maken van keuzes

Welke groepsactiviteit heeft plaatsgevonden, op welke manier deed het kind mee.

Bijzonderheden via schriftje: ouders/woning/logeerhuis

Telefonisch contact / bezoek op de groep

Participatie: school, dagverblijf.

Context:

Verloop van de dag (continuïteit, mate van voorspelbaarheid).

Andere groep/Invalkracht

Nieuwe kinderen/kinderen andere groep

Bijzonderheden algemeen/rapportage werkdoelen

Fysiotherapie

Behandeldoel algemeen:

Indien mogelijk rapporteren op rapportageblad 'groepsleiding'.

Rapportagepunten individuele behandeling/werkdoelen.



Ergotherapie

Behandeldoel algemeen:

Aangevraagde voorzieningen:

Datum:

Indien mogelijk rapporteren op rapportageblad 'groepsleiding'.

Rapportagepunten individuele behandeling/werkdoelen.

Bijlage III. Evaluatieformulier

Tussenevaluatie nieuwe rapportagesysteem.

Beste collega's

29 mei 2007.

Een paar weken geleden zijn jullie gestart met het nieuwe rapportagesysteem. Omdat ik voor mijn verslag graag een eerste indruk wil hebben over de resultaten met het rapportageblad vraag ik jullie om deze lijst in te vullen en uiterlijk 4 juni bij mij in te leveren. Joke

Het rapportageblad is overzichtelijk.						
Volkomen onoverzichtelijk	1	2	3	4	5	Heel overzichtelijk

Het rapportageblad is logisch opgebouwd m.b.t. de verschillende onderdelen (gezondheid, adaptieve vaardigheden, etc.).						
Heel onlogisch	1	2	3	4	5	Heel logisch

Het is duidelijk welke informatie bij gezondheid moet worden ingevuld.						
Heel onduidelijk	1	2	3	4	5	Heel duidelijk

Het is duidelijk welke informatie bij adaptieve vaardigheden moet worden ingevuld.						
Heel onduidelijk	1	2	3	4	5	Heel duidelijk

Het is duidelijk welke informatie bij participatie, sociale rollen moet worden ingevuld.						
Heel onduidelijk	1	2	3	4	5	Heel duidelijk

Het is duidelijk welke informatie bij context moet worden ingevuld.						
Heel onduidelijk	1	2	3	4	5	Heel duidelijk

Met het nieuwe rapportageblad wordt meer informatie van een kind verzameld dan met de oude manier van rapporteren.						
Helemaal oneens	1	2	3	4	5	Helemaal mee eens

Ik mis op het nieuwe rapportageblad de mogelijkheid om te rapporteren over:						
---	--	--	--	--	--	--

Ik rapporteer op het nieuwe rapportageblad nooit over:						
--	--	--	--	--	--	--

Ik werk op een jongste/midden/oudste groep en wil dit nog kwijt:						
---	--	--	--	--	--	--

Bedankt voor de moeite van het invullen. Hier kan ik weer mee verder!

Bijlage IV. Overzicht gebruikte literatuur

	Naam auteur	Jaartal	Titel	Soort literatuur	Inhoud
1.	Ambrosini Bowman	2001	Tacit knowledge: some suggestions for operationalization.	Tijdschriftartikel	Bespreking van methoden voor het expliciet maken van 'tacit knowledge'.
2.	Björvell	2002	Nursing Documentation in Clinical Practice.	Onderzoeksrapport	Doel van het onderzoek is het beschrijven en analyseren van de effecten van een interventie met betrekking tot verpleegkundige verslaglegging bij gebruikmaking van het VIPS model.
3	Biene, van	2005	Werkkader transdisciplinair werken voor het expert-/kinderdienstencentrum	Werkdocument	Beeldvorming van transdisciplinair werken. Het bieden van een werkkader voor transdisciplinair werken t.b.v. het kind en voor de organisatie. Consequenties voor het expertcentrum wanneer er transdisciplinair gewerkt wordt.
4	Biene, van	2007	Leermethode BIAM. Betekenisgestuurde interactiemethode	Internet informatie	Uitleg BIAM.
5.	Buntinx	2003	Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR model.	Tijdschriftartikel	Bespreking van de vernieuwde versie (uit 2002) van het AAMR model.
6.	Buntinx	2003	Het model als ordeningsprincipe. Toepassing van het ICF en AAMR model bij de professionele ondersteuning van mensen met een verstandelijke handicap	Bijdrage wetenschappelijk congres. Focus op onderzoek. Wetenschappelijk onderzoek t.b.v. (de zorg aan) mensen met een verstandelijke beperking	Bespreking van de ICF en AAMR en mogelijkheden van de modellen voor de praktijk en de wetenschap.
7.	Buntinx	2005	Beeldvorming en ondersteuning bij mensen met functiebeperkingen. Modellen en Methodes	Presentatie	Bespreking ICF en AAMR en hun relatie tot elkaar.
8.	CBO	1999	Herziening consensus verpleegkundige verslaglegging	Richtlijnen	Richtlijnen met betrekking tot verpleegkundige rapportage.



9.	Douma Kersten Koopman Schuurman Hoekman	2001	Het meten van 'kwaliteit van bestaan' van mensen met een verstandelijke handicap. Een overzicht van de Nederlandse instrumenten.	Tijdschriftartikel	Een overzichtsstudie van instrumenten om de 'kwaliteit van bestaan' te meten.
10.	Ehrenberg Ehnfors Thorell-Ekstrand	2003	The VIPS model: Development, validation and experience of its use	Bijdrage ACENDIO conferentie 2003	Het artikel bespreekt de ontwikkeling van het VIPS model. Het geeft een beschrijving van het model en het geeft een vergelijking met andere classificatiesystemen die binnen de verpleegkundige praktijk gebruikt worden.
11.	EMG platform	2007	Begripsomschrijving ernstig meervoudig gehandicapt	Internetinformatie	Beschrijving van de aspecten die horen bij het begrip ernstig verstandelijk en meervoudig beperkt.
12.	Fonteine Vlaskamp	2005	Eindrapport spoorzoekers. Deel 1	Onderzoeksrapport	Onderzoeksverslag van het samenwerkingsproject tussen wetenschap en praktijk om te komen tot de ontwikkeling kwaliteitscriteria voor de ondersteuning van kinderen met zeer ernstige en verstandelijke en meervoudige beperkingen. Met het onderzoek is bijgedragen aan de evaluatie van de kwaliteit van het aanbod van KDC's aan het ontwikkelen en toepassen van diagnostische instrumenten, aan de protocollering van werkwijzen en de ontwikkeling van professionele standaarden.
13.	Gordon	2000	Verpleegkundige diagnostiek: proces en toepassing	Boek	Uitwerking van de functionele gezondheidspatronen van M. Gordon.
14.	Grol Wensing	2001	Implementatie. Effectieve veranderingen in de gezondheidszorg	Boek	Informatie over de implementatie van uiteenlopende veranderingen en verbeteringen in de zorg.
15.	Hermesen Keukens Meer, van der	2001	Mensen met een verstandelijke handicap.	Boek	Praktijkleerboek voor het verplegen van mensen met een verstandelijke beperking.
16.	Inspectie gezondheidszorg	2000	Ernstig meervoudig gehandicapt, en dán?	Rapport	De complexe zorgvraag bij mensen met een ernstige meervoudige beperking vraagt gedegen multidisciplinaire inzet en een goede diagnostiek. De samenwerking tussen de betrokken medische en paramedische

					disciplines moet beter. De forse achterstand in het vaststellen van zintuigstoornissen moet worden ingehaald. Tevens is op individueel niveau een goede borging van de kwaliteit van zorg nodig. Uit het onderzoek blijkt ook dat ongeveer 60% van de instellingen de accommodatie ongeschikt is. Het gaat vooral om onvoldoende privacy in de sanitaire ruimtes, veel meerpersoons slaapkamers voor grote groepen en slechte toegankelijkheid.
17.	Inspectie gezondheidszorg	2003	Module dossiervorming	Intern rapport	De module gaat in het bijzonder over de relatie tussen het proces van de hulpverlening aan de ene en de dossiervorming aan de andere kant, vanuit het perspectief van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet geneeskundige behandelovereenkomst.
18.	Inspectie gezondheidszorg	2005	Betere dagbesteding voor mensen met een (ernstige) meervoudige beperking vereist een multidisciplinaire aanpak	Rapport	Dagbesteding voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap is de laatste jaren goed van de grond gekomen. In vergelijking met onderzoek van de inspectie uit 1999, is het aantal dagbestedingslocaties enorm toegenomen. Het komt nauwelijks meer voor dat cliënten de hele dag in hun woning blijven. Toch blijken de kwaliteitsverbeteringen nog niet structureel te zijn. Het verbeteren van de kwaliteit van de dagbesteding voor deze kwetsbare groep mensen is een moeilijk proces. Per instelling zijn de verschillen groot. Dit is vaak afhankelijk van het enthousiasme en de inzet van ondernemende medewerkers. De meeste instellingen beschikken nog niet over een heldere visie, uitgewerkt in samenhangend beleid, activiteitenprogramma's en behandelmethodes. Probleem is dat er geen duidelijk beeld bestaat van de doelgroep. Daardoor zijn er nauwelijks adequate methodieken en werkwijzen ontwikkeld. Ook is er geen

					specifieke scholing voor medewerkers. Bovendien ontbreekt het aan een multidisciplinaire aanpak. Dit alles leidt tot een ongerichte inzet van middelen. Goede beeldvorming en een toegesneden zorgvisie moeten volgens de inspectie uitgangspunt zijn voor het beleid en de uitvoering van de dagbesteding. Zolang een multidisciplinaire aanpak niet van de grond komt, zal de dagbesteding zich niet verder ontwikkelen, ondanks alle inspanningen die medewerkers zich getroosten.
19.	Iren, van Koedoot Duin	2006	Visitatieproject MCG-KDC'S. KDC Omega	Intern rapport	Verslag visitatie. Onderzoek naar de kwaliteit van zorg op KDC Omega.
20.	McGeehan	2007	Best practice in record keeping	Tijdschriftartikel	Accurate verslaglegging is vanzelfsprekend voor de professionele verpleegkundige. Dit artikel geeft een overzicht van het belang van goede verslaglegging in de verpleegkundige praktijk.
21.	Migchelbrink	2006	Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn	Boek	Handreikingen om praktijkgericht onderzoek te kunnen uitvoeren. Met opvattingen, ideeën en richtlijnen voor het opzetten en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek. Instructies en beschrijvingen voor de verschillende manieren waarop onderzoeksgegevens kunnen worden verzameld, geanalyseerd en gebruikt.
22.	Molony Maggs	1999	A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes	Review	Een systematische review waarbij de hypothese is onderzocht dat: Het plannen van zorg en/of verslaglegging hebben geen meetbaar effect op de resultaten van de patiëntenzorg. De onderzochte studies bleken allemaal van onvoldoende methodologische kwaliteit te zijn waardoor de hypothese niet verworpen noch aangenomen kon worden. Een groot onderzoek bij meerdere instellingen is aanbevolen.
23.	National Health Service	2006	Guidelines on Record-Keeping	Richtlijnen	Richtlijnen met betrekking tot verslaglegging in de gezondheidszorg door verpleegkundigen,

	Professionals				verloskundigen en andere gezondheidszorg professionals.
24.	Owen	2005	Documentation in nursing practice	Tijdschriftartikel	Accurate verslaglegging is essentieel om continuïteit te waarborgen en om anderen te kunnen informeren over de geleverde zorg en behandeling. Het artikel belicht de voordelen van goede verslaglegging en de problemen waar men tegen aanloopt bij het implementeren van effectieve verslaglegging.
25.	Petry Maes	2005	De ondersteuningsbehoeften van kinderen en jongeren met diep verstandelijke en meervoudige beperkingen aan de hand van het AAMR-model	Tijdschriftartikel	Beschrijving van de ondersteuningsbehoeften van kinderen met zeer ernstig verstandelijke en meervoudige beperkingen op de vijf hoofddimensies van de AAMR. Deze kinderen hebben dezelfde behoeften als andere kinderen op het gebied van participatie, keuzes, relaties, etc.. De behoeften van deze kinderen vragen echter om een bijzondere invulling en aanpak. Dit vraagt niet alleen een relationeel opvoedingsperspectief maar ook bijzondere kenmerken van de opvoeders en de opvoedingscontext.
26.	Poppes Vlaskamp Geeter, de Nakken	2002	The importance of setting goals: the effect of instruction and training on the technical and intrinsic quality of goals	Tijdschriftartikel	Een analyse van de technische en inhoudelijke kwaliteit van de werkdoelen die groepsleiding en therapeuten formuleren voor kinderen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. Daarnaast is het effect onderzocht van een tweedaagse cursus en een maandelijkse trainingssessie voor medewerkers op dagverblijven voor MCG kinderen. De kwaliteit van de opgestelde werkdoelen ging door deze interventie enorm omhoog.
27.	RIVM	2007	ICF overzichtspagina	Internet informatie	Korte informatie over wat de ICF inhoudt
28.	Schippers Boheemen Barnhard Carlier Losse	2005	ZIP care. ZIP care eindrapportage en verantwoording. Onderzoeksverslag over de ontwikkeling van het zelfevaluatie instrument voor de kwaliteit van de	Onderzoeksrapport	Beschrijving van het project om te komen tot de ZIP care. Een instrument waarmee professionals in de zorg hun eigen zorgplannen kunnen meten op kwaliteit.

			zorgplannen.		
29.	Urquhart Curell	2003	Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes	Review	De verschillende manieren van het bijhouden van verpleegkundige dossiers kunnen mogelijk efficiënter en hebben mogelijk invloed op de ervaring van de patiënt m.b.t. de zorg. Hoewel er veel studies gedaan zijn, zijn er maar een paar die zorgvuldige vergelijkingen hebben gemaakt. De studies laten zien dat rapportages in beheer van de patiënt, populair zijn bij patiënten. Verschillende structuren in het bijhouden van verpleegkundige dossiers laten kleine verschillen zien in de praktijk maar dit zijn studies met een kleine onderzoekspopulatie. De introductie van het EPD voldoet niet aan de verwachtingen en laat zien dat het belangrijk is om verpleegkundigen mee te laten denken over de invoering van ieder nieuw systeem.
30.	Urquhart Curell	2005	Reviewing the evidence on nursing record systems	Review	Het doel van dit artikel is het onderzoek naar de relatie tussen de verpleegkundige praktijk en de verslaglegging. Het onderzoek schetst de belangrijkste ontdekkingen van een systematische review over verpleegkundige dossiers, het bespreekt de aanwijzingen van de geïnccludeerde studies die het EPD vergelijken met de papieren dossiers. Kwalitatief onderzoek naar verpleegkundige dossiers en andere vormen van verslaglegging zijn vergeleken om de vragen over de wijze van rapporteren te kunnen beantwoorden (gestandaardiseerd vs vrije tekst en welke verslaglegging, bij welke vorm van hulpverlening). Er is gekeken naar voorkomende gevallen waarin informatie niet formeel mag en kan worden vastgelegd en het effectief organiseren van een verpleegkundig

					dossier. De conclusie is dat er meer onderzoek nodig is om al deze vragen te beantwoorden. Het lijkt erop dat digitalisering niet altijd de verwachte uitkomsten geeft. Het effect op de resultaten van de patiëntenzorg is onduidelijk.
31.	Vlaskamp Blokhuys Ploemen	1996	Gewoon bijzonder. Opvoeden van kinderen met een ernstige meervoudige handicap.	Boek	Voor begeleiders en opvoeders is het niet eenvoudig om in te spelen op de mogelijkheden en behoeften van kinderen met een ernstige meervoudige handicap. Om opvoeders te helpen de behoeften van kinderen met een ernstige meervoudige handicap te onderkennen en daarop te reageren werd het opvoedingsprogramma ontwikkeld. Beschreven wordt aan de hand van voorbeeldsituaties het planmatig en doelgericht opvoeden volgens het opvoedingsprogramma.
32.	Vlaskamp	1999	Een eigen perspectief. Een programma voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen	Boek	Beschrijving wat het in de loop van de jaren ontwikkelde opvoedingsprogramma inhoudt en hoe het kan worden gebruikt in de dagelijkse praktijk. Ook wordt beschreven op welke wijze de overstap gemaakt kan worden van een bestaande manier van werken naar het opvoedingsprogramma.
33.	Zelm, van der	1998	Gordon's functionele gezondheidspatronen. Een hulpmiddel bij de verpleegkundige anamnese	Boek	Bespreking van het ordeningsprincipe van de functionele gezondheidspatronen van Gordon toegepast op verpleegkundige diagnostiek bij het verzamelen van gegevens tijdens de verpleegkundige anamnese.

34.	Zijlstra Vlaskamp Fonteine	2004	De invloed van gezondheidsproblemen op het dagprogramma van kinderen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen	Tijdschriftartikel	Analyse van de invloed van gezondheidsproblemen op de dagelijkse begeleiding van kinderen met (zeer) ernstige en meervoudige beperkingen in kinderdagcentra. Gezondheidsproblemen van deze kinderen beïnvloeden het dagprogramma zodanig dat begeleiders niet aan doelen werken en dat er geen alternatief dagprogramma wordt aangeboden. Hierdoor is er een hoog risico op lege uren.
-----	----------------------------------	------	--	--------------------	---



Bijlage V. Subsidieaanvraag ZONMW