

Effectieve en patiëntgerichte zorg tijdens de opnameprocedure

Implementatie van een opnameprotocol

Beau Gelissen
VO 403B

Docentbegeleider: Tineke Schoot
Tweede beoordelaar: Monique Du Moulin

Werkbegeleiders: Marcel Schulpen & Ilse van Goor
Opdrachtbegeleider: Frank Moors
Praktijkbegeleider: Kelly Maas

Werkplek: Mondriaan Maastricht
Afdeling de Hage, psychiatrische volwassenenzorg

Hogeschool Zuyd te Heerlen
HBO-V, Faculteit Gezondheidszorg
Uitstroomprofiel: GGZ
Kwalificatiegebied: Primair proces

Datum: 6 juni 2014

Samenvatting

Deze bachelor thesis *'Effectieve en patiëntgerichte zorg tijdens de opnameprocedure'* beschrijft de implementatie van een opnameprotocol op de psychiatrische volwassenenzorg afdeling de Hage van GGZ-instelling Mondriaan Maastricht. De aanleiding was de verandering die eind 2013 werd ingevoerd op afdeling de Hage. Aan een van oorsprong chronische psychiatrische volwassenen afdeling, werd een opname-onderdeel toegevoegd. Deze verandering bracht de volgende probleemstelling met zich mee: het ontbreken van een gestructureerde werkwijze om een opnameprocedure efficiënt, patiëntgericht en veilig te laten verlopen. Doelstelling van de thesis was om de efficiëntie, patiëntgerichtheid en veiligheid tijdens de opnameprocedures te verbeteren. Centraal in deze thesis staat de volgende hoofdvraag: *'Op welke wijze kan het opnameprotocol ontwikkeld en geïmplementeerd worden op afdeling de Hage, zodat opnames van volwassen psychiatrische cliënten op een efficiënte, patiëntgerichte en veilige manier verlopen?'* De implementatiecyclus van Grol & Wensing (2013) was de basis van deze thesis. De cyclus bestaat uit zes stappen die gericht zijn op het planmatig verbeteren van patiëntenzorg en behoud ervan binnen bestaande routines. Allereerst werd er een voorstel voor verbetering gedaan en werd de wenselijke zorg in kaart gebracht aan de hand van verdieping in de literatuur. De literatuur werd gezocht in PubMed, Google Scholar, Science Direct en Google. Vervolgens wordt de feitelijke zorg in kaart gebracht met behulp van kwalitatief onderzoek en werden doelen geformuleerd. Interviews werden door middel van topics afgenomen bij de verpleegkundig specialist, een verpleegkundige en een cliënt. Belanghebbenden waren de cliënten, het verpleegkundig team, behandelaren en Mondriaan Zorggroep. Het openstaan voor een nieuwe werkwijze door het team was de belangrijkste bevorderende factor bij de implementatie van het protocol. Belemmerende factoren waren het ontbreken aan kennis van opnameprocedures en een officiële ontvangstruimte. In het implementatieplan werden interventies opgenomen en uitgevoerd zoals het ontwikkelen van het opnameprotocol, het coachen van collega's en het inzetten van opinieleiders. In de evaluatie werd een enquête besproken, die de proces- en resultaatdoelen evalueert. In de aanbevelingen werd aangeraden afdelingsregels op schrift te zetten, cliëntenevaluaties uit te voeren, de evaluatie van de proces- en resultaatdoelen uit te voeren en één keer per jaar een digitale evaluatie omtrent de opnameprocedure te realiseren. De gevonden literatuur kan ter discussie gesteld worden. Er waren weinig epidemiologische gegevens bekend over opnameprocedures in de GGZ. Geconcludeerd zou kunnen worden dat de implementatie van de interventies in het kader van verbetering van de opnameprocedure systematisch en op maat voor de afdeling zijn verlopen. De verwachting is dat de interventies verbetering zullen aanbrengen in het efficiënt, patiëntgericht en veilig verlopen van de opnames op afdeling de Hage.

Summary

This bachelor thesis, 'Effective and patient centred care during the admission procedure', describes the implementation of an admission protocol for ward 'de Hage' at mental health care institute Mondrian Maastricht. A change that came into practice at the end of 2013 at 'de Hage' ward is the motivation. An admission section was added to this original chronic psychiatric ward for adults. This change created the next problem: the lack of a structured approach to perform an efficient, patient orientated and safe admission. The aim of this thesis was improve the admission procedure efficient, patient orientated and safe manner. The central question of the thesis is: 'How can the admission procedure be developed and implemented on 'de Hage' ward in an efficient, patient orientated and safe style?' The implementation cycle of Grol & Wensing (2013) was the base for this thesis. This cycle possesses six steps that are directed on the planned improvement of the patient care and the maintenance within the current routines. First there was a proposal for improvement made, together with a literature based evaluation of the desirable care and there were goals formulated. Literature was search by PubMed, Google Scholar, Science Direct en Google. Additionally, the actual care was investigated by a quality examination. The nurse practitioner, a nurse and a client were interviewed by different topics. Stakeholders are the clients, the nursing team, the car provider and Mondriaan care group. The will to stand open for the new approach by the nurses was the most promoting factor for implementing the protocol. Obstructing factors were the lack of knowledge and the absence of a reception room. In the implementation plan were interventions added and accomplished such as the improvement of an admission protocol, the coaching of colleagues and the use of opinion leaders. A questionnaire on the process and result goals was used for evaluation. The recommendation advises to clearly state the ward rules, perform client evaluations, to evaluate the process and result goals and realise an annual digital evaluation about the admission procedure. The available literature can be argued, since there were less epidemical results known for admission procedures in the mental health care. In general it can be concluded that the implantation of interventions that would improve the admission procedure, went systematically and customized at the ward. Based on this one can expect that the interventions will improve the efficient, patient orientated and safe admissions at 'de Hage'.

Voorwoord

Voor u ligt mijn bachelor thesis, het eindproduct van de driejarige HBO-V opleiding. De thesis beschrijft het implementatietraject van een opnameprotocol op een langdurig open afdeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor volwassenenzorg, afdeling de Hage. De ontwikkeling van het opnameprotocol en het schrijven van de thesis stonden centraal tijdens het verdiepingsjaar.

Tijdens het schrijven van de thesis heb ik gebruik gemaakt van producten uit de differentiatie 2 en de major 1 zoals de praktijkproef (Gelissen, 2013a) en de literatuurstudie (Gelissen, 2013b). De beschrijving van de wenselijke situatie is tot stand gekomen door gebruik te maken van de literatuurstudie en de praktijkproef. De feitelijke situatie en de probleemanalyse zijn geschreven aan de hand van de praktijkproef.

Graag zou ik een aantal personen willen bedanken die hebben bijgedragen aan schrijven van de bachelor thesis:

Stafverpleegkundigen Laetitia Campisi en Pascal Vermeulen, omdat zij mij de ruimte hebben gegeven om op de afdeling te werken aan de bachelor thesis. Tevens hebben zij het team alert gemaakt op het ontbreken van een gestructureerde werkwijze tijdens de opnameprocedure.

Opdrachtbegeleider (eerste competentie verpleegkundige) Frank Moors, voor zijn steun en input tijdens het implementatietraject.

Werkbegeleiders (verpleegkundigen) Marcel Schulpen en Ilse van Goor voor de steun gedurende het hele stagejaar.

Het verpleegkundig team van afdeling, omdat zij open stonden om een nieuwe werkwijze eigen te maken. Ook waren zij bereid kritisch te zijn over hun eigen handelen en stonden zij open voor feedback.

Docentbegeleider Tineke Schoot en medestudenten, vanwege hun kritische blik met als doel mijn bachelor thesis naar een hoger plan te tillen.

De werkgroep 'opname', voor de tijd en energie die zij gestoken hebben om kennis van collega's omtrent opnames en het opnameprotocol te vergroten. De werkgroep heeft bijgedragen aan het succesvol laten verlopen van het implementatie traject.

Beau Gelissen.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Summary	2
Voorwoord	3
Inleiding.....	5
1.1 Voorstel voor verandering: Invoering van een opnameprotocol.....	8
1.2 Methode	9
1.3 Analyse van de wenselijke zorg	9
1.3.1 De WGBO	9
1.3.2 Communicatie en informatie tijdens opname	11
1.3.3 De wenselijke situatie vanuit patiëntenperspectief	14
1.3.4 De wenselijke situatie volgens het perspectief van de instelling (Mondriaan).....	15
1.3.5 Opnameprotocollen en de uitgangspunten	16
Conclusie.....	18
Hoofdstuk 2: Analyse van de feitelijke zorg.....	20
2.1 Methode	20
2.2 De feitelijke situatie	20
2.4 Vergelijking van de feitelijke- en wenselijke zorg	23
2.3 Formuleren van implementatiedoelen	25
Conclusie.....	26
Hoofdstuk 3: Probleemanalyse doelgroep en setting	27
3.1 Methode	27
3.2 Belangen en doelen van betrokkenen.....	27
3.3 Bevorderende en belemmerende factoren	28
3.4 Kenmerken doelgroep	29
Conclusie.....	29
Hoofdstuk 4: Ontwikkeling van strategieën voor verbetering.....	30
4.1 Methode	30
4.2 De exploratieve methode	30
4.3 Verbeteringsstrategieën van de EPOC	31
4.3.1 Professionalgerichte interventies	31
4.3.2 Organisatorische interventies	33
Conclusie.....	33
Hoofdstuk 5: Implementatieplan.....	34
Hoofdstuk 6: Evaluatie.....	36
6.1 Evaluatie van structuurdoelen	37
6.2 Evaluatie van proces- en resultaatdoelen.....	38
6.3 Resultaten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Discussie	40
Aanbevelingen	42
Conclusie.....	43
Bijlagen 1 t/m 12.....	44

Inleiding

In Nederland maken jaarlijks 10% van alle psychiatrische patiënten gebruik van de 32.000 opnameplekken in Nederland. (Trimbos, 2011). De Nursing Interventions Classification (2010) omschrijft het begrip opname als volgt: 'De patiënt voorbereiden op een verblijf in de zorginstelling'. Het voorbereiden en uitvoeren van deze opnames vraagt om een specifieke zorgvuldige aanpak. De Library of Congress Cataloging-in-Publication Data (2003) stelt zelfs dat de ervaring van de cliënt tijdens de opnameprocedure van invloed is op het effect van behandeling. Op de psychiatrische volwassen afdeling de Hage neemt het aantal opnames op dit moment toe. De afdeling is van oorsprong een chronische afdeling, maar sinds januari 2014 is er één woonvorm omgevormd tot opnameafdeling. Verpleegkundigen zullen met een andere cliëntenpopulatie gaan werken, wat vraagt om een efficiëntere en zorgvuldige werkwijze. Dit is de aanleiding voor het schrijven van deze thesis. De probleemstelling is het ontbreken van een gestructureerde werkwijze om een opnameprocedure efficiënt, patiëntgericht en veilig te laten verlopen. Het ontbreken van een gestructureerde werkwijze tijdens opname kunnen gevolgen hebben voor de opname van de cliënt. Volgens Voskes, Theunissen en Widdershoven (2011) zijn de eerste vijf minuten van opname beslissend voor de kwaliteit van de verdere relatie tussen verpleegkundigen en cliënt. Doelstelling van deze thesis is om opnames op een zo efficiënt, patiëntgericht en veilige manier te laten verlopen door de implementatie van een opnameprotocol. Volgens Slagter (2013) heeft het hanteren van protocollen een aantal voordelen. Zo dragen protocollen bij aan efficiënt werken, bewaken zij institutionele, maatschappelijke en professionele normen, wordt verpleegkundig handelen expliciet gemaakt en dragen ze bij aan het evalueren van zorgprocessen. Centraal in dit stuk staat de volgende hoofdvraag: 'Op welke wijze kan het opnameprotocol geïmplementeerd worden op afdeling de Hage, zodat opnames van volwassen psychiatrische patiënten op een efficiënte, patiëntgerichte en veilige manier verlopen?'. De volgende deelvragen volgen uit de hoofdvraag en worden elk apart beantwoord in een hoofdstuk in de volgende volgorde:

- Hoe ziet het voorstel van verandering en de wenselijke situatie uit voor afdeling de Hage?
- Hoe ziet de feitelijke situatie omtrent opnames uit op afdeling de Hage en welke verbeterdoelen kunnen naar aanleiding van de vergelijking van de wenselijke en feitelijke situatie worden geformuleerd?
- Welke bevorderende en belemmerende factoren kunnen van invloed zijn tijdens het implementatieproces?

- Welke implementatiestrategieën en – interventies kunnen bijdragen aan het succesvol en daadwerkelijk implementeren van het opnameprotocol en hoe kunnen deze uitgevoerd worden?
- Op welke wijze worden de implementatiedoelen geëvalueerd?

Elke deelvraag vindt zijn basis in de zes stappen van de implementatiecyclus van Grol en Wensing (2011). In hoofdstuk 1 wordt de eerste stap ‘ontwikkeling voorstel voor verbetering’ doorlopen en wordt de wenselijke situatie in kaart gebracht. In hoofdstuk 2 is de feitelijke situatie in kaart gebracht aan de hand van interviews. Hoofdstuk 3 gaat in op de probleemanalyse. Belemmerende en bevorderende factoren op afdeling worden belicht. In hoofdstuk 4 worden er implementatiestrategieën en interventies gekozen om de implementatie van het opnameprotocol succesvol en daadwerkelijk te laten slagen. Hoofdstuk 5 geeft een schematische weergave van de planning van de interventies. In hoofdstuk 6 wordt er door middel van procesevaluatie teruggeblikt op de implementatie en zullen voorlopige resultaten besproken worden. Ten slotte staat in de nabeschuiving een discussie, conclusie en aanbeveling. Het reflectieverslag is te vinden in de bijlagen.

Implementatiemodel Grol & Wensing

Het implementeren van een protocol is een intensief project. Om een implementatieproces zo effectief mogelijk te laten verlopen hebben Grol & Wensing (2013) een implementatiemodel opgesteld bestaande uit 6 stappen. Het model is gericht op het optimaliseren van de patiëntenzorg, waarbij de nadruk ligt op het primaire zorgproces. Dit wordt gedaan aan de hand van nieuwe inzichten, werkwijzen, wetenschappelijk onderzoek of goede ervaringen in de praktijk. De stappen zullen kort worden toegelicht. In stap 1, voorstel voor verbetering, wordt de aanleiding voor verbeterpunten in de praktijk in kaart gebracht. Tevens wordt er in de literatuur gezocht hoe de wenselijke situatie eruit ziet omtrent het onderwerp. In stap 2, wordt de feitelijke situatie in de praktijk in kaart gebracht en worden verbeterdoelen gesteld. Dit is een belangrijke stap. 'Inzicht in de kwaliteit en veiligheid van de feitelijke zorgverlening is de basis voor het bewerkstelligen van een verandering in de zorg.' (Grol & Wensing, 2013). In stap 3 wordt een probleemanalyse uitgevoerd en factoren die het implementatieproces kunnen beïnvloeden worden in kaart gebracht. In stap 4, 'ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën', worden er interventies uitgekozen en uitgevoerd die aansluiten op de beïnvloedende factoren uit stap 3. 'Idealerweise werden vervolgens strategieën of maatregelen gekozen of ontwikkelt die so goed mogelijk aansluiten bij de resultaten van de diagnostische analyse.' (Grol & Wensing, 2013). In stap 5 wordt er een implementatieplan opgesteld, waarin is opgenomen wanneer, hoe en met wie de interventies uit stap 4 worden uitgevoerd. In stap 6 worden de verbeterdoelen uit stap 2 geëvalueerd. Er zal gekeken worden of de doelen behaald zijn en of de implementatie bijgesteld moet worden.

Hoofdstuk 1: Voorstel voor verbetering

De eerste stap in het implementatieproces van Grol & Wensing (2011) is de ontwikkeling van een voorstel voor verbetering van de patiëntenzorg. Er wordt een concreet voorstel voor verandering opgesteld waarin een nieuwe procedure, werkwijze, protocol etc. wordt ontwikkeld of uitgekozen voor implementatie. Volgens Grol & Wensing (2011) is het onderwerp van een voorstel meestal een niet al te gemakkelijk te implementeerbare werkwijze, wat veroorzaakt kan worden door ontoegankelijkheid of onduidelijke weergave van de inhoud van zo'n werkwijze. Gezien dit feit is een concreet en duidelijk voorstel voor verandering de basis voor een goede start van het implementatieproces. In het voorstel wordt er aangegeven wat er geïmplementeerd gaat worden en welke verbetering er nagestreefd gaat worden. De volgende deelvraag zal in dit hoofdstuk beantwoord worden: 'Hoe ziet het voorstel van verandering en de wenselijke situatie uit voor afdeling de Hage?'

1.1 Voorstel voor verandering: Invoering van een opnameprotocol

Allereerst zal er in deze paragraaf in een casusschets de structuur en organisatie van afdeling de Hage besproken worden. Daarna zal de innovatie die op de afdeling geïmplementeerd wordt aan bod komen. Afdeling de Hage in Vijverdal is van oorsprong een open, chronische, psychiatrische afdeling. De afdeling bestaat uit negen woonvormen, die gelegen zijn naast de kliniek. Veranderingen in organisatie en zorgverlening leiden tot aanpassingen op de Hage met betrekking tot de doelgroep. Op dit moment is een van de negen huisjes getransformeerd van chronische woonvorm tot een verblijfplek voor kortdurende opnames. Patiënten in zorg bij een wijkteam zullen voor een kortdurende, meestal vrijwillige opname, geplaatst worden in dit huisje. Dit brengt met zich mee dat er meer dynamiek gaat ontstaan in de cliëntenpopulatie en er andere interventies door het verpleegkundig team zal moeten worden ingezet. Er zullen aanzienlijk meer opnames en ontslagen plaatsvinden dan voorheen. Op dit moment bestaat er op de Hage nog geen gestructureerde werkwijze (bv. protocol, checklist of *pathway*), die verpleging kan hanteren tijdens opnames. Opnames bestaan vaak uit een reeks handelingen die niet altijd hun grondslag vinden in *evidence based practice*. Uit gesprekken met het verpleegkundig team is naar voren gekomen dat een opnameprotocol wenselijk zou zijn. Met behulp van het implementatiemodel van Grol & Wensing zal er een opnameprotocol geïmplementeerd worden. Er wordt gekozen voor een protocol, omdat deze werkwijze verpleegkundige specifieke handvatten geeft om verbetering aan te brengen in de opnameprocedure op de Hage. 'Waar een richtlijn meestal globale aanbevelingen geeft voor het handelen bij bepaalde aandoeningen of klachten, regelen protocollen en *pathways* de zorg in een specifieke setting in detail.' (Grol & Wensing 2011). Hoofddoel van het implementatieproces

is om het verpleegkundig team concrete handvatten te geven om een opnameprocedure op een zo volledig, efficiënte en cliëntgerichte manier te laten verlopen.

1.2 Methode

In dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van zowel wetenschappelijke- als conceptuele literatuur. Bij het zoeken van geschikte wetenschappelijke literatuur is er van de volgende zoektermen gebruik gemaakt: 'admission', 'nurse', 'psychiatry', 'communication', 'mental health', 'patient satisfaction', 'pathway', 'pathway admission', 'mental health care'. Er werd gebruik gemaakt van de zoekmachines Science Direct, Google Scholar , Google en PubMed. De volgende inclusiecriteria zijn gebruikt: <10 jaar, westerse landen, engels of nederlandstalig. De conceptuele literatuur bestond uit de Nursing Intervention Classification en de Psychiatric Nursing: Contemporary Practice. De wetenschappelijke literatuur bestond uit twee best practices, een kwalitatief onderzoek en een patiënttevredenheidsonderzoek. Best practices staan als een na laatst in de piramide van evidence based practice (EBP). Het kwalitatief onderzoek neemt een hogere plek in, de 6^{de} plek. Het patiënttevredenheidsonderzoek staat onderaan de piramide van EBP.

1.3 Analyse van de wenselijke zorg

Om de wenselijke zorg te analyseren wordt er in deze paragraaf een onderscheid gemaakt tussen de wenselijke situatie vanuit de verpleegkundige, de cliënt en de instelling. Om de wenselijke situatie vanuit verpleegkundig perspectief te analyseren wordt er gekeken naar de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en principes van communicatie en informatie tijdens opnames. De wenselijke situatie vanuit patiëntenperspectief wordt geanalyseerd aan de hand van een patiënttevredenheidsonderzoek en conceptuele literatuur. De visie van de instelling wordt belicht door het standaardprotocol van Mondriaan te bespreken. Ten slotte worden er in deze paragraaf internationale opnameprotocollen besproken.

1.3.1 De WGBO

De belangrijkste aspecten uit WGBO die van toepassing zijn tijdens een opnameprocedure worden in deze paragraaf toegelicht.

'Informatieplicht

De informatieplicht van de hulpverlener, zoals omschreven in de WGBO, houdt in dat de verpleegkundige de patiënt op de hoogte moet stellen van een aantal zaken die te maken hebben met de behandeling, onderzoek en over de ontwikkelingen van het onderzoek, behandeling en toestandbeeld. Dit betekent concreet dat de verpleegkundige het volgende bespreekt met de patiënt: de aarde en het doel van de behandeling, de te verwachten

gevolgen en de risico's van de behandeling, de gevolgen en risico's in het geval dat patiënt niet akkoord gaat met behandeling, alternatieven, het toestandbeeld en de vooruitzichten m.b.t. het toestandbeeld van de patiënt.

Toestemmingsvereiste

Om het behandelplan op te stellen en uit te voeren is toestemming van de patiënt vereist. Deze toestemming door de patiënt dient wilsbekwaam te zijn gegeven en er moet sprake zijn van een goede informatieverstrekking (*informed consent*). In twee gevallen mag toestemming door de verpleegkundige verondersteld worden. Ten eerste mag toestemming verondersteld worden als de handeling niet ingrijpend is. (Bv. bloeddruk meten.) Ten tweede mag van toestemming uitgegaan worden als de er sprake is van ernstig nadeel voor de patiënt indien de behandeling niet wordt uitgevoerd, wanneer de patiënt niet in staat om toestemming te geven. (Bv. bij bewustzijnsverlies).

Dossierplicht

De verpleegkundige heeft de plicht een dossier bij te houden van de patiënt. Dit begint al bij de opname. De verpleegkundige mag alleen rapporteren over de gezondheid van de patiënt en zijn verklaringen. Subjectieve aantekeningen dienen buiten het dossier gelaten te worden, tenzij deze van belang kunnen zijn bij de kwaliteit en continuïteit van de zorg. De patiënt heeft daarbij recht op inzage en afschrift van het dossier. Is de opgenomen patiënt het niet eens met de feitelijkheden uit het dossier, dan heeft hij/zij recht op correctie en aanvulling van het dossier.

Geheimhoudingsplicht

'De toestemming van de patiënt is vereist om inlichtingen over hem, inzage in of afschrift van de bescheiden van zijn dossier te verstrekken aan eenieder die niet rechtstreeks betrokken is bij de behandeling. Uitzonderingen hierop zijn:

- Wettelijke plicht (therapeutische exceptie, melding in verband met Infectieziektewet etc.);
- Noodtoestand (art. 40 Strafrecht) in de zin van conflict van plichten
- Zwaarwegend belang'. (GGZ Nederland, 2013)

De hulpverlener schat in elke situatie in welke informatie er gegeven moet worden aan de ander. Zo kan het tijdens een opname zijn dat familieleden of bekenden van de patiënt informatie willen verkrijgen. De wilsbekwame patiënt zal hier dan eerst toestemming voor moeten geven.

Wilsonbekwaam

Iemand is wilsbekwaam, tenzij bewezen kan worden dat dit niet zo is. De verpleegkundige beoordeelt de wilsbekwaamheid van de patiënt door zich af te vragen of de patiënt bekwaam is op dat moment een beslissing te nemen. Is de patiënt wilsonbekwaam, dan wordt er een vertegenwoordiger aangewezen. Is er geen curator of mentor, dan zal in de volgende

volgorde een patiënt vertegenwoordigd worden: 1. De persoon die schriftelijk gemachtigd is door de patiënt 2. De partner/echtgenoot 3. Ouder, kind, broer, zus. (GGZ Nederland, 2013).

Goed hulpverlener

De plicht 'goed hulpverlener' belicht de werkzaamheden van de zorg van de verpleegkundige. GGZ Nederland (2013) geeft aan dat jurisprudentie hierover het volgende zegt: 'Dit betekent dat hij de zorg moet betrachten die de redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht'. (Gelissen, 2013b)

1.3.2 Communicatie en informatie tijdens opname

'Allereerst worden de algemene principes van communicatie en informatie tijdens de opname besproken. 'Communicatie met een psychiatrische cliënt vraagt vaak om een andere benadering of werkwijze van communicatie. De verpleegkundige stemt haar communicatie af op het ziektebeeld. Het type ziektebeeld is bepalend voor de wijze van communicatie door de verpleegkundige. Mensen die veel angst ervaren hebben vaak een korte spanningsboog, waardoor concentratie van korte duur is. Volgens Boyd (2008) kan de verpleegkundige dan het beste korte, eenvoudige zinnen of vragen gebruiken. Cliënten met een depressie articuleren hun gevoelens moeizaam of hebben een trager denkniveau. Zij kunnen soms langzamer reageren op vragen. De verpleegkundige doet er dan goed aan volgens Boyd (2008) om empathisch te reageren en momenten van stilte te bieden. Daarbij is het bekend dat mensen met een depressie vaak overgeneraliseren. De verpleegkundige kan dan de cliënt vragen meer specifiek te zijn en voorbeelden te formuleren. Ten slotte geeft Boyd (2008) als advies om bij mensen met psychotische symptomen zinnen kort te houden. Vanwege hallucinaties of wanen is het lastig voor cliënten in een psychose zich te kunnen concentreren tijdens een gesprek. Ook het specificeren van termen die door psychotische cliënten gebruikt worden als 'hen' of 'zij' kan het denken en communiceren van de cliënt bevorderen. In een kwalitatief onderzoek naar het belang van relaties in de geestelijke gezondheidszorg, werden ervaringen van zorggebruikers in het Verenigd Koninkrijk onderzocht. Communicatie kreeg een belangrijke rol in het onderzoek. Alle deelnemers gaven hoge prioriteit aan communicatie. Drie aspecten van communicatie werden belicht: luisteren, praten en begrijpen. Het onderdeel luisteren werd door de deelnemers gezien als een belangrijk aspect. 'Listeners who were open, non-judgemental and not patronising were valued'. (Gilburt, Rose, Slade, 2008). Aan het onderdeel praten gaven de deelnemers de hoogste prioriteit. 'Talking was describes as therapeutic, but only if the service user was listened to and understood'. Ten slotte werd door Gilburt et al. (2008) geconcludeerd dat positieve ervaringen in communicatie leidden tot betere samenwerking.' (Gelissen, 2013b).

Na het bespreken van de algemene principes van communicatie en informatie, wordt er overgegaan op concrete communicatieve principes gedurende de opnameprocedure. Ook worden er een model voor communicatie besproken.

'Eerste vijf minuten bij opname

De eerste vijf minuten bij opname zijn volgens Voskes, Theunissen en Widdershoven (2011) beslissend voor de kwaliteit van de verdere relatie tussen verpleegkundigen en cliënt. De manier waarop de verpleegkundige de cliënt bejegt en de manier waarop er contact gemaakt wordt is het meetinstrument voor het contact tussen beide partijen. Deze fase van opname is voor de cliënt belang, omdat de cliënt tijdens de eerste vijf minuten inzicht krijgt op persoonlijke eigenschappen van de verpleegkundige: 'betrouwbaarheid, inschattingsvermogen en een respectvolle benadering.' (Voskes et al., 2011, p. 8). De verpleegkundige zal zich hier bewust van moeten zijn. Zorgvuldig handelen is hierbij essentieel. Volgens Voskes et al. (2011) zijn de volgende interventies onderdeel van zorgvuldig handelen door de verpleegkundige:

- voorbereiding op de opname
- de ontvangst van de cliënt
- de introductie van de cliënt (op de afdeling)
- regelzaken

In een onderzoek naar de kwaliteit van psychiatrische opnames in 12 Europese landen, uitgevoerd door de Europese Commissie, werd het belang van goede communicatie tijdens opname benadrukt. 'Communication must be adequate for the clinical state of the patient, and information should be clearly given during each step of the procedure: patients should be clearly informed about their rights, diagnosis, prognosis and treatment.' (Fiorillo et al., 2010).

Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman (2010) noemen in de Nursing Intervention Classifications (NIC) twee interventies die van belang zijn bij de eerste vijf minuten van opname. Dit zijn 'admission care' en 'crisis intervention'. Bij de interventie 'admission care' komt eveneens de volgende onderdelen aanbod: het introduceren van de cliënt op de afdeling, de ontvangst van de cliënt en het voorbereiden op de opname. De bejegening van de cliënt wordt beschreven tijdens de 'crisis intervention'. Voskes, Theunissen en Widdershoven (2011) benoemen dat er sprake moet zijn van een respectvolle, betrouwbare benadering jegens cliënt. Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman (2010) concretiseren deze benadering in de volgende belangrijke activiteiten:

- Schep een ondersteunend klimaat en veilig toevluchtsoord
- Moedig de cliënt aan zijn gevoelens op niet-destructieve wijze te uiten

- Help de cliënt na te gaan over welke capaciteiten hij beschikt die hij kan wenden om de crisis te overwinnen
- Help de cliënt te beslissen welke actie hij het beste kan nemen

Ten slotte bevestigt de Library of Congress Cataloging-in-Publication Data (2003) bovenstaande beweringen en voegt daar nog het volgende aan toe (p.14): 'The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) requires that each patient have an admission assessment performed by a registered nurse. During this assessment, the nurse must prioritize the patient's needs, and she should always be conscious of the patient's levels of fatigue and comfort.'

De eerste vijf minuten bij de start van de dienst

De eerste vijf minuten van de start van de dienst is een belangrijke fase van een opname. In de praktijk wordt dit vaak onderschat en niet structureel gehanteerd. Volgens Voskes et al. (2011, p. 9) gaat het principe er vanuit dat het eerste contact met verpleegkundige essentieel is voor de kwaliteit van de (toekomstige) band die ontstaat tussen verpleegkundige en cliënt. De volgende handelingen staan centraal tijdens 'de eerste vijf minuten bij de start van de dienst':

- Persoonlijke, actief contact leggen met de cliënt
- Verpleegkundige dient altijd aanspreekbaar en aanwezig te zijn op de afdeling
- Maken van een werkverdeling waarin wordt opgenomen welke verpleegkundige verantwoordelijk is voor welke cliënt

Het volgende model kan communicatie tijdens de opnameprocedure bevorderen: Function Assertive Community Treatment (FACT). Een Function Assertive Community Treatment begeleiden mensen met een ernstig psychiatrische aandoening in zowel te thuissituatie als tijdens opname in de kliniek. Mondriaan maakt ook gebruik van deze FACT-teams ook wel wijkteams genoemd. FACT-teams zijn multidisciplinaire teams bestaande uit o.a. een psychiater, spv'er, casemanager etc. Om communicatie en informatieoverdracht tussen behandelaar, verpleegkundige en cliënt te bevorderen, is het van belang dat er een goede samenwerking bestaat tussen deze partijen. Volgens Voskes et al. (2011) is het cruciaal voor de behandelingsrelatie dat iemand van het FACT-team aanwezig is tijdens de ZAG-gesprekken, dus ook tijdens het opnamegesprek. In het gesprek kan helderheid worden gegeven over de opname. Dit bevordert de communicatie, elke partij is op de hoogte van wat besproken is tijdens het gesprek.' (Gelissen, 2013b).

1.3.3 De wenselijke situatie vanuit patiëntenperspectief

'Brunero, Lamont en Fairbrother (2009) deden een belangrijk onderzoek naar patiënttevredenheid in de geestelijke gezondheidszorg met als doel het aanbrengen van verbeteringen. De patiënttevredenheid omtrent de ontvangen zorg werd getoetst door middel van 70 ingevulde vragenlijsten. De kernpunten van de vragenlijsten waren: kwaliteit van de zorg, staf, ontslag, omgeving en faciliteiten. Patiënten gaven in een algemene score een 6.8 (op een schaal van 0 t/m 10) voor tevredenheid tijdens de opname. Echter, een aantal punten waren zorgwekkend. Zo gaven 53% van de patiënten aan dat hun rechten en verantwoordelijkheden in de geestelijke gezondheidszorg niet aan hen was uitgelegd. Dit onderdeel scoorde het laagst van de punten uit de vragenlijsten. Ten tweede gaf 64%, ook een vrij laag percentage, aan dat de reden voor opname niet aan hen was uitgelegd. Deze twee gegevens zijn belangrijke aspecten van de opnameprocedure. Brunero et al. (2009) hebben deze gegevens verwerkt in een protocol (*pathway*) voor een opname-ontslagprocedure. Dit protocol onderscheidt drie fasen in het opname- en ontslagproces: vroege opname, crisisstabilisatie en transitie. Brunero et al. (2009) formuleerde de volgende onderdelen als sleutelcomponenten voor een efficiënte en volledige opname- en ontslagprocedure: rondleiding en oriëntatie op de afdeling, de reden voor opname wordt uitgelegd en besproken, uitleg omtrent handelen in geestelijke gezondheidszorg, inspraak in beslissingen gedurende de behandeling en betrokkenheid van familieleden. Deze onderdelen dragen bij aan een hoger patiënttevredenheid. Brunero et al. (2009) stellen dan ook dat een opname- en ontslagprocedure een cruciaal gebied in de zorg is waar patiënttevredenheid 'gewonnen of verloren' wordt. Brunero en medeonderzoekers stelden een aantal componenten op die onderdeel moeten zijn van een opnameprocedure om patiënttevredenheid te verhogen. (Gommers, Van Audenhove & Van Ertvelde (2010) sluiten

zich hierbij aan. Zij stellen dat patiëntenparticipatie centraal staat in de verleende zorg. Hier moet volgens hen tijdens de opname een eerste stap worden gemaakt. De verpleegkundige en arts stellen de zorg zo goed mogelijk op de cliënt af, door na te gaan wat de verwachtingen en behoeften zijn van hem of haar. Dit gaat samen met de aspecten van Brunero. De onderdelen van het ontwikkelde protocol zijn gericht op het participeren van de patiënt in zijn zorgproces. De patiënt dient zo volledig, en dus ook zo volwaardig, mogelijk betrokken te worden in het zorgproces. Gommers et al. (2010) zijn zelfs van mening dat er in enkele gevallen volledig gekozen kan worden voor de richting die de cliënt op wil gaan, om zo vertrouwen te winnen. 'Soms is het belangrijk om radicaal te kiezen voor de vraag van de patiënt, ook al heeft het plan weinig kans van slagen. Op deze manier wordt vertrouwen getoond in de patiënt.' (Gommers et al., 2010). Dit dient echter wel op een verantwoorde wijze te gebeuren, omdat hier risico's aan verbonden zijn.' (Gelissen, 2013a). Gommers et al. (2010) formuleren een aantal concrete aspecten die verpleegkundigen in acht kunnen nemen om een opname zo patiëntgericht te laten verlopen. 'Het is belangrijk dat de patiënt in deze fase gerustgesteld wordt, de ruimte krijgt om zijn omgeving te verkennen en de tijd krijgt om rustig welkom geheten te worden. De verpleegkundige kan hiervoor zorgen door het taalgebruik aan te passen, een empathische houding aan te nemen, zorgen voor een gepaste ruimte waar patiënt met familie kan zijn en het aanbieden van koffie of thee. Gedurende de hele opnameprocedure observeert de verpleegkundige de patiënt en familie. 'De wijze waarop de patiënt zich in die eerste uren laat zien, levert reeds erg waardevolle informatie in functie van het opnemen van verantwoordelijkheid en het hele zorgproces.' (Gommers et al., 2010). In het kader van het opbouwen van een vertrouwensband met de patiënt en professionaliteit is het voornaam dat de verpleegkundige de patiënt inlicht over het onderdeel observeren. Essentieel is dat de verpleegkundige een zo patiëntgericht mogelijke opname bewerkstelligt. Volgens Gommers et al. (2010) is het belangrijk dat gedachten, gevoelens, ervaringen worden meegenomen in het proces en dat de opname zich aanpast aan het tempo van de patiënt. In overleg met de patiënt kan ervoor gekozen worden een anamnese of rondleiding op de afdeling uit te stellen.' (Gelissen, 2013a).

1.3.4 De wenselijke situatie volgens het perspectief van de instelling (Mondriaan)

Mondriaan heeft een eigen document (Mondriaan, 2013) opgesteld waarin uitgelegd wordt welk beleid er gevolgd moet worden tijdens een opnameprocedure. Mondriaan maakt onderscheid tussen twee fasen: 'gang van zaken voor binnenkomst van de patiënt' en 'hoe er gehandeld dient te worden na binnenkomst van de patiënt'. De eerste fase wordt uitgevoerd door de behandelend psychiater of dienstdoende arts en zal daarom niet in deze thesis worden besproken. Na de binnenkomst van de patiënt zal er een eerste risico

inschatting omtrent agressie gedaan worden. Hierbij is de voorgeschiedenis van de patiënt een voorspeller voor agressief gedrag. Informatie omtrent voorgeschiedenis is daarom belangrijk. Echter, de arts en verpleegkundige dienen zich niet geheel door de voorgeschiedenis te laten leiden. De patiënt verdient een eerlijke kans en vaak is het hoogtepunt van de agressie al geschied. De patiënt wordt welkom geheten in een aparte ruimte. Dat kan op een gesloten opname-afdeling in de medicijnkamer (in geval van agressie op in een separeerruimte) of op een open afdeling bij de opvanggroep. Er wordt door middel van een gesprek met arts en verpleegkundige een inschatting gedaan van eventuele gevaarcriteria en het toestandsbeeld. Dit noemt men het opnamegesprek. In dit gesprek wordt besproken wat het doel van de opname is en wat er van beide partijen verwacht wordt. In dit gesprek worden ook afspraken gemaakt over eventuele duur van de opname, medicatie en mogelijk non-suïcideafspraken. Voor een goede afhandeling van de procedure kan er een zogenaamde 'checklist' voor opname ingevuld worden.' (Gelissen, 2013a).

1.3.5 Opnameprotocollen en de uitgangspunten

Verschillende internationale gezondheidsorganisaties en onderzoekers hebben opnameprotocollen ontwikkeld voor verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg. De opnameprotocollen zijn alle vier gericht op een efficiënte, volledige en patiëntgerichte opname. Onder efficiënt wordt verstaan doelmatig (Gezondheidsplein.nl, 2011), en patiëntgerichtheid betekent 'afstemmen van het beleid op de unieke noden, wensen en waarden van de patiënt' (Glossarium Regieraad, 2010)

Protocol van de National Health Service

De National Health Service (NHS, 2012) heeft een opnameprotocol ontwikkeld, die gebruikt wordt in de geestelijke gezondheidszorg van het Verenigd Koninkrijk. Het is een uitgebreid protocol bestaande uit 8 fasen, van voor-opname tot ontslag. Fase 3 'opname' heeft betrekking op het onderwerp van de thesis en zal daarom in deze paragraaf besproken worden. In het protocol worden concrete activiteiten genoemd die de verpleegkundige tijdens de opname zal uitvoeren. Deze activiteiten zullen nu beschreven worden. 'Voorafgaand aan het welkom heten van de patiënt neemt de verpleegkundige op basis van de voorinformatie die zij gekregen heeft voorzorgsmaatregelen die een veilige omgeving moeten waarborgen. Hierbij hoeft men niet altijd te denken aan ingrijpende voorzorgsmaatregelen, maar dit kan bijvoorbeeld ook in bewaring nemen van de medicatie die patiënt in eigen beheer heeft gehad. De opname start voor de cliënt pas echt met de ontvangst van op de afdeling. Dit is een belangrijk element van de opnameprocedure, omdat tijdens de ontvangst de eerste indruk van de patiënt vastgelegd wordt. De verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de opname, gaat op een zorgvuldige manier hier mee om. Na deze fase vult de

verpleegkundige volgens de NHS de opnamechecklist in en controleert of alle handelingen zijn uitgevoerd. Vervolgens leidt de aangewezen verpleegkundige de patiënt rond op de afdeling en geeft uitleg over veiligheidsmaatregelen, zoals: nooduitgang, brandoefening etc. Aansluitend begeleidt de verpleegkundige de patiënt naar de kamer, waar de spullen van de patiënt worden gecontroleerd op risico items (wapens, drugs). Na het verkennen van de afdeling en de kamer vindt er een opnamegesprek plaats. In dit gesprek maken personeel en patiënt inhoudelijk kennis met elkaar. Tijdens het opnamegesprek wordt er door de verpleegkundige gegevens verzameld. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een anamnese, maar dit is echter niet meteen noodzakelijk. De verpleegkundige grijpt het opnamegesprek aan om de behoeften van de patiënt (en eventueel familie) te kunnen vaststellen. Belangrijk is dat de verpleegkundige de relatie tussen patiënt en familie/vrienden observeert. Dit kan van belang zijn bij het later kiezen van interventies. Daarbij kan familie een rol spelen in de informatieverstrekking. Vaak kunnen zij bredere, diepgaandere informatie verschaffen dan de patiënt in kwestie. De NHS geeft aan dat in een opnamegesprek met de patiënt gesproken wordt over wederzijdse verwachtingen en afdelingsregels: dagstructuur, drugs- en alcoholbeleid, observatie door staf, omgang met andere patiënten. Belangrijk is om een optimistische benadering aan te houden in dit gesprek. Uitgaan van mogelijk herstel staat centraal in het opnamegesprek.' (Uit: Gelissen, 2013).

Protocol patiënttevredenheidsonderzoek

Naar aanleiding van een kwalitatief patiënttevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg door Brunero, Lamont en Fairbrother (2009) werd er door deze onderzoekers een opnameprotocol ontwikkeld. 'Dit protocol onderscheidt drie fasen in het opname- en ontslagproces: vroege opname, crisisstabilisatie en transitie. Brunero et al. (2009) formuleerde de volgende onderdelen als sleutelcomponenten voor een efficiënte en volledige opname- en ontslagprocedure: rondleiding en oriëntatie op de afdeling, de reden voor opname wordt uitgelegd en besproken, uitleg omtrent handelen in geestelijke gezondheidszorg, inspraak in beslissingen gedurende de behandeling en betrokkenheid van familieleden. Deze onderdelen dragen bij aan een hoger patiënttevredenheid. Brunero et al. (2009) stellen dan ook dat een opname- en ontslagprocedure een cruciaal gebied in de zorg is waar patiënttevredenheid 'gewonnen of verloren' wordt.' (Gelissen, 2013).

Protocol Joint Commission Accreditation Health Organizations

De Library of Congress Cataloging-in-Publication Data (2003) beschrijft in hun best practice het protocol van de Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Er wordt in dit protocol onderscheid gemaakt tussen algemene aandachtspunten en specifieke handelingen. De algemene aandachtspunten beschrijven het gedrag tijdens de

opname. Zo heeft de verpleegkundige gedurende de opname aandacht voor het comfort en gemak, heeft zij aandacht voor de privacy en prioriteert zij de behoeftes en van de patiënt. De verpleegkundige schat het toestandsbeeld van de patiënt in en kan ervoor kiezen om onderdelen van de opname uit te stellen wanneer de patiënt erg angstig of vermoeid is. De belangrijkste specifieke handelingen die genoemd worden in het protocol zijn: het introduceren van de patiënt op de afdeling, het afnemen van een opnamegesprek waarin de voorgeschiedenis en opnamereden uitvoerig besproken worden en verzorgt de verpleegkundige een lichamelijk onderzoek. Daarnaast wordt in dit protocol aangegeven dat de routine van de afdeling uitvoerig wordt doorgenomen. Uitleg over maaltijden, medicatiemomenten, bezoektijden en afdelingsregels worden door de verpleegkundige besproken. In vergelijking met de reeds besproken protocollen voegt dit protocol nog de volgende onderdelen toe: stelt de verpleegkundige de patiënt al op hoogte van afspraken of onderzoeken en wordt er gezorgd dat de patiënt op de hoogte is hoe de verpleging telefonisch kan worden bereikt.

Nursing Intervention Classifications

Bulechek, Butcher , & McCloskey Dochterman (2010) noemen in de Nursing Intervention Classifications (NIC) een aantal belangrijke activiteiten die een verpleegkundige tijdens een opname in acht moet nemen. Zo stelt de verpleegkundige zich voor, waarborgt zij de privacy van de patiënt, geeft zij uitleg over de afdeling, bespreekt zij de rechten van de patiënt, noteert zij de wensen van de patiënt, neemt zij een anamnese af en stelt zij de arts op de hoogte.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat verpleegkundigen tijdens een opnameprocedure rekening moeten houden met wettelijke-, communicatieve- en informatieve aspecten. Zo schrijft de WGBO voor dat verpleegkundigen gebonden zijn aan de informatieplicht, het toestemmingsvereiste, dossierplicht, geheimhoudingsplicht, wilsonbekwaamheid van de cliënt en goed hulpverlener. Concreet betekent dit voor verpleegkundige van afdeling de Hage in een opnamegesprek de juridische status en behandeling besproken wordt, er gevraagd wordt naar toestemming voor opname door de cliënt, er een dossier in de vorm van een verpleegplan wordt opgesteld waarin gerapporteerd kan worden, er gevraagd wordt naar contactpersonen die op de hoogte gehouden mogen worden van de situatie van de cliënt en de er wordt beoordeelt of de cliënt in staat is beslissingen zelfstandig te nemen. Tevens is het belangrijk verpleegkundigen communicatie aanpassen aan het ziektebeeld van de cliënt. De verpleegkundigen houden rekening met de concentratie en cognitieve vermogens van de cliënt. Verpleegkundigen kunnen gebruik maken van concrete

communicatieve principes gedurende de opname zoals: de eerste vijf minuten van opname en de eerste vijf minuten van het starten van een nieuwe dienst. Bij de eerste vijf minuten van opname is zijn de volgende aspecten van belang: betrouwbaarheid, inschattingsvermogen en een respectvolle benadering. Bij de eerste vijf minuten van het starten van een nieuwe dienst heeft persoonlijk en actief contact tussen verpleging en cliënt prioriteit. Deze interventies geven concrete activiteiten aan die uitgevoerd zouden kunnen worden door verpleegkundigen van afdeling de Hage. Vanuit patiëntenperspectief is het van belang een opname zo patiëntgericht mogelijk te laten verlopen, door de patient tijd en ruimte te bieden om te wennen, te betrekken in zijn behandeling en duidelijke te communicatie. Verder bieden de opnameprotocollen van de NHS, NIC en JCAHO en Brunero et al. (2009) concrete handvaten om een opname efficiënt, patiëntgericht en veilig te laten verlopen. 'Alle vier geven zij het belang aan van een introductie op de afdeling, wordt de privacy van de cliënt in acht genomen, zijn voorzorgsmaatregelen belangrijk en vindt er een opnamegesprek of anamnese plaats. Echter, er zijn ook verschillen tussen de protocollen. Zo benadrukt de NHS de optimistische houding van de verpleegkundige in het opnamegesprek. De NHS geeft uitgebreider en concreter weer hoe een opnamegesprek eruit zou moeten zien. Brunero et al. (2009) leggen het accent op het uitoefenen van invloed op beslissingen door de patiënt tijdens de opname. Daarbij worden familieleden betrokken in gedurende de opname. De NIC formuleert het afnemen van een anamnese als activiteit van een opname. Ten slotte belicht de JCAHO het op de hoogte stellen van afspraken of onderzoeken door de verpleegkundige.' (Gelissen, 2013b).

Hoofdstuk 2: Analyse van de feitelijke zorg

In dit hoofdstuk zal de feitelijke zorg in kaart gebracht worden. Er wordt antwoord gegeven op de deelvraag 'Hoe ziet de feitelijke situatie omtrent opnames uit op afdeling de Hage en welke verbeterdoelen kunnen naar aanleiding van de vergelijking van de wenselijke en feitelijke situatie worden geformuleerd?'. Inzicht geven over de kwaliteit en veiligheid van zorg is volgens Grol & Wensing (2013) essentieel om veranderingen in de zorg te realiseren. In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar hoe er op dit moment gehandeld wordt door verpleegkundige van afdeling de Hage en in welke mate dit afwijkt van de wenselijke situatie. In een schema zal de feitelijke situatie met de wenselijke situatie vergeleken worden. Het is van belang dit duidelijk weer te geven, omdat een afwijking tussen beide situaties een prikkel tot kwaliteitsverbetering kan betekenen. 'Inzicht in de discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid motiveert velen om er iets aan te doen.' (Grol & Wensing, 2013). Na het bespreken van de feitelijke situatie worden er verbeterdoelen gesteld die zullen worden nagestreefd in dit verbetertraject. In hoofdstuk 6 worden deze doelen geëvalueerd.

2.1 Methode

In dit hoofdstuk wordt de feitelijke situatie beantwoord door middel van kwalitatief onderzoek. Er zijn interviews gedaan met de verpleegkundig specialist (vp-sp), een verpleegkundige en een cliënt van afdeling de Hage. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, om verbeterpunten tijdens de opnameprocedure vanuit verschillende perspectieven te belichten. 'Het is vooral de aard van de onderzoeksproblematiek die bepalend is voor de keuze van een bepaalde dataverzamelingsmethode, in dit geval open interviewen.' (Baarda, de Goede & van der Meer-Middelburg, 2007). De topics van de interviews zijn gekozen na bestudering van de wenselijke situatie. De JCAHO (2003), NIC (2011), NHS (2011) en Brunero, Lamont & Fairbrother (2007) beschrijven een aantal kernpunten waar een opname aan moet voldoen. Deze zijn in de interviews aan de hand van de topics aan de orde gesteld. De topics zijn als volgt: fase voor patiënt op de afdeling verschijnt, ontvangst van de patiënt op de afdeling, het opnamegesprek, samenwerking tussen behandelaar en de verpleegkundige, het maken van afspraken tussen behandelaar, verpleegkundige en patiënt, verpleegkundige handelingen tijdens opname, moeilijkheden tijdens opname, positie van familie tijdens opname. De beschrijving van elke geïnterviewde wordt per topic gebundeld.

2.2 De feitelijke situatie

Om de feitelijke situatie in kaart te brengen werden de verpleegkundig specialist, een verpleegkundige van de afdeling en een cliënt geïnterviewd. Zij gaven uitleg bij de topics

zoals genoemd in paragraaf 2.1. De volledige uitwerking van de interviews vindt u in bijlage 5.

Fase voor dat de cliënt op de afdeling verschijnt

In de fase dat voor de cliënt op de afdeling verschijnt, verzamelt de vp-sp informatie via het aanmeldformulier. De informatie bestaat uit de voorgeschiedenis, diagnostiek en verpleegkundige zorg. Vervolgens wordt er gezorgd voor een overdracht (mondeling en schriftelijk) en een actueel behandelplan door de oude behandelaar. De vp-sp licht vervolgens de stafverpleegkundige en toekomstige pb'er in. De verpleegkundige geeft aan dat informatieverzameling via het wijkteam of de verpleegkundige overdracht van de vorige afdeling gebeurt. *De opnameduur, opnamereden, doelstellingen en korte voorgeschiedenis krijgen wij van de behandelaar of stafverpleegkundige.* De cliënt vertelt dat hij twee weken voor overplaatsing op de hoogte is gesteld van de opname, maar hij heeft hier niet in mee mogen beslissen. De reden en het doel van opname zijn uitgelegd.

Ontvangst van de patiënt op de afdeling

Volgens de vp-sp neemt een verpleegkundige het ontvangst van de cliënt op zich. *Ik stel mij de eerste dag voor en kom in de loop van de week terug voor een gesprek. Belangrijk in deze fase is het volgen van het tempo van de cliënt.* De verpleegkundige geeft aan dat er één collega verantwoordelijk is voor de opname en geeft aan dat het ontvangst plaatsvindt in de woonkamer. *Hier krijgt hij/zij iets te drinken aangeboden. Vervolgens wordt de cliënt naar zijn kamer gebracht en krijgt de tijd om te wennen aan de afdeling.* De cliënt gaf aan dat het ontvangst op de afdeling niet naar verwachting was. *Mijn kamer was vies en stonk, geen schoon linnengoed, de kast was smerig.* Cliënt voelde zich mede hierdoor niet op zijn gemak. Het ontvangst door de verpleegkundige heeft de cliënt wel als prettig ervaren.

Het opnamegesprek

De vp-sp voert het opnamegesprek wanneer de client gewend is op de afdeling, na 1 à 2 weken. De vp-sp geeft aan dat hij het belangrijk vindt dat de client de ruimte en tijd wordt gegeven om te wennen. *De omgeving bepaalt in hoeverre de cliënt zich openstelt voor rehabilitatie.* De vp-sp bespreekt meestal de volgende onderwerpen in een opnamegesprek: klein psychiatrisch onderzoek, medicatie, lichamelijke klachten, drugs/alcohol, huisvesting, zelfzorg. *De context bepaalt dan waar ik de focus op leg in het gesprek.* Het bespreken van de reden van opname wordt afhankelijk van de situatie besproken. Juridische status wordt meestal niet aangehaald, omdat cliënt al langer een maatregel heeft en hiermee weet om te gaan. Het aanhalen van de juridische status in een opnamegesprek kan van negatieve invloed op het opbouwen van een vertrouwensband volgens de vp-sp. In een gesprek is het van onvoorwaardelijke steun tonen aan de cliënt belangrijk voor het opbouwen van een band. De verpleegkundige geeft in het interview aan dat er geen officieel opnamegesprek

gehouden wordt. De doelen worden vooraf afgesproken door de behandelaar, de verpleegkundig houdt een kort gesprek bij opname ter kennismaking van de cliënt. Er wordt geen officieel opnamegesprek gehouden. De doelen worden vooraf afgesproken door de behandelaar. De verpleegkundige houdt een kort gesprek bij opname met de cliënt ter kennismaking, dit is geen officieel opnamegesprek. De cliënt gaf aan dat hij aanwezig was bij de verpleegkundige overdracht, maar er geen opnamegesprek op afdeling de Hage heeft plaatsgevonden. *In het gesprek werd in grove lijnen mijn voorgeschiedenis besproken, de aandachtspunten die verpleging moest weten, medicatievoorschrift en hoe laat ik deze inneem, opnamedoel werd besproken: wachten op plek begeleide woonvorm, regels omtrent alcohol en drugs werden aangehaald.* Afdelingsregels werden mij duidelijk en kort uitgelegd. De verpleegkundige gaf de cliënt de ruimte om vragen te stellen. Cliënt gaf aan geen formele rondleiding te hebben gehad.

Samenwerking tussen behandelaar en de verpleegkundige

De vp-sp verwacht in de communicatie met een verpleegkundige dat hij/zij duidelijk en concreet is. *De informatie die zij verschaffen moet volledig en onderbouwd zijn.* De verpleegkundige verwacht van de behandelaar dat doelen en verwachtingen helder zijn. *Opnameduur en opnamedoel dient besproken te worden.* Daarbij wordt aangegeven dat de overdracht van de behandelaar soms minimaal is. *Behandelaar is vaak niet aanwezig en heeft voornamelijk contact met staf. Het contact kan korter en directer.* Cliënt geeft aan dat hij het contact met wijkteam en verpleging minimaal vindt. *Heb het idee dat communicatie vaak misloopt tussen beide. Ik maak wel afspraken met wijkteam, maar verpleging is hiervan vaak niet op de hoogte.*

Het maken van afspraken tussen behandelaar, verpleegkundige en patiënt

De vp-sp geeft aan dat er niet altijd afspraken worden gemaakt tussen behandelaar, verpleegkundige en cliënt. *Dit zou echter wel het beste zijn.* De verpleegkundige vertelt in het interview dat de cliënt vaak weinig tot geen inspraak heeft omtrent afspraken die gemaakt zijn tijdens de opname. De verpleegkundige zou dit graag anders zien. Of er worden afspraken gemaakt waarbij verpleegkundige niet betrokken wordt. *Afspraken worden medegedeeld aan de cliënt of cliënt maakt afspraken direct met de behandelaar. Het bespreken van medicatie is hier een voorbeeld van. Verpleegkundigen moeten vaak zelf achter behandelaar aan.*

Moeilijkheden tijdens opname

De verpleegkundige geeft aan dat hij het ontbreken van een ruimte waar de cliënt formeel ontvangen kan worden, als hinderlijk ervaart. Tevens vertelt hij dat verpleegkundigen op de Hage niet allemaal weten hoe zij een opname kunnen aan uitvoeren. Coaching van verpleegkundigen is nodig en kan wellicht helpen. Verpleegkundigen zijn daarbij niet altijd op

de hoogte omtrent regels BOPZ. *Veel verpleegkundigen op de Hage weten niet hoe zij een opnameprocedure dienen aan te pakken.* Ook geeft de verpleegkundige aan dat er geen gestructureerd plan gehanteerd tijdens een opname.

Positie van familie tijdens opname

De verpleegkundigen vertelt dat familie op de hoogte wordt gehouden van ontwikkelingen en toestandsbeeld, indien de cliënt hier toestemming voor geeft. Als familie een ondersteunende functie heeft, wordt familie toegelaten in het opnamegesprek.

De eerste paar dagen op de afdeling (cliënt)

Cliënt vertelt dat hij erg moest wennen en zich daardoor erg terug trok. Verpleegkundigen waren niet altijd goed bereikbaar en niet op de hoogte van mijn situatie, het huisje en de kamer waren erg vies en er was weinig privacy (gordijnen ontbraken). *Ik had het gevoel dat verpleegkundigen benaderbaar waren, maar door de locatie van de afdeling kon ik hen niet altijd vinden.*

Eventuele aanvullingen

Verpleegkundige geeft als aanvulling dat hij het wenselijk zou vinden als verpleegkundigen gecoacht zouden worden bij het voeren van een opnamegesprek en dat er een aanpassing van het opnameprotocol plaatsvindt. Cliënt gaf als aanvulling aan dat hij zijn PB'er, maar één keer gezien heeft en dat verpleging niet op de hoogte is van de situatie van de cliënt. De samenwerking kan beter tussen verpleging en het wijkteam.

2.3 Vergelijking van de feitelijke- en wenselijke zorg

In dit hoofdstuk analyseer ik de gegevens die ik verkregen heb uit de literatuur en de interviews. Dit doe ik aan de hand van de topics uit de interviews.

Aspecten van de opnameprocedure	Wenselijke situatie	Feitelijke situatie
Fase voor dat cliënt op de afdeling is	-Zorgen voor prettige omgeving -Verzamelen van voorinformatie (diagnose, voorgeschiedenis, vpk zorg).	-Informatieverzameling d.m.v. overdracht psychiater + actueel behandelplan. Actueel behandelplan wordt nog wel eens nagelaten. -Verkrijgt informatie van staf-vp of behandelaar. Is meestal minimaal en kort. Opnamereden en doel besproken. - Cliënt werd twee weken van te voren ingelicht, opnamereden werd besproken. Had hier zelf geen inspraak in.
Ontvangst van cliënt	-Zorgt voor gepast ruimte waar cliënt met familie kan zijn -Biedt thee/koffie aan -Leidt cliënt rond op de afdeling en vertelt over afdelingsregels. -Zorgt voor geruststelling.	-Vp sp laat dit over aan verantwoordelijke verpleegkundige. Stelt zich in eerste instantie alleen voor en plant met cliënt een afspraak in de loop van de week. Stelt zijn handelen af aan de behoefte en ritme van de cliënt. -Verantwoordelijk verpleegkundige neemt dit op zich. Ontvang cliënt in de woonkamer, leidt de cliënt rond door afdeling en biedt te drinken aan. Afdelingsregels worden uitgelegd.

		-Omgang met vpk was prima. -Hygiëne en toestand van kamer slecht -Ontvangst in huisje/kamer.
Het opnamegesprek	-Wederzijdse verwachtingen -Drugs/alcoholbeleid -Afdelingsregels -Observatie door personeel -Omgangsnormen -Dagstructuur -Opnamereden, rechten en verantwoordelijkheden worden uitgelegd Behandelaar: -Psychiatrisch observatie -Lichamelijk onderzoek -Medicatie bespreken	-Vindt plaats als cliënt op afdeling gesetteld is. -Juridische status en opnamereden worden meestal alleen besproken indien cliënt hier vragen over heeft. -Niet altijd afspraken over drugs/alcohol kan in de weg staan bij opbouwen van een band. -Wordt niet altijd officieel gevoerd. Meestal informeel gesprek tussen vpk en cliënt. -Aanwezig bij vpk-overdracht -Opnamereden, regels omtrent alcohol & drugs en afdelingsregels werden cliënt uitgelegd -Geen formele rondleiding op de afdeling, -Opnameduur niet bekend -Geen lichamelijk onderzoek -Medicatie besproken
Samenwerking behandelaar en verpleegkundige	-Handelen op elkaar afstemmen. -Afspraken maken over takenverdeling. -Gebruik maken van elkaars expertise.	-Dient duidelijk, volledig en correct te zijn. Vaak nog vanuit gevoel van vpk. Niet altijd meetbaar en objectief. Vaak telefonisch of via staf. Kan directer. Behandelaar is vaak niet aanwezig. -Communicatie tussen vpk en wijkteam minimaal. -Vpk bijna niet op de hoogte van situatie. -Wijkteam wel, maar lijken dit niet terug te koppelen naar vpk.
Afspraken maken tussen behandelaar, verpleegkundige en cliënt	-Cliënt wordt zoveel mogelijk betrokken bij beslissingen in zijn behandeling. -Cliënt maakt zoveel mogelijk beslissingen met de behandelaar zelf. -Verpleegkundige dient ter ondersteuning. -Bij afspraken maken is aanwezigheid van cliënt gewenst.	- Worden niet altijd met alle drie de partijen gemaakt. Vpk wordt via mail op de hoogte gehouden. -Zijn vaak vooraf gemaakt en worden cliënt medegedeeld. Of cliënt heeft afspraak direct gemaakt met behandelaar. Client maakt voornamelijk afspraken zelfstandig met behandelaar, vpk worden hier meestal niet bij betrokken.
Verpleegkundige handelingen	-Er dient een voorlopig verpleegplan gemaakt te worden. -Spullen dienen doorzocht te worden of gevaarlijke voorwerpen, alcohol en drugs. -Anamnese kan afgenomen worden in de loop van de week.	-Voorlopig of oud vp-plan. Wordt vaak nagelaten om dit vp-plan bij te stellen. -Anamnese wordt niet afgenomen. -Spullen worden niet doorzocht.
Moeilijkheden tijdens opname	N.V.T. (Doelstelling van deze vraag is het verduidelijken van subjectieve ervaringen).	-In afwachting van een antwoord op deze vraag. -Geen officiële ontvangstruimte. -Ontbreken aan kennis en vaardigheden van collega's omtrent opnameprocedures. -Omgang met cliënten. Verwachtingen waren anders. -Toestand van de kamer.
Positie van familie	-Familie kan belangrijke rol spelen in de informatievoorziening.	-Bij ondersteunde rol toegelaten. -Indien akkoord cliënt wordt familie geïnformeerd.
Eventuele aanvullingen	N.V.T.	-Coaching van collega's. -Aanpassen checklist en collega's hiermee wegwijs maken. -Schonere omgeving. -Vpk moeilijk bereikbaar.

2.4 Formuleren van implementatiedoelen

Na de wenselijke en feitelijke situatie onderzocht te hebben, komen wij aan bij het formuleren van implementatiedoelen. Deze fase wordt door Grol & Wensing (2011) *goal setting* genoemd. Het formuleren van doelen verhoogt de kans op succes voor verandering. Implementatiedoelen geven namelijk een concrete, duidelijke weergave van de tekortkomingen in de zorg en koppelen dit tegelijkertijd aan de keuze voor de interventies. Met behulp van de SMART-methode heb ik structuur-, proces- en resultaatdoelen geformuleerd.

De *structuurdoelen* zijn:

1. Op afdeling de Hage wordt er binnen 6 maanden een officiële gespreksruimte gecreëerd.
2. Op afdeling de Hage wordt er binnen 6 maanden een wekelijks inloopsprek uur georganiseerd in het kader van het bevorderen van het contact tussen wijkteams en het team van afdeling de Hage.

De *procesdoelen* zijn:

1. Verpleegkundigen van afdeling de Hage kunnen voor 1 mei de wet- en regelgeving (BOPZ en WGBO) toepassen tijdens op de opnameprocedure. Hiermee wordt bedoeld dat verpleegkundigen de volgende onderdelen uitvoeren:
 - Juridische status en behandeling bespreken.
 - Er wordt gevraagd naar toestemming voor opname.
 - Er wordt een dossier in de vorm van een verpleegplan opgesteld waarin gerapporteerd kan worden.
 - Contactpersonen worden op de hoogte gehouden.
 - Er wordt nagegaan of de cliënt in staat is beslissingen zelfstandig te nemen.
2. Tijdens het opnamegesprek bespreken de verpleegkundigen de volgende aspecten: wederzijdse verwachtingen, drugs/alcoholbeleid, afdelingsregels, observatie door personeel, omgangsnormen, dagstructuur, opnamereden, rechten en verantwoordelijkheden. Dit gebeurt voor 1 mei.
3. Verpleegkundigen geven de cliënt een rondleiding op de afdeling en stellen de cliënt op de hoogte van de afdelingsregels. Dit gebeurt voor 1 mei.

De *resultaatdoelen* zijn:

1. In februari 2014 is in samenspraak met alle betrokken partijen een patiëntgericht protocol opgesteld en geaccepteerd voor de opname van nieuwe cliënten.
2. Binnen 6 maanden gebruiken alle verpleegkundigen het nieuwe opnameprotocol.
3. Binnen 6 maanden geven cliënten aan een prettige en volledige opname ervaren te hebben.

Conclusie

Na bestudering van de feitelijke situatie kunnen er een aantal zaken geconcludeerd worden. Vanuit verpleegkundig perspectief kwam naar voren dat de voorinformatie die verpleegkundigen ontvangen omtrent de casus vaak minimaal, wordt er meestal geen formeel opnamegesprek gevoerd, ontbreekt er officiële gespreksruimte, zijn verpleegkundigen niet ervaren met het doen van opnames en hebben zij niet voldoende kennis over dit onderwerp, wordt er geen anamnese afgenomen en wordt het verpleegplan niet altijd bijgesteld. Wel vindt er een rondleiding op de afdeling plaats en worden de afdelingsregels uitgelegd. Vanuit cliëntenperspectief kan geconcludeerd worden dat communicatie met de wijkteams en het verpleegkundig team moeizaam verloopt. Daarnaast is de hygiëne slecht van de kamer van de cliënt en werd de cliënt niet altijd betrokken bij beslissingen tijdens behandeling. Ten slotte werd er aangegeven dat de cliënt aanwezig was bij de verpleegkundige overdracht, de afdelingsregels werd uitgelegd en een rondleiding kreeg.

Hoofdstuk 3: Probleemanalyse doelgroep en setting

Na bestudering van de wenselijke- en feitelijke situatie, wordt er in dit hoofdstuk een probleemanalyse uitgevoerd. Beïnvloedende factoren van doelgroep en setting zullen in dit hoofdstuk uiteengezet worden. De deelvraag 'Welke bevorderende en belemmerende factoren kunnen van invloed zijn tijdens het implementatieproces?' komt in dit hoofdstuk aan bod. Grol & Wensing (2010) beschrijven deze stap als volgt: 'Dit betreft factoren die het verloop van een implementatieproces beïnvloeden of de werking van een implementatiestrategie versterken of verzwakken.' Eerst zal de analyse zich focussen op de belangen en doelen van betrokkenen. Vervolgens worden belemmerende en bevorderende factoren genoemd. Ten slotte zullen de kenmerken van de doelgroep in de analyse aan bod komen.

3.1 Methode

Voor een gedegen probleemanalyse van afdeling de Hage heb ik gebruik gemaakt van hoofdstuk 8 'Beïnvloedende factoren bij implementatie' van Grol & Wensing (2013) en van het hoorcollege van Nicole Breuer 'Voorstel Bachelor Thesis' (2013). Voor de inhoudelijke weergave van de probleemanalyse heb ik gebruik gemaakt van de informatie die verkregen is aan de hand van de interviews in hoofdstuk 2. Tevens is er in informele gesprekken met (staf)verpleegkundigen informatie verkregen over belemmerende- en bevorderende factoren.

3.2 Belangen en doelen van betrokkenen

'In deze paragraaf staat het maken van een *sociale kaart* centraal. In de sociale kaart worden belanghebbenden en hun belangen opgenomen. De sociale kaart bestaat uit de volgende belanghebbende:

Cliënten: Cliënten zijn er bij gebaat als een opnameprocedure zo soepel en efficiënt mogelijk verloopt. Zoals eerder in de wenselijke situatie genoemd bepaalt een opname de behandelrelatie op langere termijn.

Verpleegkundig team de Hage: Verpleegkundigen op de Hage zijn gebaat bij een opnameprotocol, omdat dit hen handvatten zal bieden een opname op een zo efficiënt mogelijke en prettige wijze te laten verlopen. Een opnameprotocol zou kunnen leiden tot een prettigere manier van werken, omdat een opname op een juiste manier wordt afgehandeld. Er worden minder snel zaken vergeten en afspraken zijn duidelijk.

Behandelaren: Naast cliënten en verpleegkundigen zullen ook behandelaren gebaat zijn bij een gestructureerde werkwijze. Behandelaren zijn beter op de hoogte van de situatie van de Cliënt en contact tussen verpleegkundige en behandelaar zal mogelijk op efficiëntere manier

verlopen. Dit kan leiden tot een overzichtelijkere en prettige manier van werken voor behandelaren.

Mondriaan Zorggroep: Een efficiënte opname leidt waarschijnlijk tot minder tijd- en geldverkwisting. Als er tijdens de opname duidelijke afspraken zijn gemaakt en informatie duidelijk is, dan zal dit leiden tot een soepelere samenwerking tussen beide partijen. Verpleegkundigen en behandelaren zullen minder tijd kwijt zijn met nieuwe consulten, contact met elkaar zoeken etc.

3.3 Bevorderende en belemmerende factoren

Naar aanleiding van informele gesprekken en de interviews kunnen er bevorderende en belemmerende factoren geformuleerd worden. Het is van belang de factoren duidelijk uiteen te zetten, omdat deze het implementatieproces kunnen beïnvloeden.

Individuele factoren

Cognitieve factor: Uit het interview met de verpleegkundige kwam naar voren dat de meeste verpleegkundigen op de Hage niet op de hoogte zijn van de actuele wet- en regelgeving omtrent BOPZ. Niet alle verpleegkundige beschikken over voldoende kennis die nodig is tijdens een opnameprocedure. Voor een succesvolle implementatie is het van belang dat verpleegkundigen de nodige kennis opdoen om een opname te laten slagen. Voorbeeld: om een cliënt informatie te kunnen geven over zijn juridische status, moet de verpleegkundige op de hoogte zijn van de BOPZ. Daarnaast hebben veel verpleegkundigen weinig tot geen ervaring met opnames. Zij laten een opname meestal over aan een verpleegkundige die hier wel bekend mee is door bijvoorbeeld een eerdere werkplek.

Motivationale factor:

-Open staan voor een nieuw opnameprotocol: Naar aanleiding van gesprekken die ik met verpleegkundigen op de Hage gevoerd heb, werd mij duidelijk dat zij openstaan voor een nieuwe werkwijze welke gehanteerd kan worden tijdens de opname.

-Werkdruk: Met name in een avonddienst kan een opname de werkdruk doen verhogen. Het hanteren van een nieuwe werkwijze en de onwennigheid in het begin hiermee om te gaan, zal misschien stress kunnen opleveren bij teamleden.

Gedragmatige factoren, routines: Opnamen worden door verpleegkundige meestal uitgevoerd op basis van routine en eerdere ervaringen.

Sociale factoren

Wijkteams: De wijkteams die verantwoordelijk zijn voor het te maken cliëntenbeleid, zijn momenteel gevestigd in verschillende wijken van Maastricht. Uit het interview met de

verpleegkundige kwam naar voren dat dit vaak leidde tot miscommunicatie en moeilijke bereikbaarheid van behandelaren.

Organisatorische factoren

Organisatiestructuur en werkprocessen: De Hage is een afdeling die opgebouwd is uit 9 woonvormen. De Hage heeft daarom een andere structuur dan een opname-afdeling. Dit brengt met zich mee dat er minder overzicht is en verpleegkundigen niet altijd op kantoor zijn. Er is een andere structuur, welke van invloed kan zijn tijdens het opnameproces.

Beschikbare middelen: Uit het interview met de verpleegkundige kwam naar voren dat er geen formele ontvangstruimte voor de cliënt is, waar ook een opnamegesprek kan plaatsvinden.

3.4 Kenmerken doelgroep

De doelgroep tijdens de implementatie van het opnameprotocol zijn de verpleegkundigen van afdeling de Hage. De verpleegkundigen zijn in de volgende groepen in te delen:

- Verpleegkundige met opname-ervaring en kennis omtrent BOPZ.
- Verpleegkundige zonder opname-ervaring en onvoldoende kennis omtrent BOPZ.
- Verpleegkundige die gebruik maken van een opname-checklist van een andere afdeling.
- Verpleegkundige die geen gebruik maken van een opname-checklist van een andere afdeling.

Conclusie

De belangrijkste belemmerende factoren zijn het kennistekort van verpleegkundigen op het gebied van opnames en de WGBO en het ontbreken aan een officiële gespreksruimte. De voornaamste bevorderende factor is dat verpleegkundigen open staan voor een nieuw opnameprotocol en hier wegwijs mee willen worden gemaakt.

Hoofdstuk 4: Ontwikkeling van strategieën voor verbetering

In de vorige hoofdstukken zijn aan bod gekomen: het voorstel voor verbetering, een beschrijving van de wenselijke en feitelijke situatie, de doelen voor verbetering en een probleemanalyse van de doelgroep en setting. Na de verdieping van deze onderwerpen kan er vastgesteld worden dat de opnameprocedure verbeterd kan worden op afdeling de Hage. Het is daarom van belang om de verbeteringsstrategieën zo goed mogelijk te laten aansluiten op de resultaten van de probleemanalyse. In dit hoofdstuk zal de volgende deelvraag beantwoord worden: 'Welke implementatiestrategieën en – interventies kunnen bijdragen aan het succesvol en daadwerkelijk implementeren van het opnameprotocol en hoe kunnen deze uitgevoerd worden?'. De probleemanalyse liet zien waar verbetering mogelijk en wenselijk is. 'Idealiter worden vervolgens strategieën of maatregelen gekozen of ontwikkeld die zo goed mogelijk aansluiten bij de resultaten van de diagnostische analyse.' (Grol & Wensing, 2013).

4.1 Methode

Om de juiste verbeteringsstrategieën te kiezen is er gebruik gemaakt van de exploratieve methode en interventies van de 'Effective Practice and Organisation of Care Group' (EPOC). Dit is een taxonomie van verbeteringsstrategieën van de Cochrane. De methode en EPOC worden beschreven in het boek van Grol & Wensing (2013). Er werd gekozen om te beginnen met de exploratieve methode om zoveel mogelijk ideeën over de opzet van het opnameprotocol te bespreken. Volgens Grol & Wensing (2013) is de gedachte hierachter dat kwantiteit leidt tot een betere kwaliteit. De interventies uit de EPOC zijn gekozen, door goed te kijken naar de belemmerende en bevorderende factoren uit hoofdstuk 3. 'Idealiter worden vervolgens strategieën of maatregelen gekozen of ontwikkeld die zo goed mogelijk aansluiten bij de resultaten van de diagnostische analyse'. (Grol & Wensing, 2013). Belemmerende factoren waren: het ontbreken van een gestructureerde werkwijze, kennistekort omtrent WGBO en opnames in de GGZ, het ontbreken van een officiële gespreksruimte en het ontbreken van een inloopsprekkuur voor de wijkteams. Om deze belemmerende factoren te bevorderen is er gekozen voor een aantal interventies die hier op inspelen door bijvoorbeeld kennistekort te vergroten of een gespreksruimte te creëren.

4.2 De exploratieve methode

De exploratieve methode om verbeteringen tot stand te brengen berust voornamelijk op de interventie 'brainstorming'. Brainstormen kan in meer of mindere mate gestructureerd zijn. Het doel van brainstormen is om zoveel mogelijk ideeën de revue te laten passeren. 'De

onderliggende gedachte is dat kwantiteit leidt tot een betere kwaliteit; hoe meer suggesties hoe groter de kans dat er een goede tussen zit'. (Grol & Wensing, 2013).

4.3 Verbeteringsstrategieën van de EPOC

De EPOC maakt in haar taxonomie een onderscheidt tussen de volgende soort interventies:

- Professionalgerichte interventies
- Financiële interventies
- Organisatorische interventies
- Wettelijke maatregelen

In deze thesis is er gebruik gemaakt van de professionalgerichte- en de organisatorische interventies. In de probleemanalyse is naar voren gekomen dat de volgende factoren verbeterd kunnen worden: individuele cognitieve factor, sociale factor en organisatorische factor (beschikbare middelen).

4.3.1 Professionalgerichte interventies

De professionalgerichte interventies zijn gericht op het verbeteren van de individuele cognitieve factor. Tijdens de probleemanalyse is gebleken de verpleegkundigen van afdeling de Hage niet op de hoogte zijn van actuele wet- en regelgeving van de BOPZ en dat voldoende kennis en ervaring met het uitvoeren van opnames ontbreekt. De professionalgerichte interventies zijn gericht op het vergroten van de kennis en bekwaamheid die nodig is op opnames op een succesvolle manier te laten slagen.

Lokale opinieleiders: Oprichting werkgroep 'opname'

Allereerst wordt er een werkgroep opname opgericht. Deelnemers van de werkgroep zijn lokale opinieleiders, ook wel sleutelfiguren genoemd. De opinieleiders zijn gerespecteerde verpleegkundige op afdeling de Hage die goed geïnformeerd en ervaren zijn met betrekking tot het opname-aspect. Tevens zijn deze opinieleiders van belang binnen het team van de Hage, omdat zij staan voor de groepsnormen en groepscultuur van de afdeling. Onderzoek naar opinieleiders van Flodgren, Parmelli & Doumit (2007) laat een kleine positief effect zien bij studies waar er gebruik wordt gemaakt van opinieleiders. De werkgroep bestaat uit vier verpleegkundigen en één leerling verpleegkundige. De gediplomeerde verpleegkundigen hebben allen ervaring en kennis over crisisopnames. De worden daarom gezien als opinieleiders op het gebied van opnames en hebben daarnaast een natuurlijke leidersrol op de afdeling. Ze kunnen om deze redenen de disseminatie van het opnameprotocol bevorderen.

Verspreiding van educatief materiaal: Ontwikkeling opnameprotocol

De wenselijke en feitelijke situatie laten zien dat een opnameprotocol op afdeling de Hage wenselijk zou zijn. De probleemanalyse geeft weer dat verpleegkundigen op de afdeling opnames niet op methodische wijze doorlopen, maar uitvoeren op basis van eerdere ervaringen en routines. Een opnameprotocol is dan ook wenselijk om opnames zo effectief, patiëntgericht en veilig mogelijk te laten verlopen. De ontwikkeling van het opnameprotocol is tot stand gekomen door gebruik te maken van een opnameprotocol van de open opname-afdeling (KE01) in Mondriaan Maastricht. Dit opnameprotocol moest toegespitst en bruikbaar gemaakt worden voor afdeling de Hage. Er werd gekozen om een soort handleiding in het protocol te integreren, om verpleegkundigen wegwijs te maken gedurende de opnameprocedure. Het ontwikkelen van het opnameprotocol is uitgevoerd door de werkgroep opname. Bij de vormgeving van het protocol wordt rekening gehouden met de wenselijke- en feitelijke situatie en de probleemanalyse. Zo worden de juridische aspecten uit de BOPZ en WGBO in het opnameprotocol geïntegreerd zoals: bespreken van juridische status, doel en reden benoemen van de opname (informatieplicht), informeren van contactpersonen etc. Tevens worden belangrijke opname-aspecten die uit de literatuur naar voren zijn komen ook opgenomen in het protocol. De feitelijke situatie wordt in acht genomen, om het protocol zo goed mogelijk aan te sluiten op de huidige situatie. Het protocol moet wel passen bij de doelgroep, zodat deze gehanteerd zal worden. Zo kwam in de feitelijke situatie naar voren dat er van te voren een verantwoordelijk verpleegkundige wordt aangewezen die de opname zal doen. Dit zal zo blijven. De probleemanalyse liet zien dat er een kennis tekort is op het gebied van opnames. Er wordt daarom gekozen voor een integratie van een handleiding in het protocol. Handelingen worden niet alleen benoemd, maar er wordt concreet per stap uitgelegd *hoe* de handelingen uitgevoerd moeten worden. Het opnameprotocol is te vinden in de bijlagen.

Educatieve bijeenkomsten: Coaching van verpleegkundigen

Om de individuele cognitieve factor te verbeteren worden er kleinschalige scholingsbijeenkomsten georganiseerd in de vorm van trainingen. De werkgroep 'opname' zal hier vorm aan geven. De verpleegkundigen die de training volgen zullen ter voorbereiding het opnameprotocol doornemen en eventuele vragen noteren. De werkgroep zal daarnaast twee casusbeschrijvingen per e-mail overhandigen aan de verpleegkundigen. Er wordt verwacht dat de verpleegkundigen deze casusbeschrijvingen grondig doornemen voor de training. De training zal gegeven worden door minimaal twee leden van de werkgroep en er zullen maximaal drie verpleegkundigen gecoacht worden tijdens de training. De training bestaat uit twee componenten. Tijdens het eerste gedeelte van de training staat het doornemen van het opnameprotocol centraal. Er wordt ruimte gecreëerd voor het

beantwoorden van vragen of onduidelijkheden. Het tweede gedeelte van de training bestaat uit een rollenspel, waarbij de verpleegkundigen gevraagd wordt een opname te doen en de leden van de werkgroep de cliënt/acteur zijn.

4.3.2 Organisatorische interventies

De organisatorische interventies zullen gericht zijn op structurele verbeteringen. In hoofdstuk 2 kwam in het interview met de verpleegkundige van afdeling de Hage naar voren dat het ontbreken van een formele gespreksruimte het voeren van een gedegen opnamegesprek in de weg kan staan. Dit wordt in de probleemanalyse bevestigd. Daarnaast gaven verpleegkundigen en cliënt in het interview aan dat de communicatie van de wijkteams met de afdeling en de cliënt vaak moeizaam verloopt. Om met deze twee verbeterpunten aan de slag te worden er gebruik gemaakt van de volgende interventies:

Veranderingen in de fysieke structuur, faciliteiten en uitrusting

Het ontbreken van een officiële ontvangstruimte, maakt het de verpleegkundige, behandelaar en cliënt moeilijk een officieel opnamegesprek te voeren. Een gespreksruimte zou de privacy van de patiënt beter waarborgen, geeft een formeel aspect aan de opname en biedt de verschillende partijen de mogelijkheid in rust elkaar te leren kennen. In een werkoverleg zal dit verbeterpunt aan de orde worden gebracht. Voorgesteld zal worden om een leegstaande kamer in te richten als gespreksruimte.

Veranderingen in de omvang en aard van diensten

De moeizame communicatie tussen de wijkteams, verpleegkundigen van afdeling de Hage en de cliënten zou kunnen worden verbeterd door een inloopsprek uur te organiseren op de afdeling. Er kan een vast tijdstip worden genomen in de week, waarop verpleegkundigen aanwezig zijn op de woonvorm (huisje) en goed op de hoogte zijn van de ontwikkeling van de cliënten. Leden van de wijkteams kunnen zo makkelijker contact zoeken met de verpleegkundigen en cliënten weten dat er behandelaars rond dit tijdstip kunnen langskomen. Dit voorstel zal gedaan worden in een werkoverleg.

Conclusie

Na bestudering van de wenselijke- en feitelijke situatie en de probleemanalyse kan er geconcludeerd worden dat interventies gericht op het vergroten van het kennistekort omtrent opnames (training/coaching) en hanteerbaarheid vergroten met het opnameprotocol (educatiemateriaal) aansluiten bij de behoefte van de verpleegkundigen van afdeling de Hage. Deze interventies worden uitgevoerd door de werkgroep 'opname' (lokale opinieleiders). De organisatorische interventies zullen verbetering brengen in het creëren van

een officiële gespreksruimte en de communicatie tussen wijkteams en verpleegkundigen van afdeling de Hage

Hoofdstuk 5: Implementatieplan

Het implementatietraject is een complex proces, waar enige planning en organisatie voor nodig is. Ter voorbereiding van het implementatietraject wordt er daarom een implementatieplan opgesteld. Een implementatieplan bewaakt de processen van de implementatie zorgvuldig door strategieën en maatregelen systematisch in agendavorm weer te geven. Het implementatieplan is opgebouwd uit de vijf fasen van het verbeterproces volgens Grol & Wensing (2013): oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud. Belangrijke aspecten van een implementatieplan zijn: het concreet formuleren van activiteiten, interventies selecteren die passen binnen de setting en doelgroep, zorgvuldig kiezen van uitvoerders of 'sleutelfiguren' die betrokken zijn bij de interventies van het verbetertraject en een reële tijdsplanning. Het implementatieplan is gericht om het opnameprotocol zo geleidelijk en zorgvuldig mogelijk te implementeren op afdeling de Hage.

Fase	Activiteit	Toelichting	Uitvoerder	Tijdsplanning
Oriëntatie	Brainstormen vorm opnameprotocol	De brainstormsessie vindt plaats met stafverpleegkundige Laetitia Campisi en Beau. Samen brainstormen zij over de wenselijke vorm van het protocol. Doelstelling tijdens deze sessie is om het protocol zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de behoefte van de verpleegkundigen van afdeling de Hage.	Stafverpleegkundige Laetitia Campisi Beau	Januari 2014
Inzicht	Inbreng van organisatorische belemmering in werkoverleg	Tijdens een klein werkoverleg brengt Beau de organisatorische belemmering tijdens de opname ter sprake. Het gaat hier om het contact met de wijkteams en het ontbreken van een officiële gespreksruimte.	Verpleegkundigen afdeling de Hage Stafverpleegkundige Pascal Vermeulen Beau	Februari 2013
Acceptatie	Aankondiging nieuw protocol	In een werkbespreking wordt de komst van de opname-afdeling op afdeling de Hage besproken. Tevens wordt het nieuwe opnameprotocol aangekondigd en uitgelegd dat Beau hier mee aan de slag gaat.	Stafverpleegkundigen Laetitia Campisi en Pascal Vermeulen. Opdrachtbegeleider Frank Moors Beau	November 2013
Verandering	Oprichting werkgroep 'opname'	Beau benadert verpleegkundigen die expert zijn op het gebied van opnames en formeert een werkgroep 'opname'.	Expert verpleegkundigen afdeling de Hage: -Ilse van Goor -Mark van Cann -Shana Houben	Februari 2014

		De experts zullen Beau ondersteunen tijdens het implementatie van het protocol en de interventiestrategie 'coachen van collega's'.	-Frank Moors Beau	
Verandering	Bespreking vormgeving opnameprotocol met werkgroep	Met de werkgroep bespreekt Beau de uitkomsten van de brainstormsessie met stafverpleegkundige Laetitia Campisi (fase oriëntatie). Beau zal de eerste opzet maken van het protocol. De experts zullen deze opzet voorzien van feedback en controleren op volledigheid. Tevens wordt besproken hoe de training vorm krijgt. Met Frank Moors zal overleg plaatsvinden over de casuïstiek die gehanteerd zal worden tijdens de training opname.	Expert verpleegkundigen afdeling de Hage: -Ilse van Goor -Mark van Cann -Shana Houben -Frank Moors Beau	Februari 2014
Verandering	Collega's op de hoogte stellen van implementatiestrategieën	Via informele gesprekken en e-mail worden de verpleegkundigen op de hoogte gesteld van de ontwikkeling van het opnameprotocol. Tevens wordt gevraagd of geïnteresseerde zich willen opgeven voor de training 'opname'. In maart zullen de eerste trainingen van start gaan.	Expert verpleegkundigen 'opname' afdeling de Hage Verpleegkundigen afdeling de Hage Beau	Maart 2014
Verandering	Bijstellen opnameprotocol	Naar aanleiding van feedback van verpleegkundigen tijdens de training 'opname' en/of ontwikkelingen op de afdeling zal het opnameprotocol continue bijgesteld worden.	Beau	Mei 2014
Behoud	Uitvoeren enquête ten behoeve van evaluatie	Frank Moors zal een enquête uitvoeren die door Beau is gemaakt om de evaluatie m.b.t. het opnameprotocol te voltooien. Gegevens worden geanalyseerd en waar nodig zal het protocol bijgesteld worden.	Beau	Augustus 2014
Behoud	Evalueren opnameprotocol en gebruik ervan	Eén à twee keer per jaar zal het protocol geëvalueerd worden aan de hand van de enquête, om eventuele aandachtspunten in kaart te brengen.	Frank Moors	December 2014 en juni 2015

Hoofdstuk 6: Evaluatie

In dit hoofdstuk worden de verbeterdoelen, die werden besproken in hoofdstuk 2, geëvalueerd. Er wordt antwoord gegeven op de deelvraag: 'Op welke wijze worden de implementatiedoelen geëvalueerd?'. Allereerst wordt de evaluatie van de structuurdoelen en bijbehorende interventies besproken. Vervolgens worden de proces- en resultaatdoelen kort besproken. De evaluatie heeft gedeeltelijk plaatsgevonden in het kader van de bachelor thesis van de schrijver. Echter, op het moment van afronding zijn er nog weinig gegevens bekend. Er is daarom gekozen om vervolgevaluatie aan de hand van een enquête over te dragen aan een sleutelfiguur.

6.1 Methode

Om de verbeterdoelen te evalueren is er gekozen voor procesevaluatie. Er is gekozen voor procesevaluatie, omdat deze vorm van evaluatie bij kleinschalige projecten zoals deze een schatting kan geven van de mogelijke haalbare verbetering in de patiëntenzorg. Procesevaluatie is een belangrijk instrument om een aantal zaken te evalueren. Volgens Grol & Wensing (2013) richt procesevaluatie zich op de implementatiestrategie, de daadwerkelijke uitgevoerde strategie, de deelname van de doelgroep aan de strategie en de ervaringen van de deelnemers. In deze thesis is er bij de procesevaluatie gekozen voor een meer ontwikkelingsgerichte benadering, omdat deze benadering) zich volgens Grol & Wensing (2013) richt op kwalitatieve en inductieve dataverzameling. De dataverzameling in dit onderzoek vindt plaats door observaties van verpleegkundigen tijdens het werken en informele gesprekken met verpleegkundigen. De enquête die zal uitgevoerd worden door de sleutelfiguur zal als vervolgevaluatie dienen. De enquête bestaat uit 10 vragen. De vragen zijn zowel gericht op proces als op resultaat. De evaluatie van de procesdoelen richt zich op het handelen van de verpleegkundigen. Het volgende wordt geëvalueerd in de enquête:

1. Gebruik van het nieuwe opnameprotocol tijdens de opname.
2. Het bespreken van de afdelingsregels door verpleegkundigen.
3. Het maken van afspraken omtrent alcohol/drugsbeleid.
4. Het bespreken van de reden voor opname.
5. Het bespreken van de opnameduur.
6. Het bespreken van de juridische status en rechten van de cliënt.
7. Het bespreken van wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden tijdens opname.
8. Het geven van een rondleiding op de afdeling.

9. Het bijdragen aan efficiëntie van de opnameprocedure door gebruik van het opnameprotocol.

10. Patiëntgerichtere zorg verlenen door gebruik van het opnameprotocol.

Het volgende resultaatdoel is niet opgenomen in de enquête: 'Binnen 6 maanden geven cliënten aan een prettige en volledige opname ervaren te hebben'. Dit resultaatdoel zal door middel van de cliëntenevaluatie van een collega worden geëvalueerd.

6.2 (Voorlopige) Resultaten van structuurdoelen

De evaluatie van de structuurdoelen worden in deze paragraaf beschreven aan de hand van observaties en informele gesprekken. De structuurdoelen waren gericht op het creëren van een officiële gespreksruimte en het organiseren van een inloopsprek uur van wijkteams.

- Doel: Op afdeling de Hage wordt er een officiële gespreksruimte gecreëerd.

Een van de belemmerende factoren die zich voordeed tijdens het implementatietraject, was het ontbreken van een officiële gespreksruimte. Er bestond nog geen ontvangstruimte waar behandelaar, verpleegkundige en cliënt een opnamegesprek konden voeren. In februari 2014 werd in het werkoverleg deze belemmerende factor besproken. Alle teamleden waren het eens dat er een gespreksruimte gecreëerd moest worden, waarbij er rekening gehouden moest houden met de privacy en de cliënt. In mei 2014, na een aantal verhuizingen van cliënten, is oude cliëntenkamer vrijgemaakt om te dienen als gespreksruimte. De kamer zal eerst nog geschilderd moeten worden en kan daarna worden ingericht als gespreksruimte. Een stafverpleegkundige heeft op het moment van afronding van deze thesis een verzoek ingediend om de kamer te laten schilderen. De verwachting is dat dit eind juli gerealiseerd is.

- Doel: Op afdeling de Hage wordt er een wekelijks inloopsprek uur georganiseerd in het kader van het bevorderen van contact tussen wijkteams en het team van afdeling de Hage.

Dit voorstel werd ingediend tijdens het werkoverleg in februari. De meningen over dit inloopsprek uur zijn verdeeld. Men ziet zowel de voor- als de nadelen. Voordeel van dit inloopsprek uur is dat er altijd een verpleegkundige bereikbaar is op de woonvormen, die van alle casussen goed op de hoogte is. Dit zou de communicatie met wijkteams en afdeling de Hage bevorderen. Een indirect gevolg hiervan zou kunnen zijn dat de patiëntenzorg verbetert. Een nadeel van dit inloopsprek uur is dat wijkteams altijd zouden moeten kunnen langskomen om hun cliënten te bezoeken en dat zorg te veel gepland en ingekaderd wordt. De stafverpleegkundige heeft toegezegd hier nog eens over na te willen denken. Op het moment van afronding van deze thesis zijn er geen concrete afspraken meer gemaakt omtrent het inloopsprek uur. De verwachting is dat het structuurdoel niet behaald zal worden.

6.3 (Voorlopige) resultaten van proces- en resultaatdoelen

De evaluatie van de proces- en resultaatdoelen zijn op het moment van afronding van deze bachelor thesis nog niet uitgevoerd. De planning is dat dit uitgevoerd zal worden aan de hand van een enquête, observaties en informele gesprekken. De enquête is reeds opgesteld via www.surveymonkey.nl en is te vinden in bijlage 6. Een sleutelfiguur uit de werkgroep heeft aangegeven deze enquête uit te voeren en de resultaten te evalueren.

Uit observaties die ik heb gedaan in eind mei tijdens het werken op de afdeling, kan ik opmaken dat verpleegkundigen het opnameprotocol hanteren als leidraad gedurende de opname. Er wordt aangegeven welke handelingen er zijn uitgevoerd en welke nog moeten gebeuren. Het opnameprotocol wordt dan tevens gebruikt als overdracht naar de volgende dienst, als er nog handelingen moeten worden uitgevoerd om de opnameprocedure af te ronden. Dit heb ik waargenomen tijdens het werken op de afdeling.

Uit informele gesprekken met verpleegkundigen van afdeling de Hage kwam naar voren dat zij het opnameprotocol handig en bruikbaar te vinden. Waar zij voorheen niet goed wisten welke stappen zij moesten ondernemen tijdens de opnameprocedure, weten zij dit nu wel. Ook de training 'opname' wordt door deelnemers als positief ervaren. De volgende onderdelen uit de training werden als positief ervaren: wegwijs maken met het opnameprotocol, educatie over een opname in de GGZ in het algemeen, stapsgewijs uitleg geven over opnames op afdeling de Hage.

In het protocol is opgenomen om samen met de cliënt de opname na een week te evalueren. Een sleutelfiguur van de werkgroep heeft reeds een evaluatie opgezet en dit voorgedragen aan het team. Op het moment van de afronding van deze thesis ervaart de sleutelfiguur weerstand vanuit het team, wat vertraging betekent voor implementatie van de cliëntenevaluatie. Een definitieve datum voor implementatie van de evaluatie is daarom nog niet bekend.

6.4 Overdracht

Zoals eerder in dit hoofdstuk is besproken, zijn drie onderdelen niet geëvalueerd tijdens het schrijven van deze bachelor. In de aanbevelingen zullen deze ook worden besproken. Dit zijn: de enquête, de cliëntenevaluatie en het inlooppreekuur. De enquête wordt overgedragen aan een sleutelfiguur, die in augustus de enquête zal uitvoeren. Er heeft een overdracht met het sleutelfiguur plaatsgevonden, waarin besproken is hoe de enquête uitgevoerd zou kunnen worden. Inloggegevens van de www.surveymonkey.nl zijn doorgegeven. De cliëntenevaluatie zal door een ander sleutelfiguur worden geïmplementeerd in het team. Een eerste versie is reeds voorhanden en wordt momenteel nog van feedback voorzien door het verpleegkundig team. Een sleutelfiguur van d e

werkgroep zal zich gaan bezighouden met het inloopspreekuur voor de wijkteams. Wegens weerstand vanuit het team en de intensiteit van de overige interventies wordt deze interventie overgedragen. Concrete afspraken met betrekking tot tijd, plaats en hoe zijn niet gemaakt.

Conclusie

Naar aanleiding van de evaluatie van de doelen kunnen er een aantal zaken geconcludeerd worden. Zo blijkt uit observaties en informele gesprekken dat het opnameprotocol gehanteerd wordt door verpleegkundigen van afdeling de Hage. De eerste reacties zijn positief. Wel wordt aanbeveelt om een enquête te houden, die ingaat op de inhoudelijke aspecten van het opnameprotocol. De enquête, de cliëntenevaluatie en de interventie 'inloopspreekuur voor wijkteams' zal overgedragen worden aan sleutelfiguren van de afdeling. Afspraken met betrekking tot de interventie zullen nog concreet gemaakt moeten worden.

Discussie

In deze thesis staat het verbeteren van de opnameprocedures op afdeling de Hage centraal. Het succesvol implementeren van het ontwikkelde opnameprotocol is hierbij van groot belang. Tijdens het werken op de afdeling en informele gesprekken is gebleken dat verpleegkundigen het protocol als *tool* gebruiken om de opnameprocedure efficiënt en prettig te laten verlopen. Gedurende het verbetertraject is het opnameprotocol bijgesteld. Nieuwe informatie en feedback tijdens de trainingen rond het protocol gaven hier aanleiding toe. De trainingen hebben structureel plaatsgevonden, waardoor er nu 20 van de 23 verpleegkundigen gecoacht zijn. De bevorderende factoren, het openstaan voor een nieuwe werkwijze door de verpleegkundigen en de inzet van de werkgroep 'opname', hebben bijgedragen aan het succesvol verlopen van de trainingen en het gebruiken van het protocol. De evaluatie van de proces- en resultaatdoelen wordt uitgevoerd door een persoon uit de werkgroep. De enquête die hiervoor gebruikt gaat worden is reeds opgesteld en overgedragen. Ten aanzien van de wenselijke situatie kan gesteld worden dat de onderzoeksliteratuur over opnameprocedures in de GGZ beperkt was. Er werd gezocht in PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, Google, CINAHL en Cochrane met verschillende zoektermen. Alleen de eerste vier genoemde zoekmachines leverden bruikbare artikelen. Er zijn bij het formuleren van zoektermen experts op het gebied van opnameprocedures in de GGZ geraadpleegd. Er werd met name gebruik gemaakt van bevindingen van patiënttevredenheidsonderzoeken. Alhoewel patiënttevredenheidsonderzoeken onderaan de ladder van evidence based practice staan, is de visie van cliënten van essentieel belang. De opnameprotocollen die gevonden zijn, worden gehanteerd door vooraanstaande instellingen/werkgroepen zoals de NHS (NHS Trust, 2012), NIC (Iowa Intervention Project, 2010). en JCAHO (Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2003). Het kwalitatief onderzoek naar de feitelijke situatie werd uitgevoerd bij drie verschillende disciplines. Hierdoor werd de visie op de opnameprocedures op afdeling de Hage vanuit verschillende invalshoeken belicht. De keuze voor de geïnterviewden zijn gemaakt op basis van kennis, ervaring en cognitief vermogen (cliënt). De topics die besproken werden zijn voortgekomen uit de literatuur. Er werd voor het interview toestemming gevraagd voor gebruik voor dit traject. Tevens werd er aangegeven dat, indien gewenst, de geïnterviewde anoniem kon blijven. Dit bevordert de validiteit van het interview. Kritisch kan er gekeken worden naar de eenzijdige methode om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Er werd gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek namelijk, semi-gestructureerd interviewen. Een membercheck werd nagelaten. Voorafgaand aan het interviewen werd er verdieping gezocht in de methodiek van Baarda et al. (2007). De interventies die zijn uitgevoerd zijn succesvol

afgerond. Een kritische kanttekening kan geplaatst worden bij de theoretische onderbouwing van de interventies. De interventies worden wel voorgesteld door Grol & Wensing (2013), maar de effectiviteit van de interventies educatieve bijeenkomsten en verspreiding van educatiemateriaal is nog niet volledig aangetoond. 'Kleinschalige educatieve bijeenkomsten hebben een wisselend, gemiddeld bescheiden effect op professioneel handelen en uitkomsten van zorg'. (Grol & Wensing 2013). Hetzelfde geldt voor de interventie het verspreiden van educatief materiaal. Bij de evaluatie is er gebruik gemaakt van procesevaluatie. Grol & Wensing (2013) stellen dat procesevaluatie bij kleinschalige projecten, zoals dit implementatietraject, zich richt op de feitelijke uitgevoerde activiteiten om te weten of de implementatie juist verlopen is. De vragen uit de enquête (zie bijlage) focussen zich daarom op concrete handelingen die van belang waren tijdens de opname procedure volgens de wenselijke situatie en die geïntegreerd zijn in het opnameprotocol. De sleutelfiguur die de enquête zal uitvoeren kan zo kijken welk effect en resultaat de uitgevoerde activiteiten hebben gehad en of de implementatie nog bijgestuurd moet worden. Tevens kan er aan de hand van de resultaten van de enquête gekeken worden of na het implementatietraject de feitelijke situatie op afdeling de Hage meer overeenkomt met de wenselijke situatie. Verder werd er gebruik gemaakt van bevorderende factoren om een implementatie succesvol te laten zijn. Grol & Wensing (2013) noemen *involvement* en *compatibility* factoren die van invloed kunnen zijn op een succesvol implementatietraject. Er werd gekozen om de afdeling een verbetervoorstel te laten doen en er werd een werkgroep opgesteld met als doel het vergroten van de *involvement* en *compatibility*. 'De betrokkenheid van de doelgroep in het gehele proces zal uiteindelijk bijdragen aan succesvolle implementatie.' (Grol & Wensing, 2013). Gedurende het implementatietraject heb ik dan ook weinig weerstand ervaren. De literatuur is Na het schrijven van deze thesis aan de hand van het model van Grol & Wensing, kunnen er een aantal sterke en zwakke kanten van dit model uiteengezet worden. Een sterke kant van het model is het systematisch, grondig en planmatig doorlopen van het implementatietraject door middel van zes stappen. Er wordt uitgebreid aandacht geschonken aan het zo effectief mogelijk implementeren van een nieuwe voorstel. Een zwak aspect van het model is dat de uitvoerigheid, waarmee het traject doorlopen wordt de student het overzicht kan verliezen. Pas laat in het implementatieproces wordt duidelijk, wat er specifiek verwacht wordt van het verbetertraject.

Aanbevelingen

Ter afsluiting kunnen er nog een aantal aanbevelingen gedaan worden voor afdeling de Hage om het implementatietraject verder te optimaliseren. De aanbevelingen richten zich op het zo goed mogelijk inbedden van het opnameprotocol op de afdeling, zodat het protocol behouden wordt.

- De verbeteringen van de opnames op afdeling Hage zullen getoetst worden door middel van een enquête. De verpleegkundigen op de Hage worden gevraagd om via een online enquête (SurveyMonkey) 10 vragen te beantwoorden die gebaseerd zijn op de proces- en resultaatdoelen genoemd in hoofdstuk 2. Zo zal er getoetst worden of de feitelijke situatie beter aansluit bij de wenselijke situatie. Een sleutelfiguur van de werkgroep, Frank Moors, zal de enquête in augustus uitvoeren en analyseren. De enquête is te vinden in de bijlagen.
- Bij behoud van verbetering is het van essentieel belang dat het opnameprotocol ingebed wordt in bestaande routines en gebruiken. Zo wordt de verbetering in de zorgverlening voortgezet. Sleutelfiguur, Frank Moors, zal hier op toe zien. Dit kan bewerkstelligt worden door één à twee keer per jaar de opnameprocedure te evalueren met behulp van de eerder genoemde enquête.
- Een onderdeel van het opnameprotocol is dat de verpleegkundige de cliënt de afdelingsregels, na mondelinge toelichting, op papier overdraagt. Deze afdelingsregels zijn er nu nog niet. Aanbevolen wordt zo snel mogelijk een schriftelijke versie op te stellen.
- Een ander onderdeel van het opnameprotocol is het evalueren van de ervaringen van de opname door de cliënt. Een cliëntenenquête met betrekking tot evaluatie van de opname zou dan ook wenselijk zijn. Een sleutelfiguur uit de werkgroep heeft aangegeven dit op zich te gaan nemen en een eerste versie van de enquête is reeds voorgelegd aan het verpleegkundig team.

Het is aan te bevelen het implementatietraject door te blijven zetten, om de kwalitatieve goede zorg omtrent opnameprocedures binnen afdeling de Hage te kunnen waarborgen.

Conclusie

De volgende hoofdvraag stond centraal tijdens het schrijven van deze thesis, *‘Op welke wijze kan het opnameprotocol ontwikkeld en geïmplementeerd worden op afdeling de Hage, zodat opnames van volwassen psychiatrische cliënten op een efficiënte, patiëntgerichte en veilige manier verlopen?’*. Als antwoord op de hoofdvraag zal er teruggeblikt worden op de stappen van Grol & Wensing (2013) tijdens het implementatieproces. Gedurende de uitvoering van de interventies ‘ontwikkelen van het opnameprotocol’ en ‘coachen van collega’s’ werd getracht de belemmerende factoren ‘kennistekort’ en ‘het ontbreken van een gestructureerde werkwijze’ te verbeteren. Door de belemmerende factoren te beïnvloeden is de kloof tussen de feitelijke en de wenselijke situatie naar verwachting verkleind. Na informele gesprekken kwam naar voren dat verpleegkundigen vaker voorinformatie verzamelen, een opnamegesprek voeren volgens het opnameprotocol, informatie kunnen geven over de juridische status, behandeling en medicatie, een rondleiding geven en afdelingsregels mondeling kunnen toelichten. Verpleegkundigen geven in deze gesprekken aan dat het werken met protocol en de training ‘opname’ hieraan heeft bijgedragen. Aan te bevelen is de uitvoering van een evaluatie met betrekking tot de uitvoering van het protocol. Tevens is het van belang dat sleutelfiguren zullen toezien op het behoud van de verbeteringen. Kortom, de verwachting is dat de opnameprocedures na het doorlopen van het gehele implementatieproces op afdeling de Hage efficiënter, patiëntgerichter en veiliger zullen verlopen.

Bijlage 1: Literatuurlijst

Baarda, D.B., de Goede, M.P., van der Meer-Middelburg, A.G.E. (2007). Basisboek Interviewen. Houten: Wolters-Noordhoff.

Boyd, M. (2008). Psychiatric nursing: contemporary practice. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.

Breuer, N. (2013). Voorstel Bachelor Thesis. Heerlen: Zuyd Hogeschool.

Brunero, S., Lamont, S., Fairbrother, G. (2009). Using and understanding consumer satisfaction to effect an improvement in mental health service delivery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 272-278.

Brunero, S., Lamont, S., Fairbrother, G. (2007) Admission & Discharge pathway.

Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G.,...Kallert, T. (2010). How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. Frankrijk: Elsevier Masson.

Flodgren, G., Parmelli E., Doumi., G.(2009). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database*. Sytematic Review, 3.

Geijselaers, P. (2013). Van opname tot ontslag vanuit patiëntenperspectief. Maastricht: Mondriaan Zorggroep.

Gilburt, H., Rose, D., Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. London: BMC Health Services Research.

Gommers, S., Van Audenhove, C., Van Ertvelde, J. (2010). De psychiatrisch verpleegkundige: vakkundig in balans. Instrumenten (pp. 104-130). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Grol, R., Wensing, M. (2013). Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business Education.

Iowa Intervention Project. (2010). Verpleegkundige interventies. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. (2003). *Best practices. A Guide To Excellence in Nursing Care*. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.

NHS Trust.(2012). Adult Mental Health Acute Care Pathway. Geraadpleegd op 30 september 2013, via <http://politics.leics.gov.uk/documents/s77734/Appendix%201%20-%20Adult%20Mental%20Health%20Acute%20Care%20Pathway%20Model.pdf>

Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F., Vogel, S.(2001). Met het oog op de toekomst. Rotterdam: Vilans.

Slagter, D. (2012). Zorgprotocollen. Geraadpleegd op 19 januari 2014, van www.zorgprotocollen.nl

Voskes, Y., Theunissen, J., Widdershoven, G. (2011). Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam: VU Medisch Centrum en GGZ Nederland.

Bijlage 2: Zoekstrategie

In deze bijlage komt aan bod: de zoekvraag volgens de PICO-methode en de piramide van EBP. De zoektermen zijn te vinden in bijlage 2.

Zoekvraag

De zoekvraag in deze bachelor thesis is gelijk aan de hoofdvraag 'Op welke wijze kan het opnameprotocol geïmplementeerd worden op afdeling de Hage, zodat opnames van volwassen psychiatrische patiënten op een efficiënte, patiëntgerichte en veilige manier verlopen?'. Er is gekozen om gebruik te maken van de hoofdvraag, omdat deze vraag alle aspecten van de thesis bezit. Door middel van variaties in zoektermen is er specifiek gezocht naar verschillende onderwerpen.

PICO-methode:

P: Psychiatrische patiënt van 18 tot en met 65 jaar op een open afdeling.

I: Opnameprotocol, -methodiek, -procedure, zorgpad, pathway, admission pathway,

C: n.v.t.

O: patient centered care, patient safety, veiligheid, efficiency, efficiënt,

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Volwassenen (>18 - <65 jaar)	Kinderen of ouderen (<18 jaar of >65 jaar)
GGZ	AGZ of MGZ
Nederlands- en Engelstalig	Literatuur anders dan Nederlands of Engels
Westerse landen	Niet westerse landen
Literatuur m.b.t. gesloten afdeling is toegestaan. Relevante zaken zullen gefilterd worden.	

Bijlage 3: reflectie

In dit reflectieverslag zal ik terugblikken op mijn ontwikkeling die ik als verpleegkunde student heb doorgemaakt. Volgens de STARR-methode zal ik op systematische wijze reflecteren op mijn leerproces. Het proces van het implementatietraject en het leerproces zal centraal staan in de reflectie. In de reflectie zal gebruik gemaakt worden van de rollen van Pool (2001).

Ik ben nu bijna aan het eind van de HBO-V opleiding en heb het implementatietraject op afdeling de Hage afgerond. Het verbetertraject richtte zich op het ontwikkelen en implementeren van een opnameprotocol met als doel de opnames op afdeling de Hage te verbeteren. Er werd een implementatietraject gestart op afdeling de Hage. Doelstelling was om de opnameprocedure te verbeteren, zodat opnames efficiënter, patiëntgerichter en veiliger zullen verlopen. Ik heb er tijdens dit implementatietraject voor gekozen om de afdeling zoveel mogelijk te betrekken bij de kwaliteitsverbetering. Door een werkgroep 'opname' op te richten en de stafverpleegkundige en opdrachtbegeleider te betrekken bij het voorstel voor verandering heb ik dit proberen te bewerkstelligen. De achterliggende gedachte hiervan is om gebruik te maken van de volgende factoren: *involvement* en *compatibility*. Volgens Grol & Wensing (2013) zijn involvement en compatibility bevorderend bij het invoeren van nieuwe innovaties. Involvement betekent het zoveel mogelijk betrekken van de doelgroep. Compatibility wil zeggen dat de verandering aansluit bij bestaande behoefte, waarden en opvattingen, waardoor er een breder draagvlak geschept wordt. Bij het kiezen van betrokkenen bij het implementatietraject heb ik rekening gehouden met drie belangrijke factoren die een rol spelen bij involvement volgens Grol & Wensing (2013): herkenbaarheid, representativiteit en deskundigheid. Bij het kiezen van deelnemers aan de werkgroep heb ik bewust gekozen voor verpleegkundigen die ervaring hebben met het doen van opnames (deskundigheid) met zowel een MBO als HBO diploma (herkenbaarheid). Daarbij heb ik gekozen om de stafverpleegkundige te betrekken bij het bedenken van de innovatie om draagvlak te creëren binnen het team, door aankondiging van het opnameprotocol tijdens een werkoverleg (representativiteit). Voorafgaand aan het implementatietraject heb ik mijn opdrachtbegeleider gevraagd waar verbetermogelijkheden zijn op afdeling de Hage. Deze deed mij, na overleg met een stafverpleegkundige, een aantal voorstellen waaronder het implementeren van een opnameprotocol. Na een brainstormsessie met de stafverpleegkundige, bekendmaken van het onderwerp van verbetering naar het team tijdens een werkoverleg en het opzetten van een werkgroep 'opname', kon het implementatietraject gestart worden. In de differentiatiefase 2 werd er een start gemaakt met het beschrijven van de wenselijke- en feitelijke situatie en de probleemanalyse. Het vinden van beperkte onderzoeksliteratuur was een van de knelpunten in deze fase. In deze fase heb ik daarom

experts en opdracht- en docentbegeleider gevraagd om ondersteuning. Vervolgens heb ik samen met de werkgroep een opzet gemaakt voor de trainingen. Er werd gekozen voor een instructie en uitleg over het opnameprotocol en er werd een casus nagespeeld. De planning van de trainingen werd uitgevoerd door de werkgroep. Omdat het protocol al gebruikt werd zijn de eerste ervaringen met het protocol opgedaan. Feedback heeft er toe geleid dat er continue evaluatie en bijstelling van het protocol heeft plaatsgevonden. Evaluatie m.b.t. de indicatoren werd in de aanbevelingen gedaan, omdat dit wegens tijdgebrek niet meer realiseerbaar was. Het opnameprotocol is wel succesvol geïmplementeerd. Dit wil zeggen dat het opnameprotocol door verpleegkundigen van afdeling de Hage gebruikt wordt. De eerste feedback die verkregen is, is positief. De verpleegkundigen geven in informele gesprekken aan het een handig en bruikbaar protocol te vinden. Daarbij heeft 20 van de 23 verpleegkundigen de training gevolgd.

Ik zal nu reflecteren op mijn (leer)proces. Een implementatietraject is een complex proces, waarbij je als verpleegkundige meerdere competenties van verschillende rollen eigen maakt. De rol van ontwerper komt het meest aan bod tijdens het traject. Tijdens het implementeren van het opnameprotocol heb ik de rol van ontwerper eigen gemaakt door te werken aan de competenties: vakinhoud vertalen naar dagelijks handelen, kritisch het eigen vakgebied beoordelen, initiatieven nemen voor kwaliteitsverbetering op afdelingsniveau, voorstellen doen voor overleg gericht op verbetering van communicatie en participeren in de ontwikkeling en vaststelling van protocollen en richtlijnen. Het vertalen van vakinhoud kwam aan bod tijdens het schrijven van de wenselijke situatie, waarbij de literatuur gekoppeld werd aan de situatie op de Hage. Tijdens het ontwikkelen van het opnameprotocol werden de bevindingen in de literatuur meegenomen en aangepast naar een praktische invulling voor in de praktijk. Zo werden voorstellen vanuit de literatuur m.b.t. ontvangst en opnamegesprek concreet omschreven in het protocol. Het vinden van bruikbare onderzoeksliteratuur was in het begin van het traject lastig, maar dankzij hulp is dit alsnog gelukt. Experts en docentbegeleider hebben mij verschillende strategieën geleerd voor het vinden van zoektermen, zoals de optie MeSH van PubMed. Dankzij dit soort strategieën zal ik in de toekomst zelfstandig literatuur kunnen vinden. Het beoordelen van het vakgebied kwam aan de orde tijdens de probleemanalyse, waarbij kritisch werd gekeken naar de kwaliteiten van afdeling de Hage. Het nemen van initiatief voor kwaliteitsverbetering en participeren in ontwikkeling en vaststelling van protocollen werd gerealiseerd dankzij het opnameprotocol. Het voorstel voor verbetering van communicatie kwam aan bod tijdens het werkoverleg, waarbij ik een voorstel deed om de communicatie tussen wijkteams en het verpleegkundig team te verbeteren. Na de rol van ontwerper, neemt de rol van beroepsbeoefenaar ook een grote plek in van mijn (leer)proces. Het instrueren, adviseren en voorlichten over methoden

en modellen is een competentie waar ik aan gewerkt heb tijdens het geven van de trainingen. Ik heb collega's instructies en adviezen gegeven om te werken met het opnameprotocol. Het bijhouden van vakliteratuur bijhouden en deze bespreken in de praktijk, kwam aan bod tijdens de wenselijke situatie. Er werd verdieping gezocht in de literatuur. Door de bevindingen van de literatuurstudies te integreren in het opnameprotocol en deze vervolgens te bespreken met collega's, heb ik de vakliteratuur in de praktijk besproken. Het geven van de trainingen heeft mij geholpen de competenties 'informatie geven over nieuwe werkwijzen en methoden' (rol van coach) en 'cursussen organiseren' (regisseur) onder de knie te krijgen. Ten slotte heb ik gewerkt aan de rol van zorgverlener door mij te verplaatsen in de zorgvrager en de omgeving te beïnvloeden waardoor deze veiliger wordt. Door het houden van een interview met een cliënt en het gebruik maken van verschillende patiënttevredenheidsonderzoeken heb ik mij kunnen verplaatsen in de zorgvrager. Het opnameprotocol en de trainingen hebben bijgedragen aan de veiligheid van de omgeving, omdat er verwacht kan worden dat er dankzij een gestructureerde werkwijze en verbetering van kennis omtrent opnames de opnameprocedure veiliger zal verlopen. Er zijn een aantal competenties die ik nog mag verbeteren. Dit zijn 'Feedback geven en feedback ontvangen' en 'Evalueren van de effectiviteit en efficiency van zorgarrangementen'. Achteraf gezien had ik voordat de trainingen van start zijn gegaan een feedbackformulier moeten maken, waarop deelnemers feedback konden geven. Dit was mijn persoonlijke leerproces en implementatieproces waarschijnlijk ten goede gekomen. Het evalueren aan de hand van de enquête is niet meer gelukt en heb ik overgedragen aan een sleutelfiguur. Gedurende het traject heb ik wel aan de competentie gewerkt door tussentijds het traject te evalueren op school en het protocol bij te stellen. Het analyseren van de resultaten van de evaluatie heb ik niet kunnen doen, waardoor ik nog zou kunnen groeien in het eigen maken van deze competentie. Een andere competentie waar ik nog verbetering in kan aanbrengen is het terugkoppelen van bevindingen (literatuur, interviews, probleemanalyse) ook beter kunnen. Grol & Wensing (2013) geven aan dat als men laat zien dat de werkwijze haalbaar is en snel resultaten oplevert, dit de implementatie bevordert. Ten slotte zal ik nog reflecteren op het implementatiemodel van Grol & Wensing (2013). Ik heb gekozen voor dit model, omdat implementatie stapsgewijs en *evidence based* plaatsvindt. Elke stap wordt grondig doorlopen. Grol & Wensing geven per stap aan welke valkuilen er kunnen zijn en geven hierbij wetenschappelijk onderbouwde tips. Dit heeft soms als nadeel dat het implementatiemodel complex wordt.

Flodgren, G., Parmelli E., Doumi., G.(2009). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database*. Sytematic Review, 3.

Bijlage 4: Zoekstrategie schematische weergave

Google

mental health care AND pathway admission	3.080.000	NHS Trust.(2012). Adult Mental Health Acute Care Pathway. Verkregen op 30 september 2013, via http://politics.leics.gov.uk/documents/s77734/Appendix%201%20-%20Adult%20Mental%20Health%20Acute%20Care%20Pathway%20Model.pdf
Via artikel 'Using and understanding consumer satisfaction to effect an improvement in mental health service delivery.' Contact opgenomen met S. Brunero	n.v.t.	Brunero, S., Lamont, S., Fairbrother, G. (2007) Admission & Discharge pathway.

PubMed

Zoekterm	Hits	Bronnen
admission AND patient satisfaction AND pathway	30	Brunero, S., Lamont, S., Fairbrother, G. (2009). Using and understanding consumer satisfaction to effect an improvement in mental health service delivery. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 16, 272-278.
Flodgren opinion leaders	1	Flodgren, G., Parmelli E., Doumi., G.(2009). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. <i>Cochrane Database</i> . Sytematic Review, 3.

ScienceDirect

Zoekterm	Hits	Bronnen
Admission AND psychiatry AND communication	481	Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G.,...Kallert, T. (2010). How to improce clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. Frankrijk: Elsevier Masson.

Google Scholar

Zoekterm	Hits	Bronnen
admission AND mental health AND communication	303.000	Gilburt, H., Rose, D., Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitive study of service users'experiences of psychiatric hospital admission in the UK. London: BMC Health Services Research.

Bijlage 5: Uitwerking interviews

Tijdens de uitwerking van de interviews werd er gebruik gemaakt van eerder werk, namelijk de praktijkproef (Gelissen, 2013a) uit de differentiatie 2.

'Interview verpleegkundig specialist

I. Introductie:

- +/- 45 minuten
- In kader van thesis
- Vraagstelling: Hoe verloopt op dit moment de opnameprocedure op de Hage?
- Keuze interviewer: Visie vanuit behandelaar
- Privacy: toestemming vragen
- Afspraken omtrent gebruik interview: eerst nog een keer doornemen voor publicatie?
- Zo eerlijk mogelijk antwoorden, geen goede / foute antwoorden

II. Fase voor dat de patiënt op de afdeling verschijnt.

9 van de 10 cliënten die opgenomen worden op de Hage, zijn meestal al in zorg bij Mondriaan. Dit betekent dat zij al een behandelaar hebben. In dit geval meldt de behandelaar de cliënt aan op de Hage. Cliënten worden aangemeld via een aanmeldformulier, welke terecht komt bij de CODO-functionaris. (Functie met betrekking tot coördinatie beddenbeleg). Eén keer per week wordt in de beddenoverleg bekeken of de aangemelde cliënt geschikt voor is de betreffende afdeling. Bij de Hage doe ik dit samen met de psychiater een advies of deze cliënt past binnen de Hage. Er wordt gekeken of aan de zorgvraag van de cliënt voldaan kan worden.

In principe is er een vaste werkwijze, maar ik ben van mening dat hier met moment van afgeweken moet worden indien de situatie/casus hierom vraagt. Citaat: 'Het doel heiligt dan alle middelen.'

Voor het in behandeling treden van de patiënt op de Hage, verkrijg ik globale patiënteninformatie via het aanmeldingsformulier. Op dit aanmeldingsformulier staat het volgende vermeld:

- Naam en telefoonnummer van behandelverantwoordelijke/verwijzer
- Naam en geboortedatum
- CIZ-indicatie/ZZP
- Diagnose, beschrijvend en volgens DSM-criteria
- Sinds wanneer in zorg bij Mondriaan
- Reden en doelstelling van aanmelding en de verwachte opnameduur
- Korte beschrijvingen van:

- Relevante psychiatrische voorgeschiedenis en huidige psychiatrische problematiek
- Huidige somatische problematiek (indien aanwezig)
- Huidige zorgbehoefte: verpleegkundige zorg

De informatie is nog vrij globaal, omdat het dossier nog niet gelezen mag worden. Het dossier bekijken mag pas op het moment dat de cliënt daadwerkelijk is opgenomen op de Hage.

Is de cliënt eenmaal opgenomen op de Hage ontvang ik een overdracht van de vorige behandelaar. Het prettigste is als de vertrouwde behandelaar nog de eerste 1 à 2 weken de behandeling overneemt. Zo ontstaat er een zo geleidelijk mogelijke overgang.

Het liefst heb ik zowel een mondelinge als een schriftelijke overdracht. Deze laatste wordt nog wel eens overgeslagen.

Tijdens de overdracht dient er een actueel behandelplan te zijn, waarin voor- en levensgeschiedenis zijn opgenomen.

Ik als verpleegkundig specialist ben niet betrokken bij de verpleegkundige overdracht. Dit regelen verpleegkundigen onderling. Ik zorg er wel voor dat ik de stafverpleegkundige inlicht over de opname en vraag naar de toekomstige pb'er, welke ik via e-mail informeer.

III. Ontvangst van de patiënt op de afdeling.

De ontvangst van de cliënt op de afdeling gebeurt meestal door verpleegkundige. In de loop van de dag stel ik mij voor aan de cliënt en maak dan een afspraak voor een gesprek de komende week. De ontvangst kan anders verlopen indien de situatie of casus hierom vraagt. Zo heb ik laatst samen met de psychiater cliënt en familie ontvangen bij de portier. Samen zijn wij toen naar de afdeling gegaan. Wat ik erg belangrijk vind is dat een cliënt zijn plek vindt. Mijn aanpak kan per cliënt verschillen. Elke situatie dient apart te worden ingeschat.

IV. Het opnamegesprek.

Het opnamegesprek vindt meestal plaats wanneer cliënt gewend is op de afdeling. Dit kan dus na een paar dagen of een week zijn. Naar mijn mening kan een cliënt beter een gesprek aangaan als hij/zij zich veilig voelt. Hiervoor geef ik de tijd en ruimte. Dit acht ik zeer belangrijk. Ik laat mij leiden door de casus. Ik pas mijn handelen af per persoon. In de relatie die ik met de cliënt aanga is het steeds balanceren tussen informatie winnen en een band opbouwen. Een citaat van de vorige psychiater zal ik niet snel vergeten: 'De omgeving bepaalt in hoeverre de cliënt zich openstelt voor rehabilitatie'. De cliënt de ruimte en tijd geven is naar mijn mening van belang.

Voelt de cliënt zich gewend en veilig op de Hage dan ga ik het gesprek aan. Komt de cliënt vanuit de kliniek dan is deze vooraf al besproken of ik heb contact gehad met de vorige behandelaar. 'De context bepaalt dan waar ik de focus op leg in het gesprek.'

De volgende aspecten komen terug tijdens een opnamegesprek:

- Met de voorinformatie die ik heb verkregen ga ik gericht vragen stellen.
- Onderdelen van behandelplan worden besproken, maar meestal niet de diagnose: de cliënt vindt dit meestal confronterend. Dit kan de relatie met de cliënt in de weg staan. De behandeling is gestoeld op de relatie die ik met de cliënt. Dit bespreken kan naar mijn ervaring (*best practice*) averechts werken.
- Medicatie: is de cliënt hier tevreden over, bespreekbaar maken wanneer dit niet het geval is.
- Klein psychiatrisch onderzoek: bv vragen naar stemmen, zijn dit gedachten of echt hallucinaties etc. Onderzoek heeft als doel het leren kennen van de cliënt.
- Lichamelijke klachten: dit weet ik meestal wel uit de overdracht. Maar als de casus hierom vraagt ga ik hier dieper op in.
- Drugs/alcohol: vooral informatie verkrijgen. Ik ga niet meteen afspraken maken omdat eerst een band opgebouwd moet opgebouwd worden, tenzij de situatie hierom vraagt of er een acuut probleem.
- Huisvesting.
- Zelfzorg: welke ondersteuning heeft de cliënt nodig bij adl?
- Reden van opname wordt afhankelijk van situatie besproken. Kan ook besproken worden als patiënt hier langer is, band opgebouwd.

Juridische status breng ik meestal niet ter sprake. Client weet dit meestal al, wordt op de Hage niet in crisis opgenomen. (Bijvoorbeeld IBS. Client heeft maatregel al langere tijd en heeft hier mee leren omgaan. Hij/zij komt niet van gesloten afdeling meteen naar de Hage. Heeft de cliënt hier vragen over dan bied ik de mogelijkheid dat deze beantwoord worden. Zo lang afspraken gemaakt kunnen worden is juridische status naar mijn mening van minder belang. Ik vind het belangrijk om de cliënt onvoorwaardelijke steun geven. Laten blijken dat je er altijd voor iemand bent is essentieel om de cliënt vertrouwen te geven. Een confronterend opnamegesprek kan dit in de weg staan. Ik geef aan dat we het niet mee hoeven te zijn om met elkaar te kunnen samenwerken.

V. Samenwerking tussen u als behandelaar en de verpleegkundige.

Er zijn een aantal aspecten die ik belangrijk acht in de communicatie tussen mij en verpleegkundige. Ik verwacht van een verpleegkundige dat hij/zij duidelijk en concreet is. De informatie die zij verschaffen moet volledig en onderbouwd zijn. Graag wil ik feitelijk en waargenomen informatie. Subjectieve informatie zoals bijvoorbeeld een 'onderbuik gevoel' vind ik lastig om mee aan de slag te gaan.

Het liefst zou ik zien dat een verpleegkundige iets waarneemt en meedenkt in beleid.

VI. Het maken van afspraken tussen u, verpleegkundige en patiënt.

Het beste is om dit met drie partijen te bespreken. Het is niet altijd praktisch mogelijk om dit zo te doen. Het prettigste is om dit meteen met PB'er te doen. Som is het beter een en ander per mail door te geven, omdat ik het idee heb dat rapportages niet altijd goed gelezen worden. Ik rapporteer gesprekken bv zo volledig mogelijk, maar wordt niet altijd gelezen.

VII. Moeilijkheden tijdens een opname.

Het afstemmen vind ik vaak lastig. Liefst wil ik een overdracht doen in bijzijn van nieuwe pb'er, maar dienstlijst laat dit niet altijd toe. Dan zal andere vpk over moeten nemen, en dit overdragen aan pb'er. Vaak gaat bij deze overdracht weer wat info verloren. Ik plan meestal snel daarna een kort overleg met pb'er. Daarnaast denk ik dat verpleegkundig methodisch werken een oplossing kan bieden een consistente overdracht.

Daarnaast merk ik dat niet alle behandelaren het even secuur nemen met een overdracht. Vaak mis ik een goede overdracht/overplaatsingsbrief of verwijzing, missen delen in het dossier (mn. geschiedenis e.d.). Ik vraag hier nu gericht naar alvorens een overdracht wordt gedaan, maar vinden ze vaak vervelend (lijk ik te merken). Ditzelfde geldt voor de vpk-overdracht. Ik heb de indruk dat jullie als vpk op de Hage vaak geen schriftelijke vpk-overdracht krijgen, naast een mondelingen overdracht. Ook die schriftelijke overdracht moet m.i. in het dossier komen.

VIII. Positie van familie tijdens opname.

Dit is afhankelijk van de context. Wanneer pt of familie dit wensen, dan vind ik dat dit moet gebeuren, tijdens de overdracht, en anders z.s.m. erna. Ik probeer in het begin wel een afspraak met contactpersoon/familie te plannen om te kijken of ook daar zorgvragen liggen.

IX. Eventuele aanvullingen.

-

X. Afsluiting:

- Samenvatting
- Eventuele aanvullingen
- Reflecteren op interview
- Bedanken
- Terugkomen op afspraken
- Bij vragen aangeven waar men terecht kan

Interview verpleegkundige

I. Fase voor dat de patiënt op de afdeling verschijnt.

Informatie over de casus verkrijgen wij via het wijkteam of van een andere afdeling. Indien dit laatste het geval is spreken we over een verpleegkundige overdracht. In de informatie wordt het volgende benoemd:

- Het doel van de opname
- De opnameduur
- De opnamereden
- Doelstellingen waarnaar gestreefd dient te worden tijdens opname.
- Korte voorgeschiedenis krijgen wij van de behandelaar of stafverpleegkundige.

II. Ontvangst van de patiënt op de afdeling.

Er wordt één verpleegkundige aangewezen (meestal door staf). Indien de stafverpleegkundige afwezig is dient de verpleegkundige van het betreffende huisje, de opname op zich te nemen. Deze werkt de checklist af.

De cliënt wordt ontvangen in de woonkamer. Hier krijgt hij/zij iets te drinken aangeboden. Vervolgens wordt de cliënt naar zijn kamer gebracht en krijgt de tijd om te wennen aan de afdeling. Eenmaal geaard op de afdeling zal de verpleegkundige een persoonlijk gesprek met aangaan met de cliënt en worden afdelingsregels besproken.

III. Het opnamegesprek.

Er wordt geen officieel opnamegesprek gehouden. De doelen worden vooraf afgesproken door de behandelaar. Veel verpleegkundige op de Hage weten niet hoe zij een opnameprocedure dienen aan te pakken en laten dit al snel over aan andere collega's. Verpleegkundige hanteren geen gestructureerd plan tijdens een opname.

IV. Samenwerking tussen u als behandelaar en de verpleegkundige

Er zijn een aantal aspecten die ik verwacht in de samenwerking met een behandelaar:

- Doelen en verwachtingen moeten helder zijn. Behandelaar moet duidelijk zijn.
- Opnameduur en opnamedoel bespreken.

Overdracht is minimaal. Behandelaar is vaak niet aanwezig, heeft voornamelijk contact met staf, contact kan korter en directer.

Communicatie tussen wijkteams en verpleegkundige kan verbeterd worden. Contact is zeer minimaal. Communicatie verloopt meestal telefonisch, waardoor misverstanden kunnen ontstaan.

Zo worden consulten bijvoorbeeld niet afgesproken, behandelaren komen vaak onaangekondigd en sporadisch langs.

V. Het maken van afspraken tussen u, verpleegkundige en patiënt.

Afspraken omtrent de cliënt zijn vooraf gemaakt of worden gedurende de opname gemaakt.

Ik zou dit graag anders zien. Vaak moeten verpleegkundigen achter de behandelaar aan.

Afspraken worden telefonisch gemaakt en de cliënt is hier niet bij. Afspraken worden

medegedeeld aan de cliënt of cliënt maakt afspraken direct met de behandelaar. Het bespreken van medicatie is hier een voorbeeld van. Cliënten bespreken dit vaak zelf met de behandelaar, ze zijn in staat dit te doen.

VI. Verpleegkundige handelingen tijdens opname.

De verpleegkundige handelingen tijdens de opname bestaan voornamelijk uit het opzetten van een voorlopig verpleegplan indien de cliënt van buitenaf komt. Is de cliënt overgeplaatst vanuit de kliniek, dan wordt het ouder verpleegplan nog even gehanteerd. Je kent de cliënt nog niet goed genoeg om op de eerste dag een nieuw verpleegplan te maken. Het oude of voorlopige verpleegplan dient na één à twee weken vernieuwd te worden. Dit wordt nog wel eens nagelaten. Spullen worden echter niet doorzocht. Daarbij mogen cliënten niet fouilleert worden. Een anamnese wordt meestal niet gedaan.

VII. Moeilijkheden tijdens opname.

Ik merk dat het ontbreken van een ruimte waar je de cliënt echt kan ontvangen ontbreekt. Er zou een ruimte moeten zijn waar je de cliënt formeel kan ontvangen en een formeel gesprek aan kunt gaan.

Verpleegkundige op de Hage weten niet allemaal hoe zij een opname dienen aan te pakken. Coaching van verpleegkundige is nodig en kan wellicht helpen.

Daarbij zijn verpleegkundige niet op de hoogte regels van de regels BOPZ. Welke rechten en plichten de cliënt heeft zijn niet bij iedereen bekend.

VIII. Positie van familie tijdens opname.

Familieleden worden op de hoogte gehouden van ontwikkelingen en toestandsbeeld. Het ligt eraan welke rol familie heeft met betrekking tot de cliënt. Als familie een ondersteunende functie heeft, wordt familie toegelaten. Als familie zaken overneemt van de cliënt, dan vragen wij de cliënt apart.

IX. Eventuele aanvullingen.

-Verpleegkundigen coachen worden hoe ze een opnamegesprek moeten voeren: over wat moet gevraagd worden en welke zaken afgehandeld worden.

-Niet ervaren verpleegkundigen dienen ook opnamen te doen.

-Checklist kan aangepast worden en verpleegkundigen moeten gecoacht worden in het gebruik hiervan.

Interview cliënt

I. Introductie: In de introductie besprak ik met de cliënt de volgende onderdelen:

-Tijdsbestek (+/- 45 minuten)

-Er bestaan geen goede of foute antwoorden, het liefst zo eerlijk mogelijk antwoorden

- Of de informatie gebruikt mag worden voor de thesis
- Client gaf aan geen verslag te hoeven van het interview.

II. Fase voor de opname/overplaatsing.

Twee weken voor de opname werd ik op de hoogte gesteld door mijn behandelaar, dit werd mij medegedeeld. Ik heb hier naar mijn gevoel geen stem in gehad. Iemand van het wijkteam was mijn aanspreekpunt.

De reden van de overplaatsing was bekend (beddendruk). Het doel werd ook besproken, wachten op een plek bij Talent.

III. Ontvangst op de afdeling.

De ontvangst op de afdeling was niet zoals ik verwacht had. Mijn kamer was vies en stonk. Er was geen schoon linnengoed, de kast was smerig.

Ik ben ontvangen op het huisje, hier heb ik een intakegesprek gehad met verpleging van beide afdelingen. Wijkteam (behandelaar) was niet aanwezig, maar dit vond ik niet erg.

Ik voelde mij niet echt op mijn gemak bij binnenkomst. Dit was deels te wijden aan mezelf en deels de hygiëne op de kamer. Ontvangst door verpleegkundige was goed. Vragen werden gesteld en pb'er zou worden toegewezen. Informatieverstrekking was volledig. Ik kreeg meteen een eigen sleutel.

IV. Het opnamegesprek.

Tijdens het opnamegesprek was geen behandelaar aanwezig. Ik was aanwezig bij de verpleegkundige overdracht, dit vond ik prettig. Ik kon mijn verhaal doen, waarom ik hier was en aandachtspunten. Het volgende werd besproken: In het gesprek werd in grove lijnen mijn voorgeschiedenis besproken, de aandachtspunten die verpleging moest weten, medicatievoorschrift en hoe laat ik deze inneem, opnamedoel werd besproken: wachten op plek begeleide woonvorm, regels omtrent alcohol en drugs werden aangehaald. Kort werden mij de afdelingsregels verteld. Hierbij werden vragen en punten bespreekbaar gemaakt, Geen formele rondleiding, vond ik zelf niet echt nodig.

V. Het contact tussen u, verpleegkundige en behandelaar.

Contact met wijkteam en verpleging is minimaal. Heb het idee dat communicatie vaak misloopt tussen beide. Ik maak wel afspraken met wijkteam, maar verpleging is hiervan vaak niet op de hoogte.

VI. De eerste paar dagen op de afdeling.

Ik moest erg wennen de eerste week, vooral aan de medecliënten. Niet alles was voorradig. Ik trok mijzelf terug voelde me wat onwennig. Ik had niet echt een klik. Het

huisje, kamer was erg vies. Dit maakte dat ik mij onprettig voelde. Ik had het gevoel dat verpleegkundige benaderbaar waren, maar door de locatie van de afdeling kon ik hen niet altijd vinden. Ik heb het meest gesproken met het wijkteam. Zij waren op de hoogte van mijn situatie, ik heb het idee dat verpleegkundigen dit niet echt hadden. Ik bespreek daarom mijn vragen en knelpunten met het wijkteam.

VII. Ervaringen tijdens de opname.

Kan geen spullen laten liggen. Hier moest ik veel op letten.

Er hingen geen gordijnen in huisje, je had weinig privacy.

VIII. Eventuele aanvullingen.

Pb'er heeft zich een keer voorgesteld, daarna niet meer gezien. Verpleging is niet van alles op de hoogte, wijkteam wel. Deze terugkoppeling van wijkteam naar verpleging kan beter.

IX. Afsluiting.

Met cliënt kort gereflecteerd op het interview. Gaf aan het gevoel te hebben gehad in veiligheid alles te hebben kunnen vertellen. Er waren geen vragen meer. Samen met cliënt het interview kort samengevat en cliënt gaf aan dat alles besproken was wat hij wilde vertellen.' (Gelissen, 2013a).

Bijlage 6: Evaluatie via enquête SurveyMonkey

Op www.surveymonkey.nl kan er een online enquête gemaakt worden. Deze kan alleen via printscreen in dit document toegevoegd worden.

[SURVEY PREVIEW MODE] Evaluatie opnameprotocol Survey - Google Chrome
www.surveymonkey.com/s.aspx?PREVIEW_MODE=DO_NOT_USE_THIS_LINK_FOR_COLLECTION&sm=wGvrfRmXu5YM7KOSgn2lzB%2bHRpa%2b7LGNloLSluyzg%3d

Evaluatie opnameprotocol

1. Ik gebruik het nieuwe opnameprotocol tijdens de opname van een cliënt

nooit	soms	vaak	altijd
☐	☐	☐	☐

2. In het opnamegesprek bespreek ik de afdelingsregels

Nooit	Soms	Vaak	Altijd
☐	☐	☐	☐

3. In het opnamegesprek bespreek ik, indien van toepassing, afspraken omtrent alcohol en/of drugs

Nooit	Soms	Vaak	Altijd
☐	☐	☐	☐

4. In het opnamegesprek bespreek ik de reden voor opname

Nooit	Soms	Vaak	Altijd
☐	☐	☐	☐

5. In een opnamegesprek bespreek ik de opnameduur

Nooit	Soms	Vaak	Altijd
☐	☐	☐	☐

6. In een opnamegesprek bespreek ik de juridische status en de rechten van de cliënt

Nooit	Soms	Vaak	Altijd
☐	☐	☐	☐

Bijlage 7: Beoordelingsformulier bachelor thesis docentbegeleider

Zie voor een concretere invulling van de diverse onderdelen ook de suggesties/opmerkingen in het format bachelor thesis.

Zie voor APA regels de website van de bibliotheek: informatievaardigheden

<http://bibliotheek.zuyd.nl/index.jsp?search=35&content=35&more=false&searched=true&query=apa-norm>

Naam student:

Studentnummer:

Naam docentbegeleider (1^e beoordelaar):

Datum beoordeling:

Naam 2^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelor thesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn.	Toegekende punten: Feedback:

Inhoud: Maximaal punten 90

Voorwoord: Maximaal 2 punten

Voorwoord is persoonlijk. Geeft inzicht in de positionering van de thesis (opleiding, in kader waarvan geschreven) en bevat een dankwoord.

Toegekende punten:

Feedback:

Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten

De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelor thesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.

Toegekende punten:

Feedback:

Inleiding: Maximaal 10 punten

Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.

Implementatiemodel : Maximaal 2 punten

De stappen van het implementatiemodel zijn kort weergegeven.

Toegekende punten:

Feedback:

Onderwerpkeuze: Maximaal 3 punten

De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven. Een aantal concrete doelen op outcome (patiënt) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Toegekende punten:

Feedback:

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk

beschreven.

Conclusie

De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.

Analyse feitelijke zorg

Docent kan voor de analyse feitelijke zorg en probleemanalyse doelgroep en setting samen maximaal 15 punten verdelen

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Probleemanalyse doelgroep en setting

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Toegekende punten:

Feedback:

Feedback:

Toegekende punten:

Feedback:

Resultaten

Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Implementatieplan: Maximaal 5 punten

Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).

Toegekende punten:

Feedback:

Evaluatie: Maximaal 10 punten.

Methode

De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Resultaten

Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten

Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten

Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model.

Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

Toegekende punten:

Feedback:

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin

student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.

Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel.

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Beoordeling bachelor thesis:

1^e beoordelaar:

2^e beoordelaar:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelor thesis =

Eventuele opmerkingen:

Het punt voor de bachelor thesis moet minimaal een 5,5 zijn, voordat de student de eindpresentatie en de onderbouwing van de thesis in de praktijk mag uitvoeren. Hierbij de is beoordeling van de 2^e beoordelaar meegenomen.

Voor de eindpresentatie en onderbouwing in de praktijk (beoordeeld door 1^e beoordelaar/docentbegeleider in overleg met de praktijk) kan de student een punt halen op een schaal van 0-10 punten. Het behaalde cijfer dient een voldoende te zijn en hierna gaat de beoordeling van de bachelor thesis naar Bureau Onderwijs. De student heeft dan een apart cijfer voor de bachelor thesis en een apart cijfer voor de presentatie.

Handtekening 1^e beoordelaar:

Datum:

Handtekening 2^e beoordelaar:

Datum:

Bijlage 9: Beoordelingsformulier bachelor thesis 2e beoordelaar

Zie voor een concretere invulling van de diverse onderdelen ook de suggesties/opmerkingen in het format bachelor thesis.

Zie voor APA regels de website van de bibliotheek: informatievaardigheden

<http://bibliotheek.zuyd.nl/index.jsp?search=35&content=35&more=false&searched=true&query=apa-norm>

Naam student:

Studentnummer:

Naam 1^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Naam 2^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelor thesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn.	Toegekende punten: Feedback:

Inhoud: Maximaal punten 90

Voorwoord: Maximaal 2 punten

Voorwoord is persoonlijk. Geeft inzicht in de positionering van de thesis (opleiding, in kader waarvan geschreven) en bevat een dankwoord.

Toegekende punten:

Feedback:

Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten

De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelor thesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.

Toegekende punten:

Feedback:

Inleiding: Maximaal 10 punten

Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.

Implementatiemodel: Maximaal 2 punten

De stappen van het implementatiemodel zijn kort weergegeven.

Toegekende punten:

Feedback:

Onderwerpkeuze: Maximaal 3 punten

De keuze van het onderwerp vanuit theorie en praktijk is duidelijk beschreven. Een aantal concrete doelen op outcome (patiënt) en proces (verpleegkundigen) zijn beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Toegekende punten:

Feedback:

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.

Analyse feitelijke zorg

Docent kan voor de analyse feitelijke zorg en probleemanalyse doelgroep en setting samen maximaal 15 punten verdelen

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Probleemanalyse doelgroep en setting

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Toegekende punten:

Feedback:

Toegekende punten:

Feedback:

Toegekende punten:

Feedback:

Resultaten

Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Implementatieplan: Maximaal 5 punten

Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).

Toegekende punten:

Feedback:

Evaluatie: Maximaal 10 punten.

Toegekende punten:

Methode

De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven.

Feedback:

Resultaten

Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten

Toegekende punten:

Feedback:

Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.

Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten

Toegekende punten:

Feedback:

Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model.
Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig

functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.

Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel.

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Beoordeling bachelor thesis:

1^e beoordelaar:

2^e beoordelaar:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelor thesis =

Eventuele opmerkingen:

Het punt voor de bachelor thesis moet minimaal een 5,5 zijn, voordat de student de eindpresentatie en de onderbouwing van de thesis in de praktijk mag uitvoeren. Hierbij de is beoordeling van de 2^e beoordelaar meegenomen.

Voor de eindpresentatie en onderbouwing in de praktijk (beoordeeld door 1^e beoordelaar/docentbegeleider in overleg met de praktijk) kan de student een punt halen op een schaal van 0-10 punten. Het behaalde cijfer dient een voldoende te zijn en hierna gaat de beoordeling van de bachelor thesis naar Bureau Onderwijs. De student heeft dan een apart cijfer voor de bachelor thesis en een apart cijfer voor de presentatie.

Handtekening 1^e beoordelaar:

Datum:

Handtekening 2^e beoordelaar:

Datum:

Bijlage 10: Beoordelingsformulier bachelor thesis werk- / praktijkbegeleider

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider:

Zorginstelling:

Naam student:

Studentnummer:

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bruikbare bachelor thesis geleverd voor de praktijk	Voldaan Toelichting:	Niet voldaan Toelichting:
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
4. De student heeft voor overdracht gezorgd	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:
5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk	Voldaan Toelichting:	Niet Voldaan Toelichting:

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Bijlage 11: Voorstel Bachelor Thesis

Inleiding

‘Opnameprocedures in de psychiatrische volwassenenzorg vragen om een specifieke aanpak. Tijdens een opname wordt de basis gelegd voor een vertrouwensband, welke van essentieel belang is in een behandelingsrelatie. De NIC (2010) definieert het begrip opname als volgt: ‘De patiënt voorbereiden op een verblijf in de zorginstelling.’ In Nederland maakt jaarlijks 10% van alle psychiatrische patiënten gebruik van de 32.000 opnameplekken in Nederland. (Trimbos, 2011).’ (Gelissen, 2013).

‘Afdeling de Hage van Mondriaan Maastricht verandert momenteel van een volledig chronische afdeling naar een deels kortdurende opname en chronische afdeling. Dit brengt met zich mee dat er meer opnames komen.’ (Gelissen, 2013) Echter, het personeel en de organisatie-structuur is hier nog niet op voorbereid. Dit is de *aanleiding* voor het schrijven van de thesis. ‘De *probleemstelling* is: Opnames worden nog niet op een gestructureerde wijze aangepakt.’ (Gelissen, 2013). Om de bachelor thesis sturing te geven zal de volgende hoofdvraag de leidraad zijn: *‘Op welke manier kan het opnameprotocol veilig en effectief geïmplementeerd worden op afdeling de Hage, zodat opnames op een zo efficiënt mogelijk manier verlopen?’*. De deelvragen die hieruit volgen zijn:

- Hoe ziet zou de wenselijke situatie uitzien omtrent een opnameprocedure op afdeling de Hage?
- Hoe verloopt de opnameprocedure op afdeling de Hage?
- Hoe ziet de probleemanalyse van afdeling de Hage eruit?
- Welke strategieën en interventies worden gekozen om het implementatieproces te realiseren?
- Hoe vindt de evaluatie van het implementatieproces plaats en welke methoden worden hiervoor gebruikt?

Tijdens deze bachelor thesis zal het model van Grol & Wensing (2011) de kapstok zijn voor het implementatieproces van het opnameprotocol. Dit model wordt in hoofdstuk 3 verder uitgewerkt.

Het invoeren van een protocol om de opnameprocedure te verbeteren op de Hage is dan ook meteen de *doelstelling* van de thesis.

Kernpunten uit de evidence-based literatuur zijn:

- *Pathway* van de National Health Service UK (NHS)
- *Pathway* die volgt uit een patiëntentevredenheidsonderzoek

De *pathway* van zowel de NHS als de *pathway* uit het onderzoek geven weer welke op systematische wijze welke stappen doorlopen dienen te worden tijdens de opnameprocedure.

In de literatuurstudie wordt verdere verdieping gezocht in de literatuur.

Hoofdstuk 1. Voorbereiding

In dit hoofdstuk bespreek ik welke personen uit de praktijk mij gaan helpen tijdens het implementatieproces en het schrijven van de bachelor thesis.

De personen die mij gaan helpen tijdens het schrijven van de bachelor thesis zijn:

- Frank Moors, opdrachtbegeleider
- Marcel Schulpen, werkbegeleider
- Ilse van Goor, werkbegeleider

Frank en Marcel zijn op de hoogte van mijn bachelor thesis en de vorderingen die ik hierin maak sinds het begin van dit schooljaar. Bij vragen of knelpunten kan ik hen benaderen.

De personen die mij gaan helpen tijdens het implementatieproces zijn:

- Ilse van Goor, werkbegeleider
- Marcel Schulpen, werkbegeleider
- Mark van Cann, verpleegkundige
- Shana Houben, verpleegkundige
- Frank Moors, 1^{ste} competentie verpleegkundige
- Pascal Vermeulen, stafverpleegkundige
- Laetitia Campisi, stafverpleegkundige

Ik heb Ilse, Mark, Shana en Frank gevraagd om mij te ondersteunen bij het coachen van collega's. Deze collega's hebben ervaring met opnames, omdat zij werkzaam zijn geweest op opname-afdelingen. Zij hebben aangegeven mij bij dit onderdeel te kunnen gaan helpen.

Laetitia Campisi (stafverpleegkundige) en ik hebben in een brainstormsessie de opzet van een nieuw opnameprotocol doorgenomen. Hierin hebben wij nieuwe ideeën aangehaald, waarmee ik protocol vorm ga geven. Dit protocol moet door Pascal Vermeulen goed gekeurd worden. Ik zal Frank om feedback/hulp vragen tijdens de ontwikkeling van het protocol.

Randvoorwaarden voor het schrijven van de bachelor thesis:

- Er is voldoende tijd om aan de thesis te werken. Het liefst 2 uur per week. Ik mag dit in overleg inplannen in de dienstlijst.
- Ik kan gebruik maken van een aparte ruimte om aan de thesis te werken.
- Bij vragen en knelpunten kan ik Frank en Marcel benaderen.
- Op tijd feedback ontvangen van opdrachtbegeleider.

Hoofdstuk 2. (voorlopige)Titel (eventueel ondertitel)

Om de thesis een naam te geven zal er een titel en ondertitel gekozen worden. Ik wil graag een pakkende titel en heb nog meer tijd nodig om hier goed over na te denken. Onderstaand voorbeeld is een voorlopige titel.

Titel: Opname

Ondertitel: Implementatie van een opnameprotocol

Hoofdstuk 3. Stappen van Grol & Wensing

Het implementeren van, in dit geval een protocol, is een complex proces. Om dit proces zo effectief mogelijk te laten verlopen hebben Grol & Wensing (2011) een implementatiemodel opgesteld bestaande uit 7 stappen. De stappen zijn gericht op het zo effectief mogelijk verbeteren van patiëntenzorg. Vaak worden kostbare inzichten niet gerealiseerd, omdat het proces van implementatie of kwaliteitsverbetering op een tal van redenen stuk loopt. De stappen van Grol & Wensing houden rekening met deze redenen. Het model is gebaseerd op zowel wetenschappelijke- als praktische kennis om het proces van verandering zo goed mogelijk te laten verlopen.

De 7 stappen zijn:

1. Voorstel voor verandering:

De eerste stap in het implementatieproces is het opstellen van een duidelijk en realistisch voorstel. In dit voorstel worden volgens Grol & Wensing (2011) een aantal zaken uiteengezet:

- De wijze waarop de ontwikkeling heeft plaatsgevonden
- De kwaliteit en geloofwaardigheid van de aanbevelingen
- De geloofwaardigheid van de ontwikkelaars
- Het draagvlak voor de innovatie
- De vormgeving: de toegankelijkheid en attractiviteit

- De mogelijkheden tot aanpassing ervan aan de lokale situatie

Een voorstel is de basis voor treffen van degelijke aanpassingen in de patiëntenzorg.

2. *Analyse feitelijke zorg:*

Om verder te gaan met implementatie gericht op verandering zal eerst de feitelijke zorg in kaart worden gebracht. Er moet een duidelijk beeld zijn hoe men nu handelt, welke zorg hiermee geleverd wordt, welke afwijkingen zijn etc. Om de feitelijke zorg goed te analyseren is nodig:

- Indicatoren waar de zorg op een deugdelijke manier mee is te meten
- Verzameling van gegevens
- Doelen voor verandering
- Feedback aan de doelgroep

3. *Probleemanalyse:*

‘In deze fase wordt gekeken welke factoren het implementatieproces kunnen beïnvloeden. Grol & Wensing geven de volgende uitleg over beïnvloedende factoren: ‘Dit betreft factoren die het verloop van een implementatieproces beïnvloeden of de werking van een implementatiestrategie versterken of verzwakken.’

De analyse kan uiteengezet worden in:

- Belangen en doelen van betrokkenen
- Bevorderende en belemmerende factoren
- Kenmerken van de doelgroep’ (Gelissen, 2013)

4. *Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën:*

In deze fase van verandering worden interventies of strategieën gekozen die zo goed mogelijk aansluiten bij de doelgroep, setting en de implementatie. ‘Het op maat maken van een interventie is niet eenvoudig omdat er vaak geen één-op-één relatie bestaat tussen een knelpunt en een implementatiestrategie of –maatregel.’ (Grol & Wensing, 2011). Het ontwikkelen van een strategie is een complex proces, waarbij goed rekening gehouden moet worden met de bevorderende en belemmerende factoren. ‘Om tot een goede keuze voor strategieën te komen is het aan te bevelen de stap tussen gesignaleerde knelpunten en mogelijke bevorderende factoren zo expliciet mogelijk te zetten’. (Grol & Wensing, 2011).

5. *Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan:*

Het implementatieproces is een complexe ontwikkeling, waarbij veel komt kijken. Zo vinden er veel verschillende activiteiten plaats, op verschillende tijden met verschillende personen. In een implementatieplan wordt uiteengezet welke activiteiten met welk doel op welk tijdstip plaatsvinden. Zo geef je het implementatieproces structuur en wordt duidelijk of je op schema bent.

6. *Integratie in routines:*

Een verandering in zorg kan alleen succesvol zijn wanneer deze geïntegreerd is binnen bestaande routines en handelingen. Zo kan het zijn dat oude gewoonten doorbroken dienen te worden om het implementatieproces goed te laten verlopen. Ik loop tot augustus stage op de Hage en het zou kunnen zijn dat het opnameprotocol nog niet geïntegreerd is in het dagelijks handelen. Ik kan dan collega's vragen om deze taak van mij over te nemen.

7. *Evaluatie en (indien nodig) bijstellen van plan:*

De laatste stap in het model voor verandering is het evalueren en (indien nodig) bijstellen van het plan. Dit is een belangrijke stap, omdat je graag wilt weten of de implementatie gelukt is en welke factoren hieraan bijdragen. Er kan op twee niveaus geëvalueerd: 1. Evalueren of de doelen zijn gehaald 2. Heeft de implementatiestrategie eraan bijgedragen dat de doelen zijn bereikt. Het verschilt per setting en implementatie welke methode er gekozen wordt.

Hoofdstuk 4. Voorstel voor verbetering: Keuze van het onderwerp

‘Voor ik ga bespreken welke innovatie ik wil gaan implementeren, zal ik eerst een korte casusschets geven.

Momenteel loop ik stage op afdeling de Hage in Vijverdal. Een van oorsprong open, chronische, psychiatrische afdeling. Veranderingen in organisatie en zorgverlening leiden tot aanpassingen in de Hage met betrekking tot de doelgroep.’(Gelissen, 2013). Op dit moment is één van de negen woonvormen getransformeerd van chronische woonvorm tot een verblijfplek voor kortdurende opnames. ‘Patiënten in zorg bij een wijkteam zullen voor een kortdurende, meestal vrijwillige opname, geplaatst worden in dit huisje. Dit brengt met zich mee dat er meer dynamiek gaat ontstaan in de cliëntenpopulatie en er andere interventies door

het verpleegkundig team zal moeten worden ingezet. Er zullen aanzienlijk meer opnames en ontslagen plaatsvinden dan voorheen.

Op dit moment bestaat er op de Hage nog geen gestructureerde werkwijze (bv. protocol, checklist of *pathway*), die verpleging kan hanteren tijdens opnames.

Hier wil ik graag verandering in aanbrengen met behulp van het implementatiemodel van Grol & Wensing. Ik kies ervoor om een protocol of *pathway* te ontwikkelen, gericht op het verbeteren van de opnameprocedure op de Hage.’ (Gelissen, 2013). De keuze voor een protocol of *pathway* zal ik maken in stap 1 van Grol & Wensing (2011).

Ik kies ervoor om een van beide interventies te implementeren vanwege: ‘Waar een richtlijn meestal globale aanbevelingen geeft voor het handelen bij bepaalde aandoeningen of klachten, regelen protocollen en *pathways* de zorg in een specifieke setting in detail.’ (Grol & Wensing 2011). Hoofddoel van mijn implementatieproces is om het verpleegkundig team concrete handvatten te geven om een opnameprocedure op een zo volledig, efficiënte en cliëntgerichte manier te laten verlopen.’ (Gelissen, 2013).

Hoofdstuk 5. Methode Wenselijke situatie

Om de wenselijke situatie goed in beeld te brengen maak ik gebruik van:

- Conceptuele literatuur
- Onderzoeksliteratuur

Tijdens de leertaak en praktijkproef heb ik reeds bruikbare literatuur kunnen verzamelen.

Deze informatie zal ik dan ook weer gebruiken voor het beschrijven van de wenselijke situatie. De literatuurstudie zal zorgen voor verdere verdieping van de wenselijke situatie. Dit zal dan zowel conceptuele- als onderzoeksliteratuur betreffen. De onderzoeksliteratuur zal gezocht worden in Google Scholar, PubMed, Wiley, Science Direct en Cochrane.

De literatuur in de leertaak en praktijkproef heb ik volgens gevonden door gebruik te maken van de volgende zoekmachines: Google Scholar en PubMed. Dit leverde een wetenschappelijk artikel op omtrent patiënttevredenheid m.b.t. opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Op basis van dit artikel is een opname-*pathway* voor verpleegkundigen ontwikkeld. Tevens heb ik bij de beschrijving van de wenselijke situatie gebruik gemaakt van conceptuele literatuur. In deze conceptuele literatuur vond ik terug dat er geen specifieke procedure is voor een opname, omdat elke opname anders is. Wel zijn er terugkerende

onderdelen per opname. Ten slotte bespreek ik in de wenselijke situatie de relatie van verpleegkundige-arts, veiligheid en indicatoren.

Hoofdstuk 6. Methode Analyse feitelijke zorg

De analyse van de feitelijke zorg is reeds in kaart gebracht tijdens de deeltaak en de praktijkproef. De interviews met de verpleegkundig specialist, verpleegkundige en cliënt van de Hage hebben een duidelijk beeld gegeven van de opnameprocedure.

De interviews zijn opgesteld aan de hand van topics. Deze topics vloeiden voort uit de conceptuele- en onderzoeksliteratuur, beschreven tijdens de wenselijke situatie. De informatie uit de interviews worden in de praktijkproef naast elkaar uiteengezet en geanalyseerd aan de hand van een schema. In de bachelor thesis zal ik deze informatie gebruiken om de feitelijke zorg op afdeling de Hage te analyseren.

Tevens heb ik in informele gesprekken met collega's verdere informatie verzameld om een beter beeld te krijgen tijdens het analyseren van de feitelijke zorg.

Hoofdstuk 7. Methode Probleemanalyse doelgroep en setting

De probleemanalyse van de doelgroep en setting bestaat uit drie onderdelen. Ik zal het volgende analyseren in de genoemde volgorde:

1. Belangen en doelen van betrokkenen
2. Bevorderende en belemmerende factoren
3. Kenmerken van de doelgroep

In de praktijkproef heb ik deze analyse reeds uitgevoerd. Ik zal deze analyse dan ook gebruiken voor de bachelor thesis. Ik heb hierbij de volgende methode gevolgd:

-Bij het formuleren van de belangen en doelen van betrokkenen heb ik een sociale kaart opgesteld. Dit heb ik kunnen doen door middel van het voeren van gesprekken met collega's. Zo werd mij duidelijk welke belangen iedere partij heeft in de ontwikkeling van een opnameprotocol.

-In de interviews heb ik gevraagd naar bevorderende en belemmerende factoren. Hier zijn ook Zowel de bevorderende en belemmerende factoren als de kenmerken doelgroep werden mij duidelijk na de interviews, gesprekken met begeleiders en eigen observatie.

Hoofdstuk 8. Methode Strategieën en interventies

Om het implementatieproces succesvol te laten verlopen, zijn er interventies en strategieën om de implementatie vorm te geven. In de rol van ontwerper moet je je echter bewust zijn van een aantal fasen die zich voordoen binnen een team, als je iets wilt gaan veranderen. Dit zijn de volgende fasen:

- **Oriëntatie:** Interesse en betrokkenheid is van belang wil je personeel enthousiast maken voor het veranderingsproces. Daarbij moeten zij bewust worden van de innovatie die je wil gaan invoeren. Op afdeling de Hage is deze fase al doorlopen.
- **Inzicht:** Kennis omtrent de innovatie en op de hoogte zijn van de argumenten achter deze verandering is van belang om de betrokkenheid te vergroten.
- **Acceptatie:** Een positieve houding en intentie om te veranderen. Verpleegkundigen staan positief tegenover een nieuw protocol en coaching. Dit is een werkbespreking besproken. Een aantal collega's die niet bekend zijn met opnames gaven aan hier ook behoefte aan te hebben.
- **Verandering:** Het benadrukken van het nut van verandering en de invoering in de praktijk. In deze fase kunnen er nog wel eens knelpunten ontstaan. Een invoering van een nieuw protocol en bijkomende veranderingen kunnen tijd en energie vragen van verpleegkundigen. Belangrijk voor mij is om zoveel mogelijk collega's te verzamelen die mij kunnen helpen en andere collega's kunnen motiveren bij het implementatieproces.
- **Behoud van verandering:** Integreren in bestaande routines en verankering in de organisatie om de verandering in stand te houden. Betrokkenheid van verpleegkundigen en leidinggevenden is hierbij van belang. Mensen die de verandering naleven en hier het belang van inzien zijn essentieel tijdens de fase 'behoud van verandering'.

Om een keuze te maken voor een implementatiestrategie of interventie wil ik gebruik maken van twee methoden:

1. De exploratieve methode

2. Methode van de 'Effective Practice and Organisation of Care Group' (EPOC). Dit is een taxonomie van veranderingsstrategieën van de Cochrane.

De exploratieve methode

De exploratieve methode is een minder planmatige methode, waarin er tijdens een brainstormsessie gezocht wordt naar een interventie of strategie.

Samen met Laetitia Campisi (stafverpleegkundige) heb ik gebrainstormd hoe we het opnameprotocol zo kunnen maken dat verpleegkundigen van afdeling de Hage er mee kunnen werken. Het zou gewenst zijn om in het protocol een soort handleiding te integreren.

Met Frank Moors (opdrachtbegeleider) zou ik graag willen brainstormen over de mogelijkheid van andere interventies en strategieën om het implementatieproces zo succesvol mogelijk te laten verlopen.

Methode uit de EPOC

De EPOC is ingedeeld in 4 categorieën:

- A. Professionalgerichte interventies
- B. Financiële interventies
- C. Organisatorische interventies
- D. Wettelijke maatregelen

Samen zullen wij ons met name focussen op strategieën uit de professionalgerichte- en de organisatorische interventies. Ik kan nog niet heel concreet aangeven welke interventies ik wil gaan uitvoeren, maar heb wel een paar ideeën.

Uit de professionalgerichte interventies zou ik samen met de werkgroep willen kiezen voor de *educatieve bijeenkomsten*. Collega's die bekend zijn met opnames zullen andere collega's gaan coachen in de praktijksetting met het doen van opnames. Wellicht kunnen we voor na de coaching een casusschets m.b.t. een opname maken, waarbij collega's in een vragenlijst aangeven hoe zij bepaalde situaties zouden oplossen. Hier wil ik met collega's nog over brainstormen.

Daarnaast zal de interventie *verspreiding van educatief materiaal* aanbod komen als ik het protocol inclusief de handleiding klaar heb. In de coaching door collega's zal deze gebruikt gaan worden zodat collega's weten hoe ze het protocol kunnen hanteren.

Uit de belemmerende factoren kwam naar voren dat afdeling de Hage niet de standaard indeling heeft van een reguliere opname-afdeling. Zo is er geen geschikte gespreksruimte om de cliënt te kunnen ontvangen en om een opnamegesprek rustig te kunnen voeren. Het creëren van een gespreksruimte is een *verandering in de fysieke structuur, faciliteiten en uitrusting*, welke valt onder de organisatorische interventies.

Daarnaast kwam naar voren tijdens de belemmerende factoren dat communicatie tussen het verpleegkundig team en de wijkteam vaak moeizaam verloopt, ook gezien de afdelingsstructuur. De interventie *continuïteit van zorg: (a) telefonische follow-up, andere regelingen voor follow-up*, zou hier op kunnen inspringen. Bijvoorbeeld het afspreken van een vaste dag of tijdstip waarop behandelaren van cliënten uit woonvorm 1 kunnen langskomen of telefonisch contact opnemen om de casus te bespreken zou de continuïteit van zorg kunnen bevorderen. Hier wil ik nog met Frank Moors over brainstormen.

Hoofdstuk 9. Implementatieplan

Een implementatieplan geeft concreet weer welke activiteiten door wie worden gedaan, wanneer en met welk doel. Ik zit nog vroeg in het implementatieproces en heb daarom nog wat stappen te gaan voor dat ik begin met het uitvoeren van activiteiten. Het is moeilijk om nu al specifieke data te geven voor het uitvoeren van activiteiten. Ik maak daarom een schema met data waarop ik ga beslissen wat ik wel gaan doen en met wie.

Activiteit	Wie	Doel	Datum
Brainstormsessie omtrent opnameprotocol	Laetitia Ik	Concreet maken hoe opnameprotocol eruit komt te zien	2 januari (is al gedaan)
Brainstormsessie omtrent interventies en strategieën	Frank Ik	Specifieke interventies bedenken die passen bij doelgroep en implementatie. En ideeën die ik heb evalueren/bespreken.	28 januari

Ontwikkelen van opnameprotocol	Ik Feedback door Frank	Een compleet opnameprotocol af hebben, zodat deze gebruikt kan worden tijdens coaching	31 januari
Coachen van collega's	Ilse Mark Shana Frank	Coachen van collega's om hen te ondersteunen bij opnames.	3 maart
Evalueren van de uitgevoerde interventies	Ik Frank Ilse Mark Shana	Kijken of de interventies effectief zijn. Bijeenkomst, mondeling overleg. Evaluatie van de indicatoren aan de hand van een vragenlijst via SurveyMonkey.	1 april
Behoud integratie in routines	?	Opnames blijven goed verlopen en protocol blijft gehanteerd.	1 april kijk ik wie dit wil gaan doen
Methode evaluatie	Ik Frank	Evalueren of implementatie succesvol was en (indien mogelijk)	In de week van 28 april

		welke factoren hieraan hebben bijgedragen Evaluatie met behulp van SurveyMonkey	
Titel en ondertitel	Ik	Kiezen van een pakkende titel inclusief ondertitel	1 maart

Hoofdstuk 10. Behoud integratie in routines

Een belangrijke stap binnen het implementatieproces is het behoud van integratie in routines. Dit betekent dat het opnameprotocol, na mijn stage, nog steeds gebruikt zal worden en dat men er baat bij heeft. Het is daarom van belang om collega's te vragen om hierop toe te zien. Ik wil dit (rond) 1 april bespreken wie dit zou willen doen.

Hoofdstuk 11. Methode Evaluatie

Om te controleren of de implementatie van het protocol succesvol is geweest, zal ik het proces gaan evalueren. Ik heb nog geen idee hoe ik dit wil gaan doen. In de week van 28 april ga ik beslissen met welke methode ik wil gaan evalueren en met wie.

Bijlage 12: Opnameprotocol afdeling de Hage

Checklist opnameprocedure

Naam:		Opnamedatum:	
Geboortedatum:		Afdeling:	
Betrokken Behandelaar + wijkteam:		Clientnummer:	
PB-ers:		Info verstrekken aan derden?	Ja / nee
Eigen telefoonnummer:		Zoja aan wie? Relatie:	
Eigen adres:			

Voordat de cliënt aanwezig is:

Aktiviteit	Datum	Aftekenen
Voorinformatie verzamelen		
-Neem contact op met vorige afdeling of ga langs op afdeling		
-Vraag voor een overdracht indien afwezig geb.datum voor EPD		
-Client van buiten?		
1. Vraag CODO voor geb.datum en vraag zoveel mogelijk informatie (wijkteam, behandelaar, diagnose, jur. status).		
2. Buiten autorisatie		
Plan de opname zoveel mogelijk		
-Neem contact op met behandelaar wanneer/hoe laat opnamegesprek. BINNEN 48 UUR!		
-Bedenk van te voren opnamedoel, -duur, patronen van Gordon		
-Waar ga je cliënt plaatsen, populatie.		
Registreren op planbord		
Persoonlijk begeleider toewijzen (staf vpk)		
Sleutelformulier klaar leggen.		
Apotheek mailen, (apothek MGZ) met naam, geboortedatum en clientnr.		
Zorgadministratie mailen (secretariaat kliniek IZM) met naam, geboortedatum en clientnr.		
Controleren of kamer in orde is, kamerchecklist klaar leggen. Let erop dat de cliënt de kamer nog niet kan betrekken voor de kamerchecklist getekend is.		
Staat van Inlichtingen zo ver mogelijk invullen		
<i>Dit moet alleen wanneer de cliënt van buiten komt en nog ingeschreven dient te worden bij secretariaat. Wanneer cliënt op de afdeling is met kopie ID volledig maken en opsturen.</i>		
<i>Ook als de client ingeschreven staat dient staan van inlichtingen bij opname ingevuld te worden omdat er eventuele wijzigingen kunnen zijn. Alleen bij interne overplaatsingen hoeft dit niet.</i>		
Maak alvast een medicatiebakje klaar.		
Print stickers uit voor medicatiebakje, kamer.		
Eten laten mee bestellen		
Doorgeven wijkcentrum als er een nieuwe opname is of er iemand met ontslag is gegaan. Indien cliënten gebruik gaan maken van het wijkcentrum moet behandelaar een mail naar het wijkcentrum sturen en met dit in het dossier van de cliënt staan.		

Als de cliënt gearriveerd is:

Aktiviteit	Datum	Aftekenen
Zorg ervoor dat de cliënt zich zoveel mogelijk op zijn gemak voelt, gastvrijheid!		
-Reserveer tijdig een ruimte om opnamegesprek te doen.		
Bv kantoor op hage 5		
-Biedt wat te drinken aan		
-Laat cliënt de kamer zien		
-Kort gesprekje ter kennismaking		
-Maak ook kennis met mee-komers		
Introduceer de cliënt op de afdeling		

- Vertel alvast hoe de eerste dag eruit gaat zien voor de cliënt		
- Uitleg opnameprocedure		
- Afdelingsregels geven		
- Bespreken hoe nachtdienst bereikt kan worden		
- Nooduitgang/vluchtwegen bij brand bespreken.		
Zorg voor verpleegkundige overdracht		
-Zonder cliënt, zodat er rustig kan worden overgedragen		
-Vraag om een MO en eventuele medicatie		
-Let op bejegening, aandachtspunten		
Opnamegesprek met arts:		
- Behandelplan (voor)bespreken.		
-Afspraken maken over vrijheden (weekendverlof), verlofbrieven laten ondertekenen. Bespreken juridische status.		
-Informeren over de belangrijkste afdelingsregels		
-Afspraken over medicatie en verpleegkundig handelen.		
-Afspraken middelen- en misbruik + unnescreening (UC standaard uitvoeren indien hoofdbehandelaar anders beslist!!)		
-Doel, reden, duur opname bespreken.		
-Indien van toepassing IRB bespreken.		
-Bespreken van medicatie eigen beheer.		
-Wat wordt verwacht van cliënt tijdens opname.		
-Wat kan vpk tijdens opname betekenen.		
-Pas communicatie en gesprek aan op de cliënt. Kijk naar concentratie, toestandsbeeld.		
-Laat cliënt participeren in gesprek. (Wat denk jij.. etc)		
- Vervolgafpraak maken met behandelaar en dit in agenda zetten!!		
- Ontslagdatum plannen!!		
Zorg dat de arts medicatie in het EVS zet voor 16.00 uur.		
-Na 17.00uur moet client gezien worden door d.d arts. Deze dient dan tevens evs aan te maken.		
-medicatie via hoofdwacht		
Checken of cliënt medicatie heeft meegenomen. De cliënt de medicatie laten inleveren bij verpleging.		
-Indien client medicatie van thuis heeft moet dit ingeleverd worden en moet medicatie vanuit de apotheek van Mondriaan gegeven worden ivm verzekeringsafspraken.		
Bij verdenking gevaarlijke voorwerpen of drugsbezit, in overleg met behandelaar/hoofdwacht fouilleren en spullen controleren.		
Aanmaken van vpk dossier (zo nodig eerst arts vragen om behandelplan en overeenkomst in te vullen).		
Arts voert lichamelijk onderzoek uit, controles registreren in epd (nieuwe patiëntenlijst aanmaken)		
Checken of arts ook P T RR en gewicht heeft gemeten dit anders zelf doen.		
Binnen 24 uur dient lichamelijk onderzoek uitgevoerd te zijn. Buiten kantooruren contact opnemen met dagoudste en dienstdoende arts.		
Labformulier laten invullen door arts en zorgen dat dit bij de medische dienst komt. Bespreken tijdens opnamegesprek.		
Als er patiënten worden opgenomen met de medicatie, lithium, depakine, tegretol of leponex, moet dat via een mail doorgegeven worden aan de medische dienst, dan kunnen wij dit weer invoegen en plannen.		
Checken of er somatische bijzonderheden zijn, en eventuele afspraken hierover maken.		
Staat van inlichtingen invullen, kopie van id-kaart maken en mailen/sturen naar postbus zorgadministratie/zorgadministratie Maastricht.		
Kamer controleren volgens kamerformulier, laat dit ondertekenen door cliënt!		
Daarna sleutelformulier laten tekenen en sleutel verstrekken.		
Vragen of er familie betrokken is en deze informeren van opname/overplaatsing, enkel wanneer cliënt toestemming geeft.		
Vraag tevens of er informatie gegeven mag worden of dat er bv familieleden o.i.d. is wat geen informatie mag hebben.		
Voorlopig verpleegplan opstellen (waar op observeren?)		

Vertrouwensrelatie opbouwen etc.) → in epd Tevens slaap/rustpatroon aanmaken.		
Bij een RM of IBS, indien vrijheden, verlofbriefjes laten uitschrijven door arts.		
Opname melden (tijdens kantooruren bij CODO Patrick Dieters, anders bij avondoudste/hoofdwacht)		
Besprek met cliënt hoe nachtdienst bereikt kan worden.		
Signaleringsplan starten bij mogelijke agressie		
Bespreken van corveeschema en eventueel start van activiteiten/dagbesteding.		
Indien clozapineprotocol:		
-In portaal staat het protocol		
-Eerste 3 weken 2x per dag RR, T + Pols meten		
-In de 15 weken daaropvolgend 1x per week		
Dit doorschrijven in agenda.		

1 Week na de opname (in agenda vooruit plannen)

Aktiviteit	Datum	Aftekenen
Evaluatiegesprek met cliënt en arts		
-Hoe verloopt opname tot nu toe		
-Medicatie bespreken		
-Toestandsbeeld bespreken		
-Vragen/onzekerheden bespreken		
-wat zijn (zorg)ervaringen tot nu toe? Eventuele suggesties/verbeterpunten bespreken.		