3

qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnm

|  |
| --- |
| Paper ImplementatieprocesKitty Martens, blok 2.7Marjolein Kloet, studentnummer: 12068594 |

***Inhoudsopgave:***

AanleidingBladzijde 1

Doelstelling Bladzijde 1

Vraagstelling en deelvragen Bladzijde 1

Ontwikkeling voorstel van verandering Bladzijde 1

Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering Bladzijde 2

Probleemanalyse doelgroep en setting Bladzijde 3

Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën Bladzijde 5

Conclusie Bladzijde 5

Discussie Bladzijde 6

Rol van de hbo-verpleegkundige Bladzijde 6

Literatuurlijst Bladzijde 7

Bijlage 1. Probleemanalyse Bladzijde 8

Bijlage 2. Visgraatdiagram Bladzijde 9

Bijlage 3. Steekproeven Bladzijde 10

Bijlage 4. Kwaliteitsopdracht Bladzijde 12

Bijlage 5. Organigram Bladzijde 21

Beoordelingsformulier Bladzijde 22

*Inleiding:*

In deze paper is er voor gekozen om een implementatieplan te schrijven aan de hand van het model Grol en Wensing, welke beschreven staat in het boek van Grol, R. en Wensing, M.,(2011) Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg, Amsterdam, Reed business.

*Aanleiding:*

Het signaleren van risico’s bij cliënten door middel van een risicosignalering is een structureel onderdeel geworden van het kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT, welke landelijk is vastgelegd voor verpleging, verzorging en zorg thuis. Deze risicosignaleringen dienen bij iedere nieuwe cliënt ingevuld te worden en vervolgens dient de accountverantwoordelijke dit ieder half jaar tijdens de zorgevaluatie opnieuw in te vullen. Indien de risicosignaleringen tijdig zijn ingevuld kan een wijkverpleegkundige eenvoudiger een indicatie stellen, preventieve maatregelen treffen en zelfredzaamheid bij de cliënt stimuleren. Tot op heden gebruiken verzorgenden en verpleegkundigen in team Merenwijk dit meetinstrument niet goed of verouderen de gegevens, omdat er geen evaluatie plaatsvindt. Er is aan de hand van de 6W-formule van Migchelbrink (2002) een probleemanalyse omschreven welke terug te lezen is in (Bijlage1). Deze 6W-formule is terug te vinden in het boek van Verhoeven,N., (2011).

*Doelstelling:*

Door het opstellen van een implementatieplan waar rekening is gehouden met de organisatiestructuur, organisatiecultuur en de samenstelling van het team worden de risicosignaleringen volgens gestelde afspraken op de juiste momenten ingevuld door de accountverantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige.

*Vraagstelling:*

Welke stappen moeten er ondernomen worden binnen team Merenwijk om tot implementatie te komen, zodat risicosignaleringen tijdig en volgens de richtlijnen worden ingevuld?

*Deelvragen:*

* Voor welke organisatiestructuur is er binnen de organisatie gekozen?
* Hoe is de samenstelling van het team waar de verandering moet gaan plaatsvinden?
* Welke cultuur heerst er binnen dit team en hoe zijn de rollen binnen dit team verdeeld?
* Wat is er voor nodig om binnen dit team tot implementatie te komen?
* Voor welk implementatie model is gekozen en sluit deze aan bij het gekozen team?

***Stap 1: Ontwikkeling voorstel van verandering.***

De risicosignaleringen zijn bedoeld als instrument om kwaliteit van zorg te meten en verbeteringen in de zorg te stimuleren. Het zijn zorginhoudelijke indicatoren die sturing moet geven binnen het zorgproces die tot kwaliteitsverbetering moet leiden. Preventie gericht op ouderen heeft als doel ouderen zo lang mogelijk zelfstandig, onafhankelijk en gezond te houden, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). Gezond en succesvol ouder worden gaat niet alleen om het voorkomen en uitstellen van ziekte en sterfte, maar zeker ook om de preventie van beperkingen in het functioneren, het voorkomen van verlies van zelfredzaamheid en het terugdringen van afhankelijkheid van de zorg. Uit de gebruikte literatuur (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005; Gillespie et al., 2012; Schilp et al., 2012; Madhuri, Reddy, Sudeep & Rochon, 2006; Schroder-Baars, 2010) blijkt dat het screenen op risico’s en het kiezen van de juiste preventieve interventies belangrijk zijn om problemen en/of verslechtering te voorkomen. Het volgens richtlijnen invullen en gebruiken van de risicosignaleringen heeft dan ook een meerwaarde in de praktijk.

De risicosignaleringen worden tot op heden niet goed of niet op de juiste momenten ingevuld. In de kwaliteitsopdracht is gebruik gemaakt van een visgraatdiagram om duidelijkheid te krijgen wat de reden is dat de risicosignaleringen niet goed gebruikt worden. Hierin kwamen meerdere belemmerende factoren naar voren. De uitslagen van het visgraatdiagram zijn terug te vinden in (Bijlage 2). Het voorstel van verandering is dan ook dat er gekeken wordt naar de belemmerende en bevorderende factoren en wordt er mede rekening gehouden met de stappen welke dit team doorlopen moet om uiteindelijk tot het integreren van de gewenste verandering te komen. Hierdoor kunnen de juiste interventies gekozen worden om tot een effectieve verandering te komen en het behoud hiervan. Eerder benoemd in bovenstaande tekst zijn de belemmerende factoren die meespelen bij het niet goed gebruiken van de risicosignaleringen. Deze factoren worden in stap 2 uitvoerig beschreven.

***Stap 2: Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering.***

Uit recent onderzoek, welke terug te vinden is in de bijlage (Bijlage 3) wat heeft plaatsgevonden binnen Activite in 2013 en 2014, blijkt dat de risicosignaleringen niet goed gebruikt worden. Uit het visgraatdiagram welke in de kwaliteitsopdracht is toegepast, komen ook enkele belemmerende factoren naar voren. In het boek van Grol & Wensing (2011,p. 237) worden inhoudelijke domeinen beschreven die knelpunten kunnen ordenen. Binnen team Merenwijk spelen de volgende knelpunten, geordend volgens de inhoudelijke domeinen zoals beschreven door Grol & Wensing (2011, p 237).

*Individuele factoren:* Medewerkers vergeten de zorgevaluatie in te plannen, waardoor de risicosignaleringen ook niet worden geëvalueerd. Medewerkers rapporteren vaak niet welke preventieve maatregelen er zijn genomen, nadat de risicosignaleringen zijn ingevuld. Sommige risicosignaleringen zijn persoonlijk en niet altijd relevant aan de zorgvraag.

*Sociale factoren:* Belemmerend kan zijn dat er een hele grote groep medewerkers is die een zeer afwachtende houding heeft. Ook zijn er een aantal medewerkers binnen team Merenwijk die al het papierwerk wat ingevuld moet worden onzin en veel te veel werk vinden.

*Organisatorische factoren:* Binnen Activite heerst een sterke vorm van hiërarchie, waardoor er soms voorbij wordt gegaan aan de medewerkers op de werkvloer. Zij zijn de mensen die moeten werken met een nieuw instrument, maar tijdens de implementatie wordt er niet veel rekening gehouden met de teams en de teamculturen die heersen binnen Activite.

*Maatschappelijke factoren:* Door de vele veranderingen in de zorg moeten er ook ieder jaar aanpassingen gedaan worden binnen Activite. De formulieren van het zorgleefplan zijn al meerdere keren aangepast en veranderd, dit brengt verwarring met zich mee.

In de kwaliteitsopdracht (Bijlage 4) worden de huidige en wenselijke situatie beschreven aan de hand van een onderzoek welke de inspectie van gezondheidszorg heeft uitgevoerd.

*De huidige situatie:* Uit onderzoek van de inspectie blijkt dat in 2013 45% van de risicosignaleringen niet worden ingevuld of ze worden wel ingevuld, maar ze worden daarna niet meer ingevuld tijdens de zorgevaluaties, waardoor er geen adequate opvolging plaats vindt. In november 2014 is er nogmaals een steekproef door de inspectie uitgevoerd en hieruit blijkt dat 68% van de risicosignaleringen wel zijn ingevuld. De risicosignaleringen incontinentie en medicatieveiligheid worden het minst ingevuld. De cijfers van de steekproeven zijn terug te vinden in de bijlage. (Bijlage 3)

*Wenselijke situatie:* Accountverantwoordelijke verzorgenden en verpleegkundigen zijn op de hoogte van het doel van het invullen van de risicosignaleringen. Bij iedere nieuw aangemelde cliënt worden de risicosignaleringen ingevuld, zodat er preventieve maatregelen getroffen kunnen worden. De zorgverlener is op de hoogte gebracht welke juiste interventies en maatregelen gekozen moeten worden, zodat complicaties voorkomen kunnen worden. De zorgverlener vergroot hiermee de zelfredzaamheid van de cliënt en de wijkverpleegkundige kan een goede indicatie stellen met daarin de juist gekozen verpleegkundige diagnosen en interventies. Indien de zorgverlener geen preventieve maatregelen treft dient zij dit te melden bij de wijkverpleegkundige, zodat zij de juiste interventies alsnog toe kan passen.

Kwaliteit van zorg wordt in de literatuur op verschillende manieren beschreven en om te bepalen wat precies kwaliteit van zorg is wordt de zorg gemeten aan de hand van indicatoren. Deze indicatoren worden volgens (Donabedian, 1980) onderverdeeld in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

*Concrete doelen voor verbetering:*

*1. Resultaat:*

Binnen 6 maanden worden 80 % van de risicosignaleringen volgens richtlijnen gebruikt door de accountverantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige, zodat indicaties beter gesteld kunnen worden, er preventief gewerkt wordt en de zelfredzaamheid van de cliënt gestimuleerd wordt.

*2. Proces:*

Over 3 maanden is bekend welke belemmerende en bevorderende factoren meespelen bij verzorgenden en verpleegkundigen bij het invullen van de risicosignaleringen, zodat er stappen genomen kunnen worden om tot implementatie te komen.

*3. Structuur:*

Binnen 4 maanden zijn betrokken verzorgenden en verpleegkundigen op de hoogte gebracht van het belang van het invullen van de risicosignaleringen en krijgen zij ook de ruimte om tijd in te plannen voor de zorgevaluaties, zodat de risicosignaleringen samen met de cliënt opnieuw ingevuld kunnen worden.

***Stap 3. Probleemanalyse doelgroep en setting.***

Bij deze stap is ervoor gekozen om gebruik te maken van het 7s model van McKinsey welke terug te vinden is op de website Intemarketing (2009-2015). Dit model laat duidelijk zien wat de organisatiestructuur is binnen Activite en welke cultuur er heerst binnen het team. De belangrijkste elementen binnen de organisatie worden benoemd en geanalyseerd.

S1: Strategie.

Hierin wordt er beschreven welke doelen de organisatie heeft opgesteld en hoe deze bereikt moeten worden. Dit heeft alles te maken met de missie en de visie van de organisatie en in jaarverslagen zijn elk jaar nieuwe doelen benoemd die behaald moeten worden in het aankomende jaar.

*Missie:* Activite is een maatschappelijke zorgorganisatie die zich richt op de publieke en private zorgsector in regio West- en Midden Nederland. Zij bieden producten en diensten die ouderen in staat stellen om zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving te functioneren, waarbij kwaliteit van leven het uitgangspunt vormt. Zij werken op wijkniveau nauw samen met andere zorgaanbieders en streven de fusiepartners naar het versterken van care- en cureketen met verpleeg- en ziekenhuizen.

*Visie:* Activite werkt marktgericht en levert producten en diensten waar op dat moment behoefte aan is. De cliënt staat centraal en de goed opgeleide professionals leveren zorg volgens de Normen van Verantwoorde Zorg, VVT 2010. Zij hebben dagelijks contact met de cliënt, zijn servicegericht en geven deskundig advies met respect voor eigen levensovertuiging. Wij leveren zorg waarbij de cliënt centraal staat er sprake is van gelijkwaardigheid en wij gaan uit van eigen verantwoordelijkheid met als uitgangspunt ondersteuning waar nodig. Wij richten ons op wonen, welzijn en zorg en bieden levensruimte zonder drempels, Activite (zd).

Enkele doelen welke beschreven zijn in het jaarverslag (Activite, 2014) zijn:

* Als onderdeel van de evaluatie van het zorgleefplan voert de accountverantwoordelijke de evaluatie van de zorgprocessen na aanvang en na 6 maanden uit.
* Medewerkers en cliënten moeten worden gestimuleerd om de zelfredzaamheid bij de cliënt te vergroten.
* Vergroten van de veiligheid van de cliënten, cliënten moeten er op kunnen vertrouwen dat zij goede en veilige zorg krijgen.

S2: Organisatiestructuur.

Volgens Visser (2008) zijn er zeven verschillende vormen van organisatiestructuren. Bij de organisatiestructuur gaat het om de manier waarop taken, bevoegd- en verantwoordelijkheden en onderlinge relaties in een organisatie zijn verdeeld en vastgelegd. Bij Activite is er sprake van een lijnorganisatie. Dit zie je terug in het organigram van Activite (zie Bijlage 5). Aan de top zit de concernstaf met lijnfunctionarissen, die bevoegd zijn om alle beslissingen te nemen. Zij delegeren trapsgewijs de coördinerende taken en bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden aan leidinggevenden. Iedere afdeling (RVE) is ingedeeld op deskundigheid met een staf die zich hier ook in gespecialiseerd heeft. Een RVE (resultaat verantwoordelijke eenheid) kun je vergelijken met een businessunit rondom specifieke patiëntengroepen of specialismen. Het doel is om de logistiek en bedrijfsvoering rondom een groep patiënten zo efficiënt mogelijk te regelen (Intermediair,2014). Boven elke werknemer bevindt zich een manager of meerdere en taken worden opgedeeld in logische bij elkaar horende afdelingen. De afzonderlijke diensten nemen op grond van hun specifieke deskundigheden een steeds belangrijkere plaats in binnen Activite. Het voordeel van deze organisatiestructuur is dat taken en verantwoordelijkheden duidelijk bepaald zijn en beslissingen vaak snel genomen worden. Knelpunten binnen de organisatie zijn dat afdelingen vaak niet goed samenwerken, de organisatie weinig flexibel is en dat de essentie van bepaalde gedelegeerde taken verloren gaat, doordat deze taken via teveel verschillende afdelingen op de werkvloer terecht komt.

S3: Systemen (werkprocessen)

Dit onderdeel omvat alle formele en informele werkwijzen, protocollen en procedures in een organisatie.

De systemen zorgen ervoor dat er binnen een organisatie effectief en efficiënt gewerkt kan worden.

* Er zijn systemen voor werving en selectie van personeel wat geregeld wordt door personeelszaken en de teammanager van het gebied waar gezocht wordt naar personeel. Dit gebeurt onder Concernadministratie en ICT.
* ICT regelt alle computer aangestuurde systemen en processen.
* Via de bestuurssecretaris kwaliteitscoördinator kom je terecht bij kwaliteit en beleidsmedewerkers die ervoor zorgen dat vernieuwingen worden geïmplementeerd en protocollen en richtlijnen worden gehandhaafd en/of vernieuwd.
* Er vinden regelmatig scholingen plaats wat georganiseerd wordt door opleidingen. De scholingen worden op maat gemaakt en op deskundigheidsniveau afgestemd.
* Activite stelt iedere maand een blad op die wordt opgestuurd naar alle medewerkers hierin is allerlei informatie te vinden op het gebied van zorg en de vernieuwingen in de zorg.
* Binnen het team vinden er werkoverleggen plaats die voor het gehele jaar al vastgelegd zijn, iedere werknemer dient hierbij aanwezig te zijn.
* Er wordt gewerkt volgens de protocollen van Vilans en de zorg wordt geleverd volgens de Normen Verantwoorde Zorg.
* De hbo-verpleegkundige indiceert aanspraak wijkverpleging Zorg Verzekering Wet (ZVW) binnen de kaders die afgesproken zijn met de zorgverzekeraars.

S4: Medewerkers

Een bedrijfscultuur beïnvloedt de prestaties en daarmee de resultaten van een organisatie. Niet alleen binnen een organisatie, maar ook binnen in elk team heerst een bepaalde cultuur. Het gaat bij cultuur om de informele kant van de omgangsvormen. Everett Rogers (2003) in het boek van (Grol & Wensing, 2011, p. 301) maakt onderscheid in vijf verschillende groepen. Elke groep heeft zijn eigen instelling en eigen wensen ten opzichte van een nieuwe innovatie. Een ieder van deze groep moet op een aparte manier benaderd worden ten opzichte van een nieuwe innovatie. De vijf groepen van Rogers (2003) zijn: Innovators (voorlopers), Early adopters (middengroep), Early majority (middengroep), Late majority (middengroep) en de Laggards (achterblijvers). Deze vijf groepen zijn uiteindelijk in 3 hoofdgroepen verdeeld; de voorlopers, de middengroep en de achterblijvers. In de volgende stap is de verdeling van team Merenwijk uitgewerkt.

S5. Skills. Samenstelling/opleidingsniveau van het team:

Er zijn binnen het team verschillende opleidingsniveaus aanwezig die allemaal weer andere competenties vereisen.

* 4 Helpenden niveau 2
* 18 Verzorgenden niveau 3
* 6 Verzorgenden 3 IG
* 2 Verpleegkundigen niveau 4
* 3 Verpleegkundigen niveau 5

Het team verdelen binnen de 3 groepen van Rogers (2003) is een subjectief gegeven, er is daarom aan nog 2 collega’s gevraagd een indeling te maken van team Merenwijk om de gegevens betrouwbaarder te maken. Volgens Rogers (2003) is het team in 3 groepen te verdelen:

* De niveau 5 verpleegkundigen zijn de groep medewerkers die graag willen meedenken en meewerken aan vernieuwingen. Zij lopen voorop om deze veranderingen binnen zeer korte tijd eigen te maken en helpen vaak de middengroep te overtuigen van de verbeteringen van de vernieuwde werkwijze. Er zijn een aantal verzorgenden binnen team Merenwijk die vaak ook een aandachtsveld hebben, zoals til/ergo consulenten en dementie, die ook altijd bereid zijn mee te werken aan vernieuwingen. Dit zijn volgens Rogers (2003) de voorlopers.
* Team Merenwijk heeft een grote groep verzorgenden werken in de wijk. Deze groep medewerkers laten zich vaak leiden door wat anderen vertellen. Zij nemen geen leiding binnen de groep, maar willen wel graag op de hoogte blijven van veranderingen. Deze groep medewerkers gaan redelijk snel mee met een verandering of vernieuwing.

De groep helpenden is niet altijd evenveel betrokken bij veranderingen en hebben moeite dit dan ook toe te passen tijdens hun werk. Zij geven aan dit vaak ook lastig te vinden en het duurt een tijd voordat zij een verandering eigen hebben gemaakt. Dit is volgens Rogers (2003) de middengroep.

* De verpleegkundigen niveau 4 verzetten zich over het algemeen tegen veranderingen. Zij zijn van mening dat zij niet worden betrokken bij vernieuwingen en zij geven aan dat door de jaren heen veranderingen nog nooit iets goeds hebben opgebracht. Zij blijven zich vaak verzetten tegen vernieuwingen en blijven aan geven het niet eens te zijn met de nieuwe werkwijze. Dit zijn volgens Rogers (2003) de achterblijvers.

Team Merenwijk bestaat uit een grote groep medewerkers met verzorgenden en verpleegkundigen die allen een ander deskundigheidsniveau hebben met de daarbij behorende verschillende competenties. Dit kan een knelpunt zijn, omdat er per deskundigheidsniveau gekeken moet worden welke manier van implementeren het beste is. Er is relatief gezien een kleine groep achterblijvers, maar zij kunnen belemmerend zijn tijdens de innovatie. Zij kunnen de late majority’s alsnog beïnvloeden door het geven van negatieve feedback. Bevorderend aan de lijnorganisatie kan zijn dat de achterblijvers uiteindelijk verplicht kunnen worden mee te werken aan deze innovatie. Een bevorderende factor is de groep voorlopers die door middel van coaching en het geven van feedback, de middengroep positief kan beïnvloeden. Door het hele team het gevoel te geven verantwoordelijk te zijn voor het invullen van de risicosignaleringen worden alle medewerkers betrokken bij dit proces.

S6: Stijl

Volgens Visser (2008, p. 205) zijn er vier verschillende stijlen van leidinggeven te onderscheiden: directief-, effectief-, delegerend- en begeleidend/coachend management. Team Merenwijk kent een delegerend management, omdat de leidinggevende vanaf een kantoor taken en bevoegdheden overdraagt aan medewerkers die in de wijk aan het werk zijn. Zij mogen deze taken naar eigen inzicht, maar wel binnen de afgesproken kaders uitvoeren. De medewerkers in de wijk zijn dan ook verantwoordelijk voor het resultaat. De taken worden achteraf gecontroleerd en geëvalueerd met betrokken partijen. De leidinggevende van het team werkt echter alleen vanuit kantoor en werkt niet mee in de wijk en verleent dan ook geen cliëntenzorg.

S7: Shared values/ organisatiecultuur

Harrison (1972) beschrijft vier soorten organisatieculturen namelijk, rol-, taak-, machts- en persoonsgerichte cultuur. Binnen Activite zijn er twee verschillende culturen van toepassing, de rol- en de taakgerichte cultuur. Bij Activite wordt er gestreefd naar stabiliteit en zekerheid. Binnen deze rolcultuur zie je duidelijke regels, afspraken, procedures en hiërarchie. Naast de rolcultuur is er bij Activite ook sprake van een taakcultuur. Er zijn bepaalde taken die uitgevoerd moeten worden en deze taken zijn zeer resultaatgericht. Wanneer deze taken gerealiseerd moeten worden lijken deze meer prioriteit te hebben dan eerder gemaakte regels en afspraken.

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

Tijdens deze stap is het van belang dat een strategie wordt ontwikkeld die zo goed mogelijk aansluit bij de kenmerken van de innovatie, de doelgroep en de setting. (Grol&Wensing, 2011, p. 283) Hierbij is ook rekening gehouden met het 70%, 20% en 10% model van Jennings & Wargnier (2010). Volgens hen leren volwassenen 70% door evaring, 20% door coaching en blootstelling en 10% door formele scholingen. Al eerder zijn de fasen tijdens een implementatieproces met hierbij de mogelijke knelpunten in deze paper benoemd. Het is van belang dat bij deze verschillende fasen en knelpunten mogelijke strategieën gekozen worden met de daarbij behorende interventies. (Grol&Wensing, 2011, p. 296)Onderstaand staan de gekozen interventies in de verschillende fasen van het veranderproces benoemd.

*Interesse en betrokkenheid:* Verzorgenden en verpleegkundigen moeten zodanig geprikkeld worden dat ze het belang van het invullen van de risicosignaleringen weten.

* Alle verpleegkundigen en verzorgende worden op de hoogte gesteld van het belang van het invullen van de risicosignaleringen en adequate opvolging daarvan, door middel van het geven van klinische lessen en cursussen. Tijdens deze bijscholing wordt ook uitvoerig gesproken over onderlinge samenwerking en ondersteuning en coaching vanuit de verpleging die werkzaam zijn in de Merenwijk. Dit wordt bewerkstelligd door de coördinerende verpleegkundige die ook werkzaam is in de wijk.

*Inzicht:* Verzorgenden en verpleegkundigen moeten geïnformeerd worden over waar er verbetering nodig is binnen de bestaande werkwijze.

* De verzorgenden en verpleegkundigen moeten betrokken worden bij het gehele zorgproces en het gevoel krijgen wat de noodzaak is van de verandering.
* De verzorgenden en verpleegkundigen gaan zich als team verantwoordelijk voelen voor het invullen van de risicosignaleringen en de adequate opvolging daarvan.

*Acceptatie:* De voordelen van de werkwijze moet bekent zijn bij de verzorgenden en verpleegkundigen.

* De verzorgenden en verpleegkundigen zien de voordelen in van het juist gebruiken van de risicosignaleringen, waardoor zorgprocessen beter verlopen.

*Verandering:* Door bijscholing te geven in kleine groepen, kan inzicht en kennis vergroot worden.

* Door het inzetten van sleutelfiguren, zoals de voorlopers binnen het team, kan de middengroep en wellicht ook de achterblijvers meegenomen worden in het werkproces.
* Duidelijkheid in wie er verantwoordelijk is voor tijdsplanning van de evaluaties, zodat de verandering van het werkproces ook geïntegreerd kan worden binnen het zorgproces.

*Behoud van verandering:* De verandering van het zorgproces regelmatig monitoren en het geven van feedback op het gewenst handelen, zal leiden tot het vasthouden van gemaakte afspraken omtrent het invullen van de risicosignaleringen.

* De verzorgenden en verpleegkundigen die werkzaam zijn in de wijk, monitoren de zorgdossiers van de cliënten in de wijk en voorzien elkaar van feedback over nog in te vullen risicosignaleringen.
* De wijkverpleegkundige zal de zorgevaluaties mee moeten indiceren, zodat de planning deze tijdig in kan plannen.

***Conclusie:***

In deze paper is er voor gekozen om een implementatieplan te schrijven aan de hand van het model Grol en Wensing (2011). Deze paper beschrijft de organisatiestructuur van Activite volgens de 6 verschillende organisatiestructuren uit het boek van Visser (2008). Bij Activite is er sprake van een lijnorganisatie. Er wordt top down gewerkt en er is een duidelijke concernstaf met lijnfunctionarissen aanwezig. Zij zijn bevoegd om alle beslissingen te nemen en trapsgewijs delegeren zij coördinerende taken, bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden aan leidinggevenden. Deze vorm van structuur zorgt er regelmatig voor dat bepaalde taken en functies die op de werkvloer uitgevoerd moeten worden, niet naar behoren uitgevoerd kunnen worden. Er zijn erg veel verschillende afdelingen waar deze gedelegeerde taken eerst terecht komen, de essentie van deze taken gaat hierdoor uiteindelijk vaak verloren.

Team Merenwijk is een grote groep medewerkers met verzorgenden en verpleegkundigen die allen een ander deskundigheidsniveau hebben met de daarbij behorende verschillende competenties.

Belemmerende factoren binnen dit team kunnen de verschillende deskundigheidsniveaus zijn en de achterblijvers kunnen een negatieve invloed hebben op de late majority’s. Bevorderende factoren kunnen zijn dat de lijnorganisatie bepaald dat de achterblijvers verplicht mee moeten werken en de groep voorlopers kunnen de middengroep positief beïnvloeden tijdens de innovatie.

Om binnen het gekozen team tot implementatie te komen is er een bijeenkomst nodig waarin de voordelen van de werkwijze wordt besproken, samenwerking en coaching een rol krijgen binnen het team en sleutelfiguren gekozen worden om de middengroep en achterblijvers van feeback te voorzien, zodat het gehele team zich verantwoordelijk gaat voelen voor het invullen van de risicosignaleringen. Om behoudt van deze verandering te garanderen is het monitoren van de zorgdossiers een belangrijk onderdeel voor alle verzorgenden en verpleegkundigen in de wijk en zal de planning zorgevaluaties moeten gaan plannen binnen de routes.

***Discussie:***

De omschreven groep medewerkers is een interpretatie van drie medewerkers uit het team, dit is een subjectief gegeven. Verder onderzoek naar teamcultuur is nodig om de implementatiestrategie goed aan te kunnen laten sluiten op het desbetreffende team. Er zijn binnen het genoemde team verschillende deskundigheidsniveaus werkzaam, verder onderzoek zal nodig zijn om de innovatie aan te kunnen passen aan elk gewenst niveau, zodat deze aansluit bij elke medewerker van het team.

***Rol van de hbo-verpleegkundige bij implementatie:***

Volgens het boek van Pool, Pool-Tromp, Veltman-van Vugt en Vogel(2013) is er in de rol van ontwerper en beroepsbeoefenaar voor de hbo-verpleegkundige zeker een rol weggelegd in het proces van implementatie. Zij is degene die in eerste instantie knelpunten binnen het werkproces moet signaleren in haar rol als regisseur en initiatieven moet nemen voor kwaliteitsverbetering op de werkvloer. Door de risicosignaleringen in te vullen en de juiste preventieve maatregelen te treffen zal zij in haar rol van zorgverlener meer kwaliteit van zorg leveren en kwaliteit van leven verbeteren en/of optimaliseren. In de zorg heb je te maken met een continu veranderproces en deze nieuwe ontwikkelingen moeten op de werkvloer geïntegreerd worden. De hbo-verpleegkundige kan door middel van haar kennis, inzicht en vaardigheden een bijdrage leveren op dit gebied en vernieuwingen binnen de zorg in de praktijk toepassen. Door andere zorgverleners te instrueren, adviseren en voor te lichten over deze vernieuwingen en methoden, werkt zij mee aan de bevordering van de deskundigheid van de beroepsgroep en is er voor de hbo-verpleegkundige een coachende rol weggelegd.

.

Literatuurlijst:

Activite (zd) Visie. Geraadpleegd op 14-03-2015, via <http://www.activite.nl/home/organisatie/visie>

Activite (zd) Missie. Geraadpleegd op 14-03-2015, via <http://www.activite.nl/home/organisatie/missie>

Cattan. M., White. M., Bond. J., & Learmouth. A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Ageing and society, volume 25, Issue 01.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, Published by Blackwell Publishing.

Gillespie. L.D., Robertson. M.C., Gillespie. W.J., Sherrington. C., Gates. S., Clemson. L.M., & Lamb. S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community (review). The Cochrane collaboration, Issue 9.

Grol, R., & Wensing, M. (2011). Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg, Amsterdam, Reed business

Hollands, L., Hendriks, L., Ariens, H., & Verheggen, F. (2003). Elementen van kwaliteitszorg. Utrecht, Uitgeverij Lemma BV

Intemarketing (2009-2015)7-S-model. Geraadpleegd op 23-03-2015, via <http://www.intemarketing.nl/marketing/modellen/7-S-model>

Intermediair (2014) Afkortingen in de zorg.Geraadpleegd op 30-03-2015, via <http://www.intermediair.nl/carriere/een-baan-vinden/branches/afkortingen-de-zorg-waar-hebben-ze-het-over>

Janneke Schilp M.Sc., Hinke M. Kruizenga R.D., Ph.D., Hanneke A.H., Wijnhoven Ph.D., Eva Leistra M.Sc., Anja M., Evers R.D., M.Sc, Jaap J., van Binsbergen M.D., Ph.D., Dorly J.H., Deeg Ph.D., & Visser M.D. (2012). High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. Elsevier INC.

Madhuri Reddy, MD., MSc, Sudeep S. Gill, MD., MSc, Paula A., & Rochon, H. (2006). Preventing pressure ulcers: A systematic review. JAMA, American Medical Association, volume 296, Issue 8

Neilson. J., Avital. L., Willock. J., & Broad. N. (2014). Using guideline to prevent and manage pressure ulcers. Nursing management, volume 21, issue 2.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014) Preventie gericht op ouderen samengevat. Geraadpleegd op 23-03-2015, via (<http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/ouderen/preventie-gericht-op-ouderen-samengevat/>

Schroder-Baars, C. (2010). Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen. V&VN en LEVV, Utrecht.

Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek? Den Haag, Boom Lemma uitgevers

Visser, W. (2008). Leren organiseren. Samenwerken, managen en coachen. Bussum, Uitgeverij Coutinho

Bijlage 1. Probleemanalyse, 6W formule.

In het boek van Verhoeven,N., Wat is onderzoek?(2011, p. 81) wordt de 6w-formule van Migchelbrink (2002) beschreven.

1. Wat is het probleem? De risicosignaleringen moeten op de juiste momenten worden ingevuld door verzorgenden en verpleegkundigen. Dit is een structureel onderdeel geworden van het kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT, welke landelijk is vastgelegd voor verpleging, verzorging en zorg thuis. Deze risicosignaleringen worden binnen de thuiszorg lang niet altijd ingevuld en/of niet meer geëvalueerd.
2. Wie heeft het probleem? Het probleem ligt bij de verzorgenden en de verpleegkundigen die in de wijk werkzaam zijn. Zij dienen deze in te vullen samen met de cliënt.
3. Wanneer is het probleem ontstaan? In 2012 zijn de risicosignaleringen geïmplementeerd en vanaf dat moment zijn deze niet goed ingevuld.
4. Waarom is het een probleem? De risicosignaleringen zijn bedoeld als instrument om kwaliteit van zorg te meten en verbeteringen in de zorg te stimuleren. Het zijn zorginhoudelijke indicatoren die sturing moet geven binnen het zorgproces die tot kwaliteitsverbetering moet leiden. Door deze formulieren in te vullen kunnen er wanneer nodig preventieve maatregelen getroffen worden, indicaties beter gesteld worden en kan de zelfredzaamheid van de cliënt bevorderd worden.
5. Waar doet het probleem zich voor? Alle risicosignaleringen worden nog niet voldoende op de juiste tijden ingevuld. De formulieren incontinentie en medicijnveiligheid worden het minst ingevuld.
6. Wat is de aanleiding? Medewerkers vergeten de zorgevaluatie in te plannen, waardoor de risicosignaleringen ook niet worden geëvalueerd. Medewerkers rapporteren vaak niet welke preventieve maatregelen er zijn genomen, nadat de risicosignaleringen zijn ingevuld. Sommige risicosignaleringen zijn persoonlijk en niet altijd relevant aan de zorgvraag. Belemmerend kan zijn dat er een hele grote middengroep is die een zeer afwachtende houding heeft. De achterblijvers vinden al het papierwerk wat ingevuld moet worden onzin en veel te veel werk. Bij Activite heerst een sterke vorm van hiërarchie, waardoor er soms voorbij wordt gegaan aan de medewerkers op de werkvloer. Zij zijn de mensen die moeten werken met een nieuw instrument, maar tijdens de implementatie wordt er niet veel rekening gehouden met de teams en de teamculturen die heersen binnen Activite. Door de vele veranderingen in de zorg moeten er ook ieder jaar aanpassingen gedaan worden binnen Activite. De formulieren van het zorgleefplan zijn al meerdere keren aangepast en verandert dit brengt verwarring met zich mee.

Bijlage 2.

**Visgraatdiagram:**

 **Hulpverlener Werksysteem balie**

Formulieren worden vergeten in te vullen

Formulieren ontbreken in zorgdossier

Zorgverlener ziet het belang/doel niet in

Niet op de hoogte van adequate opvolging

Schaamte, vragen zijn persoonlijk

Overvolle routes

Teveel reistijd nodig van ene naar andere cliënt

Er wordt na de route geen tijd vrij gepland om formulieren in te vullen

Risicosignalering formulieren worden niet ingevuld, waardoor er geen adequate opvolging plaats vindt signaleren verhoogd risico.

Formulieren onduidelijk, geen uitleg over de te nemen stappen bij signaleren verhoogd risico

Cliënt heeft weinig tijd

Cliënt ziet belang er niet van in

**Materiaal Patiënt**

*Bron: de Jong, J.H.J., (2003)Handboek verpleegkunde*

Bijlage 3. Steekproeven inspectie Activite.

**Resultaten toetsing gebruik zorgdossier najaar 2013 RVE GZ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Team** | **Alphen** | **Aar en Braasem** | **Leiderdorp/****Rijndorpen** | **Leiden** | **Totaal GZ** |
| **Aantal dossiers** getoetst=n | 25 | 17 | 16 | 24 | 82 |
| **Valincidenten**(aantal) | 416% | 212% | 531% | 417% | 15(18%) |
| **Medicatie**(registratie niet op orde) | 312% | 318% | 16% | 625% | 13(15%) |
| **Evaluatie**(niet gepland of uitgevoerd) | 312% | 529% | 637% | 1562% | 29(35%) |
| **ZLP**(niet ondertekend) | - | 318% | 16% | 14% | 5(6%) |
| **Risicosignalering**(niet uitgevoerd en/of opgevolgd) | 28% | 847% | 956% | 1145% | 30(36,5%) |

*Bron: Kwaliteitsfunctionaris Gespecialiseerde Zorg, ActiVite*

**Resultaten Zorgleefplan meting 2014**

**Team Leiden, risicosignaleringen**

**N=20**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZI** | **Ja** | **Nee**  | **%** |
| Valincidenten |
| In afgelopen maand | 2 | 171 onbekend | 10% |
| RS huidletsel |
| Uitvoering | 14 | 6 | 70% |
| Verhoogd risico | 4 | 10 | 29%N=14 |
| Opvolging | 3 | 1 | 75%N=4 |
| RS Ondervoeding |
| Uitvoering | 14 | 6 | 70% |
| Verhoogd risico | 3 | 11 | 21%N=14 |
| Opvolging | 3 |  | 100%N=3 |
| RS Vallen |
| Uitvoering | 14 | 6 | 70% |
| Verhoogd risico | 7 | 7 | 50%N=14 |
| Opvolging | 5 | 2 | 71%N=7 |
| RS Medicatie |
| Uitvoering | 12 | 8 | 60% |
| Verhoogd risico | 5 | 7 | 42%N=12 |
| Opvolging | 5 | 2 | 100%N=5 |
| RS Depressie |
| Uitvoering | 13 | 7 | 65% |
| Verhoogd risico | 5 | 8 | 38%N=13 |
| Opvolging | 3 | 2 | 60%N=5 |
| RS Incontinentie |
| Uitvoering | 11 | 9 | 55% |
| Verhoogd risico | 2 | 9 | 18%N=11 |
| Opvolging | 2 |  | 100%N=2 |

**Bevindingen**

* Bij 68% van de cliënten wordt een risicosignalering uitgevoerd. Huidletsel, ondervoeding en vallen worden het meest uitgevoerd, medicatie en incontinentie het minste.
* 50% van de cliënten heeft een verhoogd risico op vallen, vervolgens 42% op problemen met medicatiegebruik en 38% op depressieve kenmerken.
* Bij een verhoogd risico op depressie wordt bij 60% van de cliënten opvolging gegeven, bij een verhoogd risico op vallen is dit 70% en bij huidletsel 75%.
* Bij een verhoogd risico op incontinentie, problemen met medicatiegebruik en ondervoeding wordt in alle gevallen opvolging gegeven.

Bijlage 4. Kwaliteitsopdracht.

qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmrtyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvbnm

|  |
| --- |
| Paper Implementatieproces Kitty Martens, blok 2.7Marjolein Kloet, studentnummer: 12068594 |

Inleiding:

Er wordt van mij in de rol van ontwerper als hbo-verpleegkundige verwacht dat ik een bijdrage lever aan de kwaliteit van zorg. Ik heb gekozen voor de risicosignalering welke lang niet allemaal worden ingevuld en als ze wel worden ingevuld, blijkt vaak dat er bij een verhoogd risico geen verdere actie wordt ondernomen om dit risico te verkleinen. Ik zal initiatieven moeten nemen om kwaliteit van zorg te gaan verbeteren en zal me moeten gaan verdiepen in de vastgestelde criteria en het kunnen toepassen van verschillende meetinstrumenten om te kunnen bepalen hoe kwaliteit verbeterd kan worden. Mijn doel is dan ook duidelijkheid te krijgen waarom het invullen van de risicosignalering zo belangrijk is, wie dit bepaald heeft en wat de reden is waarom dit lang niet altijd gedaan wordt. Na mijn analyse wil ik tot een verbeterpunt komen, zodat de formulieren worden ingevuld en adequate opvolging gaat plaatsvinden. Ik zal voorstellen moeten gaan doen om tot kwaliteitsverbetering te kunnen komen en moet dus op de hoogte zijn van het beleid van de organisatie. Om voorstellen te kunnen doen om tot kwaliteitsverbetering te kunnen komen, zijn goede communicatieve vaardigheden vereist. Op deze manier wil ik laten zien dat kwaliteit van zorg verbeterd kan worden op microniveau, maar zeer effectief en efficiënt zal zijn voor de cliënt en de organisatie.

**Keuze en analyse van mijn onderwerp op macroniveau:**

Preventie gericht op ouderen heeft als doel ouderen zo lang mogelijk zelfstandig, onafhankelijk en gezond te houden. Deze groep cliënten zal de komende jaren alleen maar toe gaan nemen. Gezond en succesvol ouder worden gaat niet alleen om het voorkomen en uitstellen van ziekte en sterfte, maar zeker ook om de preventie van beperkingen in het functioneren, het voorkómen van verlies van zelfredzaamheid en het terugdringen van afhankelijkheid van de zorg. Het ouderenbeleid van de landelijke overheid is erop gericht dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en deelnemen aan de samenleving. De nadruk in het onderdeel gezondheid van de nota ouderenbeleid van VWS ligt op het belang van preventie. Veel organisaties zijn betrokken bij de gezondheidsbevordering en/of ziektepreventie voor de doelgroep ouderen. Het aanbod is dan ook erg breed. Er is geen landelijke organisatie die alle interventies gericht op de gezondheid of preventie van ouderen coördineert. Wel zijn er een aantal initiatieven ontwikkeld die informatie over preventie bij ouderen bundelen, zoals het Kennisnetwerk Valpreventie en het Platform Consultatiebureau voor Ouderen. Zowel op landelijk als op regionaal en lokaal niveau ligt de nadruk van preventie gericht op ouderen op een aantal thema’s. Deze thema’s zijn: beweging, gezonde voeding, valpreventie, depressie, eenzaamheid en decubitus (huidletsel)*.1 ( zie bijlage Nationaal Kompas Volksgezondheid)*

Het signaleren van risico’s bij cliënten is een structureel onderdeel geworden van het kwaliteitskader verantwoorde zorg VVT, welke landelijk is vastgelegd voor verpleging,verzorging en zorg thuis. Deze stap is bedoeld als instrument om kwaliteit van zorg te meten en verbeteringen in de zorg te stimuleren. Het Kwaliteitskader is vastgesteld door de Stuurgroep Verantwoorde zorg, bestaande uit cliëntenorganisatie LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden), de beroepsorganisaties NVVA ( Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen), V&VN ( Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) en Sting (Beroepsvereniging van de Verzorging), brancheorganisatie ActiZ (Brancheorganisatie voor ondernemers), IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg), Zorgverzekeraars Nederland en VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). De Stuurgroep staat onder voorzitterschap van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en is ondersteund door Plexus Medical Group en het Bureau Zorgbrede Transparantie Kwaliteit (ZbTk). *(landelijk bepaald 🡪 macroniveau)*

In het kwaliteitskader Verantwoorde zorg voor de sector van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) zijn naast kwaliteitsnormen ook de indicatoren beschreven waarmee de normen gemeten worden. Na een grootschalige evaluatie in 2009 is het kwaliteitskader aangepast en verbeterd. De indicatoren sluiten beter aan bij de verantwoordelijkheid van de zorgorganisaties en de betrouwbaarheid is verhoogd. *(Zie bijlage, kwaliteitskader verantwoorde zorg, VVT)* Op basis van de norm is een indeling in thema’s gemaakt:

***Thema’s voor verantwoorde zorg***

***Kwaliteit van leven Domeinen***

|  |  |
| --- | --- |
| *5. Kwaliteit van zorgverleners* | *1. Lichamelijk welbevinden & gezondheid* |
| *6. Kwaliteit van de zorgorganisatie*  | *2. Woon- en leefsituatie* |
| *7. Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid*  | *3. Participatie* |
|  | *4. Mentaal welbevinden* |

*(Zie bijlage Zichtbare zorg, kwaliteitskader verantwoorde zorg, blz. 25)*

Hoewel gekozen is om een indeling in thema’s te maken, willen de betrokken partijen het belang benadrukken van de samenhang tussen de losse thema’s en indicatoren onderling.

Er worden drie soorten indicatoren onderscheiden:

1. cliëntgebonden indicatoren die gemeten worden met een cliëntenraadpleging (CQ-Index), door een onafhankelijk bureau
2. a. zorginhoudelijke indicatoren op organisatieniveau, die gemeten worden door de organisatie zelf en de inspectie (IGZ)

b. zorginhoudelijke indicatoren op cliëntniveau, die gemeten worden door de organisatie zelf. ( risicosignalering) 2

Risicosignalering is een belangrijk onderdeel van de zorg, het monitoren van de situatie en vroegtijdig signaleren van eventuele zorgproblemen bij de cliënt. Vervolgens dient adequate opvolging te worden georganiseerd. De risicosignalering levert een belangrijke bijdrage aan meer veiligheid in de zorg*.* Het inventariseren van risico’s is een onderdeel van het zorgleefplan. 3

 *(*[*http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/20100531-risicosignalering-onderdeel-vernieuwd-kwaliteitskader-verantwoorde-zorg*](http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/20100531-risicosignalering-onderdeel-vernieuwd-kwaliteitskader-verantwoorde-zorg)*)*

**Verantwoording keuze analysemethode:**

Activite heeft ervoor gekozen vijf risico’s te inventariseren bij elke nieuwe cliënt en bij ieder evaluatie moment welke eens in de zes maanden dient plaats te vinden. Hier is voor gekozen om problemen vroegtijdig te signaleren of om problemen te voorkomen. *(vanuit de organisatie 🡪 mesoniveau)*Activite volgt hierbij de normen welke landelijk zijn vastgesteld in het kwaliteitskader verantwoorde zorg. Uit onderzoek van de inspectie blijkt dat de risicosignaleringen niet worden ingevuld of ze worden wel ingevuld, maar vind er vervolgens geen adequate opvolging plaats, waardoor er niet preventief gewerkt wordt. Het stukje secundaire preventie wordt hierbij ook overgeslagen, waardoor het verhoogde risico welke geconstateerd is, niet verkleint of verkomen wordt. Doordat deze risicosignaleringen niet of niet goed worden gebruikt is de reden waarom ik dit probleem ben gaan inventariseren en ben gaan analyseren. Dit is gelijk stap 1 van de intercollegiale toetsing en demping-cyclus:

Mijn onderwerpkeuze.

Om de kwaliteit van deze verpleegkundige interventie te kunnen verbeteren heb ik gebruik gemaakt van de methode intercollegiale toetsing. Intercollegiale toetsing is het toetsen van de praktijk (huidige situatie) met de gemaakte afspraken of opgestelde criteria (wenselijke situatie) samen met andere dezelfde beroepsbeoefenaren. Een essentieel onderdeel hierbij is het reflecteren op eigen handelen. De methodiek die ik heb gebruikt gedurende de intercollegiale toetsing is gebaseerd op de kwaliteitscyclus van Deming: ‘plan-do-check-act’. 4

Bij kwaliteitsbewaking en –bevordering moeten er bepaalde stappen doorlopen worden met als doel tot verbetering van de zorg te komen*.* De Deming-cyclus is te herkennen in veel modellen die gebruikt worden in kwaliteitssystemen. Ik heb voor dit model gekozen, omdat het een goed hulpmiddel is om kwaliteitsverbetering te kunnen bewerkstelligen. Deze cyclus is eenvoudiger in gebruik dan andere modellen en bestaat uit vier duidelijke stappen welke zeer goed te doorlopen zijn.

Ik begon aan de eerste fase van de cyclus, plan. Het probleem was voor mij helder en ik had dan ook een duidelijke beschrijving hiervan, maar nu moest ik het nog kunnen onderbouwen. Ik merkte tijdens het doorlezen van de zorgdossiers bij cliënten thuis dat de risicosignaleringen vaak niet goed werden gebruikt, maar dat was mijn interpretatie. Ik ben het gaan navragen bij mijn collega’s en ook hieruit bleek al snel dat zij dit ook zagen. Bij Activite werkt een kwaliteitsfunctionaris en ik bedacht dat zij mij moest kunnen vertellen of mijn bevinding klopte of niet. Van haar kreeg ik een kort, zeer duidelijk schema waaruit al snel bleek dat mijn interpretatie klopte. Uit onderzoek van de inspectie bleek dat in Leiden 45% van de formulieren niet goed waren ingevuld. Zie onderstaand schema.

**Resultaten toetsing gebruik zorgdossier najaar 2013 RVE GZ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Team** | **Alphen** | **Aar en Braasem** | **Leiderdorp/****Rijndorpen** | **Leiden** | **Totaal GZ** |
| **Aantal dossiers** getoetst=n | 25 | 17 | 16 | 24 | 82 |
| **Valincidenten**(aantal) | 416% | 212% | 531% | 417% | 15(18%) |
| **Medicatie**(registratie niet op orde) | 312% | 318% | 16% | 625% | 13(15%) |
| **Evaluatie**(niet gepland of uitgevoerd) | 312% | 529% | 637% | 1562% | 29(35%) |
| **ZLP**(niet ondertekend) | - | 318% | 16% | 14% | 5(6%) |
| **Risicosignalering**(niet uitgevoerd en/of opgevolgd) | 28% | 847% | 956% | 1145% | 30(36,5%) |

*Bron: Kwaliteitsfunctionaris Gespecialiseerde Zorg, ActiVite*

De risicosignaleringen worden niet goed gebruikt en/of opgevolgd, waardoor problemen niet worden voorkomen en verergering van problemen kunnen zo niet voorkomen worden.

*( Zie bijlage blz. 1, PDCA-cyclus)*

Ik heb ervoor gekozen om een analyse te maken met behulp van het visgraat model, om te kunnen achterhalen wat de oorzaken zijn dat de risicosignaleringen niet goed worden gebruikt. Ik heb hiervoor het visgraatmodel gebruikt als hulpmiddel, omdat door middel van dit diagram ik in kaart kan brengen welke relaties er zijn tussen een kwaliteitsprobleem en de oorzaken (beïnvloedende factoren) van het probleem. Ik gebruik dit diagram als instrument om met mijn collega’s die ook bij dit probleem betrokken zijn, te zoeken naar oorzaken en eventuele haalbare oplossingen. *(Zie bijlage uitwerking visgraatdiagram blz.2)*

Ik ben begonnen met het definiëren van het probleem zoals beschreven staat bij het visgraatdiagram en de PDCA-cyclus. Mijn probleemstelling is dat risicosignaleringen niet of niet goed worden ingevuld, waardoor er geen adequate opvolging plaats vindt. Dit probleem heeft meerdere oorzaken, welke ik ben gaan analyseren aan de hand van het visgraatdiagram. Ik ben alle oorzaken gaan opschrijven, waarvan ik denk dat de reden kan zijn dat de formulieren niet goed worden gebruikt. Dit heb ik gedaan zonder deze nog te ordenen en onder te verdelen in een categorie (mindmapping). Mindmapping is het ordenen van gedachten, het structureren van complexe problemen en het plannen van werkzaamheden.

Nadat ik alle oorzaken had beschreven, ben ik deze pas gaan ordenen en gaan onder verdelen in de vier categorieën en daar kwam met als resultaat het visgraatdiagram uit welke in de bijlage staat beschreven. Aan de hand van dit resultaat heb ik een overleg gehad met 3 andere verpleegkundigen uit de wijk en samen hebben wij het visgraatdiagram en de risicosignalering besproken, zie bijlage groepsdynamica. We hebben onze uitkomsten besproken en we kwamen vrij snel tot de conclusie dat we allemaal dezelfde oorzaken en gevolgen hadden beschreven.

Drie oorzaken stonden bij ons allen met stip bovenaan. Alle oorzaken zijn terug te lezen in het visgraatdiagram, hieronder volgen de drie meest voorkomende oorzaken:

* In de risicosignaleringen staat onduidelijk omschreven welke acties er ondernomen moeten worden bij verhoogd risico, waardoor adequate opvolging moeilijk is.
* Geen tijd door overvolle routes en veel reistijd, er wordt niet efficiënt gewerkt.
* Zorgverleners en cliënten zijn niet voldoende op de hoogte over het belang van het invullen van de formulieren.

Dit is de actuele/huidige situatie en vanuit onze vergelijkingen van onze analyses heb ik een wenselijke situatie kunnen beschrijven. De wenselijke situatie heb ik beschreven in de PDCA-cylcus, maar hieronder heb ik ze beschreven volgens de smartcriteria: 5

Product: Wat wil ik bereiken?

1. Binnen 6 maanden kunnen verzorgende en verpleegkundigen na het invullen van de risicosignalering, juiste adequate opvolging bewerkstelligen.

Subdoelen:

* Over 4 maanden is er een stappenplan waarin staat beschreven welke interventies van toepassing zijn bij elk verhoogd risico.
* Over 6 maanden is er een implementatieplan welke voldoet aan de opgestelde criteria welke staan beschreven in het verbeterplan.
* Binnen 6 maanden zijn alle verpleegkundigen en verzorgende op de hoogte gesteld van het belang van risicosignalering en adequate opvolging daarvan.

Proces: Hoe wil ik dit bereiken?

1. Over 4 maanden is er verbeterplan gemaakt, welke beschrijft aan welke criteria risicosignalering moet voldoen en welke stappen er nog genomen moeten worden om tot implementatie te kunnen komen.

Subdoelen:

* Binnen 4 weken zijn de oorzaken/beïnvloedende factoren bekend, waarom risicosignalering niet goed gebruikt wordt.
* De juiste interventies zijn vastgesteld en kunnen onderbouwd worden door recent wetenschappelijk onderzoek en literatuur.
* Over 4 weken is bekend aan welke criteria risicosignalering moet voldoen.
* Over 2 maanden zijn de criteria vastgesteld waaraan het implementatieplan moet voldoen.

Structuur: Binnen welke kaders moet er verandering optreden en hoe kunnen deze worden aangepast?

1. Binnen 4 maanden zijn de routes aangepast en zijn verpleegkundigen en verzorgenden bereid elkaar te helpen, zodat er tijd overblijft voor het invullen van de risicosignaleringen. Ze voldoen aan onderstaande criteria.

Subdoelen:

* Over 4 maanden worden cliënten die bij elkaar in de straat wonen in een route gepland, zodat de reistijd tot een minimum wordt beperkt.
* Een verpleegkundige kijkt wekelijks samen met de planner naar de routes, om te beoordelen of de geplande tijd nog overeenkomt met de werkelijke tijd per cliënt.
* Over 4 maanden wordt er voor het invullen van de risicoanalyses tijd ingepland door de planner.
* Binnen 2 maanden bellen verpleegkundigen elkaar aan het einde van hun route, om elkaar te kunnen ondersteunen en zo efficiënter te werken.
* Verpleegkundigen en verzorgenden hebben over 6 maanden de tijd om bij alle cliënten een risicoanalyse in te vullen en op te volgen.
* Verpleegkundigen en verzorgenden zoeken binnen 4maanden hulp bij elkaar, wanneer het invullen of opvolgen van een risicoanalyse problemen oplevert, zowel wanneer het om logistieke problemen gaat, als om kennis- en ervaringstekorten.
* Verpleegkundigen en verzorgenden ontmoeten elkaar binnen 4 maanden zo vaak mogelijk op de verschillende steunpunten, zodat ze weten bij wie ze voor ondersteuning terecht kunnen. 6

.

**Onderbouwing vanuit de literatuur:**

Deze wenselijke situatie is gebaseerd op een aantal feiten welke ik heb gevonden in verschillende artikelen. Het is zeer belangrijk dat er gestreefd wordt naar de wenselijke situatie, omdat dit ervoor zorgt dat er meer preventief gewerkt gaat worden, zodat in toekomstige zorgsituaties risico’s kunnen worden voorkomen of verslechteringen worden tegengegaan of zelfs verbetert. Dit helpt cliënten langer zelfstandig te zijn en is kostenefficiënt. Activite heeft een beleid waarbij zij uit gaat van een preventieve aanpak en vindt dan ook dat de risicosignaleringen daarbij van groot belang zijn. Uit onderzoek blijkt dat als de juiste interventies gekozen worden, ouderen minder valgevaarlijk zijn, ouderen minder snel in een sociaal isolement terecht komen en dat huidletsel zoals decubitus en vochtletsel voorkomen kunnen worden.

Uit de literatuur en onderzoeken blijkt dat risico screening en het kiezen van de juiste preventieve interventies belangrijk zijn om problemen en/of verslechtering te voorkomen.

Als je de sites bezoekt van [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl), [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl) van VWS en [www.nationaalprogrammaouderenzorg](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg) blijkt al snel dat er heel veel programma’s en projecten zijn door heel Nederland die betrekking hebben op risico screenen.

Ik heb ook 3 Engelstalige artikelen toegevoegd welke betrekking hebben tot drie onderwerpen van risicosignalering, preventieve maatregelen (zie bijlage). Uit deze artikelen komen een paar conclusies naar voren waaruit na onderzoek blijkt preventief te zijn en te werken, welke ik hieronder puntsgewijs zal benoemen. 7, 8, 9

Interventions for preventing falls in older people living in the community (review) 10

Valgevaar:

* Individueel risico inventarisatie, waarbij gelet wordt op meerdere beïnvloedende factoren bij iemand thuis. Hierbij moet gedacht worden aan antislipmat in badkamer, geen losliggende kleedjes, geen drempels, vaste douchestoel en rollator etc. Deze interventies worden ingezet door verpleegkundigen in overleg met een ergotherapeut of door een ergotherapeut welke ook bij cliënten thuis komt.
* Oefeningen gericht op mobiliteit voorkomen en of verminderen valgevaar
* Bij vermoedens dat een cliënt problemen heeft met het zicht is een consult bij de oogarts en/of opticien aan te raden.

Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. 11

Sociaal isolement en/of eenzaamheid onder ouderen:

* Verschillende soorten groepinterventies verlagen bij ouderen het gevoel van eenzaamheid, waardoor zij uit een isolement kunnen komen.
* Face-to-face contact van verpleegkundigen bij ouderen vanaf 75 jaar oud thuis, verlagen ook het gevoel van eenzaamheid en isolement.

Preventing pressure ulcers: A systematic review en Using guideline to prevent and manage pressure ulcers. 12 en 13

Huidletsel:

* Gebruik anti-decubitus matrassen en kussens werken preventief
* Meerdere keren per dag draaien van de cliënt werkt preventief
* Optimale voeding en drinken werkt preventief
* Insmeren van de huid met crème werkt preventief

Ook is er veel onderzoek gedaan naar preventieve maatregelen bij incontinentie en ondervoeding. Ik heb de richtlijn en artikel over ondervoeding in de bijlage gestopt. 14 en 15

**Verbetervoorstel:**

Er wordt door mij in samenwerking met de kwaliteitsfunctionaris een verbeterplan opgesteld met daarin de door mij gekozen aanbevelingen:

* Over 4 weken zijn de oorzaken/beïnvloedende factoren bekend, waarom risicosignalering niet goed gebruikt wordt. Dit wordt gedaan door verpleegkundige en de mensen uit de projectgroep welke zich bezig houdt met risicosignalering.
* Er komt een stappenplan waarin staat beschreven welke interventies van toepassing zijn bij elk verhoogd risico. Deze interventies kunnen onderbouwd worden door recent wetenschappelijk onderzoek en literatuur. Dit wordt gedaan door de projectgroep in overleg met de kwaliteitsfunctionaris.
* Criteria wordt vastgesteld waaraan het implementatieplan moet voldoen, deze criteria worden vastgesteld door de kwaliteitsfunctionaris.
* Over 6 maanden is er een implementatieplan welke voldoet aan de opgestelde criteria. Deze wordt gemaakt door de projectgroep en is goedgekeurd door de kwaliteitsfunctionaris.
* Alle verpleegkundigen en verzorgende worden op de hoogte gesteld van het belang van risicosignalering en adequate opvolging daarvan door middel van het geven van klinische lessen en cursussen. Tijdens deze bijscholing wordt ook uitvoerig gesproken over onderlinge samenwerking en de daarbij behorende ondersteuning bij het invullen van risicosignalering. Dit wordt bewerkstelligd door verpleegkundigen uit de projectgroep.
* De planning is op de hoogte gebracht over het efficiënter inplannen van cliënten, zodat de reistijd tot het minimum beperkt kan worden. Zij worden op de hoogte gebracht door een verpleegkundige uit de projectgroep en teammanager planning.
* De planning is op de hoogte van het belang van het invullen van de risicosignalering en zorgt ervoor dat hier tijd voor wordt vrij gemaakt in de middag. Dit op aanraden van de teammanager planning.
* Over een jaar wordt risicosignalering geëvalueerd volgens de PDCA-cyclus.

**Reflectie:**

Er zijn heel veel mensen bezig geweest met het maken van de risicosignalering. Toch blijkt uit onderzoek van de inspectie dat deze niet goed gebruikt wordt. Mijn keuze betreft dit onderwerp was dan ook prima, alleen vond ik het heel moeilijk om bij de kwaliteitsfunctionaris aan te moeten geven dat ik dus denk dat het niet goed loopt en waarom ik dit denk. Al snel bleek dat zij al op de hoogte was van deze situatie en hier ook al samen met de werkgroep naar gekeken had. Ik heb haar uitgelegd wat ik voor school moest doen en dat ik mijn uitkomsten graag met haar wilde delen, zodat zij hier gebruik van kan maken in de praktijk. Zij was zeer positief en vond het prima dat ik dit probleem ging analyseren.

Ik had geen idee hoe ik moest beginnen aan het verbeteren van een kwaliteitsonderdeel en ik had ook nog geen idee hoe ik uiteindelijk tot een concreet voorstel kon komen. Ik ben dan ook door het lezen en beantwoorden van de leerdoelen uit het blokboek van school gaan achterhalen hoe ik hier het beste mee kon beginnen. Hieruit bleek dat er meerdere modellen en hulpmiddelen waren om zo een gestructureerd geheel te kunnen krijgen. Ik heb de PDCA-cyclus hierbij gebruikt, omdat ik deze herkende uit de praktijk en begon met de eerste stap.

Hoe zag ik de huidige situatie en klopte mijn interpretaties wel, hoe zagen mijn collega’s dit en hoe kon ik erachter komen of dit daadwerkelijk wel een probleem was? Ik ben eerst gaan onderzoeken hoe mijn collega’s hier tegenaan keken en toen bleek dat zij dit ook vaak opmerkten ben ik verder gaan kijken. Ik heb toen contact gezocht met de kwaliteitsfunctionaris van Activite en haar gevraagd naar wat uitslagen van onderzoeken van de inspectie en wat haar bevindingen waarom rondom het invullen/opvolgen van de risicosignaleringen. Ik kreeg van haar een schema waaruit inderdaad bleek dat de risicosignalering in Leiden niet goed gebruikt werd en dat was voor mij het punt om te gaan achterhalen, waarom dit zo was. Hoe begin je dan vroeg ik me af, ik kon wel wat oorzaken bedenken, maar hoe schrijf je dit op en moet dit ook niet met behulp van een model of diagram? Dit vond ik terug in de praktijkopdracht en ben op zoek gegaan naar het visgraatdiagram, welke voor mij nog onbekend was.

Met behulp van dit diagram ben ik al mijn oorzaken gaan onderverdelen en was alles goed geordend en werd er al ietsjes meer duidelijk. Ik kon vanaf dat moment beter in gaan schatten welke wenselijke situatie ik voor ogen had. Maar hoe ga je naar zo’n wenselijke situatie toe werken?

Eigenlijk was mijn hele proces om naar een uiteindelijk product toe te werken al begonnen alleen zag ik dat zelf nog niet. Ik had mijn onderwerp gekozen en ik had besloten om tot een uiteindelijk verbetervoorstel te kunnen komen als hulpmiddel gekozen voor de Deming-cyclus. Ik kon de huidige situatie goed omschrijven en door gebruik te maken van het visgraatdiagram heb ik alle beïnvloedende factoren gekozen, nagevraagd en geordend, waardoor ik daarna kon gaan beschrijven hoe ik de wenselijke situatie zag en daaruit vloeiden de smartdoelen. Vanuit deze doelen kon ik mijn verbetervoorstel gaan schrijven en heeft dat geleid tot dit stuk.

Mijn rol als ontwerper zie ik nog in een zeer pril stadium. Ik vind het moeilijk om in te schatten wat haalbaar is en wat er allemaal voor nodig is om tot een uiteindelijke verbetering te kunnen komen. Wie heb ik daar voor nodig en wat wil ik nu precies gaan doen om verbetering te kunnen bewerkstelligen? Is wat ik wil wel haalbaar in de praktijk en wie kan mij vertellen of dat zo is of juist niet? Zijn de gebruikte modellen wel de juiste en heb ik ze wel goed gebruikt? Er kwamen tijdens deze opdrachten heel erg veel vragen in me op, waarvan er een paar beantwoord zijn, maar er zijn toch ook nog wat vragen onbeantwoord gebleven. Zoals wie bepaald nu of er iets met mijn verbetervoorstel gedaan gaat worden en krijg ik nog een terugkoppeling over wat er goed en minder goed was aan mijn voorstel? Moet dit nog plaatsvinden binnen bepaalde financiële kaders en wie bepaald deze kaders?Ik heb in ieder geval aan de kwaliteitsfunctionaris gevraagd of zij mij even kan laten weten wat de projectgroep vond van mijn voorstel en welke suggesties ze mij kan meegeven voor een eventuele volgende keer.

Ik vond het een zeer interessante opdracht, omdat ik werd verplicht meer na te gaan denken over kwaliteit en verbeteringen die in de zorg kunnen gaan plaats vinden. Ik ben me veel meer bewust geworden waarom kwaliteit zo belangrijk is, wie bepaalde standaarden heeft opgesteld en wat ik als verpleegkundige kan doen om kwaliteit van zorg te verbeteren, Ik begrijp nu dat ik in staat ben om mee te werken aan kwaliteitsverbetering, maar dat ik als verpleegkundige eigenlijk ook gewoon verplicht ben om mee te werken aan kwaliteitsverbetering. Kortom er valt nog een hoop te leren in de rol van ontwerper, maar de eerste stappen zijn gezet.

**Bronnen:**

1. [www.nationaalkompas.nl/ouderen](http://www.nationaalkompas.nl/ouderen)
2. Kwaliteitskader verantwoorde zorg, zichtbare zorg verpleging verzorging thuiszorg, Den-Haag, april 2010.
3. [*http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/20100531-risicosignalering-onderdeel-vernieuwd-kwaliteitskader-verantwoorde-zorg*](http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/20100531-risicosignalering-onderdeel-vernieuwd-kwaliteitskader-verantwoorde-zorg)
4. Hollands. L, Hendriks. L, Ariens. H, Verheggen. F,. Elementen van kwaliteitszorg, Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg, 4e druk, Uitgeverij LEMMA BV, Utercht, 2005.
5. Verbeek. G,. Het spel van kwaliteit in zorg, 5e druk, Reed Business, Amsterdam 2011.
6. Jong de. J.H.J, Kerstens. J.A.M, Vermeulen. M.M., Handboek verpleegkunde, 1e druk, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 2003.
7. [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)
8. [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)
9. [www.nationaalprogrammaouderenzorg](http://www.nationaalprogrammaouderenzorg)
10. Gillespie. L.D, Robertson. M.C, Gillespie. W.J, Sherrington. C, Gates. S, Clemson. L.M, Lamb. S.E., Interventions for preventing falls in older people living in the community (review)., The Cochrane collaboration, Issue 9, 2012.
11. Cattan. M, White. M, Bond. J, Learmouth. A., Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. Ageing and society, volume 25, Issue 01, January 2005.
12. Madhuri Reddy, MD, MSc, Sudeep S. Gill, MD, MSc, Paula A. Rochon, MD, MPH.,

Preventing pressure ulcers: A systematic review. JAMA, American Medical Association, volume 296, Issue 8, august 2006.

1. Neilson. J, Avital. L, Willock. J, Broad. N., Using guideline to prevent and manage pressure ulcers. Nursing management, volume 21, issue 2, may 2014.
2. Janneke Schilp M.Sc., Hinke M. Kruizenga R.D., Ph.D., Hanneke A.H. Wijnhoven Ph.D., Eva Leistra M.Sc., Anja M. Evers R.D., M.Sc, Jaap J. van Binsbergen M.D., Ph.D., Dorly J.H. Deeg Ph.D., Marjolein Visser Ph.D. High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals, Elsevier INC, 2012.
3. Schroder-Baars. C. Richtlijn Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen., V&VN en LEVV, Utrecht, september 2010.
4. J. Remmerswaal,,Handboek Groepsdynamica, Een inleiding op theorie en praktijk, tiende druk, juli 2008, Uitgeverij Boom.



Bijlage 5. Organigram Activite.



**Paper Verkort Duaal Blok 2.7**

**Student:**

**Studentnummer:**

|  |  |
| --- | --- |
|  **IMPLEMENTATIEPROCES:** |  |
| De student: | **V/O** |
| 1. Beschrijft de kenmerken van de afdeling:
2. Organisatiestructuur en -cultuur
3. Samenstelling/opleidingsniveau personeel afdeling
4. Rollen binnen het team (Green 1989, Grol 1992, Rogers 2003)
 |  |
| 1. Beschrijft de kwaliteitsopdracht/richtlijn:
	1. Kern van de opdracht/richtlijn
	2. Aanleiding van de opdracht/richtlijn
 |  |
| 1. Beschrijft de meerwaarde van de invoering van het resultaat van de kwaliteitsopdracht/richtlijn:
2. Meerwaarde van de invoering van de kwaliteitsopdracht/richtlijn[[1]](#footnote-1)
3. Relatie kwaliteitsopdracht/richtlijn met eerder genoemde knelpunten
4. Afstemming met de kenmerken van de afdeling
 |  |
| 1. Beschrijft de wenselijke situatie:
2. Wenselijk resultaat van de implementatie
 |  |
| 1. Beschrijft het implementatieproces:
	1. Probleemanalyse (belemmerende en bevorderende factoren) in de huidige zorgverlening
	2. Probleemanalyse (belemmerende en bevorderende factoren) in teamsamenstelling
	3. De concrete doelen met behulp van prestatie-indicatoren
	4. Keuze voor een implementatiestrategie
 |  |
| 1. Beschrijft de eigen bijdrage als niveau 5 verpleegkundige vanuit de 5 rollen van Pool
 |  |
| 1. Inhoudelijke keuzes (items 1 t/m 6) zijn beargumenteerd en onderbouwd
	1. Er is gebruik gemaakt van ten minste 5 bronnen waarvan minimaal 2 Engelstalige internationale evidence based bronnen
 |  |
| 1. Taalcriteria (zie hieronder)
 |  |
|  | *1 = B1-niveau (deficiënt)* | *2 = B2-niveau (propedeuse)* | *3 = C1-niveau (afstuderen)* |  *O/V/G* |
| **Coherentie** | □ De tekst bevat een eenvoudige, lineaire opbouw. De inhoudsopgave ontbreekt of is niet logisch opgebouwd. Voetnoten zijn niet of niet correct gebruikt.□ De tekst bevat alinea’s waartussen Inhoudelijke verbanden expliciet aangegeven zijn met bijvoorbeeld veelvoorkomende verbindingswoorden (ten eerste, ten tweede, en, toen). □ Onduidelijkheden door verwijswoorden komen voor. Samenhang in de tekst en binnen samengestelde zinnen is niet altijd duidelijk | □ De tekst is logisch en consequent opgebouwd. Dit blijkt al uit de inhoudsopgave. Voetnoten zijn correct gebruikt.□ De tekst bevat alinea’s en waar nodig paragrafen waartussen inhoudelijke verbanden expliciet zijn aangegeven met complexere verbindingswoorden (daarentegen, namelijk, zodat). □ Relaties als oorzaak-gevolg, voor- en nadelen, overeenkomsten, standpunt-argument en vergelijkingen zijn duidelijk aangegeven met de juiste verwijs- en voegwoorden. | □ De tekst bevat een duidelijke rode draad (al zichtbaar in de inhoudsopgave) bij een complexe gedachtegang; hoofd- en bijzaken zijn duidelijk gescheiden. □ De tekst bevat alinea’s en waar nodig paragrafen waartussen inhoudelijke verbanden expliciet zijn aangegeven met alle mogelijke verbindingswoorden en duidelijke cohesieverhogende zinnen (“wat hier ook op wijst”, “wat ik uit deze feedback afleid”). □ Relaties (zie B2) zijn duidelijk aangegeven met de juiste verwijs- en voegwoorden, ook in lange, meervoudig samengestelde zinnen of complexe redeneringen.  | **Coherentie** □ Onvoldoende□ Voldoende□ Goed |
| **Register = genrespecifiek taalgebruik (taalgebruik en toon bij deze tekstvorm, bij dit tekstdoel en publiek)** | □ Het register in de tekst is afgestemd op het publiek (met minimaal leesniveau B1) dat uit de eigen omgeving komt. □ Het register in de tekst met eenvoudige structuur is afgestemd op het behalen van een (eenvoudig) schrijfdoel. □ Het register in de tekst past bij het genre, de formulering is niet altijd onpersoonlijk. Vaktermen ontbreken of worden niet consequent gehanteerd. | □ Het register in de tekst is afgestemd op het publiek (met minimaal leesniveau B2), dat zowel uit de eigen omgeving als een algemeen publiek kan bestaan. □ Het register in de tekst is afgestemd op het tekstdoel.□ Het register in de tekst kenmerkt zich door de onpersoonlijke formulering. Vaktermen worden correct en consequent gehanteerd. | □ Het register in de tekst is afgestemd op het publiek (met minimaal leesniveau C1), dat zowel uit een algemeen als hogeropgeleid publiek kan bestaan. □ Het register in de tekst is afgestemd op het tekstdoel, eventueel op meerdere in de tekst: informatie vragen en geven, betogen, tot handelen aanzetten. □ Het register in de tekst voldoet aan de conventies voor dit specifieke genre. Er is een persoonlijke stijl zichtbaar die past bij lezer, publiek en doel.  | **Register**□ Onvoldoende□ Voldoende□ Goed |
| **Woordgebruik** | □ De tekst bevat redelijk gevarieerd woordgebruik, maar herhaling komt voor. □ De tekst bevat nog fouten met idiomatische uitdrukkingen. | □ De tekst bevat gevarieerd woordgebruik waarmee herhaling wordt voorkomen. □ De woordkeuze in de tekst is meestal adequaat en trefzeker; er wordt slechts een enkele fout gemaakt.  | □ De tekst bevat rijk en gevarieerd woordgebruik, een goed gebruik van idiomatische uitdrukkingen. □ De tekst drukt precies uit wat de schrijver wil zeggen.  | **Woordgebruik**□ Onvoldoende□ Voldoende□ Goed |
| **Grammaticale correctheid – zin –woord** | □ De zinsstructuur, vervoegingen en verbuigingen zijn redelijk correct.  | □ De zinsstructuur en vervoegingen of verbuigingen bevatten slechts incidentele vergissingen, niet-stelselmatige fouten of kleine onvolkomendheden.  | □ Fouten zijn zeldzaam, de zinnen lopen bijna allemaal goed. Vervoegingen van werkwoorden (wil/wilt/willen) en verbuigingen van bijvoeglijk naamwoorden (mooi/mooie) of voornaamwoorden (jou/jouw) zijn zeldzaam.  | **Grammaticale correctheid**□ Onvoldoende□ Voldoende□ Goed |
| **Spelling-leestekens** | □ In de tekst komen fouten in de spelling van moeilijkere werkwoordsvervoegingen nog voor. In de tekst worden de regels voor aaneen en los schrijven regelmatig overtreden. □ De tekst bevat een redelijk correct gebruik van punten en komma’s (vraagtekens en uitroeptekens): overige leestekens ontbreken.  | □ In de tekst is ook de werkwoordsspelling van moeilijkere werkwoorden correct. In de tekst worden de regels voor aaneen en los schrijven goed gehanteerd. □ De tekst bevat een correct gebruik van punten, komma’s en dubbele punten (vraagtekens en uitroeptekens).  | □ In de tekst is de spelling van alle woorden (ook die met verbindingsstreepjes, apostrof etc.) vrijwel altijd correct.□ In de tekst is de interpunctie vrijwel altijd correct. | **Spelling - Leestekens**□ Onvoldoende□ Voldoende□ Goed |
| **TOTAAL** |  |

|  |
| --- |
| **BEOORDELING****Alle onderdelen dienen voldoende te zijn.** Voor onderdeel 8 geldt dat het product op 4 categorieën minimaal B2 (voldoende) moet scoren en op 1 categorie minimaal C1 (goed). Binnen een categorie mag een onvoldoende gecompenseerd worden.**Voorwaarden voor voldoende zijn:** het document is maximaal 6 A-viertjes groot, exclusief voorblad, inhoudsopgave en bijlagen, het document is voorzien van een voorblad met gegevens van de student en het document is voorzien van paginanummering, een correcte literatuurlijst (volgens APA). **Voldoende/Onvoldoende****Toelichting****Naam Beoordelaar****Datum**  |

1. onderbouwing is onder andere evidence based, literatuur is niet ouder dan 5 jaar [↑](#footnote-ref-1)