

# RAPPORT TUSSENRESULTAAT PROJECT VISIE OP ZORG

Differentiatie Angelique de Zwart

‘Een onderzoek naar mogelijke (eerdere) weerstanden tegen een nieuw patiëntendossier en een literatuuronderzoek om tot een breed gedragen visie op zorg te komen voor 't Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer’



**Opdrachtgevende organisatie:** 't Lange Land Ziekenhuis

**Naam opdrachtgever:** Ed van Beelen

**Naam opdrachtnemer:** Projectgroep visie op zorg met o.a Angelique de Zwart  
Zoetermeer, mei 2006

## Inhoudsopgave

Inleiding.....	Blz.
Voorwoord.....	Blz.
Proeve van bekwaamheid.....	Blz.
Samenvatting.....	Blz.
<b>Hoofdstuk 1 Achtergronden.....</b>	<b>Blz.</b>
1.1 Organisatie waarin het project zich afspeelt.....	Blz.
1.1.1 Algemeen.....	Blz.
1.1.2 Ontstaansgeschiedenis.....	Blz.
1.1.3 Missie en visie.....	Blz.
1.1.4 Gezichtspunten kwaliteit van zorg.....	Blz.
1.1.5 Organogram.....	Blz.
1.2 Geschiedenis van het project.....	Blz.
1.2.1 Oud project.....	Blz.
1.2.1 Huidig project.....	Blz.
<b>Hoofdstuk 2 De Doelstelling.....</b>	<b>Blz.</b>
2.1 Subdoelstellingen.....	Blz.
2.2 Probleemstelling.....	Blz.
2.3 Resultaat.....	Blz.
2.4 Resultaat differentiatie.....	Blz.
<b>Hoofdstuk 3 De gevolgde werkwijze.....</b>	<b>Blz.</b>
3.1 Projectplan.....	Blz.
3.2 Stukje Informatiebulletin.....	Blz.
3.3 Conclusies literatuuronderzoek.....	Blz.
3.4 Veldonderzoek.....	Blz.
3.5 Conclusies veldonderzoek.....	Blz.
3.6 Uitslagen enquête.....	Blz.
3.7 Randvoorwaarden.....	Blz.
3.8 Externe en interne factoren.....	Blz.
<b>Hoofdstuk 4 Conclusie en aanbevelingen.....</b>	<b>Blz.</b>

1

---

<sup>1</sup> Roel Grit, Projectmanagement

## **Inleiding**

In de rol van beroepsbeoefenaar gaat het de verpleegkundige om kwaliteitsverhoging van het beroep. Er wordt informatie uit de praktijk gegeven aan beroepsgenoten die werken op het terrein van beleid, wetenschap of onderwijs. Dit om de kloof tussen beleid, wetenschap en praktijk zo klein mogelijk te houden. Verder kan de verpleegkundige ook deel uitmaken van de verpleegkundige adviesraad (VAR) om actief deel te nemen aan het ontwikkelen van instellingsbeleid.

De verpleegkundige in de rol van beroepsbeoefenaar in de intensievere klinische zorg, speelt flexibel in op de voortdurende ontwikkelingen in haar beroep. Ze zorgt ervoor dat zij voortdurend op de hoogte blijft van ontwikkelingen en trends in haar beroep en in de gezondheidszorg in het algemeen.

De HBO-verpleegkundige handelt overeenkomstig de beroepscode en het beroepsprofiel. Zij toetst haar handelen voortdurend aan de standaarden en protocollen die voorhanden zijn en die op wetenschappelijke kennis gebaseerd zijn. Ze houdt zich hiervan op de hoogte door middel van vakliteratuur, bijscholingen en symposia. Op deze manier bevordert zij haar eigen deskundigheid en die van haar collega's.

## **Voorwoord**

Op dit moment ontbreekt in 't Lange Land Ziekenhuis een heldere en organisatiebrede visie op zorg. Ondanks dat in diverse werk - en projectgroepen gewerkt is aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie op verplegen en ter ondersteuning daarvan het invoeren van een (nieuw)verpleegkundig dossier is het nog niet gekomen tot een geaccordeerde visie.

In mijn rol als beroepsbeoefenaar neem ik deel aan een nieuw opgerichte projectgroep met als doel, voor mij tijdens mijn differentiatie, onderzoek doen naar de eerdere weerstanden dmv een enquête en een literatuuronderzoek.

Een visie op zorg ontwikkelen en implementeren is niet meer voor mijn differentiatie maar hier hou ik mij wel mee bezig.

## **Proeve van bekwaamheid rol beroepsbeoefenaar**

**Rol:** Beroepsbeoefenaar

**Domein:** Beroep

**Domeinspecificatie:** Deskundigheidsbevordering

### **Competentiebeschrijving**

Om tot een duidelijke visie op zorg te komen voor het ziekenhuis dient er onderzoek gedaan te worden naar de visies op de verschillende afdelingen en naar mogelijke eerdere weerstand. De HBO-verpleegkundige verricht een literatuuronderzoek.

### **Kritische situatiebeschrijving**

Op dit moment ontbreekt in 't lange Land Ziekenhuis Zoetermeer een heldere en organisatiebrede visie op zorg. Ondanks dat in diverse werk- en projectgroepen gewerkt is aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie op verplegen en ter ondersteuning daarvan het invoeren van een nieuw verpleegkundig dossier is het nog niet gekomen tot een geaccordeerde visie.

De HBO-verpleegkundige onderzoekt de mogelijke eerdere weerstanden en obstakels tegen een nieuw patiëntendossier en komt uiteindelijk tot een conclusie en doet aanbevelingen.

### **Motivatie kritische situatie**

De afgelopen jaren is het niet gelukt een éénduidige visie te ontwikkelen op verpleegkundig beleid. In de praktijk wordt dit in toenemende mate als een knelpunt ervaren, door leerling verpleegkundigen die de werkwijze in de praktijk onvoldoende vinden aansluiten bij de theorie en nieuwe medewerkers met ervaring uit een andere organisatie. De huidige werkwijze is voornamelijk historisch bepaald waarbij (te) weinig rekening is gehouden met de ontwikkelingen in het verpleegkundig beleid.

### **Kernzin**

#### **Bij**

het onderzoeken van de mogelijke eerdere weerstand tegen een nieuw patiëntendossier en het doen van een literatuuronderzoek

### **Gaat het om**

- projectmatig werken
- ziekenhuisbreed samenwerken
- enquête opstellen, uitdelen en uitwerken
- conclusies trekken
- aanbevelingen geven

### **Zodat**

Er geen weerstand meer is tegen het invoeren van een nieuw patiëntendossier en er een literatuuronderzoek gedaan is zodat er een ziekenhuisbreed gedragen visie op zorg gemaakt kan worden.

### **Gedragbeschrijvingen**

- ik doe een relevant literatuur- en veldonderzoek
- ik trek hier mijn conclusies uit
- ik ontwerp een enquête
- ik neem de enquête af onder het personeel

- ik trek conclusies en doe aanbevelingen

### **Kritische bewijzen**

- Agenda's vergaderingen
- Actielijsten n.a.v vergaderingen
- Formulier peer-assessment
- Stukje informatiebulletin
- Enquête
- Verslag Maïke van Baalen over projectmatig werken en ziekenhuisbreed samenwerken
- Literatuurlijst

## Samenvatting

De afgelopen jaren is o.a. de verpleegkundig dossiercommissie actief geweest om te komen tot een gedragen visie en een goed functionerend verpleegdossier. Dit is om een aantal redenen niet gelukt. De redenen worden onderzocht door de projectgroep om te voorkomen dat het nieuwe initiatief om te komen tot een heldere visie op verplegen opnieuw zal mislukken.

Vanuit de historie kan het volgende geconcludeerd worden:

- Er is geen heldere organisatiebrede visie op verplegen
- Er is geen goed werkbaar verpleegkundig dossier
- Éénduidig verpleegkundig beleid ontbreekt
- De kloof tussen de theoretisch opleiding van leerling verpleegkundigen en de dagelijkse werkwijze in de praktijk is toegenomen
- De ontwikkelingen van het verpleegkundig beleid zijn onvoldoende bijgehouden

De ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn ook aanleiding voor 't Lange Land Ziekenhuis om te willen veranderen. Gezien de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg is het van groot belang om de verpleegkundige zorg goed georganiseerd te hebben.

De huidige ontwikkelingen zijn o.a. :

- Het nieuwe zorgstelsel
- De marktwerking
- De professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep
- Het ontstaan van een VAR, waar verpleegkundigen actief betrokken worden bij het verpleegkundig beleid en de actuele verpleegkundige ontwikkelingen in de zorg
- De ketenzorg ontwikkeling, het transmuraal werken met een "eigen" transmuraal dossier
- De eisen die de patiënten stellen aan de zorg is ook toegenomen
- Het verminderen van het aantal verpleegdagen, verschuivingen naar dagbehandeling en polikliniek

De projectgroep visie op zorg heeft de opdracht gekregen onderzoek te doen naar eerdere weerstanden tegen een nieuw patiëntendossier, een nieuwe, breed gedragen visie op zorg te ontwikkelen en te implementeren die gebaseerd is op een actueel verpleegmodel passend bij het huidige opleidingsstelsel, dit d.m.v een literatuuronderzoek om zo uiteindelijk te komen tot een elektronisch patiëntendossier. Voor mijn differentiatie beperk ik het tot de literatuurstudie en het in kaart brengen van mogelijke eerdere weerstanden en draagvlak en geef een conclusie en doe aanbevelingen.

## Hoofdstuk 1 Achtergronden

In dit hoofdstuk worden de achtergronden van het project, de 'projectomgeving', beschreven. Aan de hand van deze beschrijving, kunt u zich een beeld vormen van het project en de organisatie waarin het project wordt uitgevoerd. Eerst volgt een beschrijving van de organisatie waarin het project zich afspeelt. Hierna volgt een beschrijving van de geschiedenis van het project.

### 1.1 Organisatie waarin het project zich afspeelt

In deze beschrijving vindt u een beschrijving van 't Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer. Binnen deze organisatie wordt aan het project uitvoering gegeven. U krijgt onder andere informatie over de ontstaansgeschiedenis, de missie en visie van 't Lange Land Ziekenhuis. Ook is het organogram van de organisatie toegevoegd, zodat u informatie krijgt over de samenhang van de verschillende afdelingen in 't Lange Land Ziekenhuis. Verder worden de gezichtspunten van 't Lange Land Ziekenhuis op kwaliteit van zorg beschreven.

#### 1.1.1 Algemeen

't Lange Land Ziekenhuis is een juridisch zelfstandige stichting, ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder de naam Stichting Algemeen Ziekenhuis Zoetermeer, die wordt bestuurd door een Raad van Bestuur. 't Lange Land Ziekenhuis is het enige ziekenhuis in Zoetermeer.

't Lange Land Ziekenhuis heeft een opnamecapaciteit van 255 patiënten en uitgebreide poliklinische en dagbehandeling voorzieningen. Er werken ongeveer 1000 medewerkers. Het ziekenhuis verkeert in een groeisituatie, dat wil zeggen dat de omvang van het ziekenhuis wordt aangepast aan de steeds toenemende vraag van de bevolking van de regio Zoetermeer. 't Lange Land Ziekenhuis is hiermee één van de weinige ziekenhuizen in Nederland dat een capaciteitsuitbreiding kent!

De poliklinieken worden de komende tijd met maar liefst 60% uitgebreid. De capaciteit van de Spoedeisende Hulp alsmede de omvang van het operatiekamercomplex zal ook worden uitgebreid. De bouw zal in verschillende fasen tot stand komen. De eerste fase kreeg haar beslag in 2004. Naar verwachting zullen tussen 2005 en 2008 substantiële uitbreidingsmeters gerealiseerd worden. Het ziekenhuis is in de eindsituatie (richting 2009) in vloeroppervlakte ruim 70% groter dan het nu is!

De structuur van 't Lange Land Ziekenhuis wordt gevormd op 3 niveaus:

- Operationeel : werk rondom de patiënt
- Tactisch : aansturing en ondersteuning van het werk
- Strategisch : beleidskeuzes

Zo zijn er werkplekken ontstaan waar teams onder leiding van afdelingshoofden functioneren en clusters of diensten onder leiding van managers (onder de raad van bestuur).

Voor deze structuur waarbinnen zelfsturing voorop staat is gekozen vanuit de overtuiging dat werkplezier en patiënt- en klantgerichtheid hand in hand gaan en bevordert worden wanneer mensen meer zeggenschap hebben over hoe zij hun dagelijkse werk willen inrichten.<sup>2</sup>

#### 1.1.2 Ontstaansgeschiedenis

---

<sup>2</sup> [www.llz.nl](http://www.llz.nl)

### *Van dorp naar de stad Zoetermeer*

Het huidige Zoetermeer is één van de Nederlandse groeikernen. Het dorp Zoetermeer is al meer dan duizend jaar oud. Midden in het Hollands –Utrechtse veengebied lag een groot zoetwatermeer. Het veengebied was over het water te bereiken vanaf de Rijn en verondersteld wordt dat hier een nederzetting van vissers en boeren ontstond. Op grond van bepaalde verkavelingspatronen is het aannemelijk dat de eerste bewoning plaats vond tussen de Leidsewallenwetering en de Broekweg, in het zogenaamde Lange Land. De nederzetting werd naar het zoetwatermeer Zoetermeer genoemd.

Op 1 mei 1935 werden Zegwaard en Zoetermeer samengevoegd tot de huidige gemeente Zoetermeer. De nieuwe gemeente had 4500 inwoners. In 1962 had de gemeente 10.000 inwoners en kreeg de stad de status van groeikern. De stad moest groeien naar 100.000 inwoners. Dit aantal is bereikt in 1991. Het streven van de gemeente is om te groeien tot 130.000 inwoners. Vanaf het begin was al duidelijk dat de nieuwe stad niet slechts een overloop voor Den Haag zou zijn maar dat Zoetermeer zelfvoorzienend moest worden.

Inmiddels is Zoetermeer uitgegroeid tot de derde stad van Zuid-Holland.

Het was voor de gemeente Zoetermeer niet éénvoudig om een algemeen ziekenhuis te realiseren in de stad. De inspanningen waren fors en de gemeente moest vooral geduld opbrengen. Reeds in 1973 heeft de gemeente de stichting Algemeen Ziekenhuis Zoetermeer opgericht. In april 1988 was het eindelijk zover, en opende 't Lange Land Ziekenhuis haar deuren met 180 klinische bedden.

Om toestemming te verkrijgen voor een ziekenhuis in Zoetermeer moesten er bedden gereduceerd worden in de stad Den Haag. Uiteindelijk heeft het geresulteerd in de sluiting van het Bethlehem ziekenhuis in Den Haag. Het personeel en de inventaris van het Bethlehem is deel gaan uitmaken van 't Lange Land Ziekenhuis.

Met de mensen is de cultuur van het Haagse Bethlehem eveneens mee gekomen naar 't Lange Land Ziekenhuis.

De medewerkers waren gewend aan de patiëntenpopulatie van de stad Den Haag. De patiënten in Zoetermeer waren mondiger.

't Lange Land Ziekenhuis heeft van meet af aan een erkende groeistatus ten gevolge van de sterk groeiende stad Zoetermeer en bedient van oudsher niet alleen Zoetermeer maar ook de omliggende gemeenten.

Het ziekenhuis is gestart met de “basis” specialismen en in de loop van de jaren zijn er andere specialismen bijgekomen. Bijna alle specialismen zijn nu aanwezig, zodat het ziekenhuis gegroeid is naar de status van algemeen ziekenhuis.

Het bijzondere van dit ziekenhuis is, dat het niet gefuseerd is met één van de grote ziekenhuizen in de regio. Het ziekenhuis wil zelfstandig blijven maar wel goed samenwerken met de andere zorginstellingen, met onder andere als doel het uitwisselen van personeelsfuncties.

Het ziekenhuis ligt midden in een woonwijk. Het ziekenhuis is een klein ziekenhuis dat in een straal van ± 20 km omgeven is door een aantal grotere ziekenhuizen.

Het ziekenhuis is omgeven door andere zorginstellingen. (Verpleeghuis REC en een psychiatrisch centrum, RFS)

Het ziekenhuis is verder goed te bereiken met het openbaar vervoer en de auto.<sup>3</sup>

### **1.1.3 Missie en visie**

't Lange Land Ziekenhuis vindt het belangrijk dat cliënten en medewerkers inzicht hebben over de door de organisatie gehanteerde uitgangspunten. Daarom besteden wij

---

<sup>3</sup> Notitie 2002, M. van Baalen, Ilz



ruim aandacht aan de gezamenlijke formulering van missie, visie en waarden van de organisatie.

Uitgangspunt is hierbij te allen tijde: 'de zorgvrager staat centraal'

### Missie

't Lange Land Ziekenhuis vervult, als enige ziekenhuis en een van de grootste werkgevers van de stad, een wezenlijke maatschappelijke functie in Zoetermeer en een spilfunctie in de gezondheidszorg van de stad.

### Visie

't Lange Land Ziekenhuis wil een zorgvoorziening zijn van een menselijke maat waar zorgvragers met vertrouwen naar toe gaan, een aantrekkelijke werkgever, een prettig en uitdagend ziekenhuis voor medisch specialisten om te werken en een betrouwbare en kwaliteitsgerichte samenwerkingspartner voor andere zorgaanbieders.

### Doel

't Lange Land Ziekenhuis wil daarom een volwaardig algemeen ziekenhuis zijn van voldoende omvang om het eigen verzorgingsgebied te bedienen, ingebed in een sterk ontwikkelde geïntegreerde verticale zorgketen en nauw samenwerkend met topklinische, categorale en academische ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.

Een zorgvrager wordt weliswaar patiënt als hij in ons ziekenhuis komt, maar als patiënt blijft hij in de eerste plaats een mens.

### Een mens

Met aardigheden  
En met eigenaardigheden  
Met vaardigheden  
En beperkingen  
Met wijsheid  
En met eigenwijsheid  
Met waarden  
En met eigenwaarde

Die wij altijd vriendelijk, met respect en hulpvaardig tegemoet treden.

Een patiënt is een mens die bij ons komt omdat hij onzeker is over zijn gezondheid, die zich afhankelijk voelt van ons, die ongerust is voor wat er aangetoond of met hem<sup>1</sup> gedaan kan worden en daardoor in meer of mindere mate, op zijn eigen wijze, uit zijn gewone doen is en daardoor boos kan zijn, verdriet of spijt kan hebben of angstig kan zijn.

Een mens die zich op zijn eigen wijze geïnformeerd heeft voordat hij naar ons toekwam, een mens met behoeften, eisen en verwachtingen die wij serieus nemen en waar wij voor een deel wel en soms ook niet aan kunnen voldoen of in kunnen voorzien.

Behoeften, eisen en verwachtingen van een mens waar wij naar willen luisteren en die wij willen informeren over wat wij wel en niet te bieden hebben en waarom.

Een mens waar wij onszelf, onze ervaring en deskundigheid, voor inzetten om zijn (lichamelijke) klachten en symptomen te onderzoeken, te behandelen en te verzorgen, hem te informeren en, indien mogelijk gerust te stellen of te helpen berusten.

Een mens die wij te allen tijde en in alle opzichten behandelen en bejegenen, zoals we zelf behandeld en bejegend willen worden als we ziek of ongerust zijn. Of zoals we onze

dierbaren behandeld en bejegend willen zien worden als ze ziek en ongerust zijn. Ook als wij niet (meer) in staat zijn de oorzaak van ziekten te achterhalen of als wij niet (meer) kunnen genezen.

Wij proberen ons dagelijks bewust te zijn van deze uitgangspunten zodat in ieders gedrag en in onze manier van (samen)werken, tot uiting komen dat wij zijn wat we pretenderen te zijn:

Een patiëntgericht, vriendelijk en kwalitatief goed ziekenhuis waar het plezierig werken en verblijven is en waar zorgvragers met vertrouwen naar toe gaan.

### Gastheerschap

Een zorgvrager is te gast in ons ziekenhuis en wij verwachten daarom dat zij zich ook als gast zal gedragen zoals wij ons als goede gastheer zullen opstellen.

't Lange Land Ziekenhuis hanteert daarom de uitgangspunten voor de rechten en plichten van de patiënt en de zorgvrager zoals die door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) in overleg met de Landelijke Patiënten en Consumenten Platform zijn opgesteld.<sup>4</sup>

### **'t Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer**



#### **1.1.4 Gezichtspunten kwaliteit van zorg**

De visie wordt afgestemd op het NIAZ project “op weg naar Topzorg”

#### **‘GOEDE ZIEKENHUISZORG MAG NIET VAN TOEVAL AFHANGEN’**

Dit hoofdstuk geeft de visie op Kwaliteit weer. Werkend vanuit deze visie worden kwalitatief goede zorg en behandeling, vanuit een kwalitatief goede organisatie bevordert en gestimuleerd.

“Kwaliteit leveren” is belangrijk in al het werk dat in het ziekenhuis wordt gedaan.

Elke medewerker van 't Lange Land Ziekenhuis levert kwaliteit. Maar: hoe “groot” is die kwaliteit? en: is de kwaliteit bespreekbaar? Wordt het gewenste niveau bereikt of is het kwaliteitsniveau te laag?

Hoe meten wij of er goede kwaliteit van zorg door de afdeling of maatschap wordt geleverd waar let men dan op (de meetpunten). Het is belangrijk om de diverse kwaliteiten die wij in huis hebben goed op elkaar af te stemmen. Eén en één kan meer dan twee zijn, maar ook minder.....

---

<sup>4</sup> [www.llz.nl](http://www.llz.nl)

De afstemming van de complexe processen in het ziekenhuis op elkaar door processtroomlijning, is een punt waarop veel winst behaald kan worden in termen van kwaliteit van de zorg én efficiëntie.

### Wat is kwaliteit

De medewerkers van een ziekenhuis hebben een kostbaar “product” in handen: het werk in een ziekenhuis kan levensbepalend zijn. Deze serieuze verantwoordelijkheid wordt niet zomaar in onze handen gelegd. Het opleidingsstelsel en het wervings- en selectieproces streven er naar de juiste professional op de juiste plek te brengen. Daarnaast is er de **“Kwaliteitswet Zorginstellingen”**. Deze heeft als doel de kwaliteit van behandeling en zorg in Nederland te waarborgen. In de wet staat dat wij **AANTOONBAAR VERANTWOORDE ZORG** moeten leveren. De wet werkt het begrip “verantwoorde zorg” als volgt uit:

- zorg van een *goed* niveau (geen onnodige of vermijdbare fouten en complicaties);
- doeltreffend (geen overbodige onderzoeken, (be)handelingen);
- doelmatig (efficiënt geleverd);
- patiëntgericht (de patiënt wordt als mens bejegend en vorm het “kompas” voor alle zorg en behandeling)

Wat “verantwoorde zorg” voor 't Lange Land Ziekenhuis is en wanneer deze doeltreffend is, wat wij doelmatig genoeg vinden en hoe wij de ziekenhuiszorg op de patiënt richten, moeten / mogen wij zelf bepalen. Dit gebeurt met zelf geformuleerd en vastgelegd kwaliteitsbeleid: standaarden, protocollen, richtlijnen, procedures en werkafspraken. Kwaliteit, is het op consequente wijze werken volgens bewezen protocollen en richtlijnen. Daarbij is het leren van gemaakte fouten belangrijk. Door te kijken naar fouten en klachten kunnen gerichte, effectieve verbeteracties uitgezet worden. Alle afspraken rond het leveren van verantwoorde zorg moeten **in samenhang** met elkaar worden gebracht in een kwaliteitssysteem.

Het is een bewuste keuze van de wetgever om de invulling van de professionele details over te laten aan de ziekenhuisdirectie, afdelingen en maatschappen zelf. Het is niet werkbaar om de eisen en normen van overheidswege opgelegd te krijgen. Het vraagt daarentegen wel serieuze aandacht om *aantoonbaar* systematisch en planmatig bezig te zijn met het behouden, toetsen en verbeteren van de kwaliteit van zorg die wij leveren. Dit wordt gewaarborgd in een kwaliteitssysteem.

Kwaliteitssysteem = de organisatorische structuur met samenhangende verantwoordelijkheden, procedures, protocollen/ werkinstructies en middelen die verzekeren dat de behandeling en zorg aantoonbaar aan de gestelde eisen voldoet. Naast het systeem waarin men werkt is het gedrag dat men vertoont van groot belang voor de kwaliteit van het geleverde werk. Dit zit “in” de handelingen en de houding van alle medewerkers: Is men alert op het bijstellen van protocollen en werkafspraken (na visitatie, klachten, verbeteringen vanuit beroepsgroep, regelmatige evaluatie)? Is er een klantgerichte attitude (aan gemaakte afspraken houden, op tijd zijn, bejegening)? Wordt er, bij onvoldoende kwaliteit corrigerend opgetreden (feedback geven; complimenten en/of sancties).

**“ Kwaliteitsgedrag” is het leren van fouten, bijna fouten en klachten, zelfreflectie, open staan voor feedback en vervolgens je werkwijze, dagindeling en eigen ontwikkeling aanpassen aan wat nodig is voor hogere kwaliteit.**

Hieronder zijn de visie en het gewenste kwaliteitsniveau van 't Lange Land Ziekenhuis samengevat.

## DE PUNTEN VAN KWALITEIT

### IN 'T LANGE LAND ZIEKENHUIS.....

Spannen wij ons in om **ons vak naar beste kunnen uit te voeren**. Wij onderzoeken, behandelen, verplegen, verzorgen en begeleiden de patiënten bij hun ziekte en ziekteproces naar beste kunnen. Dit gebeurt binnen de mogelijkheden, gezondheid is geen product dat gekocht of gegarandeerd kan worden.

Is **de tevredenheid van de patiënt** het belangrijkste ijkpunt.

Wij informeren ons over de aspecten van zorg en behandeling die de patiënt belangrijk vindt en passen ons werk daarop aan. Wij evalueren de mening van de patiënt over het ziekenhuis regelmatig.

Dragen **alle medewerkers\*** bij aan de verbetering van de kwaliteit van het eigen werk en van 't Lange Land Ziekenhuis als geheel. De medewerker-  
tevredenheid is hoog, men werkt daardoor met **plezier** en **trots** aan de continue ontwikkeling van mens en organisatie.

#### Daartoe:

#### 1. Werken wij **procesmatig**.

Een patiënt beweegt dwars door alle afdelingen heen, en ontmoet daarbij meerdere van onze medewerkers\*. Elke medewerker is zich bewust van zijn/haar invloed op de kwaliteit van het werk en de verbetering daarvan. Daarbij is alleen het eigen werk goed doen, onvoldoende.

Het voorkómen van afstemmingsvragen en –fouten tussen collega's en afdelingen onderling, behoort ook tot de verantwoordelijkheid van elke medewerker\*. De patiënt merkt dit door een naadloze dienstverlening en goede informatie.

#### 2. Is er **alertheid op verbeterpunten**.

Wij staan open voor fouten of klachten en leren daarvan. Klachten en fouten worden niet alleen opgelost, **het gedrag en/of de werkorganisatie wordt aangepast** om herhaling te voorkómen.

#### 3. Wordt **transparant gewerkt**.

Iedereen mag weten wat er van ons verwacht kan worden, onze organisatie is transparant. Er wordt vooraf bepaald wat het gewenste kwaliteitsniveau of de professionele norm is. Vervolgens wordt **regelmatig getoetst** of aan de norm wordt voldaan. De "**kwaliteitskringloop**": plannen, uitvoeren, evalueren, bijsturen is overal aanwezig, de organisatie blijft zich hierdoor verbeteren.

#### 4. Is **resultaatgerichtheid** de basishouding.

Wij houden het te bereiken doel/ resultaat in het oog en richten ons op het "Slimmer in plaats van nog harder werken".

5. Worden de **middelen efficiënt en effectief ingezet** (personeel, materialen, apparatuur, ruimte).

6. Worden **creativiteit en innovatie** gestimuleerd en wordt het **potentieel van alle medewerkers\*** benut. Het management laat **inspirerend leiderschap** zien en voelen. Zij draagt betrokken en actief bij aan de continue verbetering van de organisatie en heeft aandacht en waardering voor de prestaties die de medewerkers leveren. Het management bepaalt op basis van feiten WAT er moet gebeuren, de medewerkers zijn, als lid van zelfsturende teams, verantwoordelijk voor HOE het werk wordt gedaan.

7. Worden de **gestelde doelen zoals afgesproken gerealiseerd**; op tijd, met het gewenste resultaat en binnen het budget.

\* = Onder "medewerkers" wordt iedereen verstaan die in 't Lange Land Ziekenhuis werkt.

Er zijn twee modellen die voor de vorming van het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis zeer bruikbaar zijn:

- ✓ Het INK - managementmodel als ziekenhuisbreed "kompas" en
- ✓ De NIAZ – kwaliteitsnormen als meetlat op afdelings-/ maatschapsniveau

## 1. HET INK – MANAGEMENT MODEL

Het INK-model (Instituut Nederlandse Kwaliteit), is gebaseerd op de principes van de integrale kwaliteitszorg en geeft een helder inzicht in de samenhang tussen de belangrijkste aandachtsgebieden van een organisatie. Dit model voorkomt een eenzijdige kijk op kwaliteit en laat zien dat alle productie tot stand komt via processen. Alle organisatieprocessen zijn direct van invloed op de resultaten. Kwalitatief *goede* processen voegen veel waarde toe met een minimaal aan inzet en kosten. Niet alleen de patiënten moeten tevreden zijn over het ziekenhuis, maar ook het personeel en de omgeving/ maatschappij. Daarom is zorg voor kwalitatief goede processen niet voorbehouden aan degenen die direct in contact komen met de patiënten en hun familie. Processen: Ketens van activiteiten met een toetsbare input en toetsbaar resultaat (output). In een systematische reeks van bewerkingen wordt gestreefd naar het toevoegen van waarde aan het product en/of de dienst.

Het INK-model stuurt het management aan op een afgewogen beleid, een duidelijke strategie en een goede aansturing van het personeels-, middelen en procesmanagement. Het verdeelt de organisatie in negen *aandachtsgebieden* die in samenhang de kwaliteit van de ziekenhuiszorg bepalen. Er zijn vier *resultaatsgebieden* en vijf *organisatiegebieden*. Alle gebieden beïnvloeden elkaar.

Het INK-model is resultaatgericht en laat zich lezen van rechts naar links, te beginnen bij de resultaten: daar gaat het immers om. Dit voorkomt dat er "inputgericht" gewerkt wordt. De resultaten die een individu, een team of een organisatie behaalt, mogen *niet* afgelezen worden aan de moeite/ tijd/ geld/ capaciteiten die men er in stopte om met het doel bezig te zijn. Het behalen van het beoogde resultaat, dat wat er uit komt, is waar het om gaat. Alle activiteiten van een ziekenhuis moeten bijdragen aan verantwoorde patiëntenzorg. De activiteiten die hier niet aan bijdragen kunnen beter achterwege worden gelaten.

Het resultaatgebied stimuleert na te denken over de vraag: *wat* heeft het ziekenhuis (de afdeling, vakgroep) bereikt? Ten aanzien van de:

- Eindresultaten: De mate waarin doelen zijn bereikt: financieel en operationeel. Bijvoorbeeld: productie, aantal verpleegdagen, budgetbeheer, investeringen,

personeelskosten, faal- en herstelkosten (niet-geplande heropnames, vermijdbare complicaties, uitvalpercentage operaties), doeltreffende zorg, doelmatigheid (werklast per medewerker, wachttijden, doorlooptijden, wachtlijsten, doeltreffende zorg, doelmatigheid (werklast per medewerker, wachttijden, doorlooptijden, wachtlijsten, overbodige diagnostiek).

- Waardering door patiënten en partners:

Voldoet het ziekenhuis aan de verwachtingen van de patiënten? Heeft de organisatie inzicht in wat patiënten belangrijk vinden? Wordt het beleid aantoonbaar mede op basis van de mening van patiënten bepaald? Heeft men bij de ondersteunende afdelingen zicht op de wensen van de interne klanten? En wat doet men daarmee? Hoe staat het ziekenhuis bij de samenwerkingspartners aangeschreven?

- Waardering door medewerkers:

Wat denken de medewerkers over de organisatie en hun eigen positie? Hoe tevreden is men? Worden de meningen van de medewerkers over het functioneren van de organisatie getoetst?

- Waardering door de maatschappij:

Wat zijn de opvattingen van de maatschappij /de omgeving over de instelling (zorgverzekeraar, patiëntenorganisaties, de gemeente)? Wat voor imago heeft het ziekenhuis? Zijn er plannen om dit imago te veranderen of te verbeteren? Kent het ziekenhuis de verwachtingen en bevindingen van de inspectie, patiëntenorganisaties, huisartsen, zorgverzekeraars, thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen? Wordt er gelet op de zorg voor het milieu?

In de vijf organisatiegebieden gaat het om de vraag: *hoe* heeft het ziekenhuis deze resultaten bereikt?

- Leiderschap: Het gedrag van allen bij het inspireren van elkaar voor integrale kwaliteitszorg: Hoe betrokken is het management bij het oplossen van problemen en verbeteracties? Hoe actief dragen medisch specialisten het leren van fouten uit? Hoe wordt de samenwerking bevorderd, hoe waardeert het management de inspanning van teams en individuele medewerkers? Hoe nemen medewerkers verantwoordelijkheid en geeft men leiding aan het eigen werk? Hoe denkt en werkt men mee aan verbeteringen?

- Medewerkers: Gebruikt de organisatie het volledige potentieel van haar medewerkers? Hoe worden medewerkers tot ontplooiing gebracht en hoe wordt het personeelsbeleid verbeterd? Hoe behoudt/ontwikkelt de organisatie kritieke deskundigheid (begeleiding, beoordeling, werving, selectie, opleiding, arbeidsomstandigheden)? Hoeveel invloed heeft het personeel op de totstandkoming van doelstellingen? En op welke wijze levert men een bijdrage aan de doelen van de organisatie?

- Strategie en beleid: Is er een heldere missie, visie en strategie? Hoe verloopt de communicatie van beleid en strategie? Op basis van welke informatie worden beleid en strategie bepaald? Hoe vindt dit zijn neerslag in de beleidsplannen? Hoe wordt het beleid gerelateerd aan kwaliteitsmanagement? Is er een budget voor kwaliteitsactiviteiten?

- Middelen: De middelen worden door de organisatie effectief gebruikt ter ondersteuning van het beleid en de strategie. De wijze waarop het management de bedrijfsvoering verbetert (gebruik, behoud, beheer) door inzet van financiën, informatie, kennis, materiaal en toepassing van technologie. Het gaat hier om facilitaire voorzieningen, inkoop e.d.

- Processen: Hoe worden de primaire (zorg/behandel) -processen en secundaire processen (administratie, financiën, informatie...) geïdentificeerd, herzien en verbeterd? Hoe worden ze bestuurd en beheerst? Hoe worden professionals hierbij betrokken? Hoe worden innovatie en creativiteit gestimuleerd?

Zolang de organisatiegebieden niet voldoende “gevuld” en in balans met elkaar zijn, blijven goede resultaten weg, of zijn bij toeval ontstaan en dus niet structureel: kunnen niet worden herhaald.

### **Praktische waarde van het INK-managementmodel**

Het INK-model is bijzonder geschikt voor zelfevaluatie: waar hebben wij de grootste hiaten in onze organisatie? Systematisch worden de sterke en zwakke punten inzichtelijk. Dit is op basis van bestaande beleidsdocumenten voor 't Lange Land Ziekenhuis toegepast ten behoeve van het strategisch plan.

Bij een INK zelfevaluatie wordt de organisatie door de eigen medewerkers gescoord per aandachtsgebied. Dit veroorzaakt een gezamenlijke gerichtheid op de doelen in plaats van een ieder voor zich-” werkhouding. Bij de zelfevaluatie wordt elk aandachtsgebied beoordeeld op *ontwikkelingsfase*, dit zijn er 5:

1. Georiënteerd op het professionele product; Elke beroepsgroep in het ziekenhuis functioneert als autonome professionals, de werkaanpak is zeer persoonsgebonden. In deze fase is veel nadruk op het oplossen van problemen *nadat ze zijn ontstaan*. Besluitvorming en sturing vanuit incidenten. Management en professionals werken naast elkaar.
2. Georiënteerd op zorgprocessen; Er is aandacht voor het primaire behandel- en zorgproces als geheel. Er is een ziekenhuisbrede zorgvisie, professionals en management werken operationeel nauw samen.
3. Georiënteerd op multidisciplinaire aanpak; Professionals beleven zichzelf als ingebed in een groter organisatorisch geheel. De samenhang met ondersteunende diensten en interdisciplinaire lijnen wordt duidelijk gezien. Er is sprake van periodieke evaluaties en verbetercycli. Er is een pro-actieve houding t.o.v. veranderingen.
4. Keten georiënteerd; De oriëntatie gaat over de muren van het ziekenhuis heen. Men voelt zich mede verantwoordelijk voor de relaties met de eerste en derde lijn. Men heeft geordende processen transmuraal en met leveranciers. Er is een pro-actieve houding t.o.v. veranderingen.
5. Totale Kwaliteit; De processen van continue verbetering zijn verankerd in de organisatie en is op alle aspecten in het werk gemeengoed (van operationeel vakinhoudelijk tot en met het strategisch beleid.) Er is een pro-actieve houding t.o.v. veranderingen

## **2. DE NIAZ – KWALITEITSNORMEN**

Het NIAZ, (Nederlands Instituut voor Accreditatie van ziekenhuizen) faciliteert op aanwijzen van de NVZ de externe kwaliteitsbeoordeling van ziekenhuizen. De ziekenhuizen worden getoetst aan de PACE-normen: 35 normen voor de afdelingen en diensten van ziekenhuizen en 1 norm voor de borging van het integrale (ziekenhuisbrede) kwaliteitssysteem. Deze beschrijft de structuur van verantwoorde zorg. Deze normen beschrijven WAT er geregeld moet zijn en niet HOE dat geregeld moet worden. Dat is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om dat te bepalen. De eisen in de norm gaan dus over de *organisatie* van de werkzaamheden van professionals. Bijvoorbeeld: de kwaliteitsborgingsnorm van de O.K. gaat in op de organisatie, voorbereiding, communicatie en verslaglegging van een operatie. Als de aspecten uit deze norm goed zijn geregeld draagt dit in belangrijke mate bij tot het leveren van verantwoorde zorg aan de patiënt. De wijze van medisch handelen (bijvoorbeeld hoe de chirurg een blindedarm op de “juiste” wijze verwijdert) is niet minder van belang, maar wordt niet beschreven in de kwaliteitsborgingsnorm. De beoordeling

van het beroepsinhoudelijk handelen geschiedt door de desbetreffende wetenschappelijke vereniging door middel van intercollegiale toetsing en/of visitaties. De inhoud van de normen strekt zich uit over 5 van de 9 aandachtsgebieden van het INK-model. Voorbeelden van normen:

- Medewerkers: Hoe is het personeelsbeheer geregeld? Zijn er heldere functiebeschrijvingen en verantwoordelijkheidsverdelingen? Hoe worden de opleidingen van medewerkers vorm gegeven (vakinhoudelijk en kwaliteitsverbetertechnieken)?
- Klant: Weet men hoe de klant bejegend wil worden? Wordt de klanttevredenheid intern en extern geëvalueerd?
- Proces: Zijn de door te klant te doorlopen processen van helder beschreven? (opname, onderzoeken, ontslag).
- Middelen: Gebruiksaanwijzingen apparatuur, onderhoud, afschrijving, opslag van goederen, beheer van onderzoeksmiddelen, documentatiebeheersing.
- Beleid: Is er een heldere missie, visie en zijn er strategische doelen? Zijn deze bekend in de organisatie? Is er kwaliteitsbeleid? Zijn er kwaliteitsdoelen?

Praktische bruikbaarheid NIAZ-normen

Ook wanneer een ziekenhuis niet extern beoordeeld wil worden zijn de normen bruikbaar

bij kwaliteitsborging en – verbetering. De accreditatiegidsen laten de medewerkers van een afdeling de eigen processen en werkwijzen “tegen het licht houden”. Dit gebeurt door

een reeks van normen waarbij aangegeven moet worden of men

daarmee in de “plan, do, check of act” fase bevindt (de kwaliteitscirkel)

- Plan: Nog niet door het ziekenhuis geregeld, er zijn wel plannen;
- Do: Gepland, geregeld, niet getoetst. Bijvoorbeeld: er zijn ingevoerde protocollen, procedures en (schriftelijke) werkafspraken en het ziekenhuis kan dit aantonen. Nog niet bekend is of deze afspraken, protocollen, procedures en werkafspraken in de praktijk werken.
- Check: protocollen, procedures en (schriftelijke) werkafspraken zijn aantoonbaar gepland, geregeld, getoetst op de werking in de praktijk, niet verbeterd.
- Act: protocollen, procedures en (schriftelijke) werkafspraken zijn getoetst op de werking in de praktijk en zo nodig verbeterd. Een moment van hertoetsing is ingepland.

### **DE MEERWAARDE VAN DE COMBINATIE VAN HET INK- EN NIAZ –MODEL**

Het INK-model biedt medisch- en organisatorisch managers houvast bij de totale bedrijfsvoering met een balans tussen de aandachtsgebieden. Het laat ziekenhuisbreed de hiaten in de kwaliteit van de organisatie zien. In dienst van haar doelgroep (management) belicht het ook de aspecten leiderschap, waardering door medewerkers, waardering door de maatschappij en de behaalde eindresultaten. Het model stimuleert via het leiderschap (door erkenning, waardering en zelfsturing) een cultuur die een voedingsbodemp is voor de verbeteracties op de werkvloer.

Het INK-model is minder aansprekend voor de professionals die zich vooral bezighouden met de inhoudelijke kwaliteit van zorg en behandeling. Zij vinden in het NIAZ- kwaliteitsmodel een concreet hulpmiddel voor kwaliteitsborging en –verbetering op hun afdeling en binnen de maatschappij. Beide modellen INK en NIAZ, liggen in elkaars verlengde. Heel praktisch kan een combinatie van beide modellen er als volgt uitzien: Eenmaal per 1-2 jaar evalueert de organisatie zichzelf met het INK-model. Het is een integrale toetsing van het lopende beleid. De sterke en zwakke punten worden per aandachtsgebied helder. Een eventuele onbalans of obstructies voor kwaliteitsverbeteringen worden helder.



Elke afdeling kan daarnaast samen met de maatschappen zelf een audit uitvoeren met de NIAZ-normen. Ook kan intercollegiaal (afdelingen onderling) worden getoetst. Desgewenst kan t.z.t. een audit van het hele ziekenhuis (of afdelingen) plaatsvinden door een externe instantie: het INK of het NIAZ. <sup>5</sup>

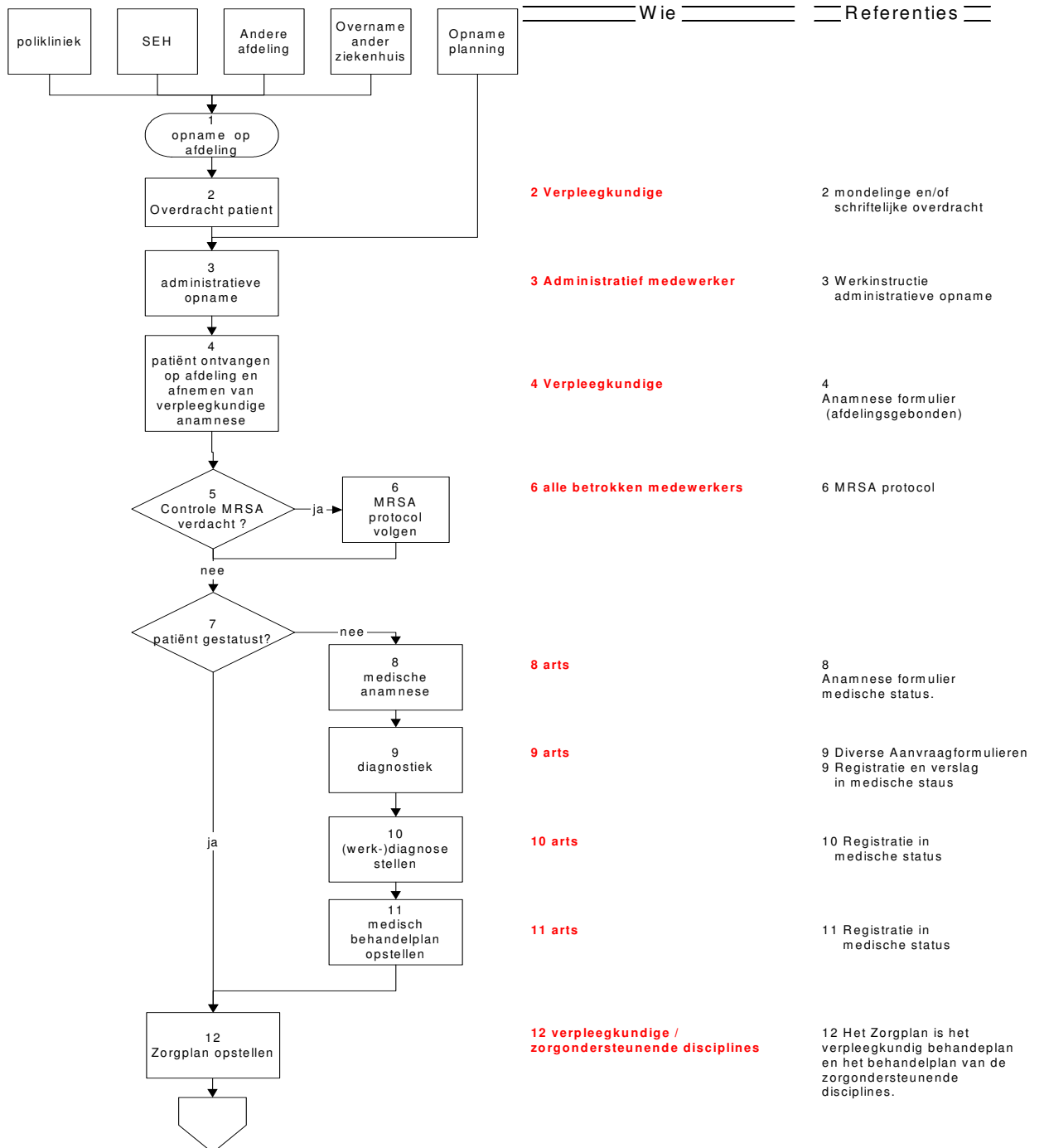
### **1.1.5 Organogram<sup>6</sup>**

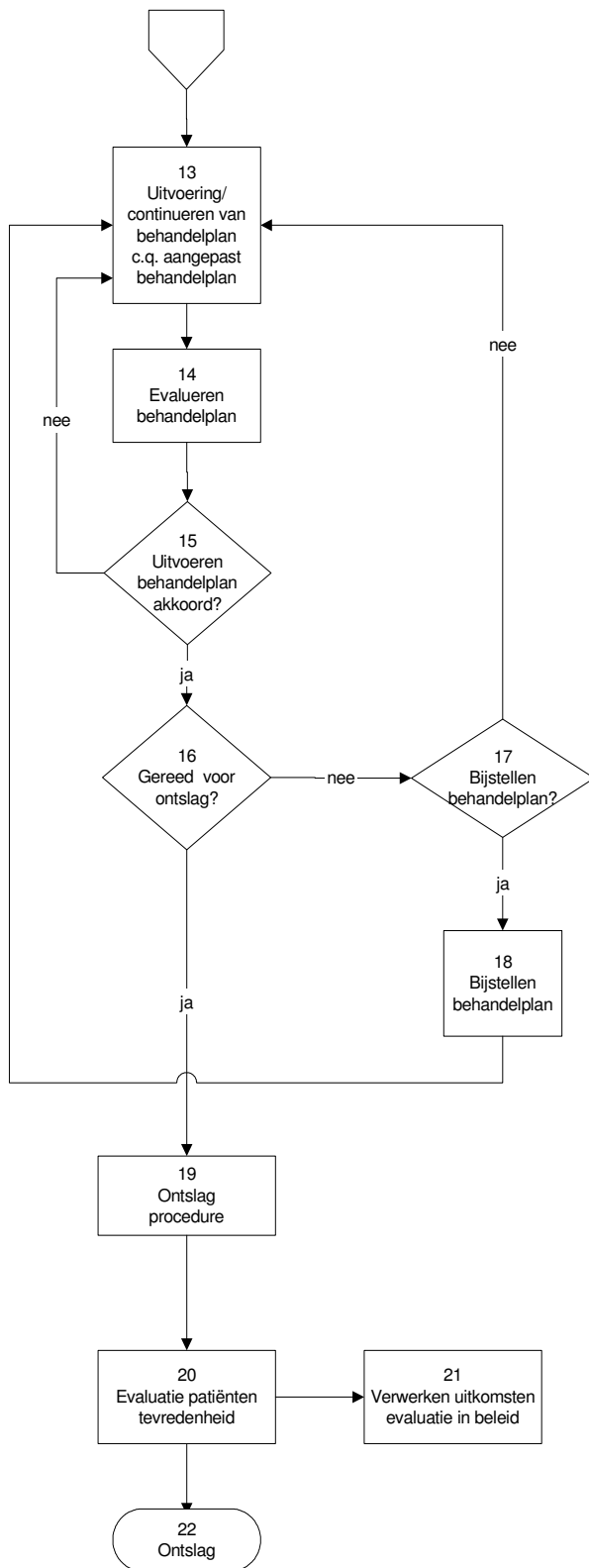
---

<sup>5</sup> DKS protocol visie op kwaliteit, auteur: Tjitske Vervoort

<sup>6</sup> Stroomdiagram zorgproces onderdeel van het NIAZ project op weg naar topzorg

# Zorg proces LLZ





13 Alle betrokken disciplines

13  
Behandelplan is het totaal van het Medisch behandelplan en het Zorgplan.

14 Alle betrokken disciplines

14  
-reguliere visite  
-MDO/ grote visite  
-tussentijdse evaluatie van behandeling  
-Format MDO

15 Alle betrokken disciplines

16 arts

17 alle betrokken disciplines

18 alle betrokken disciplines

18  
registratie in medisch status en zorgdossier

19 arts  
19 verpleegkundige  
19 ontslagbureau

19 Werkinstructie ontslag

20 verpleegkundige

21 Leidinggevenden / alle betrokken disciplines

20 Evaluatie over het totale traject van de opname

## **1.2 Geschiedenis van het project**

In deze paragraaf wordt beschreven waarom men dit project wil. Dit project is een vervolg op een ander project. Om duidelijk te maken welke invloed het vorige project op het huidige project heeft, volgt een beschrijving van dat 'oude' project.

### **1.2.1 Oud project**

De afgelopen jaren is o.a. de verpleegkundig dossiercommissie actief geweest om te komen tot een goed functionerend verpleegdossier. Dit is om een aantal redenen niet gelukt.

Afspraken werden niet nagekomen, leden kwamen niet naar vergaderingen, er was geen draagvlak etc.

### **1.2.2 Huidig project 'Visie op zorg'**

Op 7 februari 2006 was de projectgroep "visie op verplegen" van start gegaan. De projectgroep had 1x in de drie weken een overleg en werd er gewerkt met een actie/afsprakenlijst i.p.v. uitgebreide notulen. Door allerlei omstandigheden is de projectgroep moeizaam op gang gekomen en was het met de voortgang van het project slecht gesteld.

Om persoonlijke redenen heeft het afdelingshoofd zich terug getrokken uit de projectgroep.

Dit afdelingshoofd is vervangen door een seniorverpleegkundige, die pas in april actief mee kon doen aan dit project i.v.m. vakantie. Voor sommige projectleden was afspraak geen afspraak en werden de vergaderingen matig bezocht om verschillende redenen. (vakantie, drukte op de verpleegafdeling e.d.) De communicatie verliep moeizaam. Er vond discussie plaats over de opdracht en de doelstellingen, zoals die verwoord zijn in de projectopdracht.

Conclusie was:

- Er moet consensus komen over de projectopdracht.
- De opdracht moet helder en duidelijk zijn.
- Met deze projectgroep gaat het project niet slagen.

Op 21 april heeft de projectleider een overleg gehad met het lid Raad van Bestuur en de manager van het zorgcluster. In overleg met de manager en het lid van de RvB zijn we gekomen tot een nieuwe aanpak.

Het huidige project 'visie op zorg', onder de eindverantwoordelijkheid van Ed van Beelen, manager zorgcluster, bestaat de groep uit:

- Stafmedewerker verpleegkundige zaken
- Twee senior verpleegkundigen
- Medewerker afdeling opleiding
- Twee verpleegkundige afdelingshoofden
- Een HBO-leerlingverpleegkundige met afstudeeropdracht
- Lid van de cliëntenraad

Om de voortgang van het project te bevorderen zullen de volgende disciplines om feedback gevraagd worden:

- Een aantal kwalitisten van het zorgprocesproject
- VAR-bestuur en klankbordgroep

- Deelnemers van het opleidingsoverleg
- Projecteigenaar, manager zorgproces<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Herstartnotitie M. van Baalen

## **Hoofdstuk 2 De doelstellingen van mij en van het project visie op zorg**

- ✓ (Eerdere) weerstanden onderzoeken dmv een enquête/interview
- ✓ Literatuuronderzoek doen

Niet voor mijn differentiatie:

- ✓ Verpleegkundige visie op zorg ontwikkelen en implementeren om zo tot een betere kwaliteit van zorg te komen
- ✓ Afgeleid van de verpleegkundige visie, een verbeterd patiëntendossier ontwikkelen en uiteindelijk invoering van het elektronisch patiëntendossier

### **2.1 Subdoelstellingen van het project visie op zorg**

- ✓ Het verbeteren van de intergratie van de theorie en de praktijk met name voor leerling
- ✓ verpleegkundigen.
- ✓ Het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.
- ✓ Het verbeteren van de continuïteit en coördinatie van het zorgproces rondom de patiënt.
- ✓ Inhoudelijke verbreding/verdieping voor de (leerling)verpleegkundigen.
- ✓ Het wegnemen van verschil van visie op de verpleegafdelingen

### **2.2 Probleemstelling project visie op zorg**

De afgelopen jaren is het niet gelukt een eenduidige visie te ontwikkelen op verpleegkundig beleid. In de praktijk wordt dit in toenemende mate als een knelpunt ervaren, door leerling verpleegkundigen die de werkwijze in de praktijk onvoldoende vind aansluiten bij de theorie en nieuwe medewerkers met ervaring uit een andere organisatie. De huidige werkwijze is voornamelijk historisch bepaald waarbij (te) weinig rekening is gehouden met de ontwikkelingen in het verpleegkundig beleid en met de wensen van het personeel.

### **2.3 Resultaat project visie op zorg**

De verpleegkundige visie op zorg is bij de medewerkers bekend en er is voldoende draagvlak voor de visie. De visie is toekomstgericht en komt voort uit een modern verpleegmodel passend bij het huidige opleidingsstelsel. De keuzes t.a.v het verpleegkundig beleid worden gemaakt op basis van de beschreven visie.

### **2.4 Resultaat differentiatie**

De medewerkers worden bij het opstellen van de visie betrokken en worden gestimuleerd mee te denken. Door een literatuurstudie wordt het juiste verpleegmodel gekozen.

## Hoofdstuk 3 De gevolgde werkwijze

### 3.1 Projectplan

In grote lijnen worden de volgende stappen uitgevoerd

1. De inrichting van een projectstructuur;
  2. Het uitvoeren van literatuuronderzoek;
  3. Het verrichten van veldonderzoek ;
  4. Enquête houden onder de medewerkers;
  5. Uitkomsten presenteren;
- 
6. Het opstellen van een concept visie en ter ondersteuning invoering van het verpleegkundig dossier;
  7. Implementatie (EPD);
  8. Evaluatie naar invoering

#### Tijdsplanning

<u>Activiteit</u>	<u>Door wie</u>	<u>Uiterlijke datum gereed</u>
Vaststellen voorstelproject	MT	15 november 2005
Informeren OR	Raad van Bestuur	15 november 2005
Literatuur onderzoek	leerling HBO-v	januari 2006
Veldonderzoek	Projectgroep	15 februari 2006
Enquête/interview	leerling HBO-v	april/mei 2006
Presentatie	leerling HBO-v	juni 2006

### 3.2 Stukje Informatiebulletin

#### *Projectgroep Visie op verplegen*

Op 7 februari is de projectgroep Visie op verplegen van start gegaan. Deze projectgroep is in de plaats gekomen van de Verpleegkundig dossiercommissie. Middels dit infobulletin willen we jullie graag op de hoogte houden van onze vorderingen.

Het doel van de projectgroep is het ontwikkelen van een visie op verplegen die ziekenhuisbreed gedragen wordt. De afgelopen jaren is het niet gelukt een eenduidige visie te ontwikkelen op verpleegkundig beleid. In de praktijk wordt dit in toenemende mate als een knelpunt ervaren, door leerling verpleegkundigen die de werkwijze in de praktijk onvoldoende vind aansluiten bij de theorie en nieuwe medewerkers met ervaring uit een andere organisatie. De huidige werkwijze is voornamelijk historisch bepaald waarbij (te) weinig rekening is gehouden met de ontwikkelingen in het verpleegkundig beleid.

Het uiteindelijke doel is een nieuw verpleegkundig dossier dat afgeleid is van de breed gedragen missie en visie en gebaseerd is op de huidige verpleegkundige modellen en theorieën.

Wij houden jullie op de hoogte. Bij vragen en/of opmerkingen is Maike van Baalen bereikbaar via e-mail [M.vanBaal@ilz.nl](mailto:M.vanBaal@ilz.nl)

### **3.3 Conclusies literatuuronderzoek**

#### Vanuit het strategisch en medisch beleidsplan van 't Lange Land ziekenhuis

Het ambitieniveau van het strategisch en medisch beleidsplan is hoog te noemen. Uitgangspunt van het plan is namelijk: "het nastreven van hoge kwaliteit van zorg", hoge kwaliteit is essentieel voor het vertrouwen van de zorgvragers."

"De zorgvrager weet wat hij of zij krijgt, wanneer hij of zij dat wil, voor zover mogelijk waar hij of zij dat wil, met een zo hoog mogelijke prijs/kwaliteit verhouding. De zorginhoud moet goed en betrouwbaar zijn".

"De kwaliteit moet meetbaar en toetsbaar zijn." Door de kwaliteit zichtbaar te maken bieden wij zorgvragers een reële keuzemogelijkheid." Dit betekent dat onze visie op verplegen, onze visie op zorg duidelijk en in de praktijk zichtbaar gemaakt zal moeten worden.

Conclusie: *Vraaggestuurde zorg is gewenst!*

't Lange Land Ziekenhuis heeft een uitstraling die getuigt van (die voor ons project van belang zijn, hier weergegeven):

- Betrouwbare medische en verpleegkundige kwaliteit
- Een hoge service kwaliteit
- Moderne ICT die het verpleegkundig en medisch proces ondersteunt.

De aspecten uit het strategisch en medisch beleidsplan moeten terug te vinden zijn in onze visie op zorg.

Visie op kwaliteit van Tjitske Vervoort moet ook meegenomen worden in de visie op zorg.

→ Wij moeten aantoonbare verantwoorde zorg leveren (= wet), zorg van goed niveau, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht.

Verantwoorde zorg komt tot uiting in patiëntveiligheid en zorgvuldig handelen. Zorg van een goed niveau sluit aan op de vragen en behoeften van patiënten en is daarom van groot belang dat het perspectief van de patiënt een plek krijgt in het zorgverleningsproces. Het gaat om kwaliteit, resultaat en persoonlijke aandacht.

#### Visie op verplegen volgens Gordon

Uitgangspunt voor Gordon is de totale mens en zij gaat uit van het zorgproces.

De theorie van Gordon sluit aan bij de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg en er wordt over het algemeen landelijk mee gewerkt.

Het voordeel met het werken volgens Gordon is dat er aansluiting is tussen theorie en praktijk, omdat leerling verpleegkundigen met de theorie van Gordon opgeleid worden. Een ander voordeel is, dat de meeste ziekenhuizen Gordon hanteren, waardoor er ook op ICT-gebied een dossier reeds ontwikkeld is.



### Visie van het Universitair Medisch Centrum Groningen ( UMCG) op verplegen

Deze is gebaseerd op Gordon en verwoordt een methode van werken die patiëntgericht en vraaggestuurd is. Wat aansluit bij onze organisatie is dat zij op basis van competenties onderscheid maken tussen de verschillende functies.

De gekozen werkwijze van het UMCG is duidelijk weergegeven en ook praktisch gemaakt, meetbaar en toetsbaar.

### Beroepscode voor de verpleging (Nu'91) en Beroepsprofiel van de verpleegkundige (Elsevier en LCVV)

Deze boekjes dienen als basis en moeten als norm gezien worden.

### De boeken: Projecten leiden van Geert de Groote en het Projectenboek van Roel Gritt

Deze boeken worden als hulpmiddel gebruikt en als checklist.

### Herziene consensus verpleegkundige verslaglegging

Is nu nog niet van toepassing. Dit item is van belang voor het zorgdossier.

Wat voor ons wel van belang is in het kader van de visie:

“In de verpleegkundige verslaglegging dient de theoretische visie van waaruit het verpleegkundig handelen plaatsvindt, herkenbaar te zijn.”

Het NIVEL rapport van 2004 geeft ons voor een deel antwoord op de vraag waarom het in het verleden niet gelukt is om een heldere visie e.d vast te stellen

We lezen namelijk:

“Verpleegkundigen hechten minder waarden aan handelen op basis van een theoretische visie, evidence based werken en het leveren van een bijdrage aan de professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep.

Verpleegkundigen vinden samenwerken belangrijk en het participeren in teambesprekingen.

Verpleegkundigen hebben de neiging om zich te conformeren aan de cultuur van de instelling”

## **3.4 Veldonderzoek**

- Bezoek aan ziekenhuis Röpcke-Zweers in Hardenberg
- Telefonisch overleg met het Bethesda ziekenhuis te Hoogeveen
- Bezoek Henry Mostert van NIZW
- Landelijke netwerkdag van de AVVV
- Enquête “ Kijk op zorg” onder de senior verpleegkundigen en de HBO- (leerling) verpleegkundigen (week 19 t/m 22)
- Interview met de oude voorzitter van de verpleegdossier commissie

## **3.5 Conclusies veldonderzoek**

### Werkbezoek Hardenberg, Röpcke-Zweers ziekenhuis op 7 maart 2006

Cock Harskamp, Angelique de Zwart en Maike van Baalen

We hebben uitgebreid gesproken met Ingrid de Jong, afdelingshoofd van de interne geneeskunde en cardiologie. Zij werkt inmiddels vijf jaar in het Röpcke-Zweers ziekenhuis in dezelfde functie. Hiervoor werkte zij in 't Lange Land Ziekenhuis in de functie van teamleider en oncologieverpleegkundige.

Het Röpcke-Zweers ziekenhuis is onderdeel van de Saxenburgh groep.

De Saxenburghgroep bestaat uit:

Dagziekenhuis Aleida Kramer, het Zorgcentrum Aleida Kramer in Coevorden, het Zorgcentrum Clara Feyeona Heem en Zorgcentrum Oostloorn in Hardenberg en het Zorgcentrum 't Welgelegen in Gramsbergen.

Het ziekenhuis is goed vergelijkbaar met 't LLZ.

Budget ziekenhuis Hardenberg € 37.000.000,-

De komende jaren zal het ziekenhuis grondig verbouwd worden en zal er een nieuw ziekenhuis gebouwd gaan worden op het parkeerterrein.

Het ziekenhuis beschikt over 180 bedden.

Sinds 2003 is het ziekenhuis NIAZ- geaccrediteerd.

Ingrid heeft ons materiaal meegegeven van het verpleegdossier, hun visie en missie e.d.

Verder heeft zij ons inzage gegeven in hun zorgzwaarte meting, budget en ons uitgebreid geïnformeerd over hun werkwijze.

Zij werken met eerst verantwoordelijk verpleegkundigen niveau 5.

Het afdelingshoofd krijgt een zak met geld en zij mag het geld zelf verdelen in formatie e.d.

Zij heeft nu 8 fte niveau 5 verpleegkundigen, een deel is niveau 4, een deel op verzorgend niveau en daarnaast voedingsassistenten. Totale formatie 27,75, excl. leerlingen

Haar bedbezetting is hoog, 100-109 %, gemiddelde verpleegduur is 6 dagen, ziekenhuisbreed 5 dagen.

De meerproductie ziet zij terug in haar budget.

Zij beschikken reeds over een gedeeltelijk EPD.

T.z.t zal het verpleegdossier eraan toegevoegd worden.

#### Telefonisch contact met het ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen

Gesproken met Lida Haverkamp, verpleegkundige

Zij werkt op alle verpleegafdelingen via een pool.

Bethesda is vergelijkbaar met ons ziekenhuis

Formatie: 600 fte's (ongeveer 800 medewerkers)

17.000 opnames per jaar, waarvan 8000 in dagbehandeling

103.000 polikliniekbezoeken

Opnameduur: 6,5 dag

Adherentie: 85.000 inwoners

#### Missie

Onze basis voor **vertrouwde** ziekenhuiszorg is **gastvrijheid**, samenwerking en vernieuwing

Het ziekenhuis heeft een zware tijd achter de rug, financieel was het slecht gesteld (bijna failliet in 2003) met het ziekenhuis, maar op dit moment gaat het goed en zijn ze uit de rode cijfers en hebben ze nu positief resultaat.

#### Centraal staat: patiëntenprocessen

Werken met NIAZ en het INK-model

Zij hebben hun visie beschreven op: zorg, organisatie en cultuur.

#### Verpleegdossier

Men is bezig om over te gaan op een elektronisch dossier

Op de verpleegafdelingen worden er verschillende werkmethodes gehanteerd en ook een verschillend dossier. Dit is specialisme afhankelijk bepaald.

Men werkt i.p.v. vanuit Gordon (dit dacht Lida, wist het niet met zekerheid te zeggen)

Voorbeeld: Op de cardiologie wordt er gewerkt met verpleegproblemen, verpleegkundig diagnose etc, terwijl op een snijdende afdeling alleen gewerkt wordt met een actie planningslijst en vanuit de acties wordt het verpleegverslag / rapport geschreven.

Er is in Bethesda geen onderscheid tussen de verpleegkundige niveau 4 en niveau 5.

Zij hebben op de afdeling dezelfde verantwoordelijkheid.

Niveau 3 wordt zoveel mogelijk omgeschoold naar niveau 4.

#### Bezoek Henry Mostert

In al zijn werk staat de beleving van de cliënt / patiënt centraal.

Bezoek was vooral zinvol om zicht te krijgen hoe de visie op zorg in andere werkvelden tot uiting komt. De conclusie was dat het erg belangrijk is om je patiënten groep bij het project te betrekken, dit zou kunnen via de cliëntenraad.

### 3.6 Uitslagen enquête

Er zijn 29 enquêtes uitgezet en op 17 mei 33 enquêtes.

Naar alle senioren van de afdelingen, alle HBO-v leerlingen, de IC, de gemandateerden artsen van iedere maatschap, de gespecialiseerd verpleegkundigen, de logopedisten en de fysiotherapie.

Op 9 juni zijn er 29 enquêtes binnengekomen en deze heb ik hieronder uitgewerkt.

Vraag	Ja	Nee	Gedeeltelijk	Opmerkingen	Afdeling	Aantal enquêtes
1	16X 3x, op-gezoekt	8x		Patiëntgericht (3x) Patiëntcentraal (2x) Kundige zorg Vertrouwen (8x) Betrouwbaar (4x) Samenwerking (4x) Aantrekkelijk 5x Kwaliteit gericht (9x) Prettig en uitdagend (2x) Zorgvoorziening waar zorgvragers prettig en met vertrouwen naar toe gaan. Patiënt en familiegericht ziekenhuis. Zorgvoorziening van menselijke maat. (8x) Kwaliteitsgerichte samenwerkingspartner (3x) Visie gevraagd bij de introductiedag, heeft de visie nooit gekregen Duidelijkheid Bejegening Professionele houding (2x) Zorg naar vraag & aanbod Goed werkklimaat medisch specialisten Prettige werkomgeving (4x) Respectvolle menselijke benadering Zelfstandig behandel centra Uitdagend (2x) Vriendelijkheid, veel betekenen. Zorg voor alle Zoetermeerse patiënten	3D 4C 2B IC/CCU 4D DB Poli-interne 2A Overigen Onbekend 4 <sup>e</sup> jaars II specialist. Logopedie 3A	2 2 2 3 2 4 3 1 1 1 3 1 1
2	3x 1x Ja, in een ander ziekenhuis 1x bij de afdeling visie.	22x		Afdelingsvisie 4D afgeleid uit de algemene visie voor een kwaliteitsopdracht in opleiding niveau 4. Helaas wordt deze visie niet op de afdeling gehanteerd. (Bij interesse kunnen we contact opnemen voor de uitwerking)		
3	3x	5x	19x	Geld belangrijker dan hoe de patiënten behandeld worden. Alleen de directe bejegening wordt		

			<p>als belangrijk ervaren.  Niet veel vertrouwen i.v.m de bezuinigingen, in de werkgever.  LLZ staat zich voor om kwalitatief goede zorg te leveren. Een goed punt is het accreditatie proces van het NIAZ.  Daarnaast valt op staat er ontzettend veel met de opstelling van de individuele verpleegkundige.  Het beetje 'extra' is van groot belang, niet alleen je takenpakket uitvoeren.  M.i zijn veel zaken met betrekking tot de visie blijven liggen of onvoldoende uitgewerkt. ( middelen en materialen, verpleegdossier, samenwerking met specialisten en verpleegkundigen.  Verplegingsdienst wordt helemaal niet genoemd in de mij bekende visie  Visie is niet bekend (2x)  Onduidelijk  Niet patiënt gericht  Niet alleen als de patiënt /cliënt tevreden zijn met de geboden zorg, maar als hulpverlener met je tevreden als je je doel hebt bereikt.  Patiënt staat centraal - bieden van zorg op maat, soms verloopt de samenwerking met specialisten/ collega's moeizaam, waardoor ook de patiënt minder centraal staat. Ik ervaar mijn werkomgeving niet altijd als prettig.  Altijd voor verbetering vatbaar.(2x)  De samenwerking niet altijd optimaal met specialisten / verpleegkundigen.(2x)  Ik herken momenteel het gedeelte zorgvoorziening van menselijke maat.  Het wenselijke wil niet altijd overeenkomen met de praktijk. Wel is er altijd het streven ernaar, echter de huidige bezuinigingen ontstaat het gevoel van te bengelen en roeien met de riemen die we nog hebben.  Menselijk, vertrouwen en aantrekkelijk → herkend  Uitdagend, kwaliteitsgericht gericht → niet herkenbaar, er is te weinig geld voor opleiding, cursus e.d voor <b>onze</b> afdeling. Weinig</p>		
--	--	--	--	--	--

				<p>ruimte voor teveel opnames, planning is chaotisch en er komt steeds meer administratie bij. Logistiek gaat er veel tijd verloren door het transport van en naar de OK. Teveel opnames die poliklinisch kunnen.</p> <p>Uitbreiding van het ziekenhuis. De samenwerking met de zorgaanbieders.</p> <p>Vaak hetzelfde bij een visie Er wordt getracht patiënt gericht te verplegen. Bv. mappen aan het bed, maar dit wordt nauwelijks gedaan vanwege onhandigheid en tijdgebrek.</p> <p>Geen idee</p> <p>De kwaliteit kan beter. Door de bezuinigingen niet meer aantrekkelijk voor werknemers. Betrouwbaarheid?</p> <p>Zorgvrager staat niet altijd centraal, andere belangen tellen mee, b.v. OK het duurt soms 4-5 dagen voor dat de patiënt (collum) wordt geopereerd.</p>		
4	5x	18x	4x N.V.T.	<p>De papieren voor korte opnames niet overzichtelijk</p> <p>Kan niet alle gegevens kwijt (2x)</p> <p>Controle lijst bij ontslag wordt niet gebruikt en wordt ook niet als nuttig ervaren.</p> <p>Teveel papierwerk en toch te weinig schrijfruimte op het werkplanblad.</p> <p>Is niet overzichtelijk</p> <p>De anamnese is volgens Gordon (3x), maar komt verder nergens meer in terug. De werkljst sluit hier niet op aan.</p> <p>De verpleegkundige diagnoses komen niet naar voren.</p> <p>Sluit niet aan bij wat de leerlingen op school krijgen, denk aan PES.</p> <p>Het er onprofessioneel uit ziet. Er wordt te weinig op gewezen dat patiënten inzage hebben, omdat er regelmatig dingen in staan die de patiënt nog niet weet.</p> <p>Teveel formulieren, kan m.i beknopter.</p> <p>Anamneseformulier is veel te uitgebreid. Dit ontmoedigd het afnemen hiervan.</p> <p>Bij interne overplaatsingen mis ik meestal een overdrachtsformulier. Iedere afdeling deelt het anders in.</p>		

			<p>Er worden veel fouten gemaakt in afspraken enz. Beter is een elektronisch patiëntendossier. (2x)</p> <p>Receptensysteem is omslachtig, veel administratie. Het afsprakenblad wordt niet altijd bijgehouden.</p> <p>Soms teveel formulieren, ook formulieren die n.v.t zijn,</p> <p>Het volgens mij overzichtelijker kan en nog beter op elkaar afgestemd zou moeten zijn, vooral bondiger.</p> <p>Ja → je er alles in kwijt kunt en alles terug kunt vinden.</p> <p>n.v.t. → Wij werken niet met patiënten dossiers, alleen met statussen.</p> <p>Ja → omdat het beknopt is en voldoende informatie oplevert. (dagbehandelingdossier)</p> <p>Wij werken met eigen dossier.</p> <p>Ik vind het vaak een geblader als ik iets moet zoeken in het dossier.</p> <p>Ik graag zou zien, dat wij zowel als de internisten over en weer in elkaars patiëntendossier kunnen kijken. Het staat nu helemaal los van elkaar.</p> <p>Omdat we met gescheiden dossiers werken. Niet alle gegevens compleet, dus een knelpunt in de zorg op maat m.i.</p> <p>Wel tevreden over de anamnese, Familieblad, en disciplineblad + het Tola formulier, maar niet tevreden, omdat de anamnese vlg. Gordon geen vervolg heeft in de rest van het dossier. Diagnoses vlg. PES - planning -interventies en evaluatie worden gemist.</p> <p>Er kan niet volgens regels gewerkt worden.</p> <p>Tevreden, omdat wij een eigen dossiersysteem hebben.</p> <p>Niet tevreden, omdat we over moeten op een e.p.d. en wel zo snel mogelijk. Deze dossiers kunnen niet zoekraken, vergemakkelijkende onderlinge communicatie met andere specialisten en huisartsen, bevatten de mogelijkheid om foto's op te slaan, lossen het status opslagprobleem op enz.</p> <p>Anamneseformulier wordt slecht ingevuld.</p> <p>Niet tevreden, omdat het</p>		
--	--	--	---	--	--

				<p>elektronisch zou moeten zijn. Niet tevreden, omdat er geen uniformiteit bestaat. Het wordt moeilijk om op alle afdelingen inzetbaar te zijn als het dossier niet op alle afdelingen hetzelfde is. Mapje is goed, dossier is niet overzichtelijk, anamnese wordt niet ingevuld, je mist een kort overzicht van het behandelplan en er zijn teveel formulieren die je in het dossier moet opbergen, decubitus, wondanamnese, wondplan, stoma checklijst, ontslagformulier, familieblad etc.</p>		
5			2xN.v.t	<p>a. In theorie Gordon, in de praktijk geen</p> <p>a. Gordon (5x) in ieder geval in verpleegdossier</p> <p>a. Anamnese vlg. Gordon (3x), rapportage vlg. SOAP(3x), rest is nog volgens OREM. Doel en evaluatie op de verpleegkundige interventies worden gemist.</p> <p>a. Patiënttoewijzing (is een proef afd. 2B)</p> <p>a. Patiëntgericht verplegen, nog steeds in een beginstadium.</p> <p>a. Door diverse redenen en omstandigheden schort het aan continuïteit en voortgang hiervan.</p> <p>a. Gordon op de verpleegafdeling, op de IC niet.</p> <p>a. Naar eigen inzicht, eigen systeem.</p> <p>a. Het verschilt per persoon, eigen inzicht</p> <p>a. Zoveel mogelijk patiënt gericht van opname tot ontslag en dit rapporteren.</p> <p>a. Productie draaien, hoge turnover.</p> <p>a. patiënt gericht (3x)</p> <p>a. Het verfoeilijke model van de zorgzwaarte.</p> <p>a. Vlg. mij Gordon, maar dit is bij geen van de medewerkers bekend.</p> <p>a. Diagnostiek vlg. Gordon</p> <p>b. In de praktijk zoveel mogelijk patiëntgericht.</p> <p>b. redelijk, patiënten mogen ook inzicht hierin hebben, rapportage blijft lastig.</p> <p>b. komt niet geheel overeen.</p> <p>b. We gaan met z'n alle voor kwaliteitsverhogende zorg, waarbij de patiënt op nummer 1 staat. Dit is van groot belang.</p>		



				<p>b. Is blij met onze projectgroep, heeft er positieve verwachtingen van.</p> <p>b. onduidelijk (2x)</p> <p>b. Visie is niet makkelijk leesbaar en "nietszeggend" niet concreet.</p> <p>b. Daar komt wel een stukje terug, maar veel meer in de afdelingsdoelstelling (4D) De visie LLZ is algemener.</p> <p>b. komt toch wel vaak niet overeen met de visie van LLZ door gebrek aan tijd per patiënt en ruimte/plaats per patiënt.</p> <p>b. staat in verhouding met de visie LLZ</p> <p>b. goed (2x)</p> <p>b. In mijn idee weinig (als er met menselijke maat zorg op maat wordt bedoeld, dan kan ik alleen dit gedeelte weerleggen.</p> <p>b. de Kwaliteit van het verpleegdossier is aan verbetering toe, wat ten goede komt aan een goede zorgvoorziening en de ligduur van de zorgvrager.</p> <p>b. komt overeen.</p> <p>b. goed, de rest van het dossier moet ook aangepast worden aan Gordon.</p> <p>b. De zorg wordt gegeven vanuit de behoefte van de patiënt en er wordt patiënt gericht verpleegd</p>		
6	<p>2x (soms)</p> <p>1x → ieder overleg i.v.m proef.</p> <p>1x per kwartaal</p> <p>1x in de 8 jaar</p> <p>Ja, maar niet regelmatig.</p> <p>Ja, incidenteel (2x)</p> <p>Ja, regelmatig.</p>	16x	1x n.v.t	<p>t.z.t bespreken</p> <p>Wordt binnenkort tijd aan besteed.</p> <p>Komt wel, wordt aan gewerkt.</p> <p>Soms bij de evaluatie van de rapportage.</p> <p>Waar moet wat een plek in het dossier krijgen, m.n. het ontstaan van diverse formulieren zoals; voeding, pijn, decubitus.</p> <p>Het rapporteren vlg. SOAP, wat is de meerwaarde hiervan?</p> <p>Dossier aan bed.</p> <p>Evaluaties komen in de werkljst, maat worden makkelijk gemist of geschoven.</p> <p>Nog nooit meegemaakt, maar ben nog leerling.</p>		

7			<p>Patiënt centraal met alle aspecten van de patiënt inbegrepen.</p> <p>Patiënt zo goed mogelijk verplegen, vertrouwen geven en de informatie zo duidelijk mogelijk. Begeleiden tijdens het ziek zijn in goede, maar ook in zware/slechte periodes.</p> <p>Kwaliteit van zorg geven.</p> <p>Een patiënt is een holistische eenheid, een psycho somatisch en sociaal persoon. Uitgaan van het individu → patiënt gericht verplegen, zelfredzaamheid bevorderen en verpleegkundig handelen, doelgericht en procesmatig</p> <p>Verplegen met een eerst verantwoordelijk verpleegkundige.</p> <p>Leerlingen koppelen aan vpk. Een aanspreekpunt voor de patiënt geeft rust. Hiervoor zal de situatie op de afdeling volledig moeten veranderen.</p> <p>Bij het verplegen moet uitgegaan worden van de totale mens.</p> <p>De verpleegkundige moet het hulpaanbod v/d organisatie uitvoeren, aansluitend bij de persoonlijke behoefte van de zorgvrager en dit in samenwerking met andere disciplines. Hulp is gericht op het handhaven van gezondheid, herstel v/d verstoring, zelfredzaamheid in overleg met de zorgvrager en naasten. Inzicht geven in ziekte en herstel.</p> <p>De patiënt en familie begeleiden, verzorgen z.n. overnemen van de vitale functies.</p> <p>Goede communicatie tussen collega's en de diverse disciplines om te komen tot een optimale kwaliteit van zorg.</p> <p>De totale zorg van een patiënt geven in lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke zin.</p> <p>Verzorgen, begeleiden en coördineren van zorg van de patiënt en familie en zodoende optimale kwaliteit van zorg te leveren.</p> <p>Patiëntgericht, holistisch</p> <p>Bij opname tot ontslag de patiënt duidelijk en heldere informatie geven t.a.v. het verblijf op de afdeling. Z.n. begeleiden. Bij ontslag de nazorg niet in bijzijn van de familie bespreken.</p>		
---	--	--	--	--	--

			<p>Kwalitatief goede zorg verlenen met behoud v/d zelfstandigheid, waar mogelijk goede begeleiding van patiënt en familie in ziekteproces, waar nodig goede begeleiding in stervensproces. Goede sfeer op de afdeling creëren, goede begeleiding van leerlingen en stagiaires.</p> <p>Aandacht voor elkaar hebben.</p> <p>Patiënt als uitgangspunt. Zorg op maat proberen te geven.</p> <p>De patiënt staat centraal, zie verder visies LLZ/transmuraalteam.(2x)</p> <p>Sluit aan bij de visie LLZ en de visie van het transmurale team.</p> <p>Dat ernaar het individu gekeken dient te worden. Echter kan in mijn ogen de patiënt nooit centraal staan. De onderzoeken worden toch immers gedaan wanneer er plaats is. Wel kan er ingespeeld worden met normen + waarden. Daarbij staat de kwaliteit van zorg wel hoog in het vaandel.</p> <p>Kort gezegd: De patiënt zo comfortabel mogelijk en familie tevreden is al heel lang mijn motto.</p> <p>Aandacht, kwaliteit, vertrouwen en professioneel.</p> <p>Ik bekijk de patiënt als een mens (holistisch) en niet alleen als ziektebeeld. Ik probeer zoveel mogelijk en zo goed mogelijk aan de zorgvraag te voldoen.</p> <p>Patiënt in zijn geheel zien (holistisch), zorg de visie van Gordon of Brink Tjebbes etc.</p> <p>Patiënt gericht Wensen van de patiënt zoveel mogelijk meenemen en respecteren. Kwaliteit leveren</p> <p>Adequate op 't individu gerichte zorg.</p> <p>Betrokken, warm en meedenkend</p> <p>Professioneel en menselijk de zorgvrager geven wat in zijn specifieke geval nodig is.</p> <p>Patiënt moet centraal staan en er moet meer aan ketenzorg gedaan worden.</p>		
Suggesties			<p>Is reuze benieuwd naar de conclusies van ons onderzoek en wat daaruit de volgende acties worden.</p> <p>De patiënt staat voorop</p> <p>Ik denk dat een visie voor iedereen (werknemers + patiënten)</p>		

				<p>makkelijker leesbaar dient te zijn. De huidige visie is één zin die erg lang is, waardoor deze niet makkelijk te lezen is.</p> <p>Voor een goed duidelijk werkbaar verpleegplan zal bij wijziging scholing en training moeten plaats vinden.</p> <p>Niet iedereen is op de hoogte van PES-structuur en is niet gewend te werken met doelen en evaluaties. Ik kijk met belangstelling volgende stappen tegemoet. Heel veel succes!</p> <p>Bij de visie staat: prettig en uitdagend ziekenhuis voor <b>medisch specialisten</b> om te werken, hoe zit het met de rest van de mensen die er werken? Het ziekenhuis draait toch niet alleen om hun?</p> <p>In verband met parttimers denk ik dat het prettig zou zijn om bij langdurige opnames met categorie 2 en 3 een kort overzicht te hebben van het behandelplan, zodat je in één oogopslag kan zien wat er met de patiënt is gebeurd. Nu moet je veel terug bladeren om er achter te komen. Ook vind ik de medicatielijsten niet up to date, teveel wijzigingen op de chirurgie en daardoor worden er fouten gemaakt.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

### 3.7 Randvoorwaarden

Het ziekenhuis streeft naar het continue verbeteren van de kwaliteit van zorg. De inhoud van de visie zal geborgd moeten worden, want deze visie moet "levend" gehouden worden.

Voorwaarden m.b.t kennis en deskundigheid van de verpleegkundigen zijn essentieel voor goede patiëntenzorg.

De verpleegkundigen streven naar aantoonbare verbeteringen in het zorgproces.

#### 1. Gedrag van de medewerkers

- volgens beroepscode (NU91), zie bijlage
- gedragscode LLZ (i.o.m Linda van de Berg, VAR)
- flexibel gedrag, dat aansluit bij de FIT-campagne (flexibel, innovatief en teamgeest)
- Patiëntgericht, d.w.z uitnodigend, vriendelijk en service gerichte instelling, luisterend, respectvol
- Professioneel

## 2. Kennis en Deskundigheid/ kwaliteit

- Te toetsen aan functioneringsgesprekken en beoordelingsgesprekken
- Werken we met niveau 2, 3,4,5 en 5+? (huidige eindtermen hanteren)
- Deskundigheidsbevordering door klinische lessen, opleidingen etc
- Werken met kwaliteitssystemen (NIAZ / DKS)
- Communicatievaardigheden
- EPD

## 3. Werkwijze

- De verpleegkundige heeft de regierol in de coördinatie van de zorg
- De zorg moet gekoppeld zijn aan de keuzevrijheid die de patiënt in deze heeft
- Zorgvraag van de patiënt staat centraal
- Patiënt zien als gesprekspartner
- Privacy patiënten waarborg

## 4. Medewerking van andere disciplines

- Vaste visitetijden → verandering voor specialisten
- ISS
- Paramedici

## 5. Weerstanden wegnemen

- Zijn er weerstanden aanwezig? En bij wie?
- Tijd, geld, planning
- Angst voor het onbekende?
- Tevreden met de huidige situatie, men is niet in voor vernieuwing
- Enquête onder het personeel houden

### **3.8 Externe en interne factoren**

De externe factoren worden beschreven in het strategisch beleidsplan.

Voor ons is van belang:

- De vergrijzing heeft een belangrijke invloed op de vraag naar zorg en zorgbehoefte.
- Keuzevrijheid de patiënten.
- De veranderingen in de verpleegkundige opleiding. De stuurgroep VBOC komt met een voorstel voor het werken op twee niveaus, te weten verpleegkundige vlg. artikel 3 van de wet BIG en verpleegkundig specialist.
- Ontwikkeling van ketenzorg.

#### Interne factoren

Ziekenhuisbreed is er geen verpleegkundig beleid.

De werkwijze is niet uniform, er wordt niet gewerkt volgens een vastgestelde methode.

Het verpleegdossier voldoet niet aan de huidige normen.

## **Hoofdstuk 4 Conclusie enquête**

### **In procenten**

#### **Vraag 1**

76% is bekend met de visie

32% is niet bekend met de visie

#### **Vraag 2**

16% is betrokken bij het opstellen van de visie

88% is nooit betrokken bij het opstellen van de visie

#### **Vraag 3**

12% ziet de visie gedeeltelijk terug in de werkwijze in de praktijk

20% ziet de visie niet terug in de werkwijze in de praktijk

76% weet het niet

#### **Vraag 4**

4% is tevreden met het huidige patiëntendossier

80% is niet tevreden met het huidige patiëntendossier

16% werkt niet met het verpleegkundigdossier

#### **Vraag 5**

20% werkt volgens Gordon

4% werkt niet volgens een model want werkt op de IC of SEH

8% werkt naar eigen inzicht

8% werkt met niks

4% werkt met patiënttoewijzing

12% werkt patiëntgericht

4% werkt met het idee productie draaien

4% werkt met het model zorgzwaarte

#### **Vraag 6**

28% zegt dat er tijdens een teambespreking wel eens wordt gesproken over het verpleegmodel

72% zegt dat er nooit over wordt gesproken

### **Uit de enquête kan ik de volgende conclusies trekken:**

- ✓ Kwaliteit staat hoog in het vaandel bij de werknemers dmv vertrouwen en betrouwbaarheid
- ✓ Patiënt staat centraal, patiëntgericht, vanuit de patiënt bekeken
- ✓ (Zorgvoorziening van menselijke maat maar wat verstaat men hieronder?)
- ✓ Medewerkers zijn blij met de komst van het project visie op zorg en zijn bereid mee te denken en te lezen er is dus draagvlak
- ✓ Het merendeel is nooit betrokken bij het opstellen van de visie.
- ✓ De werknemers zien de visie niet of gedeeltelijk terug in de praktijk
- ✓ De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen verloopt moeizaam
- ✓ Het merendeel is niet of gedeeltelijk tevreden met het patiëntendossier
- ✓ Werknemers hebben geen idee welke verpleegmodellen er bestaan en werken naar eigen inzicht
- ✓ Gordon is het meest bekend maar ziet men alleen terug in de anamnese

- ✓ Er wordt nauwelijks over het verpleegmodel gesproken tijdens een werkoverleg/teambespreking
- ✓ De balans verschilt per afdeling qua werkdruk en formatie

### **Aanbevelingen**

- ✓ Medewerkers hebben de behoefte meer betrokken te worden bij datgene wat hen aangaat want men wil meedenken en men wil gehoord worden
- ✓ Het patiëntendossier moet gaan aansluiten bij de gekozen visie en verpleegmodel
- ✓ Er is behoefte aan scholing en praktijkbegeleiding omtrent het verpleegmodel en het werken met het zorgdossier
- ✓ Tijdens het werkoverleg of teambespreking zou het model en de voortgang een vast agendapunt worden
- ✓ Er moet balans zijn tussen werkdruk en de formatie