

Het kwaliteitshandboek; bureaucratie of dynamiek?

Afstudeeronderzoek aan de Christelijke Hogeschool Ede naar de vormgeving van het
kwaliteitshandboek van een kleinschalig woonzorgcentrum



Rebecca Barentsen 110923

Lisanne Boutkan 071431

Monica Kijzerwaard-Simonse 090491

september 2013- januari 2014

Colofon

| | |
|---------------------------|--|
| Titel | Het kwaliteitshandboek, bureaucratie of dynamiek? |
| | Afstudeeronderzoek aan de Christelijke Hogeschool Ede naar de vormgeving van het kwaliteitshandboek van een kleinschalig woonzorgcentrum |
| Auteurs | Rebecca Barentsen 110923 Lisanne Boutkan 071431 Monica Kijzerwaard-Simonse 090491 |
| Opleiding | HBO-Verpleegkunde Christelijke Hogeschool Ede |
| In opdracht van | Woonzorgcentrum De Zonneschijn |
| Begeleider CHE | Tineke de Groot – docent verpleegkunde Ria den Hertog – docent verpleegkunde |
| Beoordelaar CHE | Auke Bos – docent verpleegkunde |
| Begeleider De Zonneschijn | Anoniem |

Voorwoord

Ede, januari 2014

Als afstudeergroep aan de Christelijke Hogeschool Ede zijn wij blij u het eindresultaat van ons onderzoek te mogen presenteren. De afgelopen vijf maanden is in opdracht van een kleinschalig woonzorgcentrum onderzoek gedaan naar het kwaliteitshandboek van deze instelling. Verschillende aspecten van het kwaliteitshandboek zijn in kaart gebracht, zoals welke richtlijnen de literatuur geeft over de indeling van een kwaliteitshandboek en hoe gewerkt wordt met het kwaliteitshandboek. Door het uitvoeren van interviews binnen woonzorgcentrum De Zonneschijn en binnen drie andere instellingen, zijn aanbevelingen geschreven voor De Zonneschijn. We hebben de afgelopen periode met enthousiasme aan het onderzoek gewerkt.

Onze dank gaat uit naar de opdrachtgevers van De Zonneschijn en naar onze docenten van de Christelijke Hogeschool Ede. Allereerst willen we onze opdrachtgevers van De Zonneschijn bedanken voor hun openheid en begeleiding tijdens het onderzoek. Daarnaast willen we al het personeel van De Zonneschijn bedanken voor de openheid tijdens de interviews en de gastvrije ontvangst bij ieder bezoek. Ook willen we onze docenten, Tineke de Groot en Ria den Hertog bedanken. Door de feedback van onze docenten werden we gemotiveerd om meer uit ons onderzoek te halen en om kritisch te blijven denken. Tijdens de eerste gesprekken was Ria den Hertog aanwezig, waarna Tineke de Groot de begeleiding overnam. Tot slot bedanken we de andere drie woonzorginstellingen die ons met enthousiasme ontvingen en ons inzicht gaven in hun kwaliteitshandboeken. Dankzij hun bereidheid om ons te ontvangen en informatie te geven, hebben we een belangrijk onderdeel van ons onderzoek kunnen vormgeven.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van dit onderzoeksverslag en hopen dat u na afloop net zo enthousiast bent als ons om te blijven werken aan kwaliteitsverbetering.

Rebecca Barentsen

Lisanne Boutkan

Monica Kijzerwaard-Simonse

Samenvatting

Binnen de Kwaliteitswet Zorginstellingen is vastgelegd dat instellingen aan vier kwaliteitseisen moeten voldoen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op deze kwaliteitseisen. Om de kwaliteit van zorg hoog te houden moet elke instelling een kwaliteitssysteem hebben. Dit systeem wordt aantoonbaar gemaakt in een kwaliteitshandboek. Tijdens een inspectiebezoek bleek het kwaliteitshandboek van woonzorgcentrum De Zonneschijn niet op orde. Hierdoor is het niet inzichtelijk op welke manier aan kwaliteit van zorg wordt gewerkt. Dit vormde de aanleiding voor dit onderzoek. De hoofdvraag van dit onderzoek is:

Welke aanpassingen in het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn zijn nodig zodat het verplegend en verzorgend personeel volgens professionele standaarden werkt met dit kwaliteitshandboek?

De doelstelling was om voor februari 2014 een rapport met aanbevelingen te schrijven zodat het verplegend en verzorgend personeel kan gaan werken met het kwaliteitshandboek, dat gebaseerd is op professionele standaarden.

Dit onderzoek is vormgegeven op kwalitatieve wijze. Ter voorbereiding werd literatuurstudie uitgevoerd, waarna praktijkonderzoek is georganiseerd door middel van interviews met de verpleegkundigen en verzorgden van De Zonneschijn. Het onderzoek werd aangevuld met interviews met leidinggevendenden van drie andere instellingen. Dit is vorm gegeven als een benchmark onderzoek. In de literatuur kwam naar voren dat een kwaliteitssysteem continu geëvalueerd, geactualiseerd en bijgesteld dient te worden. Voor dit proces kan gebruik worden gemaakt van de PDCA-cirkel. Over het kwaliteitshandboek wordt zowel positief als negatief gesproken. Wanneer op de juiste manier met een kwaliteitshandboek gewerkt wordt, verhoogt dit de kwaliteit van zorg. Het negatieve aspect is dat het kwaliteitshandboek soms als bureaucratie vanuit de overheid wordt ervaren. Vanuit de literatuur zijn verschillende indelingen voor een kwaliteitshandboek gevonden. Er is geen wettelijk vastgestelde indeling.

In de interviews binnen De Zonneschijn gaven de verzorgenden aan geen of weinig kennis te hebben over het kwaliteitshandboek. Ook gaven alle respondenten aan het kwaliteitshandboek niet te gebruiken. Daarentegen benoemden alle respondenten een meerwaarde van het kwaliteitshandboek.

Tijdens het benchmark onderzoek kwam naar voren dat de leidinggevendenden het kwaliteitshandboek zelfstandig opstellen of dit werk uitbesteden aan iemand die hier affiniteit mee heeft. Voor de ontwikkeling en implementatie van het handboek werden diverse aanbevelingen gegeven, zoals het digitaliseren van het handboek en letten op de bruikbaarheid en compactheid van het handboek. De daadwerkelijke indeling van het handboek verschilt per instelling.

De conclusie die hieruit voortkwam is dat het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn niet voldoet aan de richtlijnen vanuit de literatuur en de wensen vanuit de praktijk. Ook wordt er nog onvoldoende gewerkt met het handboek. Aanbevolen wordt om onderwerpen rondom beleid, management en organisatie toe te voegen aan het handboek. Om het handboek te blijven actualiseren is het nodig dat er één persoon aangesteld wordt die hier verantwoordelijk voor is. Ook het werken volgens de PDCA-cirkel is nodig om de kwaliteit van zorg op langere termijn hoog te houden. Tot slot dient het personeel van De Zonneschijn uitleg te krijgen over het werken met een kwaliteitshandboek en te worden betrokken bij de implementatie hiervan.

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Voorwoord | 5 |
| Samenvatting..... | 6 |
| Inhoudsopgave | 7 |
| 1 Inleiding | 8 |
| 1.1 Aanleiding..... | 8 |
| 1.2 Probleemomschrijving..... | 9 |
| 1.2.1 Probleemstelling..... | 9 |
| 1.2.2 Vraagstelling | 9 |
| 1.2.3 Doelstelling..... | 9 |
| 1.3 Leeswijzer | 9 |
| 2 Methode..... | 10 |
| 2.1 Type onderzoek | 10 |
| 2.1.1 Praktijkonderzoek en benchmark onderzoek | 10 |
| 2.1.2 Literatuurstudie | 10 |
| 2.2 Onderzoekspopulatie | 11 |
| 2.2.1 Praktijkonderzoek..... | 11 |
| 2.2.2 Benchmark onderzoek..... | 12 |
| 2.3 Dataverzameling..... | 13 |
| 2.3.1 Praktijkonderzoek..... | 13 |
| 2.3.2 Benchmark onderzoek..... | 13 |
| 2.4 Data-analyse | 14 |
| 2.4.1 Praktijkonderzoek..... | 14 |
| 2.4.2 Benchmark onderzoek..... | 14 |
| 2.5 Betrouwbaarheid en validiteit..... | 14 |
| 2.6 Ethische overwegingen | 15 |
| 2.6.1 Bruikbaarheid | 15 |
| 2.6.2 Anonimiteit..... | 15 |
| 3 Literatuurstudie..... | 17 |
| 3.1 Kwaliteit van zorg | 17 |
| 3.2 Professionele standaarden..... | 17 |
| 3.3 Kwaliteitszorg binnen zorginstellingen | 18 |



| | | |
|-------|--|----|
| 3.4 | Onderzoek naar kwaliteitssystemen | 19 |
| 3.5 | Het kwaliteitshandboek..... | 20 |
| 3.6 | De implementatie van een kwaliteitssysteem | 22 |
| 4 | Resultaten praktijkonderzoek | 23 |
| 4.1 | Interviews De Zonneschijn | 23 |
| 4.1.1 | Kennis over het kwaliteitshandboek | 23 |
| 4.1.2 | Meerwaarde van het kwaliteitshandboek | 23 |
| 4.1.3 | Aanvullingen voor het kwaliteitshandboek..... | 24 |
| 4.1.4 | Gebruik van het kwaliteitshandboek..... | 25 |
| 4.1.5 | Aanbevelingen voor het gebruik van het kwaliteitshandboek..... | 25 |
| 4.1.6 | Taakverdeling rondom het kwaliteitshandboek..... | 26 |
| 4.2 | Benchmark onderzoek..... | 26 |
| 4.2.1 | Taakverdeling rondom kwaliteitshandboek..... | 26 |
| 4.2.2 | Het opstellen van het kwaliteitshandboek..... | 27 |
| 4.2.3 | Meerwaarde en nadelen kwaliteitshandboek..... | 28 |
| 4.2.4 | Aanbevelingen gebruik..... | 29 |
| 4.3 | Samenvatting..... | 29 |
| 4.3.1 | Praktijkonderzoek..... | 29 |
| 4.3.2 | Benchmark onderzoek..... | 30 |
| 5 | Conclusie | 31 |
| 5.1 | Kwaliteitshandboek in een woonzorgcentrum | 31 |
| 5.2 | Richtlijnen voor het kwaliteitshandboek..... | 32 |
| 5.3. | Kwaliteitshandboek in de praktijk..... | 32 |
| 5.4 | Plaats van het kwaliteitshandboek binnen andere instellingen | 33 |
| 5.5 | Slotconclusie..... | 33 |
| 6 | Aanbevelingen | 35 |
| 7 | Discussie | 37 |
| 7.1 | Doelstelling..... | 37 |
| 7.2 | Methode evaluatie | 37 |
| 7.3 | Aansluiting literatuur en praktijk..... | 38 |
| 7.4 | Bruikbaarheid aanbevelingen..... | 38 |
| 7.5 | Validiteit en betrouwbaarheid | 38 |
| | Referentielijst | 40 |
| | Bijlagen | 44 |



| | | |
|-----------|---|----|
| Bijlage 1 | Zorginhoudelijke indicatoren | 44 |
| Bijlage 2 | Kwaliteitshandboek volgens de literatuur..... | 46 |
| Bijlage 3 | Kwaliteitshandboek De Zonneschijn | 48 |
| Bijlage 4 | Conclusie kwaliteitshandboek..... | 49 |
| Bijlage 5 | Topiclijsten | 50 |
| Bijlage 6 | Wensen Onderwerpen kwaliteitshandboek..... | 52 |
| Bijlage 7 | Onderwerpen kwaliteitshandboek..... | 53 |

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven. Hierna worden de probleemomschrijving met de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek beschreven. Tot slot volgt de leeswijzer van dit onderzoeksverslag.

1.1 Aanleiding

De Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) bepaalt dat zorginstellingen aan een viertal kwaliteitseisen moeten voldoen, namelijk het leveren van verantwoorde zorg, het hebben van een op kwaliteit gericht beleid, het hebben van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag (Rijksoverheid, 2013). Door de overheid is de 'Inspectie voor de gezondheidszorg' aangesteld om toezicht te houden op de organisatie en de kwaliteit van zorg (Ministerie van VWS, 2013). Hierdoor wordt de kwaliteit van zorg inzichtelijk gemaakt.

Doordat uit inspectierapporten bleek dat verpleeghuizen onder de maat presteerden, heeft de 'Stuurgroep Verantwoorde Zorg' in 2010 een kwaliteitskader ontwikkeld, waarin duidelijk wordt wat onder verantwoorde zorg wordt verstaan en hoe deze gemeten wordt. Dit kwaliteitskader wordt ook wel de 'Normen Verantwoorde Zorg' genoemd. De missie hierin is: "het vakbekwaam zorgen voor kwaliteit van leven" (Stuurgroep Verantwoorde Zorg, 2010, p. 11). In het kwaliteitskader komen indicatoren aan de orde op de volgende gebieden: de domeinen voor kwaliteit van leven, kwaliteit van de zorgorganisatie, kwaliteit van de zorgverleners en zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. De 'Normen Verantwoorde Zorg' zijn in 2010 voor het eerst verschenen en hierna veranderd in het 'Kwaliteitskader VVT', welke met regelmaat wordt herzien (Zorg voor Kwaliteit, 2013).

Zoals in de KWZ wordt beschreven, moet een instelling een kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem hebben. In een kwaliteitsbeleid worden de kwaliteitsdoelstellingen van de organisatie vastgesteld en de middelen om dit te bereiken. Om dit kwaliteitsbeleid te verwezenlijken wordt een kwaliteitssysteem gebruikt. Dit is een organisatorische structuur, waarbij bijvoorbeeld verantwoordelijkheden en procedures aan de orde komen (Bakker & Meertens, 2010). Het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitssysteem van de instelling worden vastgesteld en beschreven in een kwaliteitshandboek (Brandt & Slembrouck, 2000). Een kwaliteitshandboek heeft zowel een interne als een externe functie. De interne functie houdt in dat medewerkers geïnformeerd kunnen worden over het beleid rondom kwaliteit, de doelstellingen, de werkwijze en de hiervoor gebruikte middelen. De externe functie richt zich op de verantwoording en toetsbaarheid van het kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem in de instelling en wordt bijvoorbeeld gebruikt bij inspectie van de instelling (Polderman & Sirre, 2005).

In augustus 2013 is bij De Zonneschijn door de Inspectie voor de Gezondheidszorg vastgesteld dat het kwaliteitshandboek van de instelling niet op orde was. Door het kwaliteitshandboek kan De Zonneschijn zich verantwoorden over de manier waarop aan kwaliteit van zorg wordt gewerkt. De instelling is nog in afwachting van het inspectierapport. Ondertussen heeft de instelling gevraagd of er een onderzoek gestart kan worden naar aanpassingen die nodig zijn voor een bruikbaar kwaliteitshandboek welke voldoet aan de eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

1.2 Probleemomschrijving

1.2.1 Probleemstelling

Hoewel De Zonneschijn een kwaliteitshandboek heeft, is niet duidelijk aan welke eisen dit handboek moet voldoen en hoe door verpleegkundigen en verzorgenden met dit handboek gewerkt kan worden.

1.2.2 Vraagstelling

Hoofdvraag

Welke aanpassingen in het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn zijn nodig zodat het verplegend en verzorgend personeel volgens professionele standaarden werkt met dit kwaliteitshandboek?

Deelvragen

1. Wat zegt de literatuur over het werken met een kwaliteitshandboek binnen een kleinschalig woonzorgcentrum?
2. Hoe verhoudt het huidige kwaliteitshandboek van De Zonneschijn zich met de richtlijnen vanuit de literatuur voor een kwaliteitshandboek?
3. Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden van De Zonneschijn ten aanzien van het kwaliteitshandboek en wat is hierin wenselijk?
4. Hoe wordt in vergelijkbare instellingen omgegaan met kwaliteitszorg en het kwaliteitshandboek in vergelijking tot De Zonneschijn?

1.2.3 Doelstelling

Voor februari 2014 is er een rapport met aanbevelingen zodat het verplegend en verzorgend personeel van de Zonneschijn in staat is te werken met het kwaliteitshandboek, dat gebaseerd is op professionele standaarden.

1.3 Leeswijzer

Dit onderzoeksverslag begint met een beschrijving van de gebruikte onderzoeksmethodiek in hoofdstuk 2. Hierin is de gekozen methode beargumenteerd en staat beschreven hoe de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek gewaarborgd zijn. Vervolgens is in hoofdstuk 3 de literatuurstudie beschreven. Hierin staat ook de vergelijking van het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn met de indeling vanuit de literatuur beschreven. Hierna zijn de resultaten van het praktijkonderzoek in hoofdstuk 4 beschreven. Hieruit volgt de conclusie in hoofdstuk 5 met vervolgens de aanbevelingen in hoofdstuk 6. Het onderzoeksverslag wordt afgesloten met de discussie in hoofdstuk 7, waarbij is nagegaan in hoeverre de opgestelde methodiek gewaarborgd is.

De onderzoekers en opdrachtgever hebben gezamenlijk besloten om de anonimiteit van de instelling te waarborgen door het gebruik van een fictieve naam. Daarnaast zijn alle genoemde personen in het verslag in de vrouwelijke persoon geschreven, omdat het grootste gedeelte van de personeelsleden vrouw is. Om de anonimiteit van De Zonneschijn te vergroten zijn tevens de instellingen van het benchmark onderzoek fictief benoemd. Daarnaast is de naam van de overkoepelde organisatie niet genoemd, maar vermeld als overkoepelde zorgorganisatie.

2 Methode

In dit hoofdstuk is de verantwoording van de gebruikte onderzoeksmethoden uitgewerkt. Hierbij staat beschreven hoe de data zijn verzameld en geanalyseerd. Vervolgens zijn de onderwerpen betrouwbaarheid, validiteit en ethische overwegingen uitgewerkt.

2.1 Type onderzoek

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek aangezien het gericht is op de subjectieve betekenis die de respondenten toekennen aan de onderwerpen rond het kwaliteitshandboek (Verhoeven, 2011). Het voordeel hiervan is dat er waarde wordt gehecht aan de betekenis die de respondenten aan zaken geven. Daarnaast kunnen achterliggende motieven van respondenten beter begrepen worden. Een nadeel van kwalitatief onderzoek is echter dat er geen harde cijfers beschikbaar zijn ter onderbouwing. Daarbij is het onderzoek moeilijk te herhalen onder precies dezelfde omstandigheden (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009).

2.1.1 Praktijkonderzoek en benchmark onderzoek

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van praktijkonderzoek en benchmark onderzoek. Praktijkonderzoek is een vorm van onderzoek waarbij de onderzoeksvraag direct voortkomt uit de praktijk (Harinck, 2007). Deze vorm van onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan de verandering van een bestaande praktijksituatie (Verschuren & Doorewaard, 2007). Praktijkonderzoek is gebonden aan context, cultuur en tijd. Hiermee is de geldigheid van het onderzoek beperkt. Daarentegen is er wel een duidelijke relevantie voor de betreffende partijen in de praktijk (Harinck, 2007). Benchmark onderzoek is het systematisch vergelijken van prestaties van verschillende organisaties op hun overeenkomende diensten, processen of werkwijzen, op basis van vooraf bepaalde indicatoren (In Ten Tije, Pieterse, Van Dijk, & Jansen, 2010). Dit heeft als doel dat organisaties hun activiteiten kunnen verbeteren door van en met elkaar te leren. Bij benchmark onderzoek wordt de best presterende organisatie in de omgeving als voorbeeld of streefnorm genomen (Hunnink, et al., 2000).

2.1.2 Literatuurstudie

Ter voorbereiding op het praktijkonderzoek en benchmark onderzoek is literatuurstudie uitgevoerd. Hiermee werd antwoord gegeven op de eerste twee deelvragen van dit onderzoek.

Binnen de literatuurstudie is gezocht naar primaire en grijze literatuur. De primaire literatuur is de literatuur waarin een onderwerp voor het eerst wordt behandeld, zoals de uitkomsten van onderzoeken. Grijze literatuur zijn boeken, rapporten en verslagen die niet in gangbare boekcollecties zijn opgenomen (Verhoeven, 2011). Hierbij kan gedacht worden aan de beleidsstukken die in de literatuurstudie verwerkt zijn.

De gevonden literatuur bestond uit wetenschappelijke onderzoeken, landelijke richtlijnen, artikelen uit vaktijdschriften, websites en boeken. Tijdens het verzamelen van deze literatuur is gebruik gemaakt van de zoekmachines Google en Google Scholar, de kennisbanken Pubmed, HBO-voorsprong en HBO-kennisbank en de mediatheek catalogus. Hierbij werd gebruik gemaakt van diverse zoektermen, waaronder: kwaliteitshandboek, kwaliteit van zorg, kwaliteitsmanagementsysteem en implementatie kwaliteitsmanagementsysteem. Deze termen werden in het Engels vertaald en gebruikt voor het zoeken naar internationale literatuur.

Voorbeelden van zoektermen zijn: quality management system, management system, quality manual in healthcare. Aanvankelijk werden zoektermen gebruikt die te weinig resultaat opleverden. Door gebruik te maken van het zogenaamde sneeuwbal effect werd meer literatuur gevonden (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Hierbij werden door de literatuurlijst van verschillende artikelen nieuwe publicaties gevonden. Op deze manier konden ook de zoektermen gespecificeerd worden.

Het zoeken naar literatuur over kwaliteitshandboeken binnen de verpleeghuissetting bleek weinig resultaat op te leveren. Daarom is gekozen om te zoeken naar literatuur binnen een bredere setting, namelijk binnen de gehele gezondheidszorg. Bij het selecteren van literatuur werd gelet op de actualiteit hiervan. Er is zoveel mogelijk een tijdslimiet van tien jaar aangehouden. Omdat dit tot weinig resultaat leidde, zijn enkele oudere bronnen verwerkt. Hierbij is extra aandacht besteed aan de relevantie van deze bronnen.

Tijdens de literatuurstudie werd een vergelijking gelegd tussen zeven verschillende bronnen die een indeling voor een kwaliteitshandboek gaven. Na zeven bronnen werd het verzadigingspunt bereikt en werd geen nieuwe informatie meer gevonden (Verhoeven, 2011). Door deze zeven bronnen te vergelijken en te combineren is een indeling voor een kwaliteitshandboek opgesteld. Vervolgens is deze indeling vergeleken met de indeling van het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn.

2.2 Onderzoekspopulatie

Als een afgebakende groep in een onderzoek is betrokken, wordt gesproken van een populatie (Verhoeven, 2011). Binnen dit onderzoek was sprake van twee verschillende populaties, namelijk binnen het praktijkonderzoek en binnen het benchmark onderzoek. Hieronder zijn de verschillende populaties beschreven.

2.2.1 Praktijkonderzoek

Het praktijkonderzoek vond plaats binnen De Zonneschijn. Dit is een kleinschalige instelling waar vijftien bewoners verblijven met psychogeriatrische en somatische aandoeningen. De medewerkers van De Zonneschijn vormden de populatie binnen dit onderzoek, waarbij gebruik werd gemaakt van onderstaande inclusie- en exclusiecriteria (Migchelbrink, 2013).

Inclusiecriteria:

- De respondent is per november 2013 werkzaam binnen De Zonneschijn.
- De respondent is werkzaam in de functie van verpleegkundige, verzorgende-IG of in opleiding tot verzorgende-IG.

Exclusiecriteria:

- Medewerkers die binnen De Zonneschijn werkzaam zijn in de functie van helpende, activiteitenbegeleider of huishoudelijk medewerker.

Voor deze inclusie- en exclusiecriteria werd gekozen omdat het werken met een kwaliteitshandboek alleen binnen de beroepsprofielen van de verpleegkundigen (V&V 2020, 2012) en verzorgenden (Movisie, 2012) valt.

In de onderstaande tabel is een overzicht gegeven van het aantal medewerkers binnen de verschillende functies die bestaan in De Zonneschijn.

| Functie | Aantal medewerkers werkzaam | Onderzoekspopulatie |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Verpleegkundige (HBO) | 2 | X |
| Verzorgende-IG | 3 | X |
| Verzorgende-IG (in opleiding BBL) | 2 | X |
| Helpende | 6 | |
| Activiteitenbegeleiding | 6 | |
| Huishouding | 5 | |
| Totaal aantal medewerkers | 24 | |

Figuur 1 Medewerkers binnen De Zonneschijn per november 2013

Binnen de populatie van zeven personen zijn zes vrouwen en één man werkzaam. De leeftijd varieert van 19 tot 35 jaar, waarbij de gemiddelde leeftijd op begin 20 ligt.

2.2.2 Benchmark onderzoek

Op basis van theoretische overwegingen werd een gerichte steekproef genomen uit verschillende vergelijkbare instelling (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Voor het benchmark onderzoek zijn een drietal instellingen geselecteerd, namelijk woonzorgcentrum Samen Sterk, De Regenboog en De Kievit. De onderstaande inclusie- en exclusiecriteria zijn gehanteerd bij de selectie van deze instellingen.

Inclusiecriteria:

- De instelling is in het bezit van een kwaliteitshandboek.
- De instelling is verder gevorderd met de ontwikkeling en implementatie van het kwaliteitshandboek dan De Zonneschijn.
- De instelling is kleinschalig en maakt deel uit van dezelfde koepelorganisatie als De Zonneschijn.

Exclusiecriteria:

- Grootschalige instellingen.
- Instellingen die geen deel uit maken van dezelfde koepelorganisatie als De Zonneschijn
- Instellingen die niet in bezit van een kwaliteitshandboek zijn of minder ver zijn met de ontwikkeling en implementatie hiervan dan De Zonneschijn.

De drie geselecteerde instellingen zijn gekozen aangezien de opdrachtgever vermoedde dat deze instellingen verder waren met de ontwikkeling van het kwaliteitshandboek. Voorafgaand aan de interviews werd deze informatie door de onderzoekers telefonisch bevestigd. De overkoepelende zorgorganisatie werkt samen met vijfentwintig kleinschalige zorgpartners. Deze zorgpartners sluiten zich, volgens de website van de overkoepelende organisatie, bij hen aan om de wet- en regelgeving bij te houden of om bijvoorbeeld een kwaliteitssysteem te implementeren. Deze website wordt niet vermeld wegens de anonimiteit.

2.3 Dataverzameling

Er is gekozen voor interviews omdat deze methode van dataverzameling iets zegt over de opinies, gevoelens, gedachten of kennis die iemand heeft (Baarda & De Goede, 2006). De interviews zijn gehouden op semigestructureerde wijze (Verhoeven, 2011). Het voordeel van semigestructureerde interviews is dat de onderwerpen en belangrijkste vragen vastliggen, maar dat er tegelijk ruimte is voor doorvragen op de eigen inbreng van de respondent (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Hierbij is het mogelijk om af te wijken van de vraagvolgorde of formulering. Deze manier van interviewen vraagt om een ruime voorbereidingstijd. Voorafgaand aan de interviews is een topiclijst opgesteld op basis van de literatuurstudie.

2.3.1 Praktijkonderzoek

De semigestructureerde interviews binnen het praktijkonderzoek brachten in kaart welke kennis de verpleging en verzorging heeft over het kwaliteitshandboek, hoe dit in de praktijk wordt gebruikt en welke wensen het personeel heeft voor het werken met een kwaliteitshandboek. Voorafgaand aan de interviews stelden de onderzoekers een definitie van het kwaliteitshandboek op. Deze werd gegeven wanneer bleek dat de respondenten geen kennis hadden over het handboek. De definitie was als volgt: 'Een kwaliteitshandboek is een verzameling van informatie binnen De Zonneschijn die nuttig zijn voor de medewerkers. Denk hierbij aan het beleid van De Zonneschijn en de werkwijze, middelen, procedures en protocollen die gelden binnen de instelling'. Het afnemen van de interviews vond plaats gedurende een periode van twee weken in november 2013. De interviews werden door drie verschillende onderzoekers afzonderlijk van elkaar afgenomen en duurden gemiddeld vijftien minuten. De topiclijst zorgde dat in ieder interview dezelfde vragen gesteld werden. Hierdoor kwamen de belangrijkste onderdelen in ieder interview naar voren komen (Verhoeven, 2011). De topiclijst is in bijlage 5 te vinden. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd.

2.3.2 Benchmark onderzoek

Binnen het benchmark onderzoek zijn interviews gehouden met leidinggevenden van vergelijkbare instellingen als De Zonneschijn. In deze interviews is gevraagd hoe de leidinggevenden omgaan met het kwaliteitshandboek, hoe ze medewerkers hierbij betrekken en welke adviezen ze hebben voor De Zonneschijn. De interviews vonden plaats door middel van groepsinterviews en duurden gemiddeld drie kwartier. Bij ieder gesprek waren drie interviewers aanwezig en één of twee respondenten, de leidinggevende en eventueel een kwaliteitsmedewerker. Een voordeel van een groepsinterview is dat antwoorden van andere deelnemers inspirerend kunnen zijn voor zowel de respondenten als de interviewers. Hiertegenover staat het risico dat deelnemers zich kunnen laten beïnvloeden door andere deelnemers (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Bij elk benchmark interview is een hoofdinterviewer aangesteld. Hierdoor werd voorkomen dat verwarring ontstond tijdens het gesprek. De twee andere onderzoekers vulden aan waar nodig. Ook werd, indien mogelijk, het kwaliteitshandboek van de betreffende instelling bekeken en vergeleken met het handboek van De Zonneschijn.

2.4 Data-analyse

In deze paragraaf staat beschreven op welke wijze de verzamelde data uit het praktijkonderzoek en het benchmark onderzoek geanalyseerd is.

2.4.1 Praktijkonderzoek

Het analyseren van de interviews binnen De Zonneschijn is uitgevoerd door de onderzoekers die niet bij het interview aanwezig waren. Hierbij werd de data door twee onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd en vervolgens met elkaar vergeleken. Hiermee is onbewuste interpretatie zo veel mogelijk vermeden (Verhoeven, 2011).

De analyse van de data is uitgevoerd aan de hand van het stappenplan van Baarda, De Goede en Teunissen (2009). Het eerste interview dat geanalyseerd werd, kon als 'rijk' worden bestempeld. Ter voorbereiding op de data-analyse werd de getranscribeerde tekst doorgelezen, waarbij de niet relevante tekstfragmenten geschrapt zijn. Tijdens het analyseren van de data werd gebruik gemaakt van 'open coderen' (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Hierbij wordt de data gereduceerd tot een verzameling codes. In de volgende fase werd het onderzoeksmateriaal door middel van 'axiaal coderen' geordend en teruggebracht tot kernthema's (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Bij het analyseren van de daarop volgende interviews was het mogelijks om nieuwe codes te formuleren. Het labelschema werd in dat geval aangepast.

2.4.2 Benchmark onderzoek

Gedurende het analyseren van de verkregen data uit het benchmark onderzoek is, net als bij het praktijkonderzoek, gebruik gemaakt van het stappenplan van Baarda, De Goede en Teunissen (2009). De interviews zijn geanalyseerd door de twee onderzoekers die niet de functie hadden van hoofdinterviewer. Ook hierbij is de data door de twee onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd en vervolgens met elkaar vergeleken.

Binnen de vergelijking van het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn met de handboeken van de vergelijkbare instellingen, is gekeken naar opvallende overeenkomsten en verschillen. Deze vergelijking had als doel om het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn te verbeteren. De inhoud van deze kwaliteitshandboeken mocht, in overleg met de instellingen, echter niet letterlijk worden overgenomen.

2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Onderzoek moet voldoen aan een aantal kwaliteitseisen in de vorm van bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2009). Bij kwalitatief onderzoek wordt in deze context ook wel gesproken over geloofwaardigheid en transparantie. Met het begrip 'betrouwbaarheid' wordt aangegeven of het onderzoek vrij is van toevallige fouten (Verhoeven, 2011). Met 'validiteit' wordt aangegeven of het onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2011). Een onderzoek is valide als het meetinstrument meet wat de onderzoeker wil weten (Hunnink, et al., 2000). In dit afstudeeronderzoek is de betrouwbaarheid en validiteit op de volgende manieren vergroot:

Betrouwbaarheid

- Er werd tijdens alle interviews gebruik gemaakt van dezelfde topiclijst, waardoor zo veel mogelijk dezelfde vragen zijn gesteld. Dit wordt standaardisering genoemd (Verhoeven,

2011). Door één lijn in de interviews te creëren is vertekening in de verkregen antwoorden voorkomen.

- Doordat alle verpleegkundigen en verzorgenden van De Zonneschijn zijn geïnterviewd is een compleet beeld van de instelling gegeven. Omdat het onderzoek gaat over een specifiek thema van één instelling, zijn de uitkomsten van de interviews niet te generaliseren naar andere instellingen.
- Bij het houden van interviews is de kans aanwezig dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven. De onderzoekers hebben dit beperkt door op de verkregen antwoorden zo min mogelijk instemming of afkeuring te laten blijken.
- Aan het begin van ieder interview werd het gesprek kort ingeleid, wat ervoor zorgde dat de respondenten op hun gemak gesteld werden en open durfden te zijn.
- De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder en vervolgens woordelijk getranscribeerd.
- Het transcriberen en coderen van de interviews werd door de onderzoeker uitgevoerd die niet bij het interview aanwezig was. De twee onderzoekers codeerden afzonderlijk van elkaar waarna dit werd vergeleken. Hierdoor is de onbewuste interpretatie van het interview verminderd, waardoor de objectiviteit werd vergroot.
- Bij de eerste coderingen is controle en feedback van een docent en een collega gevraagd.

Validiteit

- De topiclijst voor de interviews werd gecontroleerd door twee docenten en een collega.
- Doordat er enkel zeven verpleegkundigen en verzorgenden binnen De Zonneschijn werkzaam zijn, is gekozen om geen proefinterview op locatie te houden. Op deze manier konden alle interviews gebruikt worden voor analyse.
- Door de interviews anoniem af te nemen werd voorkomen dat de respondenten zich belemmerd zouden voelen in het geven van hun mening en ervaringen.
- De onderzoekers waren wekelijks in de instelling aanwezig. Deze aanwezigheid gaf de onderzoekers een goed beeld van de instelling en de respondenten. Hierdoor werd gezorgd voor een betere aansluiting van de interviewvragen en de aanbevelingen.

2.6 Ethische overwegingen

2.6.1 Bruikbaarheid

Dit onderzoek is bruikbaar voor De Zonneschijn omdat de resultaten een beeld geven van de huidige situatie binnen de instelling rondom het kwaliteitshandboek. Ook zijn concrete aanbevelingen opgesteld om het handboek te ontwikkelen, te implementeren en te gebruiken. Aangezien het praktijkonderzoek specifiek gericht is op De Zonneschijn, is het onderzoek niet geheel bruikbaar voor andere instellingen. Wel kunnen de literatuurstudie en aanbevelingen nuttig zijn voor andere instellingen.

2.6.2 Anonimiteit

Om de privacy van de respondenten binnen dit onderzoek te waarborgen zijn alle interviews anoniem verwerkt. Anonimiseren wil zeggen dat er geen naam en geen typische persoonskenmerken van de respondent genoemd worden in het onderzoeksverslag (Baarda & De Goede, 2006). Binnen dit onderzoek zijn gegevens als leeftijd, opleidingsniveau en werkervaring wel gevraagd, maar niet verwerkt in het onderzoeksverslag. Wanneer bleek dat deze gegevens toch relevant waren voor het

onderzoek, werden ze op zodanige wijze vermeld dat de identiteit van de betreffende persoon niet herleid kon worden. Juist omdat De Zonneschijn een kleine instelling is met twee verpleegkundigen en vijf verzorgden zouden deze kenmerken makkelijk een identiteit kunnen verhullen, daarom is er zorgvuldig met de gegevens omgegaan. Na afloop van dit onderzoek zijn de opnames van de interviews vernietigd.

Anonimiseren is tevens toepast bij de naam van de instelling waar dit onderzoek plaats vond. Deze instelling heeft de fictieve naam De Zonneschijn gekregen. Hiervoor is gekozen omdat de instelling vertrouwelijke gegevens heeft verstrekt aan de onderzoekers. De onderzoekers respecteren dit en wilden door anonimiteit de openheid gedurende het onderzoek behouden. Tevens kregen de benchmark instellingen een fictieve naam, namelijk zorgcentrum De Regenboog, zorgcentrum Samen Sterk en zorgcentrum De Kievit. Hiervoor werd gekozen omdat het noemen van deze vergelijkbare instelling de identiteit van de onderzoeksinstelling zou weergeven. Ook werden mogelijk vertrouwelijke gegevens van deze instellingen niet herkenbaar genoemd. Om de anonimiteit te vergroten zijn alle genoemde personen in dit verslag in de vrouwelijke vorm geschreven. Daarnaast is de overkoepelende zorgorganisatie niet bij naam genoemd.

3 Literatuurstudie

In dit hoofdstuk is door middel van literatuurstudie antwoord gegeven op de vragen: ‘Wat zegt de literatuur over het werken met een kwaliteitshandboek binnen een kleinschalig woonzorgcentrum?’ en ‘Hoe verhoudt het huidige kwaliteitshandboek van De Zonneschijn zich met de richtlijnen vanuit de literatuur voor een kwaliteitshandboek?’. Het onderwerp is beschreven op macro-, meso- en microniveau.

3.1 Kwaliteit van zorg

Binnen de gezondheidszorg worden verschillende definities gebruikt om kwaliteit van zorg te definiëren. Een internationaal gebruikte omschrijving is: ‘doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results’ (AHRQ, 2005, p. 3). Binnen kwaliteit van zorg worden de volgende domeinen onderscheiden: efficiëntie, effectiviteit, veiligheid, tijdigheid, doelgroepgerichtheid en toegankelijkheid (De Koning & Hoeijmakers, 2007). De visie op deze domeinen is afhankelijk van het perspectief van waaruit gekeken wordt. Een cliënt kan andere domeinen belangrijk vinden dan een zorgverzekeraar (Busch & Bovendeur, 2008). De cliënt vormt echter wel het uitgangspunt bij het definiëren van kwaliteit van zorg (Rubrech & Stuyling De Lange, 2010). In het beroepsprofiel voor de verpleegkundige wordt duidelijk dat het zorgdragen voor kwaliteit een competentie is binnen het werk van de verpleegkundige. Het is haar taak om binnen de geldende wet- en regelgeving kritisch te kijken naar de zorgverlening en gericht te zijn op kwaliteitsverbetering (V&V 2020, 2012).

De wet die in Nederland de kwaliteit van zorg reguleert is de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Rijksoverheid, 2013). Deze wet richt zich op het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit binnen zorginstellingen. In deze wet worden eisen genoemd waar zorginstellingen aan moeten voldoen, namelijk het bieden van verantwoorde zorg, het hebben van een kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem en het aanbieden van een jaarverslag. Een zorginstelling dient zich te houden aan deze wet en moet hierover verantwoording afleggen aan de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). De Kwaliteitswet Zorginstellingen bepaalt dat sancties opgelegd kunnen worden wanneer een zorginstelling niet voldoet aan de Kwaliteitswet.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft op het gebied van de langdurige zorg drie uitgangspunten voor 2013 opgesteld. Het gaat hierbij om het bieden van zorg dichtbij huis, een verbetering van de kwaliteit en een goede waardering van de zorg en het afremmen van de uitgaven. Op het gebied van kwaliteit van zorg wordt onder andere genoemd dat de taakherschikking in de zorg een belangrijk thema blijft en dat de werkwijze van de IGZ verbeterd moet worden (Ministerie van VWS, 2012).

3.2 Professionele standaarden

In de zorg wordt gebruik gemaakt van professionele standaarden. Dit zijn richtlijnen, modules, standaarden of beschrijvingen die betrekking hebben op het zorgproces en vastleggen wat nodig is om goede zorg te verlenen (Ministerie van VWS, 2013). De primaire verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van professionele standaarden ligt bij professionals in het veld. Het Ministerie voor VWS heeft een meer ondersteunende functie, welke vorm krijgt in de financiering en opzet van projecten (ZonMw, 2013).

Professionele standaarden zijn een onderdeel van een kwaliteitshandboek van een zorginstelling (Dejaeger, 2009). Op deze manier vormen ze een hulpmiddel op de werkvloer. De standaarden hebben tot doel meer eenheid te verkrijgen in handelen, de zorg te laten aansluiten op actuele evidence-based informatie en de kwaliteit van zorg te vergroten (Coördinatieplatform zorgstandaarden, 2012). Ook stimuleren deze standaarden de taakverdeling en communicatie tussen de medewerkers en wordt onnodig en tijd verspillend overleg voorkomen. Het gebruik van professionele standaarden moet echter niet leiden tot een automatisme en verstarring van handelen (Schoemaker & Albersnagel-Thijssen, 2003).

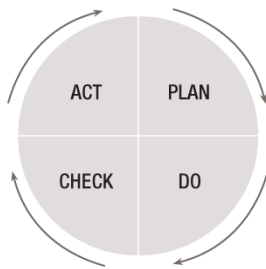
Om goede zorg te meten en te leveren is het Kwaliteitsdocument 2013 opgesteld door de IGZ, LOC zeggenschap in zorg¹ en Zorgverzekeraars Nederland (2013). In dit document voor de verpleging, verzorging en zorg thuis wordt ingegaan op de normen van goede zorg. Om kwaliteit van zorg te kunnen meten zijn indicatoren opgesteld. Dit zijn meetbare aspecten van de zorgverlening die een signalerende functie hebben met betrekking tot de kwaliteit van de betreffende zorg en zorgverlener (Busch & Bovendeur, 2008). Indicatoren kunnen in drie soorten worden onderverdeeld, namelijk structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. De uitkomstindicatoren zijn het belangrijkste voor de transparantie in de zorg, omdat deze het effect van de geleverde zorg aangeven (Schellekens, 2012). Niet alle indicatoren kunnen op eenzelfde manier worden gemeten. Binnen het Kwaliteitsdocument worden twee manieren van meten aangehouden (IGZ, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg, 2013). De CQ-meting geeft aan wat cliënten van de geboden zorg vinden en de ZI-meting meet de zorginhoudelijke indicatoren. Deze twee metingen vullen elkaar aan en geven samen een beeld van de kwaliteit van zorg. Minimaal één keer per twee jaar dient de CQ-index te worden gemeten door een onafhankelijk bureau met een vastgestelde vragenlijst. De ZI-meting is jaarlijks verplicht voor de zorgorganisatie om af te nemen. Hiervoor levert de zorgorganisatie zelf gegevens aan door een set registratievragen in te vullen. Een overzicht van de zorginhoudelijke indicatoren is te vinden in bijlage 1.

3.3 Kwaliteitszorg binnen zorginstellingen

De concrete toepassing van werken aan kwaliteit krijgt vorm binnen zorginstellingen zelf. Dit wordt ook wel kwaliteitszorg genoemd, namelijk de activiteiten en beslissingen om het kwaliteitsniveau te bereiken (De Bekker, Borgesius, Eliens, Kooij, & Schouten, 2004).

Het werken aan kwaliteitszorg is een cyclisch proces van kwaliteitsverbetering dat niet alleen plaatsvindt op managementniveau van een instelling, maar ook een taak is van het personeel zelf. Een model om dit inzichtelijk te maken is de 'PDCA-cirkel' van Deming (BTSG, 2013). Figuur 1 beschrijft het proces van kwaliteitsverbetering aan de hand van de aspecten: plan, do, check en act. De cirkel beschrijft niet alleen het uitvoerende deel van een verbeteractie, maar ook de controle hierop en de bijsturing hiervan. De 'PDCA-cirkel' wordt gebruikt als controlemiddel om de kwaliteit van veranderingen in een organisatie te bewaken en kan op die manier leiden tot continue verbetering van de kwaliteit (Sluijs, Keijser, & Wagner, 2006). In de praktijk blijkt echter dat instellingen de PDCA-cyclus onvoldoende doorlopen doordat te weinig wordt nagegaan of de invoering van protocollen en procedures ook leidt tot het gewenste resultaat (Sluijs, Keijser, & Wagner, 2006).

¹ Landelijke cliëntenorganisatie binnen de gezondheidszorg



Figuur 2 PDCA-cirkel (KH Leuven, 2012)

Om kwaliteitszorg vorm te geven wordt gebruik gemaakt van een kwaliteitsbeleid en een kwaliteitssysteem. In een kwaliteitsbeleid worden de kwaliteitsdoelstellingen van de organisatie vastgesteld en de middelen om dit te bereiken (Bakker & Meertens, 2010). Het geeft aan waar de organisatie voor staat en waar de organisatie naartoe wil op het gebied van kwaliteit. Een kwaliteitssysteem is een middel om het kwaliteitsbeleid vorm te geven. In het kwaliteitssysteem wordt duidelijk hoe kwaliteit van zorg wordt bereikt, bewaakt en verbeterd. Het systeem wordt omschreven als een organisatorische structuur, waarbij onder andere de verantwoordelijkheden, procedures en processen binnen de organisatie uitgewerkt zijn (Bakker & Meertens, 2010). Verschillende bronnen geven echter uiteenlopende indelingen voor het inrichten van een kwaliteitssysteem. Rubrech en Stuyling de Lange (2010, p. 15) geven aan dat het hierbij gaat om: “zeggen wat je doet, doen wat je hebt gezegd en aantonen dat je doet wat je zegt”. Om een effectief kwaliteitssysteem in te zetten is continue ontwikkeling en verbetering nodig. Op deze manier worden preventieve activiteiten op het gebied van kwaliteit gestimuleerd en wordt voorkomen dat instellingen pas verbeteren wanneer er incidenten zijn geweest of de inspectie hen erop wijst (AHCA, 2009).

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om een kwaliteitssysteem concreet vorm te geven binnen een instelling. Voorbeelden hiervan zijn de ISO 9001, de HKZ en MIK-V. Deze systemen geven een min of meer concrete inrichting voor het opzetten van een kwaliteitssysteem. Zorginstellingen kunnen ervoor kiezen om een dergelijk model toe te passen. Ook kan een instelling een certificering aanvragen. Er wordt dan gekeken in hoeverre het model op de juiste manier wordt toegepast. Op die manier wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd (Visserman, Gommers, & Blaauwbroek, 2005).

Ahaus en Broekhuis (2007) brachten in kaart of diverse kwaliteitsmodellen effect hadden op de kwaliteit van zorg. Uit dit onderzoek blijkt dat er relatief weinig bewijs is dat het gebruik van kwaliteitsmodellen leidt tot betere uitkomsten in de zorg. Wel wordt aangegeven dat het werken met een kwaliteitsmodel het gesprek over kwaliteitsthema's bevordert.

3.4 Onderzoek naar kwaliteitssystemen

Uit een internationale studie in 2013 blijkt dat er momenteel geen goed vastgesteld meetinstrument is om de implementatie en effectiviteit van kwaliteitsmanagementsystemen binnen ziekenhuizen te beoordelen (Groene, Botje, Sunol, Lopez, & Wagner, 2013). Aanbevolen wordt om verder onderzoek te doen. Ahaus (2008) geeft aan dat het opmerkelijk is dat er zo weinig evidence-based onderzoek is verricht naar kwaliteitsmanagement, terwijl er een groot maatschappelijk belang aan vastzit. Ahaus geeft tevens aan dat het onderzoeken van kwaliteitssystemen complex is en allerlei factoren meegewogen moeten worden. Binnen de langdurige zorg is kwaliteitsmanagement nog maar net in opkomst (Nies, et al., 2010). In één van de weinige onderzoeken over kwaliteitssystemen binnen

verpleeghuizen wordt geconcludeerd dat er teveel variabelen meespelen bij het meten van kwaliteit (Wagner, Van der Wal, Groenewegen, & De Bakker, 2001). Hierdoor kan niet bevestigd worden dat de zorgresultaten uitsluitend een gevolg zijn van het ingevoerde kwaliteitssysteem. Wel wordt in deze studie bewijs gevonden dat de activiteiten binnen een instelling, die direct te maken hebben met de bekwaamheid van het personeel, de uitkomsten van de zorg kunnen beïnvloeden.

Uit onderzoek van Singels, Ruël en Van de Water (In Ahaus, 2008) kwam naar voren dat bedrijven die vanuit een interne motivatie hun kwaliteitssysteem hadden opgezet, betere prestaties leverden dan de bedrijven die vanuit externe motivatie invulling gaven aan dit systeem.

Een onderzoek naar de stand van zaken in 2005 rondom kwaliteitssystemen in zorginstellingen binnen Nederland, laat zien dat minder dan 10% van de zorginstellingen in de sector verpleging en verzorging een gecertificeerd kwaliteitssysteem had ingevoerd (Sluijs, Keijser, & Wagner, 2006). Deze ontwikkeling is wel in opkomst. Een meerderheid van de zorginstellingen werkt aan certificatie van het kwaliteitssysteem. Hierbij noemen veel instellingen als motivatie de eisen van zorgverzekeraars. Positieve ervaringen met het kwaliteitssysteem zijn een verhoging van de cliënttevredenheid en de duidelijkheid over de gang van zaken binnen de instelling. Als negatieve ervaringen worden de toegenomen werkdruk en een de toename van regels en procedures genoemd. Tegenover deze negatieve ervaringen staat een betere bewaking, toetsing, evaluatie en actualisering van deze regels en procedures.

Schoep (2008) geeft aan dat veel instellingen worstelen met het spanningsveld tussen managementsystemen en de persoonlijke kwaliteit van medewerkers. In sommige instellingen helpt een managementsysteem om inzicht te krijgen in de processen. In andere instellingen wordt het systeem echter als beklemmend ervaren, waarbij het vertrouwen in de kwaliteiten van het personeel afneemt. Schoep geeft aan dat het belangrijk is dat het systeem door het personeel wordt 'gedragen' en daarmee kan leiden tot 'levende kwaliteit'. Het systeem en afvinklijsten mogen volgens hem niet dominant worden (Schoep, 2008).

Ook Ahaus (2008) geeft aan dat kwaliteitssystemen positieve elementen bevatten, maar zegt dat dit gecombineerd dient te worden met het niet meetbare, zoals interactie en een goede attitude. Het gaat bij dit laatste volgens Ahaus om kwaliteit die de gevoelige snaar raakt.

3.5 Het kwaliteitshandboek

Het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitssysteem van de instelling worden vastgesteld en beschreven in een kwaliteitshandboek (Brandt & Slembrouck, 2000). Dit komt aan de orde bij de derde stap van het invoeren van een kwaliteitssysteem (Jorissen, 2007). Het doel van dit kwaliteitshandboek is om informatie over de instelling en diens werkwijze vast te leggen en om deze informatie inzichtelijk te maken (Otten, 1995). Een kwaliteitshandboek heeft zowel een interne als een externe functie. De interne functie houdt in dat medewerkers geïnformeerd kunnen worden over het beleid rondom kwaliteit, de doelstellingen, de werkwijze en de hiervoor gebruikte middelen. De externe functie richt zich op de verantwoording en toetsbaarheid van het kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem in de instelling en wordt bijvoorbeeld gebruikt bij inspectie van de instelling (Polderman & Sirre, 2005). Uit onderzoek blijkt dat in 2005 47% van de instellingen binnen de sector verpleging en verzorging in het bezit is van een kwaliteitshandboek (Sluijs, Keijser, & Wagner, 2006).

In Nederland bestaat geen wettelijk vastgelegde indeling voor een kwaliteitshandboek. In deze literatuurstudie zijn zeven bronnen met elkaar vergeleken die een mogelijke indeling geven voor een

kwaliteitshandboek. Een overzicht van deze bronnen is gegeven in bijlage 2. Uit de vergelijking zijn de volgende overeenkomstige onderwerpen naar voren gekomen: kwaliteitsbeleid, planning van kwaliteitsdoelstellingen, organisatiestructuur, beschrijving van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, aanstelling van een verantwoordelijke voor kwaliteit, manieren om kwaliteit en het kwaliteitshandboek te blijven verbeteren en procedures. Ook werden er verschillende specifieke procedures genoemd. Deze kunnen volgens Rubrech en Stuyling de Lange (2010) worden onderverdeeld in managementprocessen, ondersteunende processen en primaire processen. De procedures verschillen echter per instelling en worden daarom niet apart benoemd. Twee minder vaak genoemde onderdelen kunnen, naar inzicht van de onderzoekers, wel een toevoeging vormen op het kwaliteitshandboek. Het gaat hierbij om een algemene inleiding met de structuur en het doel van het kwaliteitshandboek en protocollen en werkinstructies. Deze laatste werden door Dejaeger (2009) benoemd als zorgpaden en richtlijnen.

Twee van de zeven bronnen bleken niet geheel toepasbaar binnen dit onderzoek. Schoep (2008) gebruikte in zijn indeling termen die niet beschreven werden, waardoor het niet duidelijk was wat de schrijver met deze termen bedoelde. Een Amerikaanse bron (Berte, et al., 2004) gaf een aanvulling op de verschillende procedures die in een kwaliteitshandboek beschreven kunnen worden. Doordat de bron echter geschreven is in het buitenland, is deze moeilijk toepasbaar binnen de Nederlandse context. De onderdelen binnen de indelingen van Visserman, Gommers en Blaauwbroek (2005) en Jorissen (2007) vormden geen gestructureerde indeling aangezien alleen losse onderwerpen werden genoemd.

De overige drie bronnen gaven een gestructureerde indeling van het kwaliteitshandboek. Gekozen is om de indeling van Dejaeger (2009) als richtlijn te gebruiken bij het opstellen van een indeling. Deze indeling was breed genoeg om de verschillende onderwerpen binnen een kwaliteitshandboek, die uit de vergelijking naar voren kwamen, te dekken. Ook sluit deze bron aan bij de doelgroep van de onderzoekinstelling aangezien de bron geschreven is voor de geriatrische zorg. Dit in tegenstelling tot de indeling van Brandt en Slembrouck (2000) die geschreven is voor het leveren van kwaliteitszorg aan personen met een handicap. De conclusie van de vergelijking is schematisch weergegeven in bijlage 4.

Het digitale kwaliteitshandboek van De Zonneschijn is vergeleken met richtlijnen uit de literatuur. In bijlage 3 is de indeling van het huidige handboek van de instelling beschreven. In deze indeling valt op dat verschillende hoofdstukken van het kwaliteitshandboek wel vermeld zijn, maar niet geconcretiseerd. De onderdelen die wel geconcretiseerd zijn bestaan uit diverse reglementen, formulieren en beschrijvingen. De protocollen kunnen gevonden worden via een internetlink naar de landelijke protocollen van Vilans. Het onderwerp 'scholing' vormt een hoofdstuk binnen het handboek van De Zonneschijn. Hierin wordt de werkwijze rondom dit onderwerp beschreven. Tevens is het mogelijk om een melding in te voeren ter verbetering.

Van de genoemde overeenkomsten binnen de vergelijking in de literatuur zijn slechts een aantal procedures terug te vinden in het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn. Opvallend is dat er wel een beperkt aantal praktijkgerichte beschrijvingen en instructies te vinden zijn in het handboek, maar dat de overstijgende en organisatorische aspecten zoals een kwaliteitsbeleid en verantwoordelijkheden niet worden beschreven.

3.6 De implementatie van een kwaliteitssysteem

Het invoeren van een kwaliteitssysteem bestaat uit vier fasen (Jorissen, 2007). De eerste fase omvat het plan om een kwaliteitssysteem in te voeren. Hierbij moet de directie betrokken zijn en de eindverantwoordelijkheid nemen. Ook wordt de huidige situatie in de instelling bekeken en een planning gemaakt. In de tweede fase komt de voorbereiding en ontwikkeling van het kwaliteitssysteem aan de orde. In deze fase wordt het management getraind, worden processen binnen de instelling geanalyseerd en wordt een kwaliteitsbeleid en organisatiestructuur ontwikkeld. In de derde fase worden de documenten voor het kwaliteitssysteem opgesteld en vastgelegd in een kwaliteitshandboek. De laatste fase betreft de invoering en evaluatie. Bij de invoering van het systeem wordt het personeel getraind. De evaluatie is gericht op verbetering, waarbij een strategie wordt gebruikt om het kwaliteitssysteem in de toekomst te blijven verbeteren. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van audits.

Bij de invoering of verbetering van het kwaliteitsmanagementsysteem is het van cruciaal belang dat de leidinggevende de verantwoordelijkheid neemt (De Bekker, Borgesius, Eliens, Kooij, & Schouten, 2004). Hierbij wordt goede communicatie als belangrijkste voorwaarde genoemd om veranderingen te laten slagen. Het is mogelijk dat betrokkenen de veranderingen of aanpassingen niet gelijk steunen. Er is dan geen of te weinig draagvlak. Voor deze weerstand kunnen verschillende redenen zijn, zoals het niet inzien van de noodzaak, het niet willen veranderen of het gebrek aan vertrouwen. Weerstand kan verminderd worden door hier vanaf het begin af aan rekening mee te houden en aandacht te hebben voor de oorzaken daarvan (Rubrech & Stuyling de Lange, 2010).

Hiernaast dient een instelling rekening te houden met een aantal valkuilen (Jorissen, 2007). Het invoeren van een kwaliteitssysteem vraagt om bezinning op de huidige werkwijze en aanpassing hiervan, voordat deze wordt vastgelegd. Vanuit de huidige werkwijze kan aan verbetering worden gewerkt. Er worden stappen in de implementatie overgeslagen wanneer meteen wordt begonnen met het opstellen van procedures en werkinstructies.

Daarnaast kan er teveel gesteund worden op externe deskundigen, terwijl de instelling zelf de processen in het kwaliteitssysteem moet ontwikkelen. Ook wordt een kwaliteitssysteem minder doelmatig wanneer het alleen wordt opgezet om een certificaat te behalen.

Binnen een kwaliteitssysteem worden verschillende verantwoordelijkheden onderscheiden. De verantwoordelijkheden voor de directie of leidinggevende en de kwaliteitsmedewerker zijn relevant voor de instelling binnen dit onderzoek.

Het betrekken van alle medewerkers bij het werken aan kwaliteit is de taak van de directie (De Bekker, Borgesius, Eliens, Kooij, & Schouten, 2004). Hierbij is een systematische aanpak van belang. De directie neemt het voortouw bij het opzetten van een kwaliteitsmanagementsysteem en blijft bij de implementatie toegewijd (Hughes, 2008). De verandering van processen hierbij vraagt om ervaren leiderschap. De directie beheert en bestuurt deze processen, de medewerkers zijn de uitvoerders hiervan (Jorissen, 2007). De directie dient de medewerkers te stimuleren, motiveren, scholen en aan te moedigen, zodat zij zich gewaardeerd en betrokken voelen bij kwaliteitsverbeteringen. Communicatie en het delen van informatie met de medewerkers is hierbij doorslaggevend (Hughes, 2008). Een instelling kan een kwaliteitsmedewerker aanstellen die verantwoordelijk is voor het toezicht op het kwaliteitsmanagementsysteem. De precieze invulling van deze verantwoordelijkheden varieert per instelling. De kwaliteitsmedewerker staat in contact met de directie, die de uiteindelijke beslissingen neemt. Van belang is dat de kwaliteitsmedewerker getraind wordt om te werken binnen een kwaliteitsmanagementsysteem (Berte, et al., 2004).

4 Resultaten praktijkonderzoek

Door middel van een praktijkonderzoek en een benchmark onderzoek is antwoord gegeven op de volgende deelvragen:

- Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden van De Zonneschijn ten aanzien van het kwaliteitshandboek en wat is hierin wenselijk?
- Hoe wordt in vergelijkbare instellingen omgegaan met kwaliteitszorg en het kwaliteitshandboek in vergelijking tot De Zonneschijn?

Binnen de beschrijving van de resultaten zijn citaten weergegeven. Deze zijn afkomstig uit de interviews en zijn genummerd met het interviewnummer en regelnummer. Tevens is aangegeven of het citaat afkomstig is van een verzorgende (vz.) of verpleegkundige (vp.).

4.1 Interviews De Zonneschijn

De volgende resultaten zijn afkomstig uit de interviews binnen De Zonneschijn. Hiervoor zijn vijf verzorgenden en twee verpleegkundigen geïnterviewd met betrekking tot hun kennis, ervaring en wensen rond het kwaliteitshandboek. Eén van de verpleegkundigen is tevens de leidinggevende van De Zonneschijn en is bij specifieke beschrijvingen over deze functie apart benoemd.

4.1.1 Kennis over het kwaliteitshandboek

Binnen de interviews met de verzorgenden gaf één verzorgende aan veel kennis te hebben over het kwaliteitshandboek. Dit heeft ze met name opgedaan tijdens haar opleiding en eerdere werkervaring.

‘Dat je daar gewoon echt alle informatie kan vinden die je nodig hebt, protocollen en richtlijnen, eigenlijk wat je als werknemer moet weten voor een organisatie’ (05/37-38/vz.)

De overige vier verzorgenden gaven aan geen of weinig kennis te hebben over een kwaliteitshandboek. Bij de vraag naar de mogelijke inhoud van een kwaliteitshandboek werden door de verzorgenden met name praktijkgerichte inhoud genoemd, zoals protocollen, richtlijnen en werkafspraken. De twee verpleegkundigen van De Zonneschijn gaven aan gemiddeld tot veel kennis over het kwaliteitshandboek te hebben en benoemden als reden hiervan het zelf opstellen van het handboek en de werkervaring bij andere instellingen. Naast de praktijkgerichte inhoud werden hierbij ook een aantal overstijgende onderwerpen genoemd, zoals een beleidsplan en wet- en regelgeving vanuit de overheid.

Twee van de zeven personeelsleden gaven aan het kwaliteitshandboek te kennen vanuit stages. De overige vijf personeelsleden hadden het kwaliteitshandboek niet of niet bewust terug zien komen tijdens hun opleiding.

4.1.2 Meerwaarde van het kwaliteitshandboek

Tijdens de interviews gaven alle verzorgenden en verpleegkundigen aan dat een kwaliteitshandboek een meerwaarde kan vormen. Twee verzorgenden gebruikten hun basiskennis over het kwaliteitshandboek hierbij als uitgangspunt en benoemden de meerwaarde van de praktijkgerichte inhoud. Zes personeelsleden benoemden de mogelijkheid tot opzoeken van informatie als

meerwaarde. Eén verpleegkundige zag dit als kennisverrijking van het team. Ook noemden drie personeelsleden dat een kwaliteitshandboek duidelijkheid kan bieden over de te volgen werkwijzen en afspraken binnen de organisatie. Dit zou volgens één verzorgende leiden tot één lijn binnen de werkwijze van het personeel. Een ander noemde hierbij dat je elkaar kunt wijzen op afspraken. Ook het wegwijs kunnen maken van nieuwe medewerkers was volgens twee verzorgenden een meerwaarde van het kwaliteitshandboek.

'Als je iets niet weet, kan je daarin kijken van 'hoe zit dat hier eigenlijk?' (01/71/vz.)

Drie personeelsleden zagen een meerwaarde in het meer zelfstandig kunnen werken van de verzorgenden. Nu zou de leidinggevende veel zelf regelen en regelmatig vragen van verzorgenden beantwoorden die gebruikelijk in een kwaliteitshandboek zijn terug te vinden.

*'Weetje, ik loop zo makkelijk naar *naam leidinggevende* met iets' (01/111-112/vz.)*

De leidinggevende bevestigde deze functie van 'vraagbaak' en ervaart dit als onprettig. Hierin zou volgens de leidinggevende verandering kunnen komen door het inzichtelijk en toegankelijk maken van het kwaliteitshandboek. Rondom dit onderwerp gaven twee personeelsleden aan dat het kwaliteitshandboek een naslagwerk kan vormen wanneer de leidinggevende niet aanwezig is.

Door één verpleegkundige werd de vereenvoudiging bij opslag, standaardisering en bijwerking van documenten en formulieren benoemd als een meerwaarde. Dit is met name handig bij de uitvoering van taken door de Eerste Verantwoordelijke Zorgverlener (EVZ-taken). Bij één verpleegkundige kwam naar voren dat het kwaliteitshandboek een handleiding kan zijn voor het management om het proces in goede banen te leiden en dat het handboek de werkwijze inzichtelijk maakt voor anderen, zoals voor de inspectie. Ten slotte werd door twee personeelsleden als indirecte meerwaarde aangegeven dat de kwaliteit van zorg verbetert en dat er meetbaar gewerkt kan worden aan deze kwaliteit van zorg.

'In De Zonneschijn wordt er wel kwaliteit geleverd maar je kan het niet echt meten en dat wordt toch wel steeds meer gevraagd' (06/372-374/vp.)

4.1.3 Aanvullingen voor het kwaliteitshandboek

Drie verzorgenden benoemden onderwerpen die een aanvulling kunnen vormen op het kwaliteitshandboek. Dit waren protocollen, richtlijnen en werkwijzen over diverse onderwerpen. De volgende voorbeelden werden genoemd: richtlijnen rondom conflicthantering, tilliften, medicatieverstrekking en het gedrag van personeel in de huiskamer; en werkwijzen rondom opname, schoonmaken en bewoners naar bed brengen. Ook benodigde formulieren en documenten voor EVZ-taken werden door één verzorgende benoemd.

Beide verpleegkundigen gaven aan dat het onderwerp vrijheidsbeperkende maatregelen aandacht moet krijgen en de werkwijze hier rondom. Verder noemden zij de onderwerpen melding incidenten bewoners, het omgaan met privacy, het opleiden en scholen van medewerkers, een beleidsplan en een jaarplan. De visie op de christelijke identiteit werd door één verpleegkundige en één verzorgende genoemd als een belangrijk onderwerp. Eén verpleegkundige gaf aan de protocollen en de formulieren voor het zorgdossier het belangrijkste te vinden in het kwaliteitshandboek.

Rondom de opbouw van het kwaliteitshandboek benoemden twee personeelsleden dat het goed is om de informatie in het handboek overzichtelijk weer te geven en te rangschikken onder bepaalde hoofdstukken.

'Ja ik denk dat het dan belangrijk is dat het overzichtelijk weergegeven wordt, zodat ze weten van, als ze het dan gebruiken zeg maar, dat ze ook denken van: hé dit is handig, dat gebruik ik nog wel een keer.' (06/378-380/vp.)

4.1.4 Gebruik van het kwaliteitshandboek

De verpleegkundigen en verzorgden van De Zonneschijn gaven alle zeven aan dat het kwaliteitshandboek niet gebruikt wordt. De respondenten benoemden hiervoor diverse redenen. Zo waren drie verzorgenden niet bekend met een kwaliteitshandboek en blijkt het voor de 'normale gang van zaken' niet nodig om informatie op te zoeken. Twee verzorgenden gaven aan dat uitleg van collega's voldoende is.

'Aan de andere kant denk ik van, collega's leggen hier ook alles heel goed uit dus op zich..' (05/72/vz.)

Daarnaast werd door twee verzorgenden genoemd dat vragen over formulieren en procedures rechtstreeks aan de leidinggevende gesteld worden. Hierdoor wordt het kwaliteitshandboek door hen niet gemist. Twee verzorgenden gaven aan een kwaliteitshandboek te willen gebruiken als deze aanwezig zou zijn. Het kwaliteitshandboek zou dan gebruikt worden bij het uitvoeren van onbekende handelingen en bij het uitvoeren van EVZ-taken. Door twee andere verzorgenden werd genoemd dat ze het kwaliteitshandboek nog niet nodig hebben gehad.

Eén verpleegkundige gaf aan nauwelijks met het handboek te werken omdat ze zelf het handboek heeft opgesteld. Hierdoor heeft ze de betreffende informatie onthouden. Tevens gaf deze verpleegkundige aan dat het kwaliteitshandboek niet wordt gebruikt omdat er geen samenhangend geheel is tussen de papieren en digitale versie van het kwaliteitshandboek. Het digitale kwaliteitshandboek is incompleet terwijl de papieren versie verouderd is. Verder werd door één verpleegkundige genoemd dat het personeel weinig interesse in verdieping zou hebben. De andere verpleegkundige gaf aan dat verpleegkundigen mogelijk meer open staan voor het gebruiken van een kwaliteitshandboek.

4.1.5 Aanbevelingen voor het gebruik van het kwaliteitshandboek

Als aanbeveling benoemden drie verzorgenden dat het nodig is om het kwaliteitshandboek binnen handbereik te hebben. Hierbij zijn twee voorbeelden genoemd, namelijk dat het kwaliteitshandboek in de dossierkast of bij het cliëntendossier geplaatst wordt. Daarnaast werd door drie verzorgenden aangegeven dat het geven van uitleg over het kwaliteitshandboek nodig is. Deze uitleg zou vorm kunnen krijgen door middel van een gezamenlijk overleg waarbij eventueel een specialist aanwezig is. Een andere verzorgende gaf aan dat het nodig is om iedereen op de hoogte te brengen van de aanwezigheid van het kwaliteitshandboek.

'Ja, ik denk door met z'n allen rond de tafel te zitten ja. Ja, want dan heb je iedereen gelijk bij elkaar'
(02/114-115/vz.)

Eén verpleegkundige gaf als aanbeveling dat informatie in een kwaliteitshandboek snel en overzichtelijk te vinden moet zijn. Ook moet er volgens haar een beschrijving bij komen over hoe het kwaliteitshandboek gebruikt kan worden. De tweede verpleegkundige benoemde dat een digitaal handboek nodig is en dat het handboek inzichtelijk moet worden. Een verzorgende gaf hierbij aan dat alle informatie op één plek te vinden moet zijn en dat ze bij hulpvragen geattendeerd moeten worden op het kwaliteitshandboek. Als laatste geeft een verzorgende aan dat het goed zou zijn wanneer iedere verzorgende een kwaliteitshandboek thuis zou hebben.

4.1.6 Taakverdeling rondom het kwaliteitshandboek

Beide verpleegkundigen gaven aan dat er duidelijkheid moet komen over de samenwerking met de overkoepelende organisatie. Het is niet duidelijk wat De Zonneschijn zelfstandig moet regelen en wat hierin kan worden overgenomen van de overkoepelende organisatie.

*‘Van welke dingen kan *leidinggevende* dan gewoon gebruik van maken en welke dingen moet *leidinggevende* dan zelf regelen’ (06/479-480/vp.)*

De leidinggevende benoemd dat ze degene is die het handboek opstelt, beheert, actualiseert en de eindcontrole over het kwaliteitshandboek heeft. Hierbij vindt af en toe overleg met een andere verpleegkundige plaats.

De leidinggevende schakelt het kwaliteitsbureau in bij het ontwikkelen van formulieren. Tevens noemt de leidinggevende dat er weinig tijd beschikbaar is om haar taken met betrekking tot het kwaliteitshandboek uit te voeren. Naast alle taken die de leidinggevende heeft, is deelname in de zorgverlening soms nodig. Dit heeft te maken met dienststopvulling bij ziekte en met persoonlijke interesse in de zorgverlening.

4.2 Benchmark onderzoek

Voor het benchmark onderzoek zijn de leidinggevenen van drie vergelijkbare instellingen geïnterviewd. Hiernaast is ook de indeling van het kwaliteitshandboek bekeken. De resultaten van de interviews en de vergelijking van de handboeken worden hieronder beschreven.

4.2.1 Taakverdeling rondom kwaliteitshandboek

Binnen twee instellingen is het kwaliteitshandboek ontwikkeld door de leidinggevende. Deze leidinggevende actualiseert het handboek en is hiervoor eindverantwoordelijk. Hierbij werd door één van de leidinggevenen genoemd dat zij ook de taak heeft om het gebruik van het kwaliteitshandboek te bewaken door dit te evalueren en terug te koppelen naar het personeel.

Binnen Samen Sterk wordt het handboek ontwikkeld door een kwaliteitsmedewerker. Zij is de beheerder van het handboek en zorgt ervoor dat het kwaliteitshandboek up-to-date blijft. De leidinggevende is echter de eindverantwoordelijke voor het kwaliteitshandboek. Daarom worden belangrijke aanpassingen altijd overlegd met de leidinggevende.

Eén van de respondenten gaf aan dat het belangrijk is dat één persoon het kwaliteitshandboek invult, omdat er anders zaken door elkaar zouden lopen. Een andere respondent gaf aan dat de beheerder van het kwaliteitshandboek affiniteit met het werk moet hebben, omdat het anders gaat frustreren.

'Ik denk dat het best belangrijk is als die persoon, de beheerder denk ik hè, als die zelf denkt van 'dat is niet mijn ding', dan is het beter om iemand aan te stellen waarvan je weet van: joh, die kan ermee overweg. Anders wordt het één gigantische frustratie.'(08/1328-1332)

Binnen de drie instellingen bestaat een samenwerking met het kwaliteitsbureau van de overkoepelende organisatie. Er werd door alle respondenten aangegeven dat het opstellen van de documenten in het kwaliteitshandboek door de instellingen zelf moet worden gedaan. Wel worden er kwaliteitstoetsingen gedaan door het kwaliteitsbureau. Volgens een respondent van Samen Sterk is de inbreng van het kwaliteitsbureau slechts minimaal. Alle respondenten benoemden dat het kwaliteitsbureau documenten aanpast op de juiste vormgeving. Volgens één van de respondenten worden hier eventueel bijpassende formulieren bij gestuurd. Dit zou volgens haar de handigste manier van werken zijn. Een andere respondent benoemde dat ze terug kunnen vallen op het kwaliteitsbureau wanneer ze advies nodig hebben.

4.2.2 Het opstellen van het kwaliteitshandboek

Door de respondenten werden diverse middelen genoemd die zijn gebruikt bij het opstellen van het kwaliteitshandboek. De respondenten van Samen Sterk benoemden het belang van het inlezen in de wet- en regelgeving. Belangrijke onderdelen hierbij zijn de kwaliteitwet en documenten van de zorginspectie en arbeidsinspectie. De leidinggevende van De Regenboog benoemde, naast de inspectierapporten, ook de documenten die zij kreeg via brancheorganisatie NeVeP. De derde respondent gaf aan gebruik te hebben gemaakt van de uitslagen van kwaliteitsscans en richtlijnen vanuit de overkoepelende organisatie. Ook werd door twee respondenten genoemd dat er gebruik is gemaakt van gevonden documenten via internet.

Het opstellen van het kwaliteitshandboek was volgens één van de respondenten een lang proces. Een andere respondent benoemde hierbij dat er echt tijd in gestoken moet worden om een goed kwaliteitshandboek op te stellen.

Voor het opstellen van een kwaliteitshandboek zijn diverse aanbevelingen gegeven. Alle respondenten gaven aan dat het goed is om het kwaliteitshandboek digitaal vorm te geven. Dit zorgt ervoor dat zaken makkelijker en sneller opgezocht kunnen worden. Vooral binnen De Kievit wordt dit als positief ervaren. Zij hebben het rapportagesysteem en het kwaliteitshandboek gebundeld, waardoor alles bij elkaar staat. Volgens de leidinggevende zijn hiervoor wel goede Excelvaardigheden nodig.

'Maar ja, dat ook omdat alles digitaal is natuurlijk. Alles is mooi compact, alles is één handboek. Vroeger had je allemaal losse mappen en papieren. Dat is minder uitnodigend om even te pakken en even te kijken' (10/77-78)

De respondenten van Samen Sterk zijn zelf nog bezig met de digitalisering van het kwaliteitshandboek en denken dat het nodig is om een papieren versie te behouden voor de inzichtelijkheid hiervan. Bij een digitaal kwaliteitssysteem moet volgens de respondenten wel rekening gehouden worden met het personeel dat minder bekwaam is op dit gebied. Hierbij moet passende begeleiding gegeven worden.

Binnen de drie instellingen wordt gewerkt volgens de vier domeinen van kwaliteit van leven, namelijk: lichamenlijk welbevinden, woon- en leefomstandigheden, mentaal welbevinden en participatie. Dit moet volgens de respondenten verweven worden in het kwaliteitshandboek. Eén van

de respondenten gaf aan dat gelet moet worden op de bruikbaarheid van het handboek. Door een andere respondent werd genoemd dat het kwaliteitshandboek zo kort mogelijk moet zijn en dat het beperkt moet worden tot de onderwerpen die nodig zijn. Hierbij zou het volgens haar goed zijn om de input van het personeel te gebruiken bij de opstelling.

‘Dus hoe korter en beperkter hoe compacter je het kan doen, hoe beter juist de informatie bij iedereen terecht komt’(09/419-420)

Als laatste werd door de leidinggevende van Samen Sterk genoemd dat bij het opstellen van het handboek inzichtelijk gemaakt moet worden wat je gaat doen, hoe dit gedaan wordt en wanneer dit wordt geëvalueerd.

De indeling van het kwaliteitshandboek verschilde per instelling. In Samen Sterk wordt de volgende indeling aangehouden: primair proces, beleid en organisatie, kwaliteit en verbetering. Hierbij gaven de respondenten aan dat ze het primaire zorgproces en de kwaliteitsverbetering de belangrijkste onderwerpen vinden. De Regenboog gaat uit van een indeling in zorg, administratie, algemene zaken en visie zorg en kwaliteit. De Kievit houdt de volgende indeling aan: documenten (algemeen), protocollen, medicatie, voeding, notulen, opleiding en ID, contactgegevens. Zij hebben nog een apart hoofdstuk voor documenten voor het management.

Deze indelingen voor het kwaliteitshandboek zijn vergeleken met de indeling die uit de literatuurstudie is voortgekomen. Uit deze vergelijking kwamen, op de punten ‘contactgegevens’ en ‘notulen’ na, geen aanvullingen op de indeling vanuit de literatuurstudie die te vinden is in bijlage 4.

De concrete invulling van het kwaliteitshandboek was divers. In bijlage zes is een overzicht gegeven van de genoemde onderwerpen binnen het kwaliteitshandboek van de benchmarkinstellingen.

4.2.3 Meerwaarde en nadelen kwaliteitshandboek

De respondenten gaven allen aan dat het kwaliteitshandboek een meerwaarde heeft. De respondent van Samen Sterk gaf specifiek aan dat het kwaliteitshandboek als een naslagwerk fungeert. Het geeft verduidelijking voor het invullen van formulieren en het personeel weet door het handboek waar de organisatie voor staat. De respondent van De Kievit benoemde als meerwaarde dat onduidelijkheid wordt voorkomen en dat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. Ook sluit volgens de respondent van Samen Sterk het werken met het handboek aan bij de nieuwe manier van werken. Deze wordt door de leerlingen al aangeleerd en sluit volgens de respondent van De Regenboog aan bij de opleidingen. De respondent van De Regenboog benoemde als meerwaarde de werkwijze en de beschrijving van de instructies en taken. Hierbij werd genoemd dat het personeel het handboek wel weet te vinden, maar dat deze niet veel wordt gebruikt.

De verbetering van de kwaliteit van de zorg werd door alle respondenten als een meerwaarde genoemd. De Kievit gaf aan dat door het vastleggen van zaken in het kwaliteitshandboek de kwaliteit van zorg wordt verbeterd.

‘Wij vinden gewoon kwaliteit van zorg ook heel belangrijk en er moeten gewoon dingen vastgelegd worden en geregeld zijn want anders kan kwaliteit van zorg ook niet hoog zijn.’ (10/51-53)

Binnen Samen Sterk wordt het kwaliteitshandboek gezien als handvat voor verbetering en transparantie. Ook zorgt het ervoor dat het personeel beter bepaald wordt bij de manier van werken.

‘Nou, je wordt eigenlijk ook wel met al die dingen beter bepaald, voor ons zijn er een heleboel dingen gewoon vanzelfsprekend. Die worden nu bepaald..’ (08/717-718)

Naast de interne meerwaarde werd door één respondent specifiek de externe meerwaarde van het kwaliteitshandboek genoemd. Dit is het aantoonbaar en inzichtelijk maken van de werkwijze voor de Inspectie van de Gezondheidszorg en bij claims. Volgens één van de leidinggevenden is de keerzijde hiervan dat sommige onderdelen puur voor de inspectie worden beschreven. De respondent van De Regenboog vulde aan dat de ruimte en het eigen inzicht van het personeel beperkt wordt wanneer de werkwijze te veel wordt ‘dichtgetimmerd’ in een handboek.

4.2.4 Aanbevelingen gebruik

De leidinggevenden gaven allen aan dat het van belang is om het kwaliteitshandboek duidelijk te communiceren naar het personeel. Hierbij wordt de relevante informatie onder de aandacht gebracht en het gebruik geëvalueerd. De leidinggevende van Samen Sterk benoemde hierbij dat de onderwerpen uit het kwaliteitshandboek op een autoritaire manier, stapje voor stapje worden uitgelegd aan het personeel zodat het personeel het belang hiervan inziet. Ook wordt het personeel aangestuurd in de juiste manier van werken. Hierbij dient het kwaliteitshandboek actueel gehouden te worden. De leidinggevende van De Regenboog gaf hierbij aan dat het kwaliteitshandboek in de praktijk beter werkt wanneer relevante onderwerpen op vergaderingen terugkomen.

De leidinggevende van De Kievit gaf als aanbeveling om een samenwerking met een overkoepelende organisatie te hebben waarop teruggevallen kan worden. Ook werd aangegeven dat het personeel getraind moet worden bij gebruik van een digitaal handboek en dat er goede back-ups gemaakt moeten worden van het kwaliteitshandboek. Twee leidinggevenden gaven aan dat het personeel een inlogcode heeft waardoor ze ook thuis het kwaliteitshandboek kunnen inzien.

4.3 Samenvatting

4.3.1 Praktijkonderzoek

Uit de interviews binnen De Zonneschijn is naar voren gekomen dat vier verzorgenden geen of weinig kennis aangaven over het kwaliteitshandboek. De verpleegkundigen en één verzorgende gaven aan gemiddeld tot veel kennis te hebben. Door alle respondenten werd een meerwaarde benoemd van het kwaliteitshandboek. Het opzoeken van informatie en duidelijkheid over de werkwijze en afspraken werden hierbij veel genoemd. Ook kan het personeel meer zelfstandig werken door het kwaliteitshandboek. Dit werd bevestigd door de leidinggevende. Tijdens de interviews zijn meerdere aanvullende onderwerpen genoemd voor het kwaliteitshandboek. De verzorgenden benoemden hierbij vooral praktijkgerichte onderwerpen. De verpleegkundigen benoemden ook een aantal overstijgende thema's. Het kwaliteitshandboek werd door geen van de respondenten gebruikt. Veel genoemde redenen hiervoor waren de onbekendheid van het handboek en het niet missen van het handboek. Om het kwaliteitshandboek te gaan gebruiken is het volgens het personeel vooral nodig dat het kwaliteitshandboek binnen handbereik staat en dat er uitleg over gegeven wordt. Verder werd door de verpleegkundigen onduidelijkheid aangegeven over de samenwerking met de overkoepelende organisatie.

4.3.2 Benchmark onderzoek

Volgens de respondenten is de leidinggevende eindverantwoordelijk voor het kwaliteitshandboek. In één van de instellingen is de taak van het beheren en actualiseren van het handboek overgedragen aan een kwaliteitsmedewerker. Hoewel het kwaliteitsbureau van de overkoepelende organisatie een aantal taken rondom het kwaliteitshandboek vervult, wordt het opstellen van het handboek door de respondenten zelf gedaan. Hier worden diverse aanbevelingen voor gedaan. Zo benoemden alle respondenten dat het handboek digitaal zou moeten zijn en dat de vier domeinen erin moeten worden verwerkt. Daarnaast werd aanbevolen te letten op de bruikbaarheid en compactheid van het handboek. De daadwerkelijke indeling van het handboek verschilt per instelling. Alle respondenten benoemden diverse aspecten rondom de meerwaarde van een kwaliteitshandboek. Door twee respondenten werden echter ook nadelen gezien van een kwaliteitshandboek. Communicatie met het personeel werd door alle respondenten als belangrijke aanbeveling benoemd. Dit kan op verschillende manieren vorm krijgen.

5 Conclusie

Het volgende hoofdstuk beschrijft de conclusie van dit onderzoek naar het kwaliteitshandboek. De hoofdvraag van dit onderzoek was:

Welke aanpassingen in het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn zijn nodig zodat het verplegend en verzorgend personeel volgens professionele standaarden werkt met dit kwaliteitshandboek?

De deelvragen vormden de leidraad voor het beantwoorden van deze hoofdvraag. Omdat een kwaliteitshandboek onderdeel is van een kwaliteitssysteem, zijn beide termen gebruikt in de conclusie.

5.1 Kwaliteitshandboek in een woonzorgcentrum

In het kwaliteitshandboek wordt het kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem van de instelling beschreven. De interne functie van het kwaliteitshandboek is dat medewerkers geïnformeerd kunnen worden over het beleid rondom kwaliteit, de doelstellingen, de werkwijze en de hiervoor gebruikte middelen. De externe functie richt zich op de verantwoording en toetsbaarheid van het kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem in de instelling en wordt bijvoorbeeld gebruikt bij inspectie van de instelling

Om een effectief kwaliteitssysteem in te zetten welke tot kwaliteitsverbetering leidt, moet worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- De PDCA-cirkel moet steeds opnieuw worden doorlopen om te zorgen voor continue verbetering en ontwikkeling binnen een instelling. Het is belangrijk dat de laatste twee stappen niet ontbreken tijdens het doorlopen van de cirkel.
- De implementatie van een kwaliteitssysteem moet worden uitgevoerd vanuit interne motivatie.
- De implementatie van een kwaliteitssysteem begint niet bij het opstellen van een kwaliteitshandboek. Eerst moet de huidige werkwijze in kaart worden gebracht en worden geëvalueerd. Tevens gaan een goede planning, voorbereiding en training van het management hieraan vooraf.
- De leidinggevende is eindverantwoordelijk voor het kwaliteitssysteem en heeft hierin een sturende en beslissende functie. Steun en toewijding vanuit de leidinggevende is onmisbaar.
- Er is betrokkenheid en draagvlak vanuit het personeel. De leidinggevende heeft de taak het personeel bij de kwaliteitsverbeteringen te betrekken, te scholen, te stimuleren en weerstand te verminderen. Een goede communicatie is hierbij cruciaal.
- Een kwaliteitssysteem staat niet op zichzelf. Ook de niet-meetbare aspecten zoals de interactie en de attitude van het personeel moet worden meegenomen in het werken aan kwaliteitsverbetering.

5.2 Richtlijnen voor het kwaliteitshandboek

Wettelijk is vastgelegd dat elke zorginstelling in Nederland een kwaliteitssysteem moet hebben. De precieze invulling hiervan is niet wettelijk vastgelegd door de overheid. Wel moet elke instelling de zorginhoudelijke indicatoren meten die zijn beschreven in bijlage 1. In de literatuur worden aanbevelingen gegeven voor de inhoud van een kwaliteitshandboek. Deze onderwerpen zijn te vinden in bijlage 4. Het digitale kwaliteitshandboek van De Zonneschijn voldoet niet aan deze richtlijnen vanuit de literatuur. Het kwaliteitshandboek is niet volledig en is met name gericht op praktijkgerichte informatie. De meer overstijgende en organisatorische onderwerpen worden gemist. Voorbeelden hiervan zijn visie, beleid en functiebeschrijvingen.

5.3. Kwaliteitshandboek in de praktijk

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat een groot deel van het personeel van De Zonneschijn maar weinig kennis heeft over een kwaliteitshandboek. De verpleegkundigen vormen hierop een uitzondering, zij hebben meer kennis over het handboek. Het handboek werd echter door geen van de personeelsleden gebruikt. Opvallend is dat de verpleegkundigen als reden hiervoor aangaven dat verpleegkundigen meer openstaan voor het gebruik van een kwaliteitshandboek. Ook werd genoemd dat het personeel weinig interesse heeft voor verdieping. Toch gaven alle verzorgenden aan dat het hebben van een kwaliteitshandboek een meerwaarde kan hebben. Deze meerwaarde is onder andere het kunnen opzoeken van informatie, duidelijkheid die het kwaliteitshandboek biedt en het zelfstandiger kunnen werken. Bij het benoemen van een meerwaarde werd door sommige respondenten uitgegaan van hun basiskennis. Mogelijk wordt het zien van een meerwaarde versterkt door de kennis over een kwaliteitshandboek te vergroten.

In de huidige situatie wordt door verzorgden de meeste informatie via de leidinggevende verkregen. Het aanwezig zijn van een kwaliteitshandboek zou voor minder belasting van de leidinggevende zorgen. Doordat het kwaliteitshandboek een naslagwerk vormt kunnen personeelsleden terugvallen op het kwaliteitshandboek en minder op de leidinggevende.

De leidinggevende is degene die het kwaliteitshandboek opstelt en beheert. Hiernaast is de leidinggevende erg druk met diverse taken waardoor weinig tijd voor het kwaliteitshandboek wordt overgehouden. Daarnaast veroorzaakt onduidelijkheid over de samenwerking met de overkoepelende zorgorganisatie voor verwarring in het opstellen van het kwaliteitshandboek.

Het personeel van De Zonneschijn gaf de volgende wensen aan voor het gebruiken van een kwaliteitshandboek:

- Uitleg over het gebruik van het kwaliteitshandboek.
- Het kwaliteitshandboek is binnen handbereik te vinden.
- Iedereen is op de hoogte van de aanwezigheid het kwaliteitshandboek.
- Bij hulpvragen wordt geattendeerd op het kwaliteitshandboek.
- Het is duidelijk waar het kwaliteitshandboek te vinden is.
- Het kwaliteitshandboek is digitaal en inzichtelijk.
- Het kwaliteitshandboek is makkelijk en efficiënt in gebruik.
- Alle informatie staat op één plek op en is op een overzichtelijke manier onder gerangschikte hoofdstukken te vinden.
- Er is een beschrijving bij het handboek hoe deze gebruikt moet worden.
- Elke verzorgende heeft thuis een kwaliteitshandboek.

5.4 Plaats van het kwaliteitshandboek binnen andere instellingen

De respondenten van de benchmark instellingen zien het kwaliteitshandboek als een handvat voor een betere kwaliteit van zorg. Tevens sluit het werken met een handboek aan op de huidige manier van werken binnen opleidingen. Het opstellen van een kwaliteitshandboek is een tijdrovend proces. Dit proces kan het beste door één persoon worden uitgevoerd, die tevens affiniteit heeft met het opstellen van een kwaliteitshandboek. De drie instellingen werken volgens de vier domeinen en hebben deze ook verwerkt in hun kwaliteitshandboek. Het belang en de inhoud van het kwaliteitshandboek dient duidelijk gemaakt te worden aan het personeel van de instelling. Ook moeten relevante onderwerpen regelmatig onder de aandacht worden gebracht en geëvalueerd. Door het personeel op die manier bij het handboek te betrekken blijft het handboek bekend en wordt het beter gebruikt. De drie instellingen hebben een digitaal kwaliteitshandboek dat voor het personeel beschikbaar is. Bij twee instellingen kan het personeel ook thuis het kwaliteitshandboek inzien. Aanbevolen werd om hierbij rekening te houden met digibeten. Hoewel binnen alle drie de instellingen een samenwerking bestaat met dezelfde overkoepelde organisatie en het kwaliteitsbureau hiervan, is de tevredenheid hierover verschillend. Wel is bij de drie instellingen duidelijk wat de functie van deze overkoepelende organisaties is.

In vergelijking met de drie instellingen geeft het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn geen duidelijk handvat voor betere kwaliteit van zorg. De medewerkers zijn niet op de hoogte van het kwaliteitshandboek en hebben het niet bewust terug zien komen tijdens hun opleiding. Ook worden de onderwerpen in het handboek niet geëvalueerd. Het kwaliteitshandboek is deels digitaal en deels op papier beschikbaar, waardoor het geen geheel vormt. De leidinggevende is verantwoordelijk voor het kwaliteitshandboek, maar heeft hier weinig tijd voor. Hoewel De Zonneschijn de vier domeinen gebruikt, zijn deze niet in haar kwaliteitshandboek verweven. Tot slot blijkt dat de samenwerking met de overkoepelende organisatie en het kwaliteitsbureau niet duidelijk is binnen De Zonneschijn.

De indelingen van de kwaliteitshandboeken van de benchmark instellingen kwamen overeen met de indeling volgens de literatuur. Uitzondering waren twee onderwerpen die wel in de benchmark instellingen werden genoemd maar niet in de literatuur. Deze onderwerpen zijn echter instellingsgebonden en niet relevant voor de aanbevelingen.

5.5 Slotconclusie

Aan de hand van de deelvragen is tot een slotconclusie gekomen op de hoofdvraag van dit onderzoek. Binnen de drie instellingen van het benchmark onderzoek wordt het kwaliteitshandboek gebruikt, het personeel wordt erbij betrokken en er wordt nadruk gelegd op het belang van het bijwerken en evalueren van het handboek. Het werken aan kwaliteit is binnen deze drie instellingen een dynamisch proces. In De Zonneschijn wordt het handboek niet gebruikt door het personeel en vormt de inhoud geen samenhangend geheel. Tevens is er weinig tijd voor het opstellen en bijwerken van het kwaliteitshandboek. Het handboek binnen De Zonneschijn is dan ook meer een statisch document en heeft geen concrete functie binnen de instelling.

De indeling van het digitale kwaliteitshandboek van De Zonneschijn is niet volledig. In bijlage 4 is een algemene indeling voor een kwaliteitshandboek weergegeven, deze kan als hulpmiddel dienen om aanpassingen in het handboek aan te brengen. Binnen het kwaliteitshandboek van De Zonneschijn missen onderdelen rondom beleid, management en organisatie. Deze onderdelen moeten aangevuld

worden in het handboek. Om volgens professionele standaarden te werken is het nodig dat de zorginhoudelijke indicatoren en de vier domeinen in het kwaliteitshandboek worden opgenomen. Deze zijn te vinden in bijlage 1. Door de praktijkgerichte inhoud van het handboek aan te vullen, zal het meer aansluiten op de wensen van het personeel. Hierbij kan gedacht worden aan diverse werkwijzen, richtlijnen en protocollen. De precieze onderwerpen kunnen door de instelling echter zelf worden bepaald en ingevuld. Voorbeelden van gewenste onderwerpen van het personeel en de respondenten uit het benchmark onderzoek zijn te vinden in bijlage 6 en 7. Om te zorgen dat het personeel gaat werken met het kwaliteitshandboek is het nodig dat het handboek beschikbaar wordt voor het personeel en dat dit tevens binnen handbereik te vinden is. Verder is het nodig dat het personeel uitleg krijgt over het kwaliteitshandboek en kunnen ze door regelmatige evaluaties gemotiveerd blijven om met het handboek te werken.

6 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten en conclusie die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen, worden in dit hoofdstuk aanbevelingen aan De Zonneschijn gegeven. De aanbevelingen zijn gericht aan de leidinggevende van De Zonneschijn en worden opgedeeld in het ontwikkelen, implementatie en gebruik van het kwaliteitshandboek. Ook wordt er een lange termijn aanbeveling gegeven en een aanbeveling voor verder onderzoek.

Ontwikkeling

- Stel één persoon aan die verantwoordelijk is voor het opstellen, beheren en actualiseren van het kwaliteitshandboek. Deze persoon moet affiniteit hebben met het opstellen van een kwaliteitshandboek. De leidinggevende heeft uiteindelijk de eindverantwoordelijkheid.
- Begin niet meteen met het opstellen van het kwaliteitshandboek, maar breng eerst de huidige werkwijze in kaart en evalueer deze, voordat het vastgelegd wordt in het handboek. Ga vervolgens verder door een goede planning te maken.
- Ga na of het kwaliteitshandboek alleen wegens externe motivatie wordt opgesteld. Een interne motivatie verbetert prestaties.
- Verwerk de vier domeinen en de zorginhoudelijke indicatoren in het kwaliteitshandboek. Een overzicht van de zorginhoudelijke indicatoren is te vinden in bijlage 1.
- Verwerk de onderdelen op het gebied van management, beleid en organisatie in het kwaliteitshandboek.
- Deel het kwaliteitshandboek in met een duidelijke hoofdstukindeling. In bijlage 4 staat een indeling die gebruikt kan worden.
- De persoon die het kwaliteitshandboek opstelt en beheert moet hiervoor worden getraind of zich goed in het onderwerp verdiepen. Deze verdieping kan gevonden worden door het inlezen van wettelijke eisen, richtlijnen en eerdere kwaliteitsrapporten van de instelling. De overkoepelende organisatie kan mogelijk advies geven over trainingsmogelijkheden.
- Betrek regelmatig het personeel bij het opstellen van het handboek en ga na welke onderwerpen zij in het kwaliteitshandboek terug willen zien. Genoemde onderwerpen tijdens de interviews zijn te vinden in de resultaten en bijlagen 6 en 7.
- Plaats bij of in het kwaliteitshandboek een beschrijving hoe het gebruikt dient te worden.
- Zorg dat het kwaliteitshandboek digitaal beschikbaar is voor alle personeelsleden.

Implementatie

- Geef het personeel voldoende uitleg en training over het werken met een kwaliteitshandboek. Plan hiervoor een bijscholing of overleg, waarbij het belang van het kwaliteitsbeleid uitgelegd wordt en de manier van werken wordt besproken.
- Plaats het kwaliteitshandboek binnen handbereik van het personeel, zodat het personeel er op een efficiënte manier mee kan werken. Zoek hierbij naar een geschikte ruimte voor een digitaal handboek op de begane grond van de instelling.
- Geef het personeel een inlogcode voor het digitale kwaliteitshandboek. Op deze manier kunnen zij het handboek ook thuis raadplegen.

Gebruik

- Blijf werken volgens de PDCA-cirkel, zodat kwaliteit een continu proces van verbetering is.
- Betrek het personeel bij het kwaliteitshandboek door dit terug te laten komen in besprekingen en evaluaties. Het personeel wordt zo gemotiveerd om met het kwaliteitshandboek te werken.
- Toets jaarlijks of het kwaliteitshandboek nog voldoet en pas het zo nodig aan
- Laat als leidinggevende steun zien voor het kwaliteitshandboek en blijf betrokken bij het werken hiermee.
- Attendeer het personeel op het gebruiken van het kwaliteitshandboek wanneer vragen worden gesteld die hierin opgezocht kunnen worden.
- Geef bij het verbeteren van de kwaliteit ook aandacht aan de niet-meetbare aspecten, zoals de interactie en de attitude van het personeel.
- Evalueer na één jaar hoe het kwaliteitshandboek wordt gebruikt binnen de instelling.

Lange termijn aanbeveling

- Maak het zorgdossier ook digitaal, zorg dat deze in de buurt van het kwaliteitshandboek te vinden is of integreer ze met elkaar. Op deze manier wordt het kwaliteitshandboek eerder geraadpleegd.

Aanbeveling voor verder onderzoek

- Verder onderzoek naar de ontwikkeling van kwaliteitssystemen binnen kleinschalige woonzorgcentra.

7 Discussie

In dit hoofdstuk wordt nagegaan of de doelstelling van het onderzoek is behaald en worden zowel de werkwijze als de aanbevelingen geëvalueerd.

7.1 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek was: 'Voor februari 2014 is er een rapport met aanbevelingen zodat het verplegend en verzorgend personeel werkt met het kwaliteitshandboek, dat gebaseerd is op professionele standaarden'. Deze doelstelling is bereikt. Er zijn aanbevelingen gegeven over het opstellen van het handboek volgens professionele standaarden en over het werken met het kwaliteitshandboek. Hierbij is rekening gehouden met de wensen van het verplegend en verzorgend personeel. Wanneer deze aanbevelingen worden opgevolgd kan het verplegend en verzorgend personeel werken met het kwaliteitshandboek.

7.2 Methode evaluatie

Het onderzoek is uitgevoerd volgens de methodiek die te vinden is in hoofdstuk 2. De beschreven werkwijze is zo veel mogelijk gevolgd. Hieronder wordt de methodiek geëvalueerd.

In de literatuurstudie is gebruik gemaakt van diverse nationale en internationale bronnen. Binnen een beperkt aanbod aan literatuur zijn er wetenschappelijk onderzoeken, landelijke richtlijnen en artikelen gevonden. De betaalde literatuur is van het onderzoek uitgesloten. Deze literatuur had mogelijk een toevoeging kunnen zijn binnen dit onderzoek. Vanuit de verkregen literatuur is beschreven wat kwaliteit van zorg is, waarom instellingen kwaliteitssystemen gebruiken en op welke manier een kwaliteitshandboek moet worden ingericht.

Bij de interviews binnen het praktijkonderzoek is gekozen om een definitie op te stellen voor een kwaliteitshandboek. Deze is tijdens het interview gegeven wanneer bleek dat de respondent niet op de hoogte was van de inhoud van het kwaliteitshandboek. Het noemen van de definitie was bij vier van de vijf verzorgenden noodzakelijk om meer informatie uit het interview te verkrijgen. Het geven van deze definitie heeft geleid tot enige sturing van het interview. Dit is zo veel mogelijk beperkt doordat de definitie een objectieve en globale weergave vanuit de literatuur geeft.

Door de gebruikte methode werd niet alleen de situatie in De Zonneschijn geanalyseerd. Ook in drie andere instellingen is onderzoek gedaan. Op deze manier is een breder beeld verkregen van het gebruik van het kwaliteitshandboek. Dit heeft de validiteit van de resultaten vergroot. Om een breder beeld te verkrijgen zouden er meer instellingen onderzocht moeten worden. Dit was echter niet mogelijk vanwege de beperkte tijd. De onderzochte instellingen vallen allen onder dezelfde overkoepelende organisatie en waren vergelijkbaar wat betreft de werkwijze. Dit heeft geleid tot passende aanbevelingen.

Het vergelijken van de kwaliteitshandboeken bleek lastig te zijn. De literatuur geeft geen eenduidige indeling voor het kwaliteitshandboek en niet alle handboeken van de instellingen konden uitgebreid geanalyseerd worden. De inhoud mocht namelijk niet letterlijk worden overgenomen. Een kritische en secure vergelijking is dan ook niet mogelijk geweest. Dit zorgt voor minder betrouwbare

resultaten. Wel zijn de hoofdstukindelingen gebruikt ter vergelijking en de genoemde onderwerpen verwerkt in de bijlage 7.

De benchmark interviews zijn afgenomen zonder de respondenten vooraf op de hoogte te brengen van de interviewvragen. Wel is aangegeven dat het interview over het kwaliteitshandboek van de instelling ging. De respondenten hebben dan ook niet van te voren na kunnen denken over de vragen.

7.3 Aansluiting literatuur en praktijk

De resultaten vanuit het praktijkonderzoek en het benchmark onderzoek sloten goed aan op de literatuurstudie. Zowel in de literatuur als in de praktijk werden positieve en negatieve ervaringen met het kwaliteitshandboek genoemd. Deze kwamen deels met elkaar over één. Een deel van de genoemde aanbevelingen vanuit de resultaten kwam terug in de literatuur bij de voorwaarden voor een effectief kwaliteitssysteem. De meest opvallende aanbevelingen die overeen kwamen zijn het aanstellen van een beheerder en eindverantwoordelijke van het handboek en het betrekken van het personeel.

Opvallend was dat binnen de literatuur gesproken werd over het belang van interne motivatie. In de praktijk bleek deze motivatie wel aanwezig te zijn, maar werd ook externe motivatie erg belangrijk gevonden. Dit heeft te maken met de eisen vanuit de inspectie en de overkoepelende organisatie. De PDCA-cirkel kwam binnen de resultaten terug doordat gezegd werd dat instellingen continu moeten verbeteren en het kwaliteitshandboek ook moeten evalueren. Een opvallend verschil was dat in de literatuur gesproken werd over de stappen die vooraf gaan aan het opstellen van het kwaliteitshandboek. Dit kwam minder duidelijk naar voren binnen de resultaten van de interviews en werd vooral gedaan door het zoeken van informatie over de inhoud van een kwaliteitshandboek.

7.4 Bruikbaarheid aanbevelingen

De aanbevelingen binnen dit onderzoek zijn afgestemd op de situatie binnen De Zonneschijn en kunnen daarom als 'bruikbaar' worden benoemd. Het opstellen van een kwaliteitshandboek en het werken hiermee is echter een investering van tijd en energie. Om de aanbevelingen te implementeren binnen De Zonneschijn is het nodig dat er één verantwoordelijke wordt aangesteld voor het kwaliteitshandboek. Deze persoon moet tijd en affiniteit met het werk hebben.

Aangezien de aanbevelingen gericht zijn op de situatie in De Zonneschijn, zijn deze niet te generaliseren naar andere instellingen. Mogelijk is een deel van de aanbevelingen voor andere instellingen wel bruikbaar.

7.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De aspecten van betrouwbaarheid en validiteit zoals beschreven in paragraaf 2.5 zijn in ogenschouwen genomen. Hieruit zijn een tweetal punten gekomen die de betrouwbaarheid en validiteit mogelijk beïnvloed hebben.

De drie onderzoekers hebben afzonderlijk geïnterviewd zodat ieder deze vaardigheid kon beoefenen. De intersubjectiviteit is zoveel mogelijk verkleind door het hanteren van een topiclijst en door gezamenlijk te oefenen in het interviewen. Desondanks zijn er verschillen op te merken in de manier van vragen stellen, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek heeft beïnvloed. De onderzoekers hebben allen een dag met een verzorgende meegelopen binnen de instelling. Het is echter wegens organisatorische redenen niet gelukt om met dezelfde verzorgende een interview te plannen.

Verder was er sprake van miscommunicatie, waardoor niet alle respondenten van tevoren op de hoogte waren van het interview. Dit betekent dat de betrouwbaarheid van de interviews wellicht is beïnvloed. De aanbevelingen van dit onderzoek vormen het zogenaamde product. Door zo objectief mogelijk aan te sluiten op de resultaten en de coderingen met elkaar te vergelijken, is een betrouwbaar en valide product opgesteld.

Referentielijst

- Ahaus, K. (2008). Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: ontwikkelingen, werkzaamheid en paradigma's. *ZM Magazine*, 24, 8-11. Geraadpleegd op 7 oktober 2013, via <http://www.isoindezorg.nl/cms/kennisbank/>
- Ahaus, K., & Broekhuis, M. (2007). Bruikbaarheid en effectiviteit van kwaliteitsmodellen in de zorg. *Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 61(2), 87-107. Geraadpleegd op 7 oktober 2013, via <http://www.tijdschriftmeno.nl/>
- Agency for Health Care Administration. (2009). *Guidelines for developing a quality management system (QMS) for long term care providers*. Geraadpleegd op 6 november 2013, via http://www.ahcancal.org/ncal/quality/documents/qf_qms_guidelines.pdf
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). *Health care quality*. Geraadpleegd op 6 oktober 2013, via <http://www.ahrq.gov/legacy/consumer/guidetoq/guidetoq.pdf>
- Baarda, D., & de Goede, M. (2006). *Basisboek methoden en technieken: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek* (4e ed.). Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen.
- Baarda, D., de Goede, M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, C., & Meertens, E. (2010). *IKZ integrale kwaliteitszorg en verbetermanagement* (5e ed.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Berte, L., Boone, D., Cooper, G., James, P., Kallner, A., Noble, M. & Tholen, D. (2004). *A quality management system model for health care; approved guideline* (2e ed.). Geraadpleegd op 13 oktober 2013, via isoforlab.com/phocadownload/csli/HS1-A2.pdf
- Brandt, G., & Slembrouck, H. (2000). *Kwaliteitszorg in de voorzieningen voor personen met een handicap*. Leuven: Acco.
- Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie. (2013). *Cirkel van Deming*. Geraadpleegd op 4 november 2013, via <http://www.btsg.nl/infobulletin/Deming%20cirkel.html>
- Busch, M., & Bovendeur, I. (2008). *Wat is kwaliteit?* Geraadpleegd op 24 oktober 2013, via <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit/>
- Coördinatieplatform zorgstandaarden. (2012). *Ontwikkeling van zorgstandaarden, een tussenbalans*. Geraadpleegd op 11 november 2013, via http://www.zorgstandaarden.nl/fileadmin/www.zorgstandaardindepraktijk.nl/Tussenbalans_website_versie.pdf

- De Bekker, J., Borgesius, H., Eliens, A., Kooij, C., & Schouten, L. (2004). *Kwaliteit van zorg en kwaliteitszorg* (4e ed.). Dwingeloo: Kavanah.
- De Koning, J., & Hoeijmakers, M. (2007). *Nationaal kompas volksgezondheid*. Geraadpleegd op 27 oktober 2013, via <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit/>
- De Lange, J., & Pot, A. (2010). *Monitor woonvormen dementie*. Geraadpleegd op 11 september 2013, via <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/af0937-monitor-woonvormen-dementie>
- Dejaeger, E. (2009). Kwaliteitshandboek en kwaliteitsmeting in de geriatrische zorg, een zegen of een hype? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40(4), 146-148. Geraadpleegd op 7 oktober 2013, via <http://www.bsl.nl/>
- Groene, O., Botje, D., Sunol, R., Lopez, M., & Wagner, C. (2013). A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *International Journal for Quality in Healthcare*, 25(5), 525-541. doi: 10.1093/intqhc/mzt058
- Harinck, F. (2007). *Basisprincipes praktijkonderzoek* (3e ed.). Apeldoorn: Garant Uitgevers.
- Harteloh, P., & Casparie, A. (1998). *Kwaliteit van zorg, van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak* (4e ed.). Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Hughes, R. (2008). *Tools and strategies for quality improvement and patient safety*. Geraadpleegd op 3 november 2013, via http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/HughesR_QMBMP.pdf
- Hunink, G., van der Bijl, J., Cusveller, B., Leenaarts-Gunnewijk, E., van Linge, R. & van Swieten-Duijfjes, E. (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht: ThiemeMeulenhoff.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg. (2013). *Kwaliteitsdocument 2013*. Geraadpleegd op 25 oktober 2013, via https://www.zorgvoorkwaliteit.com/wp-content/uploads/130805_Kwaliteitsdocument-VVT-2013.pdf
- Jorissen, H. (2007). *Handleiding kwaliteitsmanagement*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Katholieke Hogeschool Leuven. (2012). *Kwaliteitszorg*. Geraadpleegd op 26 november 2013, via https://shared.khleuven.be/content/bijlagen/Grafiek_2.png
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek, zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2012). *Beleidsagenda 2013*. Geraadpleegd op 30 oktober 2013, via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). IGZ-handboek kader: richtlijn voor transparante handhaving. Geraadpleegd op 19 december 2013, via <http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=IGZ+Handboek+kader&docid=1562&URL=>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). *Voorstel wet cliëntenrechten zorg (wcz)*. Geraadpleegd op 23 oktober 2013, via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/04/15/voorstel-wet-clientenrechten-zorg-wcz.html>
- Movisie. (2012). *Beroepscompetentieprofiel verzorgende IG in de branche VVT*. Geraadpleegd op 26 november 2013, via http://www.abvakabofnv.nl/3944/419044/185888/070312_bcp_verzorgende_ig_vvt_branche_definitief_2012.pdf
- Nies, H., Leichsenring, K., van der Veen, R., Rodrigues, R., Gobet, P., Holdsworth, ... Repetti, M. (2010). *Quality management and quality assurance in long-term care, european overview paper*. Geraadpleegd op 3 november 2013, via http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf
- Otten, T. (1995). *Elektronische kwaliteitshandboeken*. Geraadpleegd op 7 oktober 2013, via <http://www.pragma-ade.com/articles/wp-ek-nl.pdf>
- Polderman, J., & Sirre, W. (2005). *Model kwaliteitshandboek PO*. Geraadpleegd op 15 september 2013, via http://www.xqmp.nl/content/bestanden/deel_1_model_kwaliteitshandboek_po_april_2005_c.pdf
- Rijksoverheid. (2013). *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Geraadpleegd op 5 oktober 2013, via http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_01-10-2013
- Rubrech, J., & Stuyling de Lange, G. (2010). *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. Amsterdam: Pearson Education Benelux .
- Schellekens, W. (2012). Transparantie is vanzelfsprekend, maar hoe dan? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90(2), 73-74. Geraadpleegd op 15 september 2013, via <http://www.verenigingvenw.nl/tsg.html>
- Schoemaker, E., & Albersnagel-Thijssen, E. (2003). *Regie van het primaire proces*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Schoep, H. (2008). *Weg met het kwaliteitshandboek*. Geraadpleegd op 7 oktober 2013, via http://www.schoep.net/Publicaties_bestanden/Weg%20met%20het%20kwaliteitshandboek.pdf
- Sluijs, E., Keijser, A., & Wagner, C. (2006). *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005*. Geraadpleegd op 2 november 2013, via <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kwaliteitssystemen-in-zorginstellingen-stand-van-zaken-2005.pdf>

- Stuurgroep Verantwoorde Zorg. (2010). *Kwaliteitskader verantwoorde zorg*. Geraadpleegd op 7 oktober 2013, via <http://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?requestid=7B44D33D-F976-4498-B347-1BEAA0B72920>
- Ten Tije, S., Pieterse, W., van Dijk, J., & Jansen, J. (2010). *Balans in benchmarking*. Geraadpleegd op 6 november 2013, via http://www.utwente.nl/ctit/cfes/docs/rapporten/2010_12_balansinbenchmarking.pdf
- Verpleging & Verzorging 2020. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op 7 september 2013, via http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=FZhPgDg_3n8%3D&tabid=5302
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (4e ed.). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2007). *Het ontwerpen van een onderzoek* (4e ed.). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Visserman, E., Gommers, E., & Blaauwbroek, H. (2005). *Een kwaliteitsmanagementsysteem, wat kun je ermee?* Geraadpleegd op 11 september 2013, via <http://www2.bsl.nl/hbovoorsprong/>
- Wagner, C., van der Wal, G., Groenewegen, P., & de Bakker, D. (2001). The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review. *Quality in Health Care*, 10(4), 211-217. doi: 10.1136/qhc.0100211
- Zorg Onderzoek Nederland, Medische Wetenschappen. (2013). *Richtlijnontwikkeling*. Geraadpleegd op 23 oktober 2013, via http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/richtlijnontwikkeling/thema-detail/?tx_zonmwdatas_pi3%5Btab%5D=1&cHash=082708baf48a36fff9052981eb2d612a
- Zorg voor Kwaliteit. (2013). *Nieuwsarchief*. Geraadpleegd op 15 oktober 2013, via <http://www.zorgvoorkwaliteit.com/nieuwsarchief/>

Bijlagen

Bijlage 1 Zorginhoudelijke indicatoren

In deze bijlage vindt u een overzicht van de zorginhoudelijke indicatoren die gelden voor de sector verpleging, verzorging en zorg thuis. Het is verplicht deze indicatoren jaarlijks te meten. Het overzicht is gebaseerd op het huidige kwaliteitsdocument voor de sector verpleging, verzorging en zorg thuis (IGZ, Zorgverzekeraars Nederland, LOC zeggenschap in zorg, 2013). De registratievragen die bij de onderwerpen horen zijn in het kwaliteitsdocument terug te vinden. De cliëntgebonden indicatoren worden niet in dit overzicht beschreven.

Kwaliteit van leven

1. Vrijheidsbeperkende maatregelen (prevalentie)
Het aantal cliënten bij wie in de afgelopen 30 dagen een onrustband, een tafelblad of diepe stoel als vrijheidsbeperkende maatregelen zijn toegepast
2. Antipsychotica
Percentage cliënten dat in de afgelopen zeven dagen antipsychotica gebruikte
3. Psychofarmaca (niet verplicht)
Deze indicator kan op vrijwillige basis worden gemeten en gaat over het percentage cliënten dat in de afgelopen zes weken psychofarmaca gebruikte
4. Depressieve symptomen
Percentage cliënten dat in de afgelopen drie dagen symptomen van depressie vertoonde

Kwaliteit van de zorgverleners

5. Beschikbaarheid verpleegkundige
De instelling kan aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een BIG-geregistreeerde verpleegkundige bereikbaar is die binnen tien minuten ter plaatse kan zijn
6. Beschikbaarheid arts
De instelling kan aantonen dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling 7 x 24 uur een arts bereikbaar en oproepbaar is; deze arts reageert binnen tien minuten en kan binnen 30 minuten ter plaatse zijn



Kwaliteit van de zorgorganisatie

7. Meten en monitoren

De instelling kan aantonen dat ten behoeve van het verbeteren van de patiëntveiligheid (en de kwaliteit van zorg) of en op welke wijze onderstaande metingen verricht worden.

- interne audits
- externe audits
- (bijna) fout meldingen van medewerkers
- klachtenregistratie
- zorginhoudelijke indicatoren
- medewerkers tevredenheidonderzoek
- registratie scholing

Zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid

8. Risicosignalering uitvoering

Percentage cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat een risicosignalering is gedaan op de zorgproblemen: huidletsel, ondervoeding/overgewicht, vallen, problemen medicatiegebruik, depressie en incontinentie

De instelling kan zelf bepalen hoe zij de signalering uitvoert, met uitzondering de signalering van ondervoeding. Dit moet met de SNAQ scorelijst worden gedaan

9. Risicosignalering opvolging

Percentage cliënten bij wie uit het zorgleefplan blijkt dat een risicosignalering is gedaan op de betreffende zorgproblemen en bij wie naar aanleiding van verhoogd risico adequate opvolging heeft plaatsgevonden.

De instelling is vrij in hoe zij deze opvolging uitvoert, als deze maar plaatsvindt en wordt genoteerd in het zorgleefplan.

10. Valincidenten

Percentage cliënten dat in de afgelopen dertig dagen te maken had met een valincident

11. Medicijnincidenten

Percentage cliënten dat in de afgelopen dertig dagen te maken had met een medicijnincident

12. Probleemgedrag

Het percentage cliënten dat in de laatste zeven dagen één of meer van de genoemde symptomen van probleemgedrag vertoonde

Bijlage 2 Kwaliteitshandboek volgens de literatuur

Deze bijlage geeft een overzicht van de zeven indelingen voor een kwaliteitshandboek die in de literatuur gevonden zijn.

| Een kwaliteitsmanagementsysteem, wat kun je ermee? (Visserman, Gommers, & Blaauwbroek, 2005) | Handleiding kwaliteitsmanagement (Jorissen, 2007) | Kwaliteitszorg in de voorzieningen voor personen met een handicap (Brandt & Slembrouck, 2000) |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Werkafspraken van alle afdelingen en functies - Werkinstructies van alle afdelingen en functies - Werkprocessen van alle afdelingen en functies - De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn duidelijk verdeeld - Beschrijving welke taken wanneer uitgevoerd worden - Hoe werken verschillende afdelingen/functionarissen samen en hoe dragen ze werk over - Aan welke normen moet de zorgverlening voldoen - Op welke wijze gaat de organisatie dit toetsen - Alle regels en beschrijvingen van het kwaliteitssysteem <p>Apart genoemd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle activiteiten van de organisatie, zoals zorgverleningsprocessen, financiële administratie, personeelszaken, de organisatiestructuur, beleidsprocessen en cliëntenraad. | <ul style="list-style-type: none"> - Wijze waarop beleid tot stand komt en hoe beleidsevaluatie plaatsvindt - Kwaliteitsbeleid - De structuur en onderlinge samenhang van processen - Organisatiestructuur en de wijze waarop deze op kwaliteitsverbetering is gericht - Beschrijving functie kwaliteitsvertegenwoordiger - Toepassen van een kwaliteitsplanning - Beheer van personeel, infrastructuur en informatie <p>- Welke documentatie voor welke afdeling van toepassing:</p> <p>Kwaliteitsplannen Procedures Registraties</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verantwoordelijkheden en bevoegdheden (van elk afdelingshoofd) | <p>1 Inleiding</p> <ul style="list-style-type: none"> - Structuur van het kwaliteitshandboek - Beschrijving van het aanbod van de voorziening <p>2 Kwaliteitsbeleid</p> <ul style="list-style-type: none"> - missie, visie, waarden, objectieven (doelen) en geschreven referentiekader - sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen - het geven van toelating aan de overheid tot verificatie en evaluatie <p>3 Kwaliteitsplanning</p> <p>4 Kwaliteitssysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisatiestructuur - Verantwoordelijke die met het kwaliteitsbeleid is belast - Overzicht en werking overlegorganen - Deelname aan externe overlegorganen - Middelen - Overzicht van de procedures: <ul style="list-style-type: none"> - De intake - Opstellen van hulp- en dienstverleningsplan - Uitvoeren, evalueren en bijsturen van dit plan - Beëindigen van de hulp- en dienstverlening - Organiseren van collectief overleg (gezamenlijk) - Toetsen van tevredenheid van gebruikers - Het afhandelen van klachten van gebruikers - Implementeren van corrigerende en preventieve maatregelen (veranderingen bij zwakke punten) - Selecteren en aanwerven van personeel - Het vormen, trainen en opleiden van personeel - Ondersteunen en evalueren van personeel - Periodiek evalueren van ingezette middelen - Beheren van de documenten van het kwaliteitshandboek - Het plannen en implementeren van kwaliteitsaudits - Het beoordelen van het kwaliteitshandboek door de directie |

| Kwaliteitshandboek en kwaliteitsmeting in de geriatrische zorg, een zegen of een hype? (Dejaeger, 2009) | Weg met het kwaliteitshandboek (Schoep, 2008) | A Quality Management System Model for Health Care; Approved Guideline—Second Edition (Berte, et al., 2004) |
|--|---|--|
| <p>1 Missie en visie Doelstellingen op korte en lange termijn Strategie om deze te bereiken</p> <p>2 Omschrijving van doelgroep De te volgen procedures Globaal overzicht van de organisatie</p> <p>3 Specifieke zorgpaden en richtlijnen</p> <p>4 Geboden opleidingen</p> <p>5 Kwaliteitsindicatoren Verbeteracties</p> | <p>1 Inleiding (kwaliteitsbeleid)</p> <p>2 Interne organisatie</p> <p>3.1 Ontwikkeling dienstverlening 3.2 Marketing en sales</p> <p><i>Primair proces</i></p> <p>3.3 Intake en indicatie 3.4 Behandeling/zorgverlening 3.5 Evaluatie en nazorg</p> <p>3.6 Administratieve afhandeling</p> <p><i>Beleid en ondersteunende processen</i></p> <p>4.1 Planning & control 4.2 Inkoop en uitbesteding 4.3 Personeel en organisatie 4.4 Management van middelen</p> <p><i>Kwaliteit en verbetering</i></p> <p>5.1 Documentenbeheer 5.2 Interne audits 5.3 Kwaliteitsverbetering</p> | <p>1 Doel (van het handboek) 2 Werkterrein 3 Kwaliteitsbeleid 4 Kwaliteitsdoelen/doelstellingen 5 Beleid op essentiële elementen van een organisatie</p> <p>5.1 Documenten en dossiers 5.2 Organisatie 5.3 Personeel 5.4 Materialen en benodigdheden 5.5 Inkoop en inventaris 5.6 (primaire) Procesbeheersing 5.7 Informatiemanagement 5.8 Calamiteiten en incidenten management 5.9 Interne en externe beoordeling 5.10 Procesverbetering 5.11 Cliënttevredenheid en klachten 5.12 Faciliteiten en veiligheid</p> |
| <p>Kwaliteit verbeteren in de zorg(Rubrech & Stuyling de Lange, 2010)</p> | | |
| <p>Missie en visie</p> <p>Kwaliteitsbeleid</p> <p>Organisatie (hoe gaan we dit kwaliteitsbeleid organiseren: functionaris, evt. werkgroep, hoe vaak kwaliteit beoordelen en handboek)</p> <p>Procesbeschrijving - Managementprocessen - Primaire processen - Ondersteunende processen</p> <p>Procedures en werkinstructies</p> | | |

Bijlage 3 Kwaliteitshandboek De Zonneschijn

Deze bijlage geeft de indeling weer van het digitale kwaliteitshandboek van De Zonneschijn. Deze indeling is beschreven in oktober 2013.

Home (met beschrijving van recente aanpassingen)

Kwaliteitshandboek

- 1 Zorg
 - 1.1 Werkinstructies (leeg)
 - 1.2 Protocollen – linkt naar landelijke protocollen van Vilans
 - 1.3 Formulieren
 - Klachten en incidenten
 - Melding incidenten bewoners
 - Verzorging
 - Decubitus scorelijst
 - Onderhoud hulpmiddelen
 - Opheffen beschermende maatregel
 - Werkwijze verzorgende dag-/avond en nachtdienst
 - Zorgzwaartemeting
 - 1.4 Stroomschema (leeg)
 - 1.5 Overigen
 - Klachten en incidenten
 - Reglement melding incidenten bewoners
 - Verzorging
 - Decubitus preventie
 - Evaluatieformulier beschermende maatregel
 - Formulier beschermende maatregel
 - Huiskamer toezicht (waarom er huiskamertoezicht moet zijn)
 - Reglement beschermende en vrijheidsbeperkende maatregelen
 - Reglement bewonersoverleg (jaarlijks overleg)
 - Reglement voor het systematisch werken met verpleegplannen
 - Richtlijn vocht en voeding
- 2 Medewerkers
 - 2.1 Werkinstructies (leeg)
 - 2.2 Protocollen (leeg)
 - 2.3 Formulieren
 - Medewerkers algemeen
 - Bevoegd- en bekwaamheid medewerkers
 - Registratieformulier voor de medewerkers
 - 2.4 Stroomschema (leeg)
 - 2.5 - Scholing
- Jaarplan scholing
 - Medewerkers algemeen
 - Regeling voorbehouden en risicovolle handelingen
- 3 Meld een MTV! (Melding ter verbetering)

Bijlage 4 Conclusie kwaliteitshandboek

In deze bijlage wordt de indeling voor een kwaliteitshandboek gegeven naar aanleiding van de literatuurstudie. De kolom aan de linkerzijde beschrijft de indeling volgens Dejaeger. De kolom aan de rechterzijde geeft een aanvulling op de indeling van Dejaeger gebaseerd op de vergelijking binnen de literatuurstudie.

| Kwaliteitshandboek volgens Dejaeger(2009) | Kwaliteitshandboek volgens Dejaeger(2009) met toegevoegde overeenkomsten vanuit andere bronnen |
|--|--|
| 1 Missie en visie Doelstellingen op korte en lange termijn Strategie om deze te bereiken | 1 Inleiding met structuur en doel Missie en visie Kwaliteitsbeleid: met strategie en planning van doelstelling op lange en korte termijn. |
| 2 Omschrijving van doelgroep De te volgen procedures Globaal overzicht van de organisatie | 2 Omschrijving doelgroep Globaal overzicht van de organisatie met organisatiestructuur Procedures (onderverdelen in primaire, ondersteunende en managementprocessen) Overzicht en werking overlegorganen |
| 3 Specifieke zorgpaden en richtlijnen | 3 Richtlijnen Protocollen Werkinstructies/werkafspraken |
| 4 Geboden opleidingen | 4 Personeel beheer: <ul style="list-style-type: none"> - Geboden opleidingen, - Beschrijving taken, bevoegdheden en verantwoordelijken, - Rol van kwaliteitsfunctionaris |
| 5 Kwaliteitsindicatoren Verbeteracties | 5 Kwaliteitsindicatoren Verbeteracties Audits Evaluaties |

Bijlage 5 Topiclijsten

Interview nr:

Vragen interviews verzorging

Algemeen

Naam:

Functie:

Opleiding:

Jaren werkervaring:

Aantal jaren werkzaam bij de instelling:

Leeftijd:

Inleiding

1. Welke kennis heb je over een kwaliteitshandboek?
 - Welke informatie staat er volgens jou in een kwaliteitshandboek?
 - Waar heb je deze kennis over kwaliteitshandboeken opgedaan?

Kwaliteitshandboek

2. Heb je in deze instelling wel eens met een kwaliteitshandboek gewerkt?
 - *Nee:* Ben je wel een situaties tegengekomen waarbij je een kwaliteitshandboek miste?
 - *Ja:* Wat vond je van het werken met een kwaliteitshandboek?
 - Welke informatie zocht je in het kwaliteitshandboek en vond je deze informatie?
 - Hoe vaak gebruik je het kwaliteitshandboek van de instelling?
 - Op welke manier wordt er binnen de instelling gewerkt met een kwaliteitshandboek?
 - Heb je ervaring met het werken met een kwaliteitshandboek in andere instellingen?
3. Heeft een kwaliteitshandboek volgens jou meerwaarde in de praktijk?
 - Waarom heeft het kwaliteitshandboek wel of geen meerwaarde?

Wensen voor het kwaliteitshandboek

4. Welke informatie zou je belangrijk vinden om in een kwaliteitshandboek te hebben?
 - Welke beschrijvingen of instructies mis je nog?
5. Wat zijn jouw aanbevelingen om het kwaliteitshandboek te gebruiken binnen de instelling?
6. Zijn er nog andere dingen die je kwijt wilt rond dit onderwerp?

Mocht je nog ideeën of vragen hebben, dan kun je ons mailen

Vragen Benchmarking

Interview nr:

Algemeen

Aantal bewoners in instelling:

Hoelang bestaat de instelling:

Periode werkzaam als directeur:

Opleiding:

Inhoud kwaliteitshandboek

1. Is er in jullie instelling een kwaliteitshandboek aanwezig?
 - Wat vind u de belangrijkste onderwerpen in het kwaliteitshandboek?
 - Zijn er bepaalde richtlijnen of eisen gevolgd bij het opstellen van het kwaliteitshandboek?
 - Voldoet dit handboek aan de eisen?
2. Zijn er richtlijnen of procedures, rondom kwaliteit van zorg, die buiten het kwaliteitshandboek omgaan?
3. Zijn er knelpunten bij het opstellen van het kwaliteitshandboek?

Integratie van het kwaliteitshandboek

4. In hoeverre is het kwaliteitshandboek geïntegreerd op de werkvloer?
 - Hoe wordt dit gedaan?
 - Komt het kwaliteitshandboek terug in het inwerkprogramma?
 - Weet u hoe medewerkers het gebruik van het kwaliteitshandboek ervaren?
 - Zijn er knelpunten in het gebruik van het kwaliteitshandboek?
5. Hoe gebruikt u zelf het kwaliteitshandboek?
 - Wat is uw rol binnen het werken met het kwaliteitshandboek?
6. Wordt het gebruik van het kwaliteitshandboek wel eens geëvalueerd?
 - Door wie wordt dit gebruik geëvalueerd?
 - Hoe vaak wordt dit gebruik geëvalueerd?
7. Heeft u adviezen voor het werken met een kwaliteitshandboek;
 - Op gebied van integratie op de werkvloer?

8. Zou u nog wat anders willen inbrengen rond dit onderzoek?

Mocht u nog vragen of adviezen hebben dan kunt u ons mailen.

Bijlage 6 Wensen Onderwerpen kwaliteitshandboek

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de wenselijke onderwerpen voor het kwaliteitshandboek die in interviews bij de met de verpleegkundigen en verzorgenden van De Zonneschijn genoemd zijn.

| Verpleegkundigen | Verzorgenden |
|---|--|
| Vrijheidsbeperkende maatregelen en werkwijze | Richtlijnen rondom conflicthantering |
| Melding incidenten bewoners | Richtlijn tilliften |
| Omgaan met privacy | Richtlijn medicatieverstrekking |
| Opleiden en scholen medewerkers | Richtlijn gedrag personeel in de huiskamer |
| Beleidsplan | Werkwijze rondom opname |
| Jaarplan | Werkwijze schoonmaken |
| Visie op christelijke identiteit | Werkwijze bewoners naar bed brengen |
| Protocollen en formulieren voor het zorgdossier | Benodigde formulieren en documenten voor EVV taken |
| | Visie op christelijke identiteit |

Bijlage 7 Onderwerpen kwaliteitshandboek

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de onderwerpen die in interviews bij de benchmarkinstellingen genoemd zijn. De onderwerpen zijn niet letterlijk overgenomen uit het kwaliteitshandboek, waardoor dit overzicht niet volledig is.

| Samen Sterk | De Regenboog | De Kievit |
|--|---------------------------------|---|
| - Inleiding op handboek | - Procedure bij nieuwe cliënten | - Archiefdocumenten |
| - Inhoud zorgdossiers (van aanmelding tot ontslag) | - Werkwijze dossiervorming | - Incontinentieoverzicht |
| - MIB en MIB evaluatie | - Clienttevredenheid | - Digitale planning |
| - MDO | - Klachtenbeleid | - Urenregistratiesysteem |
| - Missie, visie | - Veiligheid | - MIC en beleid hierop |
| - Identiteit | - Mishandeling | - Vilans protocollen en eigen protocollen |
| - Organogram | - Werkwijze rondom voeding | - Documenten van WIP |
| - Functiebeschrijvingen | - Medicatiebeleid | - Overzicht medicatiebestellingen |
| - Scholing | - Werkwijze MIB en MAG | - Medicatieproces en beleid |
| - Werkwijze leerlingen | | - Medicatieprotocol en medicatieformulieren |
| - Functioneringsgesprek | | - Voeding: werkwijze en protocollen |
| - Zwangerschapsprotocol | | - Notulen van teamvergaderingen |
| - Verzuimprotocol | | - Intervisie werkwijze |
| - Veiligheid (zoals virusuitbraak en brandveiligheid) | | - Model voor ziektebeeldbespreking |
| - Protocol agressie | | - Bevoegd en bekwaamoverzicht |
| - Gedragscode | | - BIG-handelingen aftekening |
| - Klachtenreglement | | - Scholing |
| - Cliëntenraad | | - Contactgegevens van medewerkers, familie en andere disciplines |
| - Vrijheidsbeperkende maatregelen | | - Managementdocumenten: b.v. protocol functioneringsgesprekken, inwerkwijze, identiteits- en geheimhoudingsverklaringen |
| - Meetinstrumenten voor kwaliteitsverbetering (zoals evaluaties en tevredenheidsonderzoeken) | | |
| - Hygiënecode | | |