

Effectief en Efficiënt Communiceren

Verpleegkundige verslaglegging in het Geboortecentrum IJsselland



Merle Zandvliet
S1063805
Student bachelor management in zorg
Hogeschool Leiden
MZ84
MZ3 2012-2013
Opdrachtgever: Wilma Timmermans
Begeleider: Jacqueline van Oijen
Mei 2013

VOORWOORD

Dit document is het eindresultaat van de afstudeeropdracht van mijn managementopleiding aan de Hogeschool Leiden. In mijn functie als teamleider van het geboortecentrum heb ik gezocht naar een actueel intern onderwerp, waarbij ook de externe omgeving betrokken kan worden. Onderzocht is op welke manier de effectiviteit in de communicatie binnen het geboortecentrum kan verbeteren, zodanig dat reflectie op het verpleegkundig handelen en toetsing van deskundigheid mogelijk is en kosten worden bespaard.

Ik wil Wilma Timmermans bedanken als opdrachtgever en begeleider. Ook wil ik Jacqueline van Oijen bedanken voor haar enthousiasme en motivatie. Haar bereikbaarheid en kritische blik hebben bijgedragen aan het resultaat van deze beroepsopdracht. Tijdens de totstandkoming van dit document heb ik veel steun gehad aan de leden van mijn schrijversgroep: Rianne de Jong, Lisette Beugelsdijk en Patrick van Beek. Ik wil ze dan ook bedanken. Tot slot wil ik natuurlijk de mensen bedanken die dicht bij mij staan. Zij hebben mij de tijd en ruimte gegeven die ik nodig had om het geheel goed af te ronden.

Ik wens u veel leesplezier.

Merle Zandvliet

Mei 2013, Capelle aan den IJssel

SAMENVATTING

Het regeerakkoord van oktober 2012 noemt het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de bevordering van (regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders als prioriteiten binnen de gezondheidszorg. Het verbeteren van deze aspecten betekent niet automatisch een kostenverhoging, maar kan zelfs kostenbesparend werken zo wordt in het regeerakkoord geschetst.

De Raad van Bestuur van het IJsselland Ziekenhuis heeft ondanks krappe budgettaire kaders besloten tot het realiseren van een geboortecentrum. De realisatie van het geboortecentrum is tot stand gekomen door samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns geboortezorg. De visie is dat door het betrekken van de eerste lijn de samenwerking, en daardoor de deskundigheid, zal verbeteren. Modernisering van de geboortezorg bestaat onder andere uit het invoeren van gezinsgerichte zorg. Ouders worden zo veel mogelijk betrokken bij de zorg van hun kind. Tegelijkertijd met de invoering van gezinsgerichte zorg zijn op de afdeling bouwkundige aanpassingen gedaan. Er zijn eenpersoonskamers gerealiseerd die ouders privacy bieden.

Hoewel de eenpersoonskamers en gezinsgerichte zorg allebei de kwaliteit van zorg bevorderen, blijkt uit casusevaluaties dat er nog verbeteringen mogelijk zijn op het gebied van communicatie. Een voorbeeld hiervan is de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging. Een effectieve verslaglegging draagt bij aan zorg die goed georganiseerd wordt, zichtbaar is en transparant. Transparantie is essentieel om naast een evaluatie van de deskundigheid van de zorgverleners ook de kwaliteit van de geleverde zorg te evalueren en vervolgens te verbeteren.

Het doel van het onderzoek is ontwerpcriteria te formuleren om de effectiviteit van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging binnen het geboortecentrum te optimaliseren en de efficiency te verbeteren. De centrale vraag die in het onderzoek centraal heeft gestaan:

Op welke manier kan binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging worden geoptimaliseerd, zodanig dat gegevens concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk zijn, volgens de richtlijn van het CBO, en kostenbesparing optreedt?

Praktijkonderzoek heeft zowel binnen het geboortecentrum als in andere ziekenhuizen plaatsgevonden. De resultaten en conclusies die het praktijkonderzoek heeft opgeleverd:

1. Uit het dossieronderzoek en de enquêtes blijkt dat de huidige schriftelijke verpleegkundige verslaglegging niet concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk is. Dit zorgt ervoor dat

op dit moment met deze gegevens reflecteren op handelen en deskundigheid niet mogelijk is. Het ontbreken van gegevens kan fouten opleveren in de zorgverlening. Het herstellen van de fouten of het beperken van de gevolgen brengt kosten met zich mee.

2. Uit het protocol onderzoek blijkt dat afspraken met betrekking tot schriftelijke verpleegkundige verslaglegging in zeer beperkte mate in de protocollen aanwezig is.
3. Uit de benchmark en de interviews blijkt dat door het indelen van patiënten aan de hand van de opname-indicatie, én het gebruik van checklists in plaats van vrije tekstruimte de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging geoptimaliseerd kan worden. De informatie is hierdoor concreet, bondig, eenduidig, objectief, duidelijk en gestructureerd. Met deze informatie is het reflecteren op handelen en deskundigheid mogelijk. Ook worden kosten bespaard doordat zoeken naar informatie niet nodig is.
4. Uit de kosten-batenanalyse, zie §6.3 en §6.4, blijkt dat de implementatie van een digitaal patiëntendossier niet alleen een investering vergt, maar ook efficiencywinst oplevert.

De aanbevelingen die het onderzoek heeft opgeleverd:

Door optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, welke voldoet aan de richtlijn van het CBO, verbetert de effectiviteit en efficiency. Dit kan bereikt worden door de volgende ontwerpcriteria:

Afspraken, met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, worden geformuleerd en gecommuniceerd binnen het team van gebruikers van deze verslaglegging. De afspraken worden protocollair vastgelegd. Eén van de afspraken is het aan bed rapporteren, samen met de patiënt. De nieuwe werkwijze wordt geïmplementeerd aan de hand van een implementatieplan. Ook wordt de nieuwe werkwijze geborgd.

Verdere optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging kan worden bereikt door de implementatie van een digitaal dossier. Voor de invoering van een digitaal dossier zijn ontwerpcriteria geformuleerd, zie §7.2.

Concluderend kan worden gesteld dat in een goed geoutilleerd en modern geboortecentrum het implementeren van een digitale verslaglegging voordelen oplevert, onder andere op het gebied van effectiviteit en patiëntveiligheid.

SUMMARY

The coalition agreement dated October 2012 states that improving the quality of health care and the promotion of (regional) cooperation between care providers should be the priority within the health care. Improving these aspects does not automatically mean an increase in costs, but can even save costs as outlined in the coalition agreement.

The board of directors of the IJsselland Ziekenhuis has, despite tight budgetary frameworks decided to realize a birth center. The realisation of the birth center was developed through collaboration between the 1st and 2nd line birth care. The vision is that by involving the 1st line, the cooperation and subsequently, the overall expertise will improve. Modernisation of birth care includes entering family centered care, parents are involved as much as possible in the care of their child. Simultaneously with the introduction of family-centered care, the department made some structural changes. Single rooms are realised that provide privacy for parents.

According to case assessments it appears that, although the single rooms and family-centered care both improve the quality of care, improvements are still possible in the field of communication, including written nursing records. Effective communication contributes to well organized care which should be visible and transparent. Transparency is essential to evaluate the quality of care provided in addition to an evaluation of the expertise of the care provided and to use the outcome to further improve the care.

The aim of the study is to formulate criteria to optimize the effectiveness of the written nursing records within the birth center and to improve the efficiency. The central question in the survey has been the following one:

How can optimize the written nursing records within the birth center of the IJsselland Ziekenhuis, in such a way that data is concrete, concise, unambiguous, objective and clear, and acting in accordance with the directive of the CBO and cost savings are realised?

Practice studies haven taken place both within the birth center and in other hospitals.

The facts that the practical research has yielded:

1. The case study and the surveys among employees shows that the current written nursing records are not concrete, concise, unambiguous, objective and clear. Based on this data it is

not possible to reflect the actions and expertise. The lack of data may cause mistakes in care. Repairing these mistakes or limiting the consequences will bring costs with it.

2. The protocol research shows that arrangements regarding written nurse reporting are only available to a very limited extent, only a portion of the protocols.
3. The benchmark and the interviews indicates that the classification of patients according to the tally, and the use of checklists, rather than free text space can improved the written nursing records. This methode provides information which is precise, concise, unambiguous, objective, clear and structured. This information allows to reflect the process and it also saves money as it is not necessary to search for information.
4. The cost-benefit analysis, see § 6.3 and § 6.4, shows that the implementation of a digital patient record not only requires an investment, but also creates significant efficiency gains.

The recommendations that the research has yielded:

Optimization of the written nursing records, which complies with the directive of the CBO, improves effectiveness and efficiency. This can be achieved by the following design criteria:

Arrangements, with respect to the written nursing records, will be formulated and communicated within the team of users of these records. The agreements are established in protocols. One of the agreements is to report along with the patient. The new method is implemented on the basis of an implementation plan. Also, the new method is secured.

Further optimization of the written nursing records can be achieved by the implementation of a digital file. The introduction of a digital file are formulated in design criteria, see § 7.2.

It may be concluded that in a well-equipped and modern birth center digital reporting will lead to benefits. Benefits in terms of effectiveness, efficiency and patient safety.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	III
SAMENVATTING	IV
SUMMARY	VI
1 INLEIDING	1
LEESWIJZER	1
2 PROBLEEMVERKENNING	2
2.1 PLURIFORM BEELD	2
2.2 VOORLOPIGE CENTRALE VRAAGSTELLING	9
2.3 BESCHOUWING	9
3 THEORETISCH KADER	10
3.1 VERPLEEGKUNDIG HANDELEN	10
3.2 WETGEVING	11
3.3 KWALITEIT VAN ZORG	14
3.4 VERANDERMANAGEMENT	15
3.5 BESCHOUWING	17
4 CONCEPTUEEL MODEL	18
4.1 CONCEPTUEEL MODEL	18
4.2 CENTRALE VRAAG EN DEELVRAGEN	19
4.3 DOELSTELLING	19
4.4 HYPOTHESE	19
4.5 BEGRIP DEFINIËRING	19
5 PLAN VAN AANPAK	20
5.1 DATAVERZAMELING	20
5.2 PLANNING	22
5.3 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	22
5.4 TRIANGULATIE	23
5.5 RANDVOORWAARDEN	23
6 RESULTATEN	24

6.1 DEELVRAGEN	24
6.2 CENTRALE VRAAG	28
6.3 KOSTEN EN BATEN	30
6.4 ONDERZOEKSVERANTWOORDING	32
7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	33
7.1 DEELVRAGEN	33
7.2 CENTRALE VRAAG	37
7.3 HYPOTHESE	39
7.4 VERVOLGONDERZOEK	39
 BIBLIOGRAFIE	 41
 BIJLAGE 1, AFKORTINGENLIJST	 44
BIJLAGE 2, ORGANOGRAM	45
BIJLAGE 3, VERZUIM RAPPORT	46
BIJLAGE 4, SAMENVATTING CBO RICHTLIJN VERPLEEGKUNDIGE VERSLAGLEGGING	50
BIJLAGE 5 BENCHMARK	56
BIJLAGE 6 ENQUÊTE	59
BIJLAGE 7 INTERVIEW	65

1 INLEIDING

Dit afstudeeronderzoek wordt uitgevoerd als afsluiting van mijn opleiding Management in de Zorg en Maatschappelijke dienstverlening. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis te Capelle aan den IJssel. Het IJsselland Ziekenhuis is een middelgroot perifeer ziekenhuis, met een adherentiegebied in de regio Rotterdam-Oost. Het betreft een algemeen ziekenhuis dat een breed pakket aan basiszorg levert en daarnaast enkele speerpunten en prioriteiten heeft. Het geboortecentrum is één van de prioriteiten. (Raad van Bestuur, 2012)

Het doel van het onderzoek is het formuleren van ontwerpcriteria om de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging te optimaliseren, zodanig dat kostenbesparing optreedt. Namelijk een effectieve schriftelijke verpleegkundige verslaglegging draagt niet alleen bij aan zichtbare en transparante zorg, het vermindert ook kans op fouten.

LEESWIJZER

De inleiding van het afstudeeronderzoek en deze leeswijzer komen in het eerste hoofdstuk aan de orde. De aanleiding volgt in hoofdstuk 2, met daarbij de probleemverkenning en de voorlopige centrale vraagstelling. Hoofdstuk 3 bevat het theoretische kader, gevolgd door het conceptuele model en de definitieve centrale vraag met deelvragen in hoofdstuk 4. Het plan van aanpak wordt beschreven in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk worden ook de keuzes die in het plan van aanpak gemaakt zijn uitgelegd. De resultaten staan in hoofdstuk 6. Tot slot sluit hoofdstuk 7 af met de conclusies, aanbevelingen en mogelijke onderwerpen voor vervolgonderzoek. De gebruikte afkortingen worden in bijlage 1 uitgeschreven.

2 PROBLEEMVERKENNING

De aanleiding van het probleem vindt zijn oorsprong in de landelijke politiek en in het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis. Er worden drie modellen gebruikt om de aanleiding te analyseren. Het gebruik van deze modellen verduidelijkt het probleem en bekijkt het vanuit een pluriform beeld.

2.1 PLURIFORM BEELD

Om een pluriform beeld te krijgen van de probleemsituatie wordt de externe omgeving geanalyseerd door middel van het PEST-model. De interne organisatie door middel van het 7S-model en het 6W-model:

- PEST-analyse (Science Progress, 2011) : een omgevingsbeschrijving op macroniveau. Dit model is een afgeleide van het DESTEP model (Mulders, 2010). Het DESTEP model schetst een beeld van de externe omgevingsfactoren, en maakt hiermee inzichtelijk wat de kansen en bedreigingen zijn voor de organisatie.
- Het zeven-S model (Pascale, 2010): een probleembeschrijving vanuit zeven interne organisatie aspecten. Het model is bedoeld om de kwaliteit van organisaties te kunnen beoordelen, waarbij er aandacht besteed wordt aan de harde (strategie en organisatiestructuur) en zachte (managementstijl en personeel) kant van de organisatie. Een goede balans tussen de harde en zachte aspecten is cruciaal voor de effectiviteit en efficiency van de organisatie.
- De 6W formule (Verhoeven, 2007): een probleembeschrijving vanuit zes interne organisatie aspecten.

PEST-analyse

Politieke factoren. De Peristat studie, die aantoonde dat in Nederland voor, tijdens en na de geboorte een hoge babysterfte bestond ten opzichte van de omringende West-Europese landen, is de aanleiding geweest voor de politiek om de Stuurgroep zwangerschap en geboorte aan te stellen. (Buitendijk, Zeitlin, Cuttini, & Langhoff, 2003) De vraag aan de Stuurgroep is het doen van concrete en realistische voorstellen, waarmee de zorg rondom zwangerschap en geboorte kan worden geoptimaliseerd om zodoende de babysterfte te beperken. (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009) Eén van de adviezen die in het rapport 'Een goed begin' (2009) genoemd wordt, is het verbeteren van de communicatie. Verbeteringen op communicatiegebied dragen bij aan zorg die goed georganiseerd wordt, zichtbaar is en transparant.

Economische factoren. Het regeerakkoord van 29 oktober 2012 noemt een aantal prioriteiten binnen de gezondheidszorg, waarvan het verbeteren van de kwaliteit er één is. (Rutte & Samsom, 2012) Beweerd wordt dat kwaliteitsverbeteringen in de zorg niet automatisch kostenverhogend, maar zelfs kostenbesparend kunnen werken. De opties die genoemd worden om kostenbesparing te realiseren zijn, onder andere, het bestrijden van verspilling en het verminderen van overcapaciteit. Een tweede punt in het regeerakkoord is de bevordering van (regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders, wat eveneens kostenbesparend en kwaliteitsverbeterend zou werken. Tegelijkertijd met de vraag naar kwaliteitsverbetering dwingen de landelijke bezuinigingen binnen de zorgsector directies van ziekenhuizen tot het nemen van rigoureuze maatregelen om de organisatie financieel gezond te houden. (Rutte & Samsom, 2012) Een bijkomende factor is dat verzekeraars de komende jaren een zogenaamde nullijn hanteren. Dit houdt in dat er geen groei van ziekenhuisactiviteiten wordt geaccepteerd en geen correctie van de inflatie wordt toegepast. De enige manier om deze nullijn op te vangen is het beperken van de kosten. Evident is volgens Van Barneveld, bestuursvoorzitter van een regionaal ziekenhuis in Noord-Holland, dat de kwaliteit van de patiëntenzorg niet mag lijden onder de kostenbesparing. (Dorresteyn, 2012)

De RvB van het IJsselland Ziekenhuis heeft de genoemde verbeterpunten uit het regeerakkoord en de landelijke bezuinigingen vertaald naar het realiseren van een geboortecentrum. In het geboortecentrum wordt eerste- en tweedelijnszorg geïntegreerd.

Hier ontstaat een schijnbare tegenstelling: naast kostenbesparing ook creëren. De verklaring is dat door de realisatie van het geboortecentrum de samenwerking verbetert, waardoor de geboortezorg wordt geoptimaliseerd. (Raad van Bestuur, 2012)

Sociale factoren. De huidige tendens is een veranderende rol voor zowel de verpleegkundige als de patiënt. (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2011) Voerde de verpleegkundige in het verleden gedelegeerde taakgeoriënteerde activiteiten uit, tegenwoordig wordt van een verpleegkundige verwacht dat er een (verpleegkundige) diagnose gesteld kan worden, waarbij er autonoom beslissingen worden genomen over interventies. (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010) De rol van de patiënt is veranderd van een passieve in een steeds actievare rol, waarbij de patiënt niet alleen kritisch en mondig is, maar ook steeds beter in staat informatie te verzamelen. (ICF, 2002)

Deze veranderende rollen hebben geleid tot wetgeving, waarmee de belangen van zowel de patiënt als de zorgverlener worden behartigd. (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2000) Communicatie is, als gevolg van de veranderende patiënt-zorgverlener relatie en de wetgeving, tegenwoordig een zeer intensief aspect van de beroepsuitoefening van verpleegkundigen. (Honey & North, 2009)

Technologische factoren. De technologie is in ontwikkeling en wordt niet alleen toegepast bij de medische behandeling maar ook binnen het zorgproces. (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2011) Het zorgproces ondergaat hierdoor een metamorfose. Het digitaliseren van het patiëntendossier is één van de gevolgen van technologische ontwikkeling. Een digitaal patiëntendossier zorgt voor efficiency in de zorg, een dossier is direct oproepbaar en toont met één druk op de knop alle gegevens van een patiënt. De gegevens zijn bovendien duidelijk leesbaar.

Analyse en conclusie van de PEST-analyse

Uit de analyse blijkt dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg prioriteit heeft. Eén van de adviezen om de kwaliteit van zorg te verbeteren is het optimaliseren van de communicatie. Hierdoor wordt de zorg goed georganiseerd, is zichtbaar en transparant. Ook het verbeteren van de samenwerking tussen zorgverleners is een advies. Beide adviezen zijn door de RvB van het IJsselland Ziekenhuis vertaald in de realisatie van het geboortecentrum, waar eerste en tweedelijnszorg geïntegreerd wordt.

Deze kwaliteitsverbeteringen zijn niet automatisch kostenverhogend, maar kunnen zelfs kostenbesparend werken. Dit door, onder andere, het verbeteren van de efficiency. Het toepassen van technologie binnen het zorgproces is in ontwikkeling. Eén van die ontwikkelingen is het digitale patiëntendossier. Een digitaal patiëntendossier kan niet alleen bijdragen aan een efficiënter werkproces, maar komt ook de effectiviteit van de communicatie ten goede.

Het zeven-S model

De harde kanten

Strategie. In oktober 2012 is de afdeling gynaecologie en obstetrie gerenoveerd tot het Geboortecentrum IJsselland. Vierpersoonsskamers zijn verbouwd tot eenpersoons kraamkamers. (Raad van Bestuur, 2012) De visie van het geboortecentrum is gebaseerd op het gastvrijheidsconcept. Het gastvrijheidsconcept houdt in dat het streven is de patiënttevredenheid te verbeteren door het leren (her)kennen, inleven in en begrijpen van de wensen van de patiënt. Belangrijk is dat patiënten zich welkom voelen en met beleefdheid en zorgzaamheid worden benaderd. Van belang hierbij is de betrokkenheid en inbreng van ouders in de zorg, ouderparticipatie. De eenpersoons kraamkamer, waar de partner 24 uur per dag welkom is, biedt ouders privacy en een goede leefomgeving voor het gezin.

De samenwerking met externe partijen heeft reeds tot de eerste concrete resultaten geleid. De samenwerking met Kraamzorg Rotterdam heeft geresulteerd tot het integreren van

kraamverzorgenden in het bestaande team. Het standpunt van deze samenwerking is dat een goede samenwerking de kwaliteit van zorg en de deskundigheid verbetert. (Raad van Bestuur, 2013)

Structuur. Het IJsselland Ziekenhuis is een lijn – staforganisatie, zie bijlage 2 organogram. De huidige tendens is dat de organisatie aan het “verplatten” is, de verantwoordelijkheid wordt lager in de organisatie gelegd. Het ontwikkelen van deze decentralisatie vindt plaats door middel van een management development traject (MD traject). Het tactisch management heeft dit traject in 2012 doorlopen, voor het operationeel management gaat dat gedurende de eerste helft van 2013 plaatsvinden. Het doel van het MD traject is het management leren omgaan met de nieuwe verantwoordelijkheden. De gedecentraliseerde structuur kenmerkt een professionele bureaucratie. (Mintzberg, 2006)

Systemen. De functieomschrijving van de diverse functiegroepen bevat een omschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, welke zijn vastgelegd. Binnen het geboortecentrum zijn, voor het verlenen van primaire zorg, medewerkers met de volgende functies werkzaam: (Obstetrie en Gynaecologie) verpleegkundigen, lactatiedeskundigen en kraamverzorgenden. De protocollen, procedures en werkwijzen zijn te vinden in het kwaliteitshandboek, en oproepbaar via de intranetsite van het ziekenhuis. De principeafspraken met betrekking tot de personele formatie zijn opgesteld door het huidige management van het geboortecentrum en weergegeven in tabel 1. Het bevat randvoorwaarden om de kwaliteit van zorg te bewaken. Voor de inzet van Obstetrie en Gynaecologie (O&G) verpleegkundige is er een minimum aantal aangegeven, en voor de inzet van oproepkrachten en kraamverzorgenden een maximum. De overige formatieplekken kunnen door verpleegkundigen worden ingevuld. Dagelijks wordt de formatie door het management aangepast aan het zorgaanbod en de zorgzwaarte, door de inzet van extra medewerkers bij drukte of het verminderen van het aantal medewerkers tijdens periodes met een beperkt zorgaanbod of zorgzwaarte.

	O&G verpleegkundige	Verpleegkundige	Kraam verzorgende	Oproepkracht	Totaal aantal medewerkers per dienst	Aantal verlos kamers	Aantal weeën kamers	Kraamkamers	Bedden Gynaecologie en zwangere
Dagdienst	3 of meer	2 of meer	Max. 1	Max. 1	7	5	2	13	12
Avonddienst	2 of meer	1 of meer	Max. 1	Max. 1	5	5	2	13	12
Nachtdienst	2 of meer	0 of meer	Max. 1	Max. 1	4	5	2	13	12

Tabel 1, Bezettingseisen opgesteld door het huidige management en het aantal kamers en bedden

De zachte kanten

Stijl van management. Het management bestaat uit een afdelingshoofd en twee teamleiders. Het afdelingshoofd vertaalt het beleid van de RvB naar afdelingsniveau en is resultaatgericht. Zij heeft een directieve stijl van leidinggeven. De teamleiders hebben beiden een coachende stijl van leidinggeven, waaraan de één nog een meer situationele stijl, en de andere een meer dienende stijl toevoegt.

De teamleiders krijgen van het afdelingshoofd de vrijheid om, binnen de financiële kaders, invulling te geven aan de taken behorende bij de functie. De randvoorwaarden zijn het behalen van de door het afdelingshoofd en hoger management gestelde doelen.

Sleutelvaardigheden. De visie van het IJsselland Ziekenhuis is het organiseren van veilige en betrouwbare zorg, waarbij duidelijkheid is omtrent de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De gehanteerde kernwaarden zijn: veiligheid en betrouwbaarheid, verantwoordelijkheid krijgen en nemen, verantwoording afleggen, respect en goede werksfeer. (Raad van Bestuur, 2012) De uitgangspunten van deze ambitie zijn focussen op de kerntaak, namelijk medisch specialistische zorg, waarbij optimale zorg leidend is en de organisatievorm volgend.

Kwalitatief goede zorg leveren bij een grote fluctuatie in zorgaanbod is de vertaling van deze ambitie naar het geboortecentrum. Zowel het management van het geboortecentrum als de medewerkers zijn actief bezig met zorgverbetering. Dit blijkt uit een recent gestart project genaamd 'Gastvrijheid'. In dit project wordt de verwachte en ervaren zorg van de patiënten met elkaar vergeleken met als doel de tevredenheid van de patiënten te verbeteren. Ook de inzet van de betrokken medewerkers bij het vormgeven van het geboortecentrum, actief meedenken over procesontwikkeling, behoort tot de sleutelvaardigheden.

Significante waarden. De medewerkers van het geboortecentrum zetten zich in om een kwalitatief hoogwaardig product te leveren. De gynaecologen en verloskundigen die werkzaam zijn in het IJsselland Ziekenhuis delen dit uitgangspunt. De kwaliteit wordt gemeten door de patiënttevredenheidsenquêtes en het medewerkerstevredenheidsonderzoek. Ook wordt de geleverde zorg geëvalueerd tijdens multidisciplinaire overleggen. Deze casusevaluaties leveren punten op waarmee de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd.

Staf. De medewerkers zijn over het algemeen gemotiveerd. Het ziekteverzuim is ondanks de wisselende en vaak hoge werkdruk laag, 4%, zie bijlage 3, ten opzichte van het algemene verzuimcijfer van het ziekenhuis van 4,8%. Ook blijkt de motivatie van medewerkers uit actieve deelname aan werkgroepen en projecten. Een actieve werkgroep binnen het geboortecentrum is de

werkgroep Kraamzorg, waarbij gekeken wordt naar de (on)mogelijkheden van het integreren van medewerkers van Kraamzorg Rotterdam binnen het geboortecentrum. Ook de werkgroep Bouw is een actieve werkgroep geweest, waarbij de renovatie van de afdeling tot het geboortecentrum centraal heeft gestaan. Een recent gestarte werkgroep is de werkgroep Gastvrijheid, waarbij het leren kennen, inleven in en begrijpen van de wensen van de patiënten centraal staat.

Analyse en conclusie van het zeven-S model

De medewerkers van het IJsselland Ziekenhuis worden in voldoende mate gesteund door de organisatie. Dit blijkt onder andere uit de principeafspraken met betrekking tot de personele formatie, de functieomschrijvingen en de managementstijl van de teamleiders. Het management en de medewerkers van het geboortecentrum zijn gemotiveerd een kwalitatief goed product te leveren. Ook zij zijn bereid actief deel te nemen aan projecten om de geleverde zorg te verbeteren.

Een vergelijking tussen de harde en zachte kant van het zeven-S model toont aan dat er knelpunten bestaan. Het leveren van kwalitatief goede en gastvrije zorg bij een grote fluctuatie in zorgaanbod is een voorbeeld van een knelpunt waar het management van het geboortecentrum mee te maken heeft. Er lijkt een tegenstelling te bestaan in de huidige situatie (IST), er is tijdens casusevaluaties geen compleet beeld te vormen van geleverde zorg en de gewenste situatie (SOLL), waarbij de geleverde zorg geëvalueerd is en de verbeteringen zijn geïmplementeerd. SOLL kan bereikt worden door het verbeteren van de effectiviteit van de communicatie, waardoor achteraf de mogelijkheid bestaat een compleet beeld te schetsen.

6W-model

Wat is het probleem? De landelijke politiek dwingt de zorgsector de kwaliteit van zorg te verbeteren en samenwerkingsverbanden aan te gaan. (Rutte & Samsom, 2012) De RvB van het IJsselland Ziekenhuis vertaalt dit beleid, onder andere, door de realisatie van een geboortecentrum. Het geboortecentrum maakt optimalisatie van geboortezorg op het gebied van deskundigheid en kwaliteit van zorg mogelijk door een verbeterde samenwerking tussen gynaecologen, verpleegkundigen, anesthesiologen, kinderartsen, eerste- en tweedelijns verloskundigen en Kraamzorg Rotterdam e.o. (Raad van Bestuur, 2012) De externe partijen, met name de eerstelijns zorgverleners, hebben inspraak in de definitieve plannen. Dit heeft onder andere geresulteerd in een praktijkruimte voor de eerstelijns verloskundigen binnen de setting van het geboortecentrum. Binnen het geboortecentrum staat kwaliteit hoog op de agenda. Dat men voortdurend bezig is met kwaliteitsverbeteringen blijkt uit het feit dat het, sinds 2009, de gewoonte is maandelijks casusevaluaties te houden in een multidisciplinaire setting (MDO). Het doel van de casusevaluaties is te reflecteren op het handelen en vervolgens verbeteringen te implementeren. Tijdens

casusevaluaties in het tweede halfjaar van 2012 bleek het niet mogelijk een compleet beeld te schetsen door de betrokkenen, de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging was niet effectief. Als gevolg daarvan was het niet mogelijk de kwaliteit van de geleverde zorg en de deskundigheid van de betrokkenen te evalueren in de diverse situaties. Een heldere en eenduidige communicatie, en meer specifiek: schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, voorkomt fouten, geeft inzicht in en reflectie op het verpleegkundig handelen, zorgt voor continuïteit in zorgverlening en maakt toetsing van de handelingen mogelijk.

Wie heeft het probleem? De deelnemers van het MDO hebben te maken met het probleem, te weten: gynaecologen, arts-assistenten, coassistenten, verloskundigen en leerling verloskundigen, (O&G) verpleegkundigen en het management van het geboortecentrum.

Wanneer is het probleem ontstaan?

Eind 2012 is het MDO team tijdens casusevaluaties geconfronteerd met onvolledigheden op het gebied van communicatie. De conclusie tijdens het MDO is dat de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging effectief moet zijn om een transparant beeld te kunnen geven van de geleverde zorg. Geconcludeerd kan worden dat het probleem eind 2012 aan het licht is gekomen.

Waarom is het een probleem? Het ontbreken van gegevens staat het op de juiste manier evalueren van de geleverde zorg in de weg. Waardoor het niet mogelijk is te reflecteren op het handelen.

Waar doet het probleem zich voor? Binnen de setting van het geboortecentrum. Er is geen onderzoek gedaan of het probleem zich ook op andere afdelingen binnen het IJsselland Ziekenhuis voordoet.

Wat is de aanleiding? In het regeerakkoord van oktober 2012 zijn prioriteiten gesteld zie vraag: 'Wat is het probleem? '. Uit recente casusevaluaties blijkt dat de communicatie binnen het geboortecentrum niet effectief genoeg is om de geleverde zorg te evalueren. Als gevolg daarvan kan de kwaliteit van zorg niet geoptimaliseerd worden.

Analyse en conclusie van de 6W-formule

In het regeerakkoord van oktober 2012 worden maatregelen aangekondigd die de kwaliteit van zorg en de (regionale) samenwerking moeten verbeteren. De Raad van Bestuur van het IJsselland Ziekenhuis heeft een geboortecentrum gerealiseerd om optimalisatie van geboortezorg op het gebied van deskundigheid en kwaliteit van zorg mogelijk te maken. Binnen het geboortecentrum is een verbeterde samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns zorgverleners mogelijk.

Om onderzoek te doen naar de kwaliteit van de geleverde zorg worden binnen de setting van het geboortecentrum casusevaluaties gehouden. Een voorwaarde voor het evalueren van casussen is een effectieve verslaglegging. Tijdens recente casusevaluaties bleek het onmogelijk te zijn achteraf een compleet beeld te schetsen door het ontbreken van informatie. Dit heeft een verbeterpunt met betrekking tot de communicatie opgeleverd.

2.2 VOORLOPIGE CENTRALE VRAAGSTELLING

Waar kan binnen het geboortecentrum van het IJsselland ziekenhuis de communicatie geoptimaliseerd worden, zodanig dat evaluatie van zorg mogelijk is en kostenbesparing optreedt?

2.3 BESCHOUWING

De Raad van Bestuur van het IJsselland Ziekenhuis heeft besloten tot renovatie van de afdeling gynaecologie en obstetrie, waardoor een geboortecentrum is ontstaan. Bij de realisatie van het geboortecentrum zijn de eerstelijns zorgverleners betrokken. De eerste lijn heeft niet alleen een adviserende rol, maar ook inspraak in de definitieve plannen gehad. De visie is dat door het bevorderen van de samenwerking tussen de eerste- en tweede lijn de geboortezorg zal optimaliseren.

Modernisering van de geboortezorg bestaat onder andere uit de invoering van gezinsgerichte zorg en het gastvrijheidsconcept. Hoewel gezinsgerichte zorg en het gastvrijheidsconcept de kwaliteit van de geleverde zorg bevorderen blijkt, uit recente casusevaluaties, dat er nog verbeteringen mogelijk zijn op het gebied van communicatie, de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging. Een effectieve communicatie draagt bij aan zorg die goed georganiseerd is, zichtbaar en transparant. Transparantie is essentieel om naast evaluatie van de deskundigheid van de zorgverleners, ook de kwaliteit van de geleverde zorg te evalueren en vervolgens te verbeteren.

3 THEORETISCH KADER

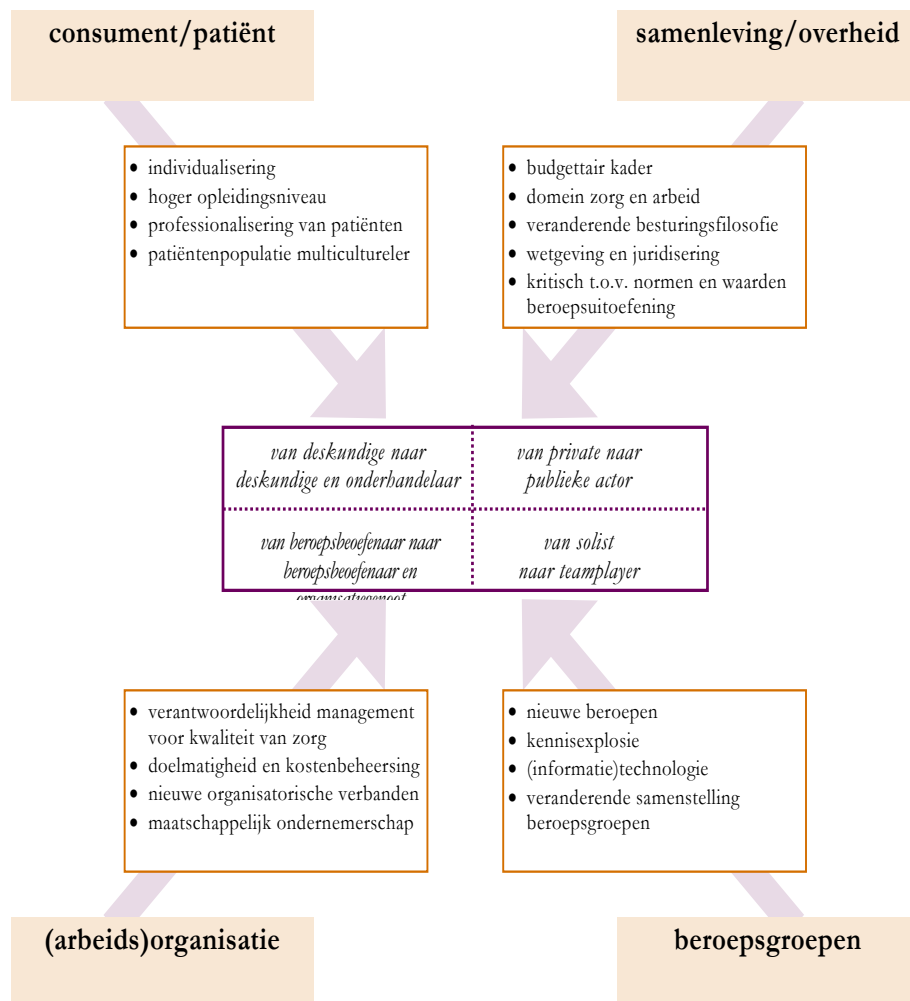
Dit hoofdstuk bevat een theoretische verdieping om inzicht te krijgen in de verschillende aspecten die bijdragen aan de optimalisatie van de communicatie en kwaliteitsverbetering. Achtereenvolgend wordt ingegaan op de begrippen verpleegkundig handelen, wetgeving, kwaliteit van zorg, en verandermanagement. Een beschouwing op de theorie wordt in § 3.5 gegeven.

3.1 VERPLEEGKUNDIG HANDELEN

Het doelgericht ontwikkelen van de professionele rol in de zorgverlening is de laatste decennia meer zichtbaar. Het gaat hierbij om ontwikkelingen in de positionering, profilering en inhoudelijke aspecten van de functie van verpleegkundigen. Niet alleen maatschappelijke ontwikkelingen dragen hieraan bij, maar ook het professionaliseringsproces. (Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad, 1999) Eén van de ontwikkelingen is de uitbreiding van het takenpakket van verpleegkundigen. (Redsell & Cheater, 2008) Wat betreft de veranderende houding van de patiënt zijn de voortschrijdende technologische ontwikkelingen van invloed. Deze ontwikkelingen, bijvoorbeeld internet, bieden de patiënt een steeds breder informatiegebied. Enerzijds is de huidige tendens dat patiënten met de verkregen informatie verschillende zorgaanbieders vergelijken en beoordelen. De patiënt stapt makkelijk over naar een andere zorgaanbieder als de zorgverlening niet aan zijn verwachtingen voldoet. Anderzijds zijn de werkprocessen en –methoden van professionals inzichtelijk voor patiënten. Deze kennis heeft tot gevolg dat een professional niet alleen deskundig moet zijn, hij moet dit ook aantonen.

Een geïnformeerde en mondige patiënt is een betere gesprekspartner. Er zit echter ook een keerzijde aan een zakelijke en eisende patiënt. (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010) Het logische gevolg is namelijk dat de klachtenbereidheid van de patiënt toeneemt. Dit kan zich bij verpleegkundigen uiten in onzekerheid en defensief handelen. Deze reactie bedreigt de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Geconcludeerd kan worden dat de verpleegkundige van nu complexe kennis zal moeten toepassen, en vertalen naar de patiëntrelatie. Samen met andere beroepsbeoefenaars en het management zal de verpleegkundige toezien op integrale zorgverlening. Figuur 1 maakt de invloeden van de beroepsuitoefening en de rollen die professionals in de toekomst zullen vervullen zichtbaar.



Bron: RVZ

Figuur 1, Invloeden op de beroepsuitoefening en toekomstige rollen voor professionals (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2000)

3.2 WETGEVING

De veranderende houding van de patiënt samen met de veranderende rol van de verpleegkundige maakt transparantie van de zorg noodzakelijk. Professionals moeten in toenemende mate verantwoording afleggen over de geleverde zorg en de deskundigheid van handelen. Het opstellen van wetgeving op het gebied van de zorgverlening is het gevolg van deze veranderende houding en rol van de patiënt en verpleegkundige. (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2000) Dossierplicht, beschreven in artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek, houdt in dat een zorgverlener bij het starten van een behandeling verplicht is een dossier aan te leggen. (Janssen, 2008) Het doel van de dossierplicht is het nastreven van een goede kwaliteit van zorg. Een dossier is, met name bij samenwerking tussen meerdere zorgverleners, het uitgangspunt voor verantwoorde besluiten over de behandeling. Tevens stelt deze dossierplicht de patiënt in staat na te gaan wat het uitgangspunt is van een bepaalde behandeling, de patiënt heeft inzage.

Een andere wet is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en bevat aanvullende regels op de algemene Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). De geneeskundige behandelingsovereenkomst ontstaat als een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept. Zowel de patiënt als de zorgverlener mag van de andere partij verwachten dat de informatie begrijpelijk en volledig is, en op waarheid berust. De WGBO bepaalt dat de behandeling door de patiënt en de zorgverlener samen gebeurt. Specifieke regels van de WGBO:

Dossiervorming	Het dossier bevat de complete gegevens die voor de behandeling van de patiënt van belang zijn. De gegevens dienen aan de volgende regels te voldoen: - o Relevant - o Objectief - o Geen (onbezonnen) conclusies trekken - o Geen diagnose stellen buiten deskundigheidsgebied - o Bij vermoedens of aannames weergeven dat het om subjectieve gegevens gaat - o Bronvermelding
Bewaartermijn	De minimale bewaartermijn is 15 jaar
Inzagerecht	Een patiënt heeft het recht zijn gegevens in te zien
Recht op afschrift	Naast inzagerecht heeft een patiënt recht op afschrift van zijn dossier
Correctierecht	Een patiënt mag, indien gegevens in het dossier onjuist en/of onvolledig zijn, vragen om correctie van deze gegevens. Ook mag de patiënt een eigen verklaring toevoegen aan het dossier, wanneer hij het oneens is met een diagnose of oordeel in zijn dossier
Toegang tot dossier	Een dossier is slechts toegankelijk voor de zorgverlener en de patiënt. Verder hebben zorgverleners toegang tot de informatie die rechtstreeks bij de behandeling betrokken zijn en ondersteunende en administratieve medewerkers, voor zover dit essentieel is voor de uitoefening van taken
Overdracht van dossier	Bij een verandering van zorgverlener mag het dossier, na toestemming van de patiënt, overgedragen worden

Tabel 2, Specifieke regels WGBO 1995

Het toetsen van, onder andere, naleving van de WGBO gebeurt door de tuchtrechter. Er wordt hierbij antwoord gegeven op de vraag of in de zorgverlening tekort is geschoten. (Janssen, 2008) Dat ook de communicatie en documentatieplicht hieronder valt blijkt uit de volgende casus, uitspraak door Mr. H.S. Pruiksma, voorzitter van het regionale tuchtcollege Den Haag datum 02-03-2006: De casus betreft een echtpaar met een klacht tegen een arts-assistent en een verpleegkundige. (Vrouw en Zorg, 2007) De aanleiding is het overlijden van één van de twee kinderen tijdens de bevalling. De verpleegkundige wordt verweten dat zij de arts-assistent niet in consult heeft gevraagd. Hierbij is de verpleegkundige volgens het Regionaal Tuchtcollege tekort geschoten op de volgende punten:

1. De verpleegkundige heeft de arts-assistent niet om instructies gevraagd bij de risicobevalling.
2. Door ad.1 heeft de verpleegkundige gehandeld in strijd met de geldende richtlijn.
3. Het baringsverslag, bijgehouden door de verpleegkundige, is niet compleet.

De verpleegkundige wordt tuchtrechtelijk bestraft door het college, waarbij geconcludeerd wordt dat zij op essentiële onderdelen van communicatie en zorg tekort is geschoten. Zij wordt voor een periode van zes maanden geschorst.

Zoals blijkt uit de in deze paragraaf behandelde casus is een effectieve communicatie cruciaal voor het verlenen van goede en verantwoorde patiëntenzorg. Het is zelfs een voorwaarde bij het communiceren over de zorgverlening en de coördinatie en continuïteit ervan.

In 1999 heeft de toenmalige raad van het CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan, een kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg) een consensusrichtlijn opgesteld, die algemene voorwaarden bevat waar de verpleegkundige verslaglegging aan zou moeten voldoen. (Expertgroep richtlijn verpleegkundigen en verzorgenden verslaglegging, 2011) Het doel van de richtlijn is het bieden van houvast aan verpleegkundigen om een effectieve verslaglegging op te stellen. Een effectieve verslaglegging maakt het verpleegkundigen mogelijk te reflecteren en verantwoording af te leggen over het handelen en fouten te voorkomen. Het gros van de fouten ontstaat doordat niet-relevante informatie op de voorgrond staat en/of door het verloren gaan van informatie. (NVOG, 2008) Aannemelijk is dat door het voorkomen van fouten de patiëntveiligheid toeneemt.

De criteria waar, volgens de CBO richtlijn (Expertgroep richtlijn verpleegkundigen en verzorgenden verslaglegging, 2011), een effectieve verpleegkundige verslaglegging aan zou moeten voldoen:

Criteria	Omschrijving
Concreet	de rapportage vermeldt welk gedrag de patiënt vertoont
Bondig	de rapportage bevat ter zake doende informatie. Hoofd- en bijzaken worden onderscheiden
Eenduidig	onbekende begrippen, afkortingen en vakjargon zijn niet gebruikt
Objectief	interpretaties zijn benoemd
Duidelijk	het handschrift is leesbaar

Tabel 3, Criteria voor verpleegkundige verslaglegging

De herziening van de richtlijn, dd. 2011, is tot stand gekomen onder invloed van de veranderende rol van de verpleegkundige en de patiënt, de toename van de complexiteit van zorg, de toenemende samenwerking met andere specialismen, de vraag naar transparantie en het streven naar verbeteren van de kwaliteit van zorg is, zie bijlage 4 Samenvatting van de CBO richtlijn. De richtlijn biedt verpleegkundigen handvatten bij het in de praktijk brengen van hun juridische en beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid voor effectieve verslaglegging en een juiste omgang met het dossier, met als uiteindelijke doel het bieden van transparantie en het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

De adviezen die in de richtlijn worden genoemd zijn toepasbaar in een papieren en een elektronisch patiëntendossier (EPD). In tabel 4 worden de voor- en nadelen van een EPD zichtbaar gemaakt.

In het overzicht is zichtbaar dat, onder andere, standaardisatie niet alleen voordelen kent. Het kan door de gebruikers van het EPD als beperkend worden ervaren. Ook de leesbaarheid kan nadelig worden beïnvloedt door het gebruik van niet uniforme afkortingen. Geconcludeerd kan worden dat

invoering van een digitaal dossier alleen geen garantie is voor optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.

Voordelen	Nadelen
Tijdwinst, zoeken naar dossiers is niet meer nodig	Dossier niet beschikbaar (bij uitval systeem)
Beschikbaarheid van gegevens	Archivering van bestaande documenten is tijdrovend
Alle gegevens zijn oproepbaar	Standaardisering kan beperkend werken
Standaardisering	Geen uniform gebruik van afkortingen
Uniforme manier van vastleggen d.m.v. checklists	
Volledigheid	
Gestructureerd	
Leesbaarheid	

Tabel 4, Voor- en nadelen van het EPD (Ree van, 2009)

3.3 KWALITEIT VAN ZORG

Het begrip kwaliteit kan op velerlei manieren omschreven worden. Belangrijk is in ieder geval dat de geleverde dienst beantwoordt aan de vraag van de patiënt, waarbij de huidige professionele inzichten de basis zijn van het professionele handelen. (Zoest, 2010) In het regeerakkoord van oktober 2012 wordt het verbeteren van de kwaliteit van zorg opgelegd aan de zorgsector. (Rutte & Samsom, 2012) De benoemde factoren waarmee, onder andere, kwaliteitsverbeteringen kunnen worden bereikt zijn samenwerking, efficiency en transparantie.

Sinds begin 2008 staat, als gevolg van de Peristat studie, kwaliteit van zorg voor zwangeren en het (ongeboren) kind al hoog op de agenda van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

(Buitendijk, Zeitlin, Cuttini, & Langhoff, 2003) Het advies, 'Een goed begin' (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009), bevat onder andere de volgende (verbeter)punten:

- Een in alle fasen van de zwangerschap goed geïnformeerde zwangere.
- Zorg die goed georganiseerd, zichtbaar en transparant is.
- Zorg die gegarandeerd op ieder moment kwaliteit en veiligheid biedt voor moeder en (ongeboren) kind.

De Stuurgroep dringt aan op een goede en georganiseerde samenwerking tussen de ketenpartners, namelijk voor het bieden van goede kwaliteit van zorg zijn alle betrokken zorgverleners verantwoordelijk.

Naar aanleiding van het rapport 'Een goed begin' (Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009) is een landelijk college Perinatale Zorg opgericht. (Rijksoverheid, 2012) Dit college heeft een advies opgesteld waarvan de essentie is dat effectieve communicatie en een nauwere samenwerking tussen betrokken zorgprofessionals, de zwangere en haar naasten, de kwaliteit van zorg zal doen

verbeteren. Een voorwaarde voor succesvol samenwerken is een groter gemeenschappelijk belang, dan het belang van de organisatie of het individu. (Bremekamp, Kaats, & Opheij, 2009). Een goede samenwerking vraagt om een goede organisatie van zorg, registratie, nakomen van afspraken en het afleggen van verantwoording. Hierbij is respect voor andermans werkwijze nodig, in het belang van de patiënt.

Acute situaties rond zwangerschap en geboorte vragen om extra aandacht. Het gaat om situaties waar te laat ingrijpen kan leiden tot onomkeerbare gezondheidsschade of overlijden van moeder en/of kind tijdens en na de geboorte. Het gaat dan niet alleen meer om afstemming tussen de eerste, tweede en derde lijn, maar om afstemming binnen het ziekenhuis. Juist in acute situaties zijn diverse professionals betrokken om (acute) zorg te verlenen en ontstaan risico's door knelpunten in het uitwisselen van informatie, waarvan het ontbreken van verpleegkundige gegevens bij de overdracht van de zwangere tussen de beroepsbeoefenaars er één is.

Prestatie-indicatoren (kengetallen) geven inzicht in, onder andere, de kwaliteit van zorg. (RIVM, 2013) Hierdoor kan de geleverde (zorg)prestatie gemeten worden, om op die manier een wenselijke situatie te kunnen vergelijken met een werkelijke. (Pintelon & Puyvelde van, 2011)

Prestatie-indicatoren kunnen verschillende gebruiksdoelen hebben, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen prestatie-indicatoren voor externe verantwoording en interne kwaliteitsverbetering. (RIVM, 2013) Indicatoren voor interne verbeteringen zijn vooral gericht op sturing en optimalisering van het eigen zorgproces. Bij externe verantwoording gaat het om het aanleveren van informatie over de prestaties aan bijvoorbeeld patiënten- en cliëntenorganisaties, verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Bij externe verantwoording en transparantie wordt er door het gebruik van indicatoren uitgegaan van feiten en meetresultaten en niet van aannames. (Koning & Hoeijmakers, 2007)

3.4 VERANDERMANAGEMENT

Het implementeren van een innovatie, met als doel de kwaliteit te verbeteren, is niet mogelijk zonder plan. (Grol & Wensink, 2011) De houvast van een planning is zelfs bij kleine veranderingen onmisbaar. Bij de ontwikkeling van een implementatieplan wordt niet alleen aandacht besteed aan een effectieve disseminatie (aandacht trekken, interesse kweken en zorgen voor voldoende kennis van het protocol), maar ook aan het bevorderen van de acceptatie van het handelen en aan integratie van de innovatie in de bestaande werkwijzen. De aandachtspunten waarmee tijdens het opstellen van de activiteitenplanning rondom de implementatie rekening gehouden moet worden om invoering van de innovatie zo soepel en effectief mogelijk te laten verlopen, zijn:

Stap	Aandachtspunt
1	Voorstel voor verandering
2	Beschrijving feitelijke zorg
3	Probleemanalyse, doelgroep en setting
4	Ontwikkeling en selectie van strategieën
5	Ontwikkeling en uitvoering van implementatieplan
6	Integratie in routines
7	Evaluatie en bijstelling van implementatieplan

Tabel 5, Het implementatieproces volgens Grol en Wensink (Grol & Wensink, 2011)

Voor het succesvol implementeren van een verbetering is zowel compliance als draagvlak nodig. Een analyse van doelgroep en setting moet inzicht geven in de stappen die een individu tijdens een veranderproces doormaakt. (Grol & Wensink, 2011) Grol en Wensink beschrijven in een individueel veranderproces vijf fasen met mogelijke knelpunten:

Fase	Mogelijke knelpunten
Oriëntatie	Niet op de hoogte Geen interesse
Inzicht	Geen kennis of begrip Geen inzicht in of overschatting van eigen handelen
Acceptatie	Negatieve houding Niet bereid te veranderen
Verandering	Niet starten met invoering Onvoldoende succes
Behoud	Geen integratie in routines Geen verankering in de organisatie

Tabel 6, De vijf fasen van een individueel veranderproces (Grol & Wensink, 2011)

Naast deze knelpunten zijn verschillende factoren van invloed op het individuele handelen en het gedrag, dit maakt het complex. Een analyse van deze factoren, in eerste instantie gebaseerd op sociaalpsychologische beginselen over de cognitieve basis van individueel menselijk gedrag, is noodzakelijk. De analyse leidt tot een gedetailleerd beeld van de oorzaken waarom individuen kiezen voor (onwenselijk) gedrag. (Schellens, Klaassen, & Vries, 2001) De mate van compliance is het resultaat van een multidimensionaal aspect. Grol en Wensink hanteren factoren die zijn onder te verdelen in de categorieën: individuele, sociale en organisatorische gedragsfactoren.

Gedragsfactoren	
Individueel	Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, beroep, arbeidsduur en werkuren, werkervaring, vaardigheden, motivatie, risico nemende persoonlijkheid
Sociaal	Attitude ten aanzien van de patiënt, attitude ten aanzien van veilig werken, normen en waarden, werk satisfactie, angst, risicoperceptie
Organisatorisch	Management ondersteuning voor veiligheidsprogramma's, werkstress en werkdruk, een ordelijke werkplek, beschikbaarheid van materialen ten behoeve van de veiligheid

Tabel 7, Beïnvloedende gedragsfactoren (Grol & Wensink, 2011)

Om het veiligheidsklimaat te bevorderen is het creëren van draagvlak bij werknemers op het gebied van gezondheid en veiligheid in de werkomgeving een voorwaarde. Er is namelijk een relatie tussen een positief veiligheidsklimaat en positief veiligheidsgedrag. (Gershon, et al., 1995) Een positief

veiligheidsklimaat draagt tevens bij aan een beperking van kosten, kosten die incidenten en verminderde aansprakelijkheid opleveren.

3.5 BESCHOUWING

Onder invloed van professionalisering en maatschappelijke factoren verandert de rol van verpleegkundigen. Tegelijkertijd verandert ook de houding van de patiënt. Informatie is beschikbaar waarmee niet alleen een zorgvuldig afgewogen keuze gemaakt kan worden uit de verschillende zorgaanbieders, maar ook rechten kunnen worden verdedigd. Naast deze veranderingen komen nog de aanbevelingen vanuit de politiek, om door middel van samenwerken, efficiency en transparantie, de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze aspecten noodzaken de verpleegkundigen tot effectieve en complete schriftelijke verslaglegging. Met deze informatie kan transparantie worden geboden met betrekking tot de geleverde zorg en het verpleegkundig handelen.

De veranderingen in de rol en relatie van de verpleegkundige en patiënten hebben geleid tot jurisdisering. De drijfveer achter de invoering van wetten is kwaliteitsbewaking en toetsing van het handelen, bijvoorbeeld de WGBO. Deze wet regelt onder andere de zorgverlener-patiëntrelatie, waarbij de specifieke regels voor de zorgsector met betrekking tot dossiervorming en de omgang met persoonsgegevens aan de orde komen. De wet wordt getoetst door het tuchtrechtcollege.

Uit een van de uitspraken van een tuchtcollege blijkt dat een juiste verpleegkundige verslaglegging essentieel is bij het verlenen van goede en verantwoorde patiëntenzorg. Een effectieve schriftelijke verpleegkundige verslaglegging kan bereikt worden door toepassing van de richtlijn van het CBO. Deze richtlijn biedt handvatten voor het in de praktijk brengen van de juridische en beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid van verpleegkundigen.

Over kwaliteit van zorg kan gesproken worden wanneer de geleverde dienst beantwoordt aan de vraag van de patiënt, waarbij de basis van het professionele handelen de huidige professionele inzichten zijn. Kwaliteit wordt meetbaar door prestatie-indicatoren, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen interne verbeteringen, gericht op sturing en optimalisering van het eigen zorgproces, en externe verantwoording en transparantie.

Voor het aanbrengen van kwaliteitsverbeteringen, zelfs een kleine, is een implementatieplan nodig. Het is noodzakelijk dat het plan niet alleen aandacht besteedt aan een effectieve disseminatie, maar ook aan de acceptatie van het handelen en integratie in bestaande werkwijzen. Analyse van de factoren, die van invloed zijn op het individuele handelen en het opvolgen van preventief gedrag, is noodzakelijk. De analyse leidt tot een gedetailleerd beeld van de oorzaken waarom individuen kiezen voor (onwenselijk) gedrag.

4 CONCEPTUEEL MODEL

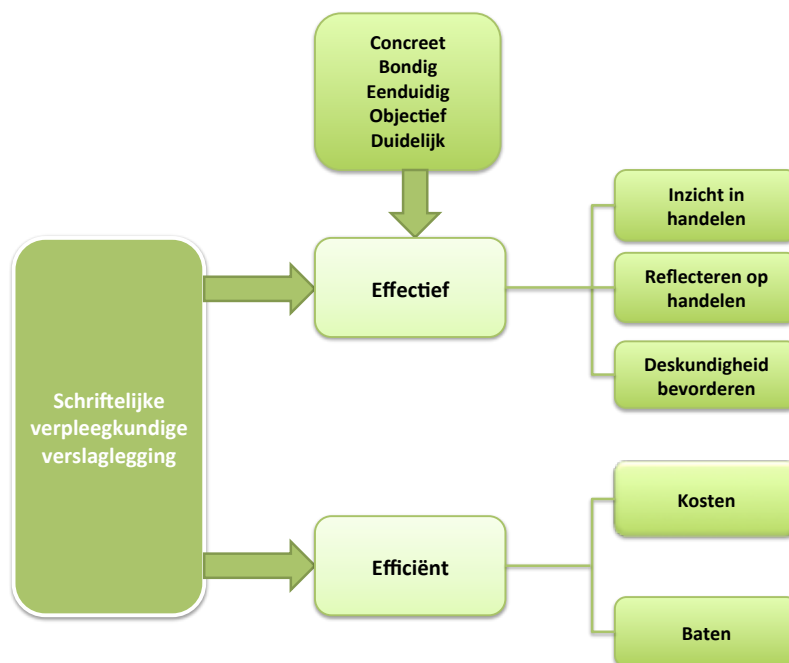
Het conceptueel model veronderstelt een verband tussen effectieve verpleegkundige verslaglegging en efficiënte verpleegkundige verslaglegging.

4.1 CONCEPTUEEL MODEL

Gezien het tijdsbestek waarin dit onderzoek plaatsvindt, beperkt het onderzoek zich tot de factor schriftelijke verpleegkundige verslaglegging. In het conceptueel model, zie figuur 2, wordt de samenhang weergegeven tussen de verschillende begrippen die aan bod komen in dit onderzoek. (Baarda & de Goede, 2006) Het doel is de effectiviteit en efficiency van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging te optimaliseren. Aangetoond moet worden dat de effectiviteit en efficiency van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging zal verbeteren als de in het theoretisch kader genoemde criteria worden gehanteerd, zie Tabel 3 Criteria voor verpleegkundige verslaglegging.

Een bijkomend aspect van de optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging is de mogelijkheid om inzicht te krijgen en te kunnen reflecteren op het handelen, waardoor de deskundigheid kan verbeteren. Om de efficiency te kunnen bepalen is onderzoek naar de kosten en baten nodig.

Verander management komt in een later stadium aan de orde, namelijk bij de aanbevelingen, zie hoofdstuk 7.



Figuur 2, Het conceptueel model

4.2 CENTRALE VRAAG EN DEELVRAGEN

De centrale vraag is diagnostisch, de kenmerken en oorzaken van de probleemsituatie worden onderzocht waarna een advies kan worden uitgebracht. De aanbevelingen die het onderzoek opleveren zijn ontwerpgericht.

Centrale vraag

Op welke manier kan binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging worden geoptimaliseerd, zodanig dat gegevens concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk zijn, volgens de richtlijn van het CBO, en kostenbesparing optreedt?

Deelvragen

- Is de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging in het geboortecentrum momenteel concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk volgens de richtlijn van het CBO?
- Welke afspraken gelden er momenteel binnen het geboortecentrum met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging?
- Op welke manier kan de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging verbeterd worden?
- Wat levert een verbetering van de verslaglegging het management van het geboortecentrum op?

4.3 DOELSTELLING

Uiterlijk 1 juni 2013 zijn ontwerpcriteria geformuleerd om de effectiviteit van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging binnen het geboortecentrum te optimaliseren en de efficiency te verbeteren.

4.4 HYPOTHESE

Wanneer de optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis zodanig is dat de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging effectief is, worden kosten bespaard.

4.5 BEGRIP DEFINIËRING

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden is definiëring van de begrippen noodzakelijk:

Optimaliseren	Verbeteren (Alblas, Kokke, & Thuis, 2006)
Effectiviteit	Doeltreffendheid (Alblas, Kokke, & Thuis, 2006)
Efficiency	Doelmatigheid (Alblas, Kokke, & Thuis, 2006)
Transparant in communicatie	Informatie die begrijpelijk is en aansluit bij de behoefte van de patiënt en zorgverleners (V&VN/NPCF, 2009)

Tabel 8, Begrip definiëring

5 PLAN VAN AANPAK

Het conceptuele model gaat uit van de veronderstelling dat door het hanteren van de CBO criteria bij het opstellen van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, de effectiviteit en efficiency van de verslaglegging zal optimaliseren. Met effectief communiceren wordt in het kader van dit onderzoek bedoeld dat er inzicht en reflectie op het verpleegkundig handelen mogelijk is. Tevens kan met effectieve communicatie de deskundigheid van de betrokken zorgverleners wordt getoetst.

5.1 DATAVERZAMELING

De centrale vraag en de deelvragen worden beantwoord naar aanleiding van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Voor kwantitatief onderzoek is gekozen om de interne omgeving in kaart te brengen. De keuze voor het kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op het betrekken van zowel de interne als de externe omgeving bij het onderzoek.

- Kwantitatief onderzoek wordt gedaan door het dossier onderzoek, protocol onderzoek en enquêtes onder medewerkers van het geboortecentrum die direct betrokken zijn bij het primaire proces. Via deze onderzoeksmethode wordt de interne situatie in kaart gebracht.
- Kwalitatief onderzoek wordt gedaan door de benchmark en de interviews met vier respondenten, te weten: het afdelingshoofd en een teamleider van het geboortecentrum, een tweedelijns verloskundige en een gynaecoloog die beiden werkzaam zijn in het geboortecentrum. Via deze onderzoeksmethode wordt naast de interne omgeving ook de externe omgeving bij het onderzoek betrokken.
- Hoofdstuk 3, het theoretisch kader, bevat het bronnenonderzoek.

Als uiteindelijk alle data is verzameld van zowel het kwalitatieve als het kwantitatieve onderzoek en de deelvragen zijn beantwoord, kan hierna de centrale vraag beantwoord worden. Vervolgens kunnen conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan.

Kwantitatief				Kwalitatief	
Methodiek	Dossier analyse	Protocol analyse	Enquêtes	Benchmark	Interviews
Onderzoeksgroep	40 dossiers van patiënten die opgenomen zijn geweest in het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis	20 protocollen, die worden gebruikt bij de uitvoer van zorg in het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis. Selectiecriteria: voor behandeling van zwangeren en kraamvrouwen, en frequentie van gebruik	50 enquêtes onder medewerkers die werkzaam zijn in het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis, en die direct betrokken zijn bij het primaire proces	- Operationeel of tactisch leidinggevende, of beheerder klinisch dossier. - Werkzaam op een verlosafdeling of geboortecentrum. - Verantwoordelijk voor, een gedeelte van, de continuïteit van het zorgproces.	Respondenten werkzaam in het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis: - Afdelingshoofd. - Teamleider. - Tweede lijns verloskundige. - Gynaecoloog.
Deel	a	b	a	c en d	c en d
Doel	Inzicht krijgen in de factoren compleetheit, bondigheid, eenduidigheid, objectiviteit en duidelijkheid van de verpleegkundige verslaglegging	Inzicht krijgen in afspraken op het gebied van verpleegkundige verslaglegging	Het verkrijgen van informatie over kennis en opinie met betrekking tot verpleegkundige verslaglegging en dossiervorming	Leren van de prestaties van anderen. - Aangaan van de dialoog. - Over eigen grenzen heen kijken. - Verbeteringen doorvoeren. - Van elkaar leren. - Verbeteren van de efficiency.	Het verkrijgen van informatie over kennis en opinie met betrekking tot verpleegkundige verslaglegging en dossiervorming
Methode	Analyse van dossiers), zie bijlage 5. De criteria zijn opgesteld aan de hand van de CBO richtlijn, zie bijlage 3	Analyse van de protocollen op aanwezigheid van afspraken m.b.t. rapportage	Gestructureerde vragenlijst	Semi gestructureerd interview, zie bijlage 6	Semi gestructureerd interview, zie bijlage 7
Selectiecriteria	Patiënten met zwangerschaps-pathologie en kraamvrouwen	20 protocollen die frequent gebruikt worden bij de uitvoer van het primaire proces binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis	Alle medewerkers van het geboortecentrum die direct betrokken zijn bij het primaire proces	- Algemeen ziekenhuis. - Setting vergelijkbare met het geboortecentrum. - Gebruik elektronisch dossier. - Gesitueerd in Zuid Holland. Door de beperkte periode voor het verzamelen van informatie is de benchmark beperkt tot twee ziekenhuizen.	- Functie; - Compleet beeld krijgen van de situatie in het geboortecentrum. - Vanuit hun functie te maken met de verpleegkundige verslaglegging. Door de veelheid aan kennis van de respondenten, is de onderzoeksgroep beperkt tot vier personen. Er is op basis van beschikbaarheid in de agenda een selectie gemaakt van de personen.
Ordering van gegevens	Resultaten worden weergegeven in een kwantitatief overzicht, zie bijlage 5	Resultaten worden weergegeven in een kwantitatief overzicht, zie bijlage 5	Resultaten worden ingevoerd in en geanalyseerd met SPSS, zie bijlage 7	De gegevens worden eerst doorgelezen om een algemene indruk te krijgen van de informatie. Codering van informatie vindt plaats aan de hand van thema's die in het theoretisch kader zijn gevonden, als de gevonden thema's daar aanleiding toe geven. Daarnaast wordt in de informatie gezocht naar een koppeling van de thema's uit het theoretische kader. Resultaten worden na codering geanalyseerd, zie bijlage 6.	De gegevens worden eerst doorgelezen om een algemene indruk te krijgen van de informatie. Codering van informatie vindt plaats aan de hand van thema's die in de theoretische verdieping zijn gevonden, als gevonden thema's daar aanleiding toe gaven. Daarnaast werd in de informatie gezocht naar een koppeling van de thema's uit het theoretische kader. Resultaten worden na codering geanalyseerd, zie bijlage 8.

Tabel 9, Schematische weergave dataverzameling

5.2 PLANNING

Fase	Periode	Activiteit
Ontwikkeling	8 november 2012 - 31 januari 2013	Opstellen van codeerschema t.b.v analyse dossiers. Opstellen van enquêtes. Enquêtes verspreiden. Opstellen van benchmark vragen. Benchmark inplannen.
Dataverzameling	1 februari 2013 - 31 maart 2013	Verzamelen van gegevens uit dossier aan de hand van de observatielijst. Analyseren van protocollen en werkwijzen. Enquêtes verzamelen. Interviews afnemen. ziekenhuizen bezoeken en gegevens uitschrijven.
Data analyse	1 april 2013 - 22 mei 2013	Analyseren van data uit dossiers. Invoeren van resultaten van enquêtes in SPSS. Coderen en analyseren van benchmark gegevens. Conclusies trekken. Aanbevelingen opstellen.
	23 mei 2013	Rapport inleveren.

Tabel 10, Planning activiteiten

5.3 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Betrouwbaarheid

De stabiliteit van de onderzoeksresultaten wordt bepaald door de betrouwbaarheid van het onderzoek. (Baarda & de Goede, 2006) Een herhaling van het onderzoek zou dezelfde resultaten moeten opleveren.

Om de betrouwbaarheid te vergroten worden zoveel mogelijk medewerkers van het geboortecentrum, die betrokken zijn bij de uitvoering van de directe patiëntenzorg, benaderd op basis van een aselechte steekproef. Bij de interviews en benchmark wordt gewerkt met topiclijsten. Door het gebruik van dezelfde lijsten wordt de betrouwbaarheid van de verzamelde gegevens vergroot. Naast de interne omgeving is ook de externe omgeving betrokken bij het onderzoek. Getracht wordt een pluriform beeld te schetsen.

De beperkte steekproef van de verschillende onderzoeken geeft geen representatief beeld van de verlosafdelingen van Nederlandse ziekenhuizen. De onderzoeksresultaten vormen een beeld van de huidige schriftelijke verpleegkundige verslaglegging binnen het geboortecentrum van het IJsselland ziekenhuis. De resultaten zijn wel representatief voor de benchmark ziekenhuizen, maar niet generaliseerbaar naar andere ziekenhuizen. Het onderzoek kan niet betrouwbaar worden genoemd. Wel kunnen de onderzoeksresultaten als richtinggevend worden beschouwd.

Validiteit

Met validiteit wordt bedoeld: meten wat er gemeten moet worden. (Baarda & de Goede, 2006)

De grootste uitdaging bij het doen van onderzoek is het bereiken van zowel betrouwbaarheid als validiteit.

Dit onderzoek is door de beperkte onderzoeksgroep niet betrouwbaar en dus ook niet valide.

Bruikbaarheid

Aansluiting van het onderzoek met de praktijk is een belangrijk aandachtspunt. De conclusies en aanbevelingen die dit onderzoek opleveren zijn gericht op bruikbaarheid voor de opdrachtgever en de organisatie. Het operationele management krijgt, van de opdrachtgever en tevens tactisch manager, de opdracht de ontwerpcriteria met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging te implementeren binnen het geboortecentrum. Het strategisch management kan de ontwerpcriteria gebruiken om de kosten, die implementatie van de ontwerpcriteria met zich meebrengen, te verantwoorden aan de Raad van Toezicht.

5.4 TRIANGULATIE

Triangulatie houdt in dat het onderzoek vanuit verschillende invalshoeken wordt belicht. (Kallenberg, 2007) Het doel is de kwaliteit van de onderzoeksresultaten te verhogen. Om het doel te bereiken worden zowel de kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksvormen gebruikt. Het kwantitatieve gedeelte wordt gebruikt om de huidige situatie in kaart te brengen. Het kwalitatieve onderzoekdeel is deels gebruikt om ook de externe omgeving bij het onderzoek te betrekken en deels om meer diepte aan het onderzoek aan te brengen. Aangezien triangulatie tijdrovend is en de onderzoekstijd beperkt is, is het kwalitatieve onderzoek gedeelte beperkt gebleven.

5.5 RANDVOORWAARDEN

De randvoorwaarden die nodig zijn om dit onderzoek uit te kunnen voeren zijn:

- Toestemming door het afdelingshoofd om het onderzoek uit te voeren.
- De medewerkers, die betrokken zijn bij de uitvoer van het primaire proces in het geboortecentrum, werken mee aan het onderzoek door het invullen van de enquête.
- De respondenten zijn beschikbaar voor het interview.
- De beheerders van het klinisch dossier van de afdelingen verloskunde van twee ziekenhuizen zijn beschikbaar voor de benchmark.
- De onderzoeker wordt door theorie, die verstrekt wordt door de Hogeschool Leiden, ondersteund.
- De onderzoeker wordt ondersteund door de opdrachtgever, de medestudenten uit de schrijversgroep en de onderzoeksbegeleider vanuit de Hogeschool Leiden.

6 RESULTATEN

De resultaten die verkregen zijn door dit onderzoek worden in dit hoofdstuk weergegeven. Met deze gegevens worden de deelvragen beantwoord. Tevens bevat dit hoofdstuk een analyse van de onderzoeksgegevens met betrekking tot de centrale vraag.

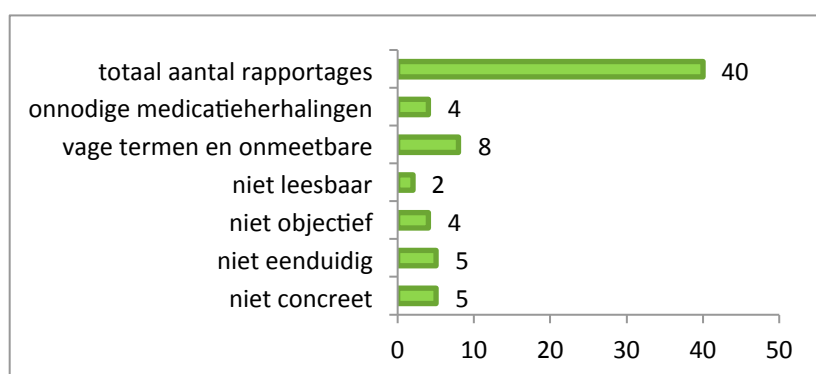
6.1 DEELVRAGEN

Deelvraag a:

Is de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging in het geboortecentrum momenteel concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk volgens de richtlijn van het CBO?

Methodiek 1: dossieranalyse, kwantitatief.

Uit het dossieronderzoek blijkt dat van de 40 onderzochte dossiers 32% voldoet aan de richtlijn van het CBO, zie bijlage 4. Negen dossiers zijn niet eenduidig, bondig en concreet. Vier dossiers bevatten informatie die niet objectief is, onder andere: *“Mevrouw had veel bloedverlies”* waarbij “veel” subjectief kan worden genoemd en niet concreet. Een ander voorbeeld is: *“Mevrouw is vlot met alles”*. In dit geval is “vlot” in combinatie met “alles” subjectief en niet concreet. Figuur 3 geeft de onderzoeksresultaten weer in een grafiek.

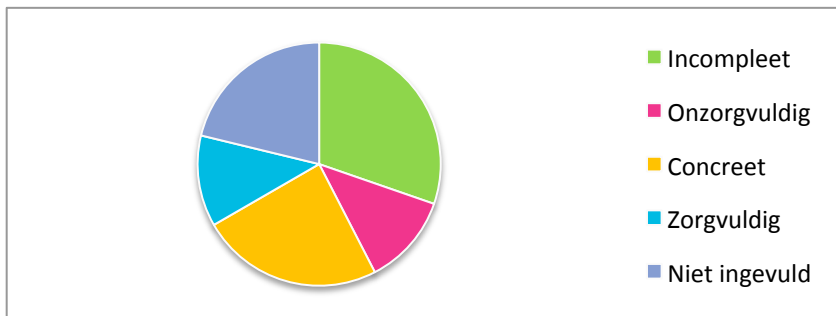


Figuur 3, Dossieronderzoek

Methodiek 2: enquêtes, kwantitatief.

De respons op de enquête was 66%, zie bijlage 7. Op de vraag: *“Hoe vind je de verslaglegging van je collega’s?”* wordt slechts in één derde van de gevallen concreet en zorgvuldig genoemd, zie figuur 4. De informatie die gemist wordt zijn psychosociale ervaringen van de kraamvrouw. Ook wordt aangegeven dat veel informatie niet essentieel is of niet ter zake doende. De rapportage wordt in

70% van de gevallen beoordeeld als niet duidelijk. Met duidelijkheid wordt de leesbaarheid van de rapportage bedoeld, waarbij de rapporteur ook niet te achterhalen is.



Figuur 4, Respons op enquêtevraag: Hoe vind je de verslaglegging van je collega's?

Deelvraag b:

Welke afspraken gelden er momenteel binnen het geboortecentrum met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging?

Methodiek 1: protocol analyse, kwantitatief.

Van de 20 onderzochte protocollen bevat 35% afspraken met betrekking tot verslaglegging, zie bijlage 5. Vijf keer is "Noteer alle handelingen en verkregen informatie in het verpleegkundig dossier" genoemd. Eén keer is "Observeer en rapporteer de emotionele gesteldheid van mevrouw" genoemd en één keer: "Standaard controles: pols, temperatuur, bloeddruk en pijn score".

De overige onderzochte protocollen bevatten geen afspraken met betrekking tot rapportage.

Methodiek 2: enquêtes, kwantitatief.

De enige bekende afspraak op het gebied van verslaglegging is bij de respondenten het gebruik van verschillende kleuren waarmee geschreven wordt. Met de kleurverdeling wordt het tijdstip van de dienst zichtbaar gemaakt: **Dagdienst**; **Late dienst**; **Nachtdienst**.

Deelvraag c:

Op welke manier kan de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging verbeterd worden?

Methodiek 1: benchmark, kwalitatief.

In de twee betrokken ziekenhuizen wordt gewerkt met Mosos klinisch dossier, zie bijlage 6. De introductie is gebaseerd op de wens alle gegevens in één dossier beschikbaar te hebben, waardoor er minder tijd verloren gaat aan het zoeken naar informatie en de patiëntveiligheid verbetert. Het programma Mosos is van invloed op de manier van verslaglegging, omdat het voorgeprogrammeerd is. Er dienen gegevens ingevoerd te worden. Het gebruik van dit programma zorgt ervoor dat

gegevensinvoer gestructureerd gebeurt, de informatie leesbaar is en automatisch voorzien van datum en tijdstip van rapporteren. Objectieve gegevens worden zichtbaar gemaakt in grafieken en gescheiden van subjectieve gegevens. Het filteren van informatie voor management doeleinden vraagt veel kennis van het programma en is tijdrovend. Tot slot noemt één van de respondenten dat het klinische dossier onoverzichtelijk is. De andere respondent heeft de onoverzichtelijkheid ondervangen door patiënten in te delen in clusters aan de hand van de opname-indicatie (zwangeren, barenden, kraamvrouwen). Deze clusters bevatten vaste items die ingevuld moeten worden, waardoor een complete verslaglegging ontstaat. *“De clusters maken het makkelijker, dat is een soort stappenplan dat je afloopt. Je bent dan wel vollediger. Dat heb ik liever dan vrije tekst waarin je subjectief kan zijn of veel proza in kwijt kan”*, is een uitspraak die gedaan is tijdens de benchmark, zie bijlage 6. Dit draagt er tevens aan bij dat het klinische dossier overzichtelijk is en blijft.

Methodiek 2: Interviews, kwalitatief.

Uit de interviews blijkt dat de huidige methode van verslaglegging niet optimaal is, zie bijlage 8. Het tijdstip van rapporteren ontbreekt en door het gebruik van een paraaf is de rapporteur niet altijd herleidbaar. De informatie is niet gestructureerd, objectieve gegevens ontbreken, de verslaglegging is oppervlakkig en niet effectief. Bovendien worden er veel verschillende mappen en lijsten gebruikt, waaronder de verpleegkundige rapportage, de temperatuurlijst en het medische dossier.

De respondenten geven aan dat verbeterpunten met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging kunnen worden bereikt door protocollaire afspraken. Ook het gestructureerd verzamelen en noteren van gegevens, mogelijk door het gebruik van checklists, kan de verslaglegging verbeteren. *“Een checklist moet je niet zien als een invuloefening, maar als een handleiding of richtlijn. Door te wennen aan het krijgen van complete informatie gaan verpleegkundigen er ook naar vragen”*, is een uitspraak van een respondent, zie bijlage 8. Twee respondenten benoemen in dit kader het voordeel van aan bed rapporteren, namelijk de informatie kan direct bij de patiënt worden geverifieerd. Aan bed rapporteren wordt momenteel niet gedaan binnen het geboortecentrum. Tot slot noemen drie van de vier respondenten nog dat het invoeren van een digitaal klinisch dossier de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging zal doen verbeteren. Als motivatie wordt genoemd dat alle informatie van een patiënt bij elkaar staat en, gestructureerd, gestandaardiseerd, effectief en efficiënt is. Met efficiënt wordt bedoeld dat de fout kans, onder andere het ontbreken van gegevens, in de rapportage verkleind wordt.

Deelvraag d

Wat levert een verbetering van de verslaglegging het management van het geboortecentrum op?

Methodiek 1: benchmark, kwalitatief.

In de twee betrokken ziekenhuizen wordt gewerkt met Mosos klinisch dossier. De respondenten geven beiden aan dat de efficiency in de communicatie verbeterd is door het gebruik van dit programma. De efficiencyslag wordt bereikt doordat:

- Alle gegevens van de patiënt in één keer oproepbaar en beschikbaar zijn. Het zoeken naar een dossier of patiëntgegevens behoort hiermee tot het verleden.
- Het nagaan wie de rapporteur is, door het automatisch vastleggen hiervan bij het rapporteren met het digitale programma, eenvoudig is.
- Datum en tijdstip van verslaglegging automatisch vastgelegd worden.
- Gegevens zijn gestructureerd.
- Objectieve gegevens zichtbaar gemaakt worden in grafieken.
- Scores, bijvoorbeeld pijnscores, bijgehouden worden en eenvoudig te genereren zijn.

“ Wel is een randvoorwaarde bij het implementeren van het klinische dossier dat er voldoende COW's (computer on wheels) zijn ” is een toevoeging die een respondent heeft genoemd, zie bijlage 6. Als nadeel van Mosos is benoemd de fraudegevoeligheid, het is mogelijk op naam van een ander gegevens in te voeren. Een ander nadeel dat genoemd is, is de onmogelijkheid Mosos te koppelen aan bestaande ziekenhuissystemen.

Methodiek 2: Interviews, kwalitatief.

Alle respondenten gaan ervan uit dat door het verminderen van fouten in en ontbreken van informatie met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, meer efficiency bereikt kan worden. Zowel bij de papieren als digitale verslaglegging. Fouten zijn bijvoorbeeld het ontbreken van informatie en het niet leesbaar zijn van de rapportage. Een opsomming van punten om efficiencywinst te bereiken zijn:

- Het gebruik van checklists waarop duidelijk zichtbaar is of handelingen, medisch beleid, zijn uitgevoerd.
- Het structureren en standaardiseren van schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, waardoor gegevens compleet zijn.
- Aan bed rapporteren. Niet alleen wordt de informatie hierdoor geobjectiveerd, maar ook kan de rapporteur met aandacht rapporteren. Afleidende factoren, zoals vragen van collega's of bezoekers, worden uitgesloten.

Door het invoeren van een digitaal patiëntendossier zijn, naast de al genoemde punten, ook de volgende voordelen te behalen:

- Het gebruik van één uniform digitaal systeem in de (poli)klinische gynaecologische en verloskundige zorg binnen het geboortecentrum. Alle informatie is direct vanaf elke werkplek, met een licentie van het digitale programma, oproepbaar en beschikbaar.
- De informatie is leesbaar.
- Datum en tijdstip van rapportage worden automatisch vermeld.
- De rapporteur is herleidbaar.

Eén respondent geeft aan: *“De fout kans vermindert als je de verslaglegging eenvoudiger maakt. Niet al dat papierwerk, maar een elektronisch patiëntendossier, daar pleit ik voor”*, zie bijlage 8.

6.2 CENTRALE VRAAG

Op welke manier kan binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging worden geoptimaliseerd, zodanig dat gegevens concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk zijn, volgens de richtlijn van het CBO, en kostenbesparing optreedt?

De resultaten

De resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksdeel waarmee de centrale vraag kan worden beantwoord:

Methodiek 1: dossier analyse, kwantitatief.

- Van de 40 onderzochte dossiers voldoet 68% niet aan de richtlijn van het CBO, zie bijlage 4.

Methodiek 2: protocol analyse, kwantitatief.

- Van de 20 onderzochte protocollen bevat 65% geen afspraken met betrekking tot verslaglegging, zie bijlage 5.

Methodiek 3: enquêtes, kwantitatief.

- In één derde van de gevallen wordt de verslaglegging van collega's concreet en zorgvuldig genoemd, zie figuur 4.
- Onder de respondenten is de enige bekende afspraak op het gebied van verslaglegging het gebruik van verschillende kleuren waarmee geschreven wordt. Met de kleurverdeling wordt het tijdstip van de dienst zichtbaar gemaakt.

Methodiek 4: benchmark, kwalitatief.

- In de twee betrokken ziekenhuizen wordt gewerkt met Mosos klinisch dossier, zie bijlage 6.
- Door het gebruik van een digitaal dossier zijn alle gegevens in één dossier beschikbaar, waardoor minder productieve arbeidstijd verloren gaat met het zoeken naar informatie en de patiëntveiligheid verbetert.
- Het gebruik van een digitaal dossier zorgt ervoor dat invoer van gegevens gestructureerd gebeurt, de informatie leesbaar is en voorzien wordt van datum en tijdstip van rapporteren. Objectieve gegevens worden zichtbaar gemaakt in grafieken en gescheiden van subjectieve gegevens.
- Het filteren van informatie, voor management doeleinden, uit het digitale dossier vraagt veel kennis van het programma Mosos en is tijdrovend.
- Door middel van het indelen van patiënten in clusters aan de hand van de opname-indicatie (zwangeren, barenden, kraamvrouwen) is en blijft de informatie overzichtelijk.

Methodiek 5: Interviews, kwalitatief.

- Het tijdstip van rapporteren ontbreekt in de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.
- De rapporteur is niet altijd herleidbaar door het gebruik van een paraaf.
- Informatie in de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging is niet gestructureerd.
- Objectieve gegevens ontbreken, er wordt uitgegaan van interpretaties van de rapporteur.
- De schriftelijke verpleegkundige verslaglegging is oppervlakkig en niet effectief.
- Er worden veel verschillende mappen en lijsten gebruikt. Onder andere een map voor de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging en een lijst voor alle controles (zoals temperatuur, bloeddruk en pols).
- Protocolaire afspraken met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging worden gemist.
- Het invoeren van een digitaal dossier zal de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging doen verbeteren. De motivatie is dat alle informatie van een patiënt bij elkaar staat, en gestructureerd, gestandaardiseerd, effectief en efficiënt is (onder andere het ontbreken van gegevens in de rapportage wordt beperkt).

Analyse van de resultaten

Uit de resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekdeel blijkt dat binnen het geboortecentrum van het IJsselland ziekenhuis de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging niet optimaal is. Ook wordt duidelijk dat optimalisatie bereikt kan worden in zowel een papieren als digitaal dossier. Voordat in hoofdstuk 7 de conclusies en aanbevelingen aan bod komen worden in de

volgende paragrafen de kosten en baten van de implementatie van de aanbevelingen in een papieren en een digitaal dossier geschetst.

6.3 KOSTEN EN BATEN

Kosten

Het uitwerken van aanbevelingen zal bij het gebruik van een papieren verslaglegging nauwelijks extra kosten met zich meebrengen. De kosten die gemaakt worden zullen in eerste instantie de extra inzet van arbeidsuren van de leden van de, op te richten, werkgroep schriftelijke verpleegkundige verslaglegging zijn. Om deze kosten te beperken zal zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van niet productieve uren. De scholing van medewerkers in theorie en praktijk zullen eveneens niet productieve uren tot gevolg hebben. De geschatte kosten zijn zichtbaar gemaakt in tabel 11.

Onderwerp	Tijdsinvestering	Kosten in €
Uitwerken van de aanbevelingen	10 uur, niet productief	€ 0
Theoretische scholing	Werkgroep leden (4): 4 x 2 uur Medewerkers (60) geboortecentrum: 2 uur	8 x 20,51 = € 164,08 60 x 20,51 = € 1.230,60
Praktische scholing	Werkgroep leden (4): 4 x 3 uur Medewerkers (60) geboortecentrum: 3 uur	12 x 20,51 = € 246,12 180 x 20,51 = € 3.691,80
		Totaal: € 5.332,60

Tabel 11, Implementatiekosten aanbevelingen in papieren verslaglegging

De kosten aan uurloon van een (O&G) verpleegkundige zijn, gemiddeld genomen, € 20,51 bruto per uur. In de tabel is uitgegaan van 4 werkgroep leden, die elk 2 uur theoretische scholing geven aan 60 medewerkers. De praktische scholing zal 3 uur bedragen: 1 uur in een testomgeving en 2 uur tijdens de dagelijkse uitvoer van de werkzaamheden. Het totaal aan arbeidskosten komt dan op € 5.332,60.

Het implementeren van de nieuwe werkwijze schriftelijke verpleegkundige verslaglegging zal bij de introductie van een digitaal dossier meer kosten met zich meebrengen. Hierbij gaat het niet alleen om de scholingskosten, maar ook om de aanschafkosten en licentie- en onderhoudskosten van het software programma. Tabel 12 geeft de geraamde kosten weer van drie systemen. Niet vergeten mag worden ook de kosten voor hardware, zoals computers on wheels (COW's), opslagcapaciteit en servers mee te nemen in de uiteindelijke berekening. Naast de genoemde kosten zijn er ook structurele kosten, onder andere voor afschrijvingen.

Mosos biedt een voorgeprogrammeerd, verloskundig en digitaal systeem, evenals Chipsoft. Siemens levert een zelf in te richten digitaal programma. De scholingskosten worden, bij de aanschaf van een digitaal dossier, hoger geraamd dan is weergegeven in tabel 11 Implementatiekosten aanbevelingen in papieren verslaglegging. De reden is dat gebruikers van een papieren dossier onbekend zijn met het digitale systeem, het inwerken vraagt meer arbeidsuren. De scholingskosten bij de implementatie van een digitaal dossier worden in tabel 11 en 12 buiten beschouwing gelaten.

Systeem	Kosten van het programma	Bijkomende kosten
Mosos	€ 75.200 (inclusief 2 noodprocedures)	€ 3.000 per licentie
Chipsoft	€ 250.000	€ 45.000 onderhoud
EPD (elektronisch patiënten dossier) Siemens	€ 121.000	€ 26.620 onderhoud

Tabel 12, Kosten software systemen

Baten

Door optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging zal naast de effectiviteit ook de efficiency verbeteren. De efficiencywinst zal, deels, aangetoond worden aan de hand van de kosten van het aantal niet productieve arbeidsuren, zie tabel 13, Kosten inefficiënte schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.

Onderwerp	Frequentie	Tijdsduur	Kosten wekelijks (gemiddeld)
Zoeken naar dossier	Wekelijks	10-60 minuten	10 tot 60 minuten
Zoeken naar informatie die wordt genoteerd op andere lijsten	Elke dienst, uitgaande van 3 diensten per dag	5 minuten	$3 \times 5 \times 7 = 105$ minuten
Achterhalen van informatie	Bij de invoer van gegevens in ontslagpapieren: in 70% van de ontslagen	10-40 minuten 34 ontslagen per week (op basis van 1800 bevallingen per jaar)	$70\% \text{ van } 34 = 24$ $24 \times (\text{gemiddeld}) 20 = 480$ minuten
Ontcijferen van onduidelijke informatie	Dagelijks	10 minuten gemiddeld één keer per dag	10 minuten
			Totaal 625 minuten

Tabel 13, Kosten inefficiënte schriftelijke verpleegkundige verslaglegging

De kosten aan uurloon van een (O&G) verpleegkundige zijn, bij schatting en gemiddeld genomen, € 20,51 bruto per uur. De totale besparing van ingezette minuten arbeid levert een totaal op van € 213,30 per week. Op jaarbasis komt de besparing neer op € 11.091,60.

Ook is er winst met betrekking tot de patiëntveiligheid, namelijk met één druk op de knop op elke werkplek met een licentie voor het digitale patiëntendossier zijn alle gegevens van een patiënt oproepbaar en compleet, en bovendien duidelijk leesbaar. De behaalde winst is aantoonbaar, maar moeilijk in geld uit te drukken.

6.4 ONDERZOEKSVERANTWOORDING

De onderzoeksopzet is beschreven in tabel 9, zie § 5.2. De onderzoekstechnieken zijn uitgevoerd conform het plan zoals in tabel 9, zie § 5.2, is beschreven. Het dossieronderzoek, de interviews en de benchmark zijn conform plan verlopen. Wat betreft het protocolonderzoek is de onderzoeker afgeweken van het originele plan. In het originele plan worden 30 protocollen onderzocht. Aangezien de resultaten van het protocolonderzoek gelijklopend waren, is besloten het protocolonderzoek na een totaal van 20 stuks af te ronden. Wat betreft de enquêtes onder medewerkers is twee weken na het verspreiden van de enquêtes een herinneringsemail naar de betrokkenen verstuurd, met als doel de respons te verhogen. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd tot een respons van 66%.

Twee weken eerder dan gepland is gestart met de data-analyse en dataplanning van het dossier- en protocolonderzoek en de benchmark resultaten. Dit heeft de onderzoeker in de gelegenheid gesteld het definitieve onderzoeksrapport zorgvuldig samen te stellen.

7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1 DEELVRAGEN

Conclusie deelvraag a:

Is de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging in het geboortecentrum momenteel concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk volgens de richtlijn van het CBO?

De theorie laat zien dat juridisering tot stand is gekomen om de kwaliteit van zorg te bewaken en het handelen te toetsen. Dossiervorming en de omgang met persoonsgegevens is in de WGBO wettelijk vastgelegd en wordt getoetst door het tuchtrechtcollege. Dat effectieve verpleegkundige verslaglegging essentieel is bij het verlenen van goede en verantwoorde patiëntenzorg, wordt bewaard in een tuchtrechtelijke uitspraak. De CBO richtlijn, verpleegkundige verslaglegging, biedt verpleegkundigen handvatten bij het in de praktijk brengen van hun juridische en beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid voor goede verslaglegging, met als uiteindelijke doel het bieden van transparantie en het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

In het conceptuele model wordt een causaal verband verondersteld tussen CBO criteria en effectieve schriftelijke verpleegkundige verslaglegging. Bedoeld wordt dat als de verpleegkundige verslaglegging wordt opgesteld aan de hand van de CBO criteria de effectiviteit van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging verbetert.

Uit het dossieronderzoek blijkt dat in meer dan twee derde van de onderzochte dossiers de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging niet aan de CBO criteria voldeed.

Uit de resultaten van de enquêtes blijkt dat op de vraag: *“Hoe vind je de verslaglegging van je collega’s”* slechts één derde van de geënquêteerden antwoordt: *“compleet en zorgvuldig”*.

Geconcludeerd kan worden dat het antwoord op deelvraag a **nee** is, de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging is niet concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk en dus niet volgens de richtlijn van het CBO.

Aanbeveling deelvraag a:

Benoem een werkgroep schriftelijke verpleegkundige verslaglegging met als opdracht, naast het formuleren en communiceren van afspraken met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging en het vastleggen van de afspraken in de desbetreffende protocollen, het implementeren en borgen van de nieuwe werkwijze. De leden van deze werkgroep ontwikkelen een methode van schriftelijke verpleegkundige verslaglegging waarbij de richtlijn van het CBO leidend is, zie §3.2, om de effectiviteit en efficiency van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging te

verbeteren. Bij het implementeren van deze methode van schriftelijke verpleegkundige verslaglegging zal in het implementatieplan niet alleen aandacht besteed moeten worden aan effectieve disseminatie, maar ook aan het bevorderen van acceptatie van het handelen en integratie in de bestaande werkwijze.

Conclusie deelvraag b:

Zijn er momenteel afspraken binnen het geboortecentrum met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging?

In de theorie wordt het positief beïnvloeden van het veiligheidsgedrag benoemd, om draagvlak bij werknemers op het gebied van gezondheid en veiligheid in de werkomgeving te creëren. Door het bevorderen van draagvlak wordt verondersteld dat incidenten minder vaak voorkomen. Er ontstaat een positief werkklimaat, zie §3.4. Door dit positieve werkklimaat en het minder vaak voorkomen van incidenten kan kostenbesparing bereikt worden.

Uit het protocol onderzoek blijkt dat in 35% van de onderzochte protocollen afspraken staan op het gebied van verslaglegging. In 71% van deze protocollen is de afspraak: “*Noteer alle handelingen en verkregen informatie in het verpleegkundig dossier*”. Deze afspraak is door geen van de geënquêteerden genoemd, de veiligheid in de werkomgeving wordt hierdoor negatief beïnvloed.

De afspraak die wel genoemd is door de geënquêteerden, is het gebruik van een kleurenpen om het verschil van dienst aan te geven aan de gebruiker van de verslaglegging.

Het antwoord op deelvraag b is **ja**, in zeer beperkte mate en niet bekend bij de geënquêteerden.

Aanbeveling deelvraag b:

De opdracht van de werkgroep schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, zie aanbeveling deelvraag a, luidt het protocollair vastleggen van afspraken om de effectiviteit van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging te verbeteren. Voor het opstellen van het implementatieplan, zie aanbeveling a, is een analyse van factoren die van invloed zijn op het individuele handelen en het gedrag noodzakelijk. De analyse geeft een gedetailleerd beeld van de oorzaken waarom individuen kiezen voor (onwenselijk) gedrag, zie §3.4.

Conclusie deelvraag c:

Op welke manier kan de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging verbeterd worden?

In de theorie is de richtlijn verpleegkundige verslaglegging van het CBO van toepassing op papieren en digitale dossiers. De CBO richtlijn heeft een effectieve schriftelijke verpleegkundige verslaglegging

tot doel. Met deze effectieve verslaglegging is het bijvoorbeeld mogelijk casussen te reconstrueren. Het conceptuele model toont een causaal verband aan tussen de CBO criteria en de effectiviteit van de verpleegkundige verslaglegging.

De conclusie wordt gesplitst in een papieren en een digitale methode van verslaglegging:

Conclusie papieren verslaglegging

Het protocollair vastleggen van afspraken draagt bij aan de standaardisatie en eenduidigheid bij het verzamelen en noteren van gegevens blijkt uit de theorie. Tevens draagt het bij aan het bevorderen van het veiligheidsklimaat, zie §3.4. Aan bed rapporteren objectiviteit informatie, wanneer de rapporteur direct navraag doet over de juistheid van de gegevens bij de patiënt wordt er uitgegaan van wat de patiënt aangeeft in plaats van interpretaties van de rapporteur.

Aan de hand van de benchmark resultaten kan geconcludeerd worden dat een complete en gestructureerde schriftelijke verslaglegging kan worden bereikt door een indeling van patiënten aan de hand van de opname-indicatie (zwangeren, barenden, kraamvrouwen). Ook het gebruik van checklists waarin vaste items aan bod komen draagt daaraan bij. Tevens draagt het scheiden van objectieve en subjectieve gegevens bij aan het structureren van informatie.

Uit de resultaten van de interviews blijkt, net als uit de theorie, dat het protocollair vastleggen van afspraken en het met de patiënt samen rapporteren, aan bed, eveneens zal bijdragen aan het verbeteren van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.

Conclusie digitale verslaglegging

De genoemde verbeterpunten, zie: “Conclusie papieren verslaglegging” kunnen eveneens in een digitaal dossier worden ingevoerd.

Uit de benchmark en de interviews blijkt dat het gebruik van een digitaal dossier meerwaarde heeft. De informatie staat bij elkaar, is gestructureerd en gestandaardiseerd. Fouten in de rapportage komen minder vaak voor door het gebruik van checklists en invullijsten. Het proces wordt efficiënter omdat fouten niet hersteld hoeven te worden. Bovendien zijn objectieve gegevens duidelijk zichtbaar en gescheiden van subjectieve gegevens. Dit verbetert de inzichtelijkheid van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.

Aanbeveling deelvraag c:

De werkgroep schriftelijke verpleegkundige verslaglegging implementeert de aanbevelingen die benoemd worden bij de “Conclusie papieren verslaglegging” zo snel mogelijk. Hierdoor verbetert de effectiviteit en efficiency van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging. Een implementatieplan is noodzakelijk, zie aanbeveling a en b.

Voor het implementeren van een digitaal patiëntendossier is toestemming van het hogere management nodig, in verband met de kosten van een dergelijk dossier.

Conclusie deelvraag d

Wat levert een verbetering van de verslaglegging het management van het geboortecentrum op?

De theorie toont aan dat het management toeziet op integrale zorgverlening, zie § 3.1. Integrale zorg is toegespitst op kwaliteit, waarbij succes op lange termijn geambieerd wordt door het tevreden stellen van de patiënt. Belangrijk bij het sturen op kwaliteit, zijn prestatie-indicatoren, de managementinformatie.

Beide benchmark ziekenhuizen werken met Mosos digitaal dossier. De respondenten benoemen beiden dat de efficiency in de communicatie hierdoor is verbeterd. Fouten in de informatie en het ontbreken van gegevens komt namelijk bijna niet meer voor. Ook behoort het zoeken naar een papieren patiëntendossier tot het verleden, alle gegevens zijn met een druk op de knop beschikbaar. In hoofdstuk 6 Resultaten, worden bij deelvraag d, punten genoemd die hebben bijgedragen aan het behalen van efficiency. Bovendien is het mogelijk managementinformatie te genereren uit het digitale systeem.

Uit de resultaten van de interviews, zie hoofdstuk 6, blijkt dat optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging een verbetering van de efficiency oplevert. De opsomming van verbeterpunten om meer efficiency te bereiken staan in hoofdstuk 6, Resultaten, bij deelvraag d genoemd. Wel moet onderscheid gemaakt worden in een papieren en digitale verslaglegging, waarbij de voorkeur uitgaat naar een digitale methode. Namelijk met de implementatie van een digitaal patiëntendossier is de meeste efficiencywinst te behalen.

Aanbeveling deelvraag d

De leden van de werkgroep schriftelijke verpleegkundige verslaglegging voeren de aanbevelingen in, die genoemd worden bij de deelvragen a, b en c, in de papieren verslaglegging. De effectiviteit en efficiency worden verbeterd doordat een compleet beeld van de geleverde zorg ontstaat. Hierdoor verbetert de transparantie met betrekking tot de communicatie, zie §3.1 en §3.2, en wordt kostenbesparing bereikt. Een raming van de kosten is zichtbaar gemaakt in tabel 13, zie § 6.3. Na toestemming van het hogere management kan implementatie van een digitaal patiënten dossier plaatsvinden, waardoor de efficiencywinst maximaal is.

7.2 CENTRALE VRAAG

Op welke manier kan binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging worden geoptimaliseerd, zodanig dat gegevens concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk zijn, volgens de richtlijn van het CBO, en kostenbesparing optreedt?

Conclusie centrale vraag

Uit de resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekdeel, zie § 6.2, kunnen de volgende conclusies getrokken worden waarmee de centrale vraag kan worden beantwoord:

Optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, zodanig dat deze voldoet aan de richtlijn van het CBO, kan binnen het geboortecentrum van het IJsselland ziekenhuis worden bereikt door het toepassen van de aanbevelingen in een:

1. Papieren dossier.
2. Digitaal dossier.

Aanbeveling centrale vraag

Optie 1, papieren dossier:

Door optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, welke voldoet aan de richtlijn van het CBO, verbetert de effectiviteit en efficiency. Dit kan bereikt worden door de volgende ontwerpcriteria:

Binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis worden:

- Afspraken geformuleerd met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.
- De afspraken gecommuniceerd binnen het team van gebruikers van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.
- De afspraken protocollair vastgelegd.
- Aan bed gerapporteerd, samen met de patiënt.
- De nieuwe werkwijze geïmplementeerd aan de hand van een implementatieplan.
- De nieuwe werkwijze geborgd door de werkgroep schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.

Optie 2, digitaal dossier:

Naast het implementeren van de bij optie 1 genoemde ontwerpcriteria kan verdere optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging worden bereikt door de implementatie van een

digitaal dossier. Bij de invoering van een digitaal dossier moet met de onderstaande ontwerpcriteria rekening gehouden worden.

Binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis worden:

- Patiënten ingedeeld in clusters aan de hand van opname-indicatie (zwangeren, barenden, kraamvrouwen), namelijk elke opname-indicatie vraagt specifieke elementen in de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.
- Per cluster een checklist ingevoerd.
- Standaard items protocollair vastgelegd in de desbetreffende checklist.
- Objectieve en subjectieve gegevens gescheiden geregistreerd.
- Objectieve gegevens automatisch zichtbaar gemaakt in grafieken.
- Bestaande ziekenhuissystemen gekoppeld aan het digitale programma.
- Patiëntgebonden CTG's (Cardio Toco Grafie) digitaal geregistreerd.
- Datum en tijdstip van verslaglegging automatisch geregistreerd.
- De rapporteurs geregistreerd, waardoor zij herleidbaar zijn.
- Er voldoende technische middelen beschikbaar gesteld om aan bed te rapporteren, bijvoorbeeld COW's of tablets.

Samenvattend

Het implementeren van de aanbevelingen, zowel van optie 1 als 2, draagt bij aan het optimaliseren van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging en het bevorderen van een, in het conceptuele model benoemde, effectieve en efficiënte verpleegkundige verslaglegging, zie §3.2 en §3.3.

Kostenbesparing treedt op als het gevolg van de implementatie van beide opties. Echter optie 2 vergt een investering om de uiteindelijke kostenbesparing te kunnen bereiken, zie §6.3.

Ultieme optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging kan, ondanks de kosten, alleen met een digitaal patiëntendossier behaald worden. Namelijk alle in dit onderzoek genoemde aanbevelingen kunnen worden geïmplementeerd in dit digitale patiëntendossier. Door het invoeren van alle genoemde aanbevelingen neemt de patiëntveiligheid toe, namelijk alle gegevens zijn gestructureerd, gestandaardiseerd en effectief.

Bij de keuze voor een programma zal met de ontwerpcriteria, genoemd in §7.2, rekening gehouden moeten worden. De keuze zal door deze ontwerpcriteria niet automatisch vallen op Mosos. De nadelen van Mosos, de fraudegevoeligheid en de onmogelijkheid het programma te koppelen aan bestaande ziekenhuissystemen, maken het de moeite waard ook andere digitale systemen nader te onderzoeken.

In een goed geoutilleerd en modern geboortecentrum levert het implementeren van een digitale verslaglegging voordelen op, onder andere op het gebied van effectiviteit, efficiency en patiëntveiligheid.

7.3 HYPOTHESE

De hypothese die centraal staat in het onderzoek: *Wanneer de optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis zodanig is dat de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging effectief is, worden kosten bespaard.*

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging momenteel niet is opgesteld aan de hand van de volgende criteria: concreet, bondig, eenduidig, objectief en duidelijk. Als gevolg hiervan is de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging niet effectief. Inzicht en reflecteren op het handelen en de deskundigheid is niet mogelijk. Bovendien is de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging niet efficiënt. In Tabel 13, Kosten inefficiënte schriftelijke verpleegkundige verslaglegging, worden de kosten inzichtelijk gemaakt die nodig zijn om de informatie te completeren. Het ontbreken van informatie vermindert efficiency en levert fouten op. Het herstellen van fouten of het beperken van de gevolgen brengt kosten met zich mee.

Geconcludeerd kan worden dat optimalisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging daadwerkelijk winst oplevert voor de effectiviteit en de efficiëntie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.

Op dit moment wordt de hypothese verworpen. De effectiviteit en efficiency van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging zullen pas verbeteren na de implementatie van de aanbevelingen.

7.4 VERVOLGONDERZOEK

Het onderzoek heeft antwoord gegeven op de deelvragen en de centrale vraag. Naast de knelpunten met betrekking tot de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging laat analyse van de resultaten, zie hoofdstuk 6, knelpunten zien die niet worden gebruikt om de deelvragen te beantwoorden.

Vervolgonderzoek naar deze knelpunten en aanbevelingen om deze op te lossen is aan te bevelen.

Vervolgonderzoek kan plaatsvinden naar:

- De randvoorwaarden voor het succesvol implementeren van de aanbevelingen die gedaan zijn in dit onderzoek. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de in §3.4 vermelde informatie met betrekking tot verandermanagement.
- De mondelinge overdracht binnen het geboortecentrum van het IJsselland Ziekenhuis.

- De overdracht van zwangere, moeder en/of kind naar andere specialismen.
- De overdracht van zwangere, moeder en/of kind naar de eerste lijn.
- Om de verbeterde effectiviteit in de communicatie aan te tonen kan voor de implementatie van de aanbevelingen een nulmeting worden gehouden. Als, na implementatie van de aanbevelingen, het onderzoek herhaald wordt kan een toe- of afname van de effectiviteit worden aangetoond.

Tot slot kan onderzocht worden of implementatie van de aanbevelingen die dit onderzoek heeft opgeleverd, op alle verpleegafdelingen van het IJsselland Ziekenhuis meerwaarde kan opleveren. De standaardisatie van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging die behaald wordt bij een ziekenhuisbrede implementatie is dan maximaal.

BIBLIOGRAFIE

- Alblas, G., Kokke, K., & Thuis, P. (2006). *Bedrijfskunde de basis*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D., & de Goede, M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bremekamp, R., Kaats, E., & Opheij, W. (2009). Een nieuw kijkglas voor een heldere blik op samenwerken. *Holland Management Review*, nummer 127, pp 2-9.
- Buitendijk, S., Zeitlin, J., Cuttini, M., & Langhoff, R. (2003). Indicators of fetal and infant health outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio*, 246-258 .
- Expertgroep richtlijn verpleegkundigen en verzorgenden verslaglegging. (2011). *Nu 91*. Opgeroepen op december 8, 2012, van Richtlijn_Verpleegkundige-Verslaglegging_1.pdf: www.nu91-leden.nl/uploads/8%20sept%202011.pdf
- Gershon, R. R., Vlahov, D., Felknor, S. A., Vesley, D., Johnson, P. C., Delclos, G. L., et al. (1995). Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *American Journal of Infection Control* , nummer 1, pp 27-33.
- Grol, R., & Wensink, M. (2011). *Implementatie Effectieve verbetering van de patientenzorg*. Amsterdam: Reed Bussines.
- Honey, M., & North, N. (2009). Supporting workforce development of nurses exploiting the synergies between technology in education and practice. *Health Care Informatics*, februari, pp 1-7 .
- ICF. (2002). *RIVM*. (Bohn Stafleu van Loghum) Opgehaald van www.rivm.nl/who-fic/in/BrochureICF.pdf
- Janssen, L. (2008). *Gezondheidsrecht begrepen*. Den Haag: Lemma.
- Kallenberg, K. (2007). *Ontwikkeling door onderzoek*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Koning, J., & Hoeijmakers, M. (2007). Rapport 000200701: *Prestatieindicatoren voor de nieuwe publieke taken van het RIVM*. Bilthoven, RIVM.
- Mintzberg, H. (2006). *Organisatie structuren*. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.
- Mulders, M. (2010). *101 Managementmodellen*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- NVOG. (2008). *NVOG.nl*. Opgeroepen op mei 2, 2013, van www.nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=26567&richtlijn_id=794
- Pascale, R. (2010). Zeven-S model. In M. Mulders, *101 Management modellen*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Pintelon, L., & Puyvelde van, F. (2011). *Zorglogistiek, basisboek*. Leuven: Acco.

- Raad van Bestuur. (2012). *Opgeroepen op Februari 23, 2012*, van www.ysl.nl/het-ziekenhuis/organisatie/misie-en-visie
- Raad van Bestuur. (2012). *IJsselland ziekenhuis*. *Opgeroepen op april 3, 2013*, van www.ysl.nl/het-ziekenhuis/bouw-en-renovatie/nieuwbouw
- Raad van Bestuur. (2012). *IJsselland ziekenhuis*. *Opgeroepen op november 23, 2012*, van www.ysl.nl:www.ysl.nl/fileadmin/ijsselland/documenten/jaarrekening/maatschappelijk_verslag_2011_ijsselland_zkh_GEDEPONEERD.pdf
- Raad van Bestuur. (2013). *IJsselland ziekenhuis*. *Opgeroepen op april 1, 2013*, van www.ysl.nl/specialismen-en-behandelingen/kraam-en-verlosafdeling/
- Raad van Bestuur. (2012). *Sociaal Plan*. *Opgeroepen op december 9, 2012*, van Nu 91: www.nu91-leden.nl/uploads/Sociaal%20Plan%20IJsselland.pdf
- Raad van Bestuur. (2012). *Speerpunten*. *Opgeroepen op oktober 5, 2012*, van IJsselland ziekenhuis: www.ysl.nl/het-ziekenhuis/organisatie/speerpunten
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2011). *Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20*. Raad voor de volksgezondheid. Den Haag: Koninklijke Broese en Peereboom BV.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2010). *Perspectief op gezondheid 20/20*. Den Haag: Koninklijke Broese en Peereboom BV.
- Raad voor Volksgezondheid & Zorg. (2000). *Professionals in de gezondheidszorg*. *Opgeroepen op december 4, 2012*, van www.rvz.net/uploads/Professionals_in_de_gezondheidszorg.pdf
- Redsell, A., & Cheater, F. (2008). Nurses roles in primary care, development and future aspects. *Quality in Primary Care* , 16, 69-71.
- Ree van, T. (2009). *Werken met een elektronisch patiëntendossier*. Scriptie, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Rijksoverheid. (2012). *Info over betaalbaarheid van de zorg*. *Opgeroepen op november 12, 2012*, van webside van de rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betalbaarheid-van-de-zorg/de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard>
- RIVM. (2013). *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. *Opgeroepen op april 3, 2013*, van www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-zijn-prestatie-indicatoren/
- Rutte, M., & Samsom, D. (2012). Regeerakkoord VVD-PvdA. *Bruggen Slaan* . *Opgeroepen op December 9, 2012*, van <http://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord>
- Schellens, P. J., Klaassen, R., & Vries, S. (2001). *Communicatiekundig ontwerpen: methoden, perspectieven, toepassingen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Science Progress. (2011). *Science Progress*. *Opgeroepen op februari 13, 2013*, van Scienceprogress: www.sienceprogress.nl/marketing/pest-analyse

Stuurgroep zwangerschap en geboorte. (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte*. Den Haag: Rijksoverheid.

V&VN/NPCF. (2009). *Excellente zorg, diagnostisch instrumentarium, deel 3*. Opgeroepen op april 6, 2013, van www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=HmYyjbFAjM%3D&tabid=3911&mid=9855

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?* Purmerend: Boom Onderwijs.

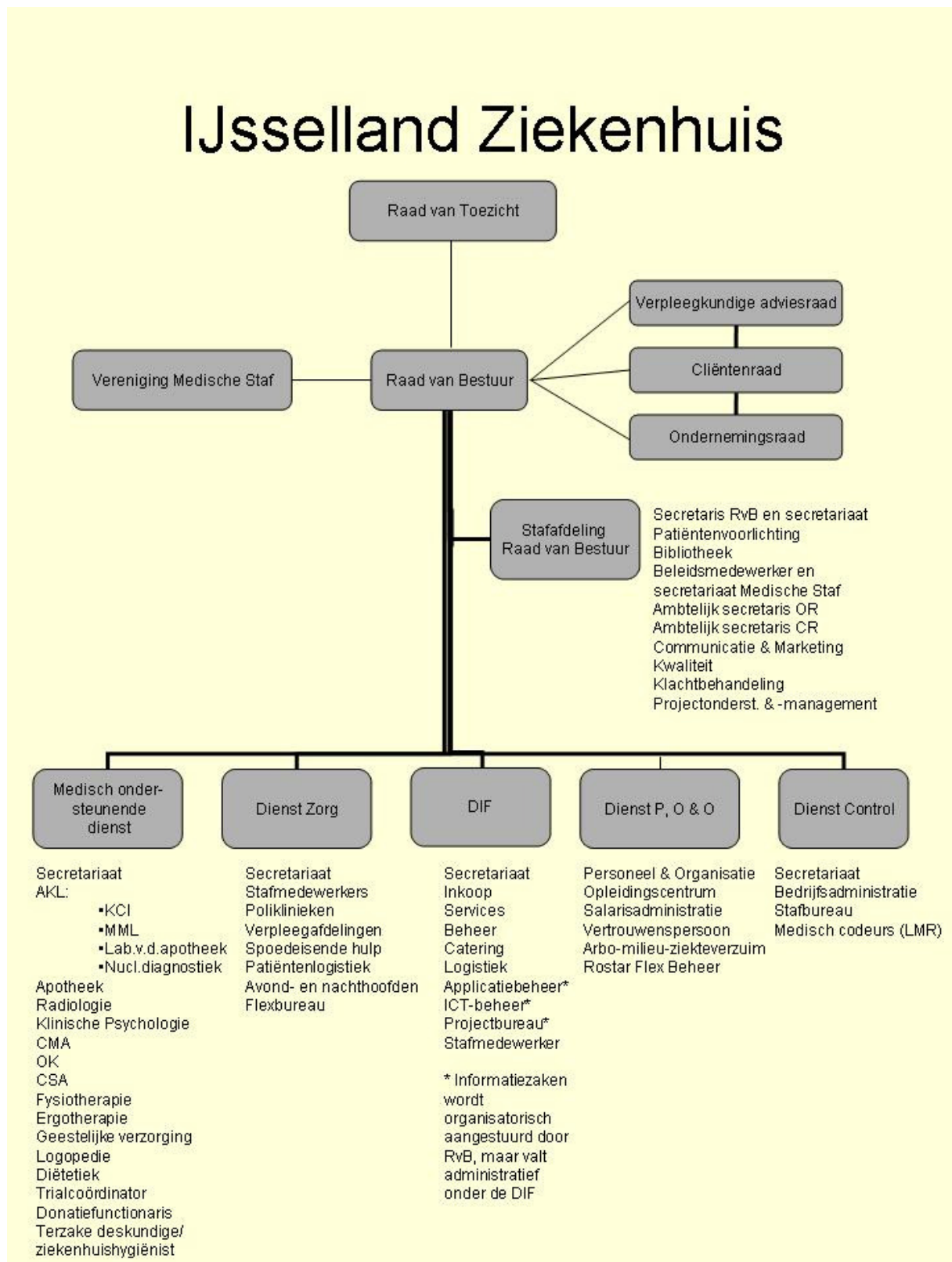
Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. (1999). *Herziening Concensus Verpleegkundige Verslaglegging*. Opgeroepen op december 12, 2012, van www.CBO.nl/Downloads/419/verpl._verslag_1999.pdf.

Vrouw en Zorg. (2007). *Vrouw en Zorg*. Opgeroepen op januari 6, 2013, van www.vrouwenzorg.nl/index.php?documentID=65

Zoest, C. v. (2010). *Kwaliteitszorg voor non-profitorganisaties*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

BIJLAGE 1, AFKORTINGENLIJST

CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
Cow	Computer on wheels
CTG	Cardio Toco Grafie
Dd	De dato
EPD	Elektronisch patiënten dossier
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MD	Management development
MDL	Maag, darm en lever
O&G	Obstetrie en gynaecologie
RvB	Raad van Bestuur
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WGBO	Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
Zoco	Zorg coördinator



Figuur 5, Organogram (Raad van Bestuur, 2012)

Verzuimanalyse totaal

Bedrijfsnaam	IJsselland Ziekenhuis
Gekozen verslagperiode	01-10-2011 t/m 01-10-2012
Organisatorische eenheid/eenheden	Afdeling C3, obstetrie/gynaecologie
In/exclusief Vangnet	Exclusief
Uitgesplitst	Geen uitsplitsing
Datum	29-10-2012 10:01:14

ZVP	ZVP > 1 jaar	ZiekMeldingsfrequentie (nieuwe meldingen)	Gemiddelde ziekteverzuimduur (afgeronde meldingen)
3,12 %	0,00 %	1,27	4,0
Personeelssterkte			
Gem. aantal werknemers			80
Gem. aantal voltijd werknemers			25
Gem. aantal deeltijd werknemers			58
Gem. FTE			47,05
Dossiers			

Aantal verzuimdossiers	75		
Aantal vangnet	0		
Aantal samengesteld	16		
Verzuimmeldingen			
Verzuimmeldingen	96		
Nieuwe verzuimmeldingen	84		
Deelherstel	6		
Verhoging verzuimpercentage	1		
Volledig hersteld	80		
Frequentie	aantal werknemers	% van totaal werknemers	
0 maal ziek	33	41,25 %	
1 maal ziek	21	26,25 %	
2 maal ziek	12	15,00 %	
3 maal ziek	9	11,25 %	
4 maal ziek	3	3,75 %	
5 of meer maal ziek	2	2,50 %	
Duurklasse	aantal meldingen	Verzuimdagen in periode	% van totaal verzuimdagen
Kort (t/m 7)	52	153	20,82 %
Middellang (8 t/m 42)	27	162	22,04 %

Lang (43 t/m 91)	13	119	16,19 %
Lang (92 t/m 182)	2	126	17,14 %
Lang (183 t/m 365)	2	175	23,81 %
Lang (366 t/m 730)	0	0	0,00 %
Verzuim > 2 jaar	0	0	0,00 %
Totaal	96	735	100,00 %
Oorzaak	aantal meldingen	Verzuimdagen in periode	% van totaal verzuimdagen
Adoptieverlof	0	0	0,00 %
Arbeidsgebonden (voor bedrijfssportongevallen, bedrijfsverkeersongevallen en overige bedrijfsongevallen)	1	17	2,31 %
Onbekend of onvoldoende informatie	0	0	0,00 %
Operatie	1	5	0,68 %
Orgaandonatie	0	0	0,00 %
Overige oorzaken arbeidsgebonden	0	0	0,00 %
Overige oorzaken privé	91	680	92,52 %
Prive ongeval	1	4	0,54 %
Privé ongevallen (voor sportongevallen, verkeersongevallen en overige privé ongevallen)	1	22	2,99 %
Sport ongeval	0	0	0,00 %
Verkeersongeval	1	7	0,95 %
Zwangerschapsverlof	0	0	0,00 %
Totaal	96	735	100,00 %

Aard verzuim	aantal meldingen	Verzuimdagen in periode	% van totaal verzuimdagen
Aard van ziekteverzuim niet gespecificeerd	0	0	0
Fysieke klachten	93	731	99,46 %
Onbekend	3	4	0,54 %
Overige	0	0	0
Psychische klachten	0	0	0
Ziek t.g.v. zwangerschap	0	0	0
Zwangerschap	0	0	0
Totaal	96	735	100,00 %

(Expertgroep richtlijn verpleegkundigen en verzorgenden verslaglegging, 2011)

A. Algemeen

De richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging is van toepassing op papieren en elektronische dossiers. Verpleegkundigen en verzorgenden worden aangeduid met "zorgprofessionals".

B. Doel van verslaglegging

Verslaglegging is van belang voor het vaststellen, verlenen, voortzetten, evalueren, overdragen en controleren van de zorg. Doel is:

- waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van de zorg en van een goede samenwerking
- kunnen reconstrueren van een gang van zaken
- voorkomen van fouten
- honoreren van de rechten van de cliënt
- afleggen van verantwoording over het handelen.

C. De onderdelen van de verslaglegging

Goede verslaglegging bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Gegevensverzameling of anamnese

Is van belang voor het vaststellen en beschrijven van ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses.

2. Ondersteuningsvragen / zorgproblemen / verpleegkundige diagnoses

Is van belang voor het zorgplan en de planning van de zorg.

Beschrijf een zorgprobleem bij voorkeur met behulp van de PES-structuur. Formuleer verpleegkundige diagnoses met behulp van een gangbare classificatie.

3. Zorgplan

Is van belang voor de te verlenen zorg. Het bevat in ieder geval:

- ondersteuningsvragen, zorgproblemen en/of verpleegkundige diagnoses

- gedelegeerde werkzaamheden en opdrachten van andere disciplines
- interventies en andere handelingen
- beoogde resultaten/doelen
- de termijn waarbinnen een resultaat/doel behaald moet zijn
- hoe nagegaan wordt of het resultaat/doel behaald is
- wie (de onderdelen van) het zorgplan uitvoert.

4. Voortgangsrapportages

Zijn van belang voor het bijsturen van de zorg en de continuïteit in de zorgverlening.

Besteed in ieder geval aandacht aan:

- de vastgestelde ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses,
- aanpassingen daarin en redenen voor aanpassing
- afwijkende en nieuwe interventies en handelingen en de redenen daarvoor
- bijstelling van beoogde resultaten en de redenen daarvoor
- informatie die van invloed is op de totale (multidisciplinaire) zorgverlening en behandeling
- observaties van omstandigheden of gebeurtenissen die tot bijstelling van de zorg kunnen leiden.

5. Evaluaties

Zijn van belang voor het beoordelen van de zorgverlening en de resultaten en voor bijstelling van het zorgplan.

De frequentie van de evaluaties hangt af van de context. Evalueer in de langdurige zorg het zorgplan tenminste twee maal per jaar.

6. Overdracht

Is van belang voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. Houd rekening met de kennis en kunde van de ontvanger. Besteed in ieder geval aandacht aan:

- de verleende zorg
- aan wie, door wie en per wanneer de zorg wordt overgedragen
- de actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses
- de beoogde resultaten/doelen
- de redenen van overplaatsing of ontslag naar huis
- de redenen voor de voortzetting van de zorg
- met de cliënt gemaakte afspraken
- bij wie de cliënt na ontslag terecht kan met vragen.

Stel de onderdelen van de verslaglegging in principe op in overleg met de cliënt of diens vertegenwoordiger. (Zie de richtlijn voor de vraag wie de cliënt kan vertegenwoordigen.)

D. De verslaglegging zelf

1. Te noteren gegevens

- Noteer in het dossier alle gegevens over de cliënt die noodzakelijk zijn voor een goede zorgverlening.
- Aanknopingspunten hiervoor zijn de doelen en de onderdelen van de verslaglegging.
- Afhankelijk van de context moeten specifieke gegevens genoteerd worden. (Zie bijlage 2 bij de richtlijn.)

2. Wijze van noteren

- Noteer zorgvuldig, juist, controleerbaar, systematisch, volledig, begrijpelijk, leesbaar
- Voorkom verschillende interpretaties en vermijd onbekende begrippen, afkortingen en jargon.
- Wees objectief: geeft het aan als sprake is van een interpretatie; onderbouw oordelen; voorkom persoonlijke vooringenomenheid.
- Zorg voor herleidbaarheid: zet bij genoteerde gegevens een naam of een op de persoon herleidbare paraaf of code, een datum en zo nodig een tijdsaanduiding.

3. Gegevens die niet in het dossier horen

- gegevens die niet van belang zijn voor een goede zorgverlening
- persoonlijke werkaantekeningen: geheugensteuntjes, indrukken, vermoedens of vragen. Als persoonlijke werkaantekeningen van belang zijn voor de zorgverlening moeten ze wel opgenomen worden in het dossier.
- MIP- en FONA-meldingen
- Keuringsgegevens
- correspondentie over schadeclaims en klachten.

E. Classificaties en eenduidig taalgebruik

De expertgroep beveelt aan gebruik te maken van gangbare classificatiesystemen en begrippenkaders zoals de ICF, de gezondheidspatronen van Gordon, de NANDA, de NIC en de NOC.

F. Rechten en plichten Rechten van de cliënt

Een cliënt heeft recht op:

1. Inzage en afschrift van het dossier

Dit mag alleen geweigerd worden als dat noodzakelijk is voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. Aanwezigheid van een zorgprofessional bij de inzage is niet verplicht.

2. Toevoegen van een eigen verklaring aan het dossier

3 Vastleggen van toestemming van de cliënt

Op verzoek van de cliënt moet een zorgprofessional vastleggen voor welke ingrijpende handelingen de cliënt toestemming heeft gegeven.

4. Vernietiging, aanvulling, verbetering, afscherming

Een cliënt kan verzoeken gegevens te vernietigen, aan te vullen, te verbeteren of af te schermen. Een hulpverlener moet dit in principe honoreren.

5. Geheimhouding

Een zorgprofessional moet aan de cliënt of diens vertegenwoordiger toestemming vragen als zij aan anderen informatie wil geven over de cliënt of inzage in diens dossier of een kopie daarvan. Ze mag de informatie, inzage of een kopie niet verstrekken als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor geschaad wordt.

Toestemming is niet vereist als het gaat om:

- Rechtstreeks betrokkenen bij de behandeling en de vervanger van de hulpverlener. De

zorgprofessional moet het verstrekken van gegevens of het geven van inzage en een afschrift wel beperken tot de gegevens die de rechtstreeks betrokkene of vervanger nodig heeft voor zijn aandeel in de behandeling of zorgverlening.

- Ketenzorg. Bij het verstrekken van gegevens in het kader van ketenzorg aan een opvolgende zorgverlener mag een zorgprofessional er onder bepaalde voorwaarden vanuit gaan dat de cliënt hier mee instemt.
- Vertegenwoordiger van de cliënt.
- Conflict van plichten.

6. Informatie over gegevensverwerking

Zorginstellingen en zelfstandig gevestigde zorgprofessionals moeten voor de geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens toestemming vragen aan de cliënt. Een cliënt heeft recht op informatie over de gegevensverwerking.

7. Informatie over cliëntenrechten

Zorgprofessionals dienen de cliënt te informeren over zijn rechten met betrekking tot het dossier en de omgang met zijn gegevens.

Plichten van de hulpverlener

1. Dossierplicht

Zorginstellingen en zelfstandig gevestigde zorgprofessionals die geen gebruik kunnen maken van instellingsdossiers moeten voor iedere cliënt een eigen dossier aanleggen.

Een zorgprofessional in de AWBZ-sector is verplicht om het zorgplan in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger op te stellen en te evalueren en de cliënt daarbij zo nodig ondersteuning aan te bieden. De cliënt of zijn vertegenwoordiger moet met het zorgplan instemmen.

2. Bewaarplicht en bewaartermijnen

Het dossier, inclusief de door verpleegkundigen en verzorgenden vastgelegde gegevens, moet minimaal 15 jaar bewaard worden. Een samenvatting maken is toegestaan mits de onderliggende informatie gedurende de bewaartermijn bewaard wordt.

Regels zorginstelling

Houd bij het in praktijk brengen van de rechten en plichten rekening met de regels van de zorginstelling.

SAMENSTELLING STUURGROEP EN EXPERTGROEP

Stuurgroep

Mw. prof. dr. A.L.(Anneke) Francke, RN (voorzitter), programmaleider Verpleging & Verzorging NIVEL en bijzonder hoogleraar VUMC Drs. A. (Aart) Eliens, docent specialist MANP Hogeschool Inholland, coördinator buitenschools leren HBOV Amsterdam Alkmaar, Hogeschool Inholland

Mw. T.I. (Tini) Bakker, Bedrijfsmanager Orthopedie/Reumatologie Amphia Ziekenhuis - namens NU91
Mw. C. (Christina) Woudhuizen, coördinator verzorging V&VN

Expertgroep

Drs. A. (Aart) Eliens, docent specialist MANP Hogeschool Inholland, coördinator buitenschools leren HBOV Amsterdam Alkmaar, Hogeschool Inholland, voorzitter Mw. E. (Emmy) van den Berg, Ambulant psychiatrische verpleegkundige, GGZ Noord Holland-Noord - namens NU91 (tot 1 september 2010) Mw. drs. J.C.M. (Mieke) van den Boogaard, verpleegkundige en interimmanager, adviesbureau Cheops - op persoonlijke titel Mw. I.M.C. (Irene) van den Heuvel, verpleegkundige, Verpleeghuis Zevenaar en UMC St. Radboud - op persoonlijke titel Mw. S.Y. (Sylvia) Hoekstra, MScN, docent en onderzoeker, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) - namens V&VN Mw. C.J. (Carina) Hofman-Bakker, ziekenverzorgende, St Voorzieningen Ouderen Noord- Nederland - namens Sting (tot 22 oktober 2010) S. (Sietze) Ketelaar, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, projectleider methodisch deelplan EPD, GGZ Friesland - namens V&VN (tot 12 oktober 2010) Mw. J. (Janny) Kuperus MSc, beleidsmedewerker Stichting voor Regionale zorgverlening - namens NU91 Mw. E. (Els) Masseurs-Samsom, IC-verpleegkundige, AMC - namens NU91 H. (Hans) Springer, teammanager MANP en MPA, Hogeschool Inholland - namens V&VN Mw. E. (Emanuëlle) Overeem-Dees, seniorverpleegkundige cardiologie, Tergooiziekenhuizen - op persoonlijke titel Mw. R. (Renee) Verwey, MSc, seniordocent verpleegkunde Hogeschool Zuyd en promovenda Maastricht University - namens V&VN Mw. I. (Ina) Voskuil, Eerst Verantwoordelijk Verzorgende, Drie zorg locatie de "Venus" - op persoonlijke titel

Met ondersteuning van

Mw. drs. E. (Else) Poot (projectleider), senior adviseur – Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV), tot december 2011 Mw. mr. A.M. (Rian) Buijse (auteur), adviseur – Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV), tot december 2011

Dr. T. (Ton) Kuijpers, senior adviseur, CBO, vanaf juni 2011

Introductie voor de interviewer

Met de respondent is een afspraak gemaakt voor de benchmark. De afspraak is bevestigd via email, een week voor de afgesproken datum.

Inleiding van het gesprek:

- Voorstellen.
- Afstudeeropdracht vanuit Hogeschool Leiden.
- Juni afstuderen.
- Tijdsduur benchmark: maximaal één uur.
- Doel: informatie verzamelen over de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.
- Het interview wordt opgenomen als hier toestemming voor wordt gegeven.
- Een samenvatting van het interview wordt ter correctie op feitelijke onjuistheden aan de respondent verstuurd.

Vragen

Introductie

- Op welke manier vindt de verpleegkundige verslaglegging plaats?
- Sinds wanneer werken jullie op deze manier?
- Welke informatie bevat de verslaglegging?

Methode/Systeem

- Gebruiken jullie een methode/systeem voor de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging zodat deze zorgvuldig en compleet is?
- Waarom is er gekozen voor dit systeem. Wat was hier de reden voor? Welke afweging is gemaakt?
- Wat heeft deze keuze jullie opgeleverd?

- Welke managementinformatie halen jullie hieruit?

Aanleiding

- Wat is de aanleiding geweest om te starten met deze methode/standaard?
- Wat voegt het gebruik van deze methode/standaard toe, zijn er voordelen te benoemen aan het gebruik van de methode? *(is het daadwerkelijk efficiënter en hoe meet/zie je dat dan? Efficiency niet zelf benoemen!)*

Implementatie

- Wat waren de randvoorwaarden om de methode/standaard te introduceren?
- Konden jullie aan alle randvoorwaarden voldoen?
- Hoe hebben jullie dat aangepakt?
- Was er een implementatieplan/stappenplan?
- Hoe is de ontwikkeling en de implementatie ervan verlopen? Wat liep goed en wat minder?
- Waar zijn jullie begonnen, kraam/verlos of overal tegelijkertijd?
- Hoeveel tijd heeft de implementatie gekost?
- Waren er belemmeringen bij het starten met de methode/standaard?
- Waren er weerstanden van de medewerkers?
- Hoe zijn jullie daarop ingegaan?
- Wat is volgens jou nodig om de implementatie van een methode/standaard te doen slagen?
- Als je de vorige manier en de huidige manier van verslaglegging met elkaar vergelijkt wat zijn dan de voordelen van de huidige manier?
- En wat zijn de valkuilen?
- Kun je met het elektronisch dossier aan managementinformatie komen?

Borgen

- Wordt de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging regelmatig gecontroleerd/geëvalueerd?
- Staat in de protocollen en werkwijzen benoemd welke gegevens er schriftelijk moeten worden vastgelegd en hoe vaak per dienst?

- Is tijdens casusevaluaties de schriftelijke verpleegkundige informatie compleet om het gehele zorgproces te kunnen evalueren?
- Hoe borgen jullie het volledig en compleet rapporteren?
- Wat heeft de methode/standaard die jullie gebruiken het management opgeleverd?
- Wat is jouw ervaring nu met de methode/standaard?

Tot slot

- Wil je nog wat toevoegen om de informatie voor mij compleet te maken, zijn er onderwerpen die onbesproken zijn gebleven volgens u en die wel nuttig zijn in deze context?

Afronding

- Samenvatten.
- Conclusies trekken.
- Nog aanvulling vragen aan respondent.
- Ruimte geven aan respondent om iets toe te voegen of te vragen.
- Vragen of de respondent een digitale kopie wil ontvangen van de onderzoeksresultaten of de management samenvatting.
- Bedanken voor de benchmark.

Enquête: Samen naar beter in de verslaglegging!

In het kader van mijn opleiding aan de Hogeschool Leiden verzoek ik je deze enquête in te vullen. Momenteel doe ik onderzoek naar de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging binnen het geboortecentrum IJsselland. Het doel van het onderzoek is naast het optimaliseren van de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.

De gegevens worden anoniem verwerkt in een onderzoeksverslag. Een kopie van dit verslag wordt na afronding van het onderzoek ter inzage beschikbaar gesteld in de teampost. Het invullen van de enquête kost ongeveer vijftien minuten. De ingevulde enquête kan je inleveren in het secretariaat van het geboortecentrum. Ik wil alle verpleegkundigen dus ook jou vragen deze enquête in te vullen zodat we samen tot het verbeteren komen van de verslaglegging.

Het is de bedoeling dat je bij iedere vraag slechts één hokje aankruist. Als de vraag niet van toepassing is vul je niets in en sla de vraag over.

1. Wat is je functie?

- ☐ O&Gverpleegkundige
- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Kraamverzorgende
- ☐ Leerling O&G verpleegkundige
- ☐ Flex-medewerker, functie:.....

2. Hoelang werk je in het geboortecentrum, voorheen afdeling gynaecologie en obstetrie?

- ☐ minder dan 1 jaar
- ☐ 1-5 jaar
- ☐ 5-10 jaar
- ☐ meer dan 10 jaar

3. Ben je ingewerkt op het gebied van verslaglegging?:

☐ ja, namelijk.....

☐ nee

☐ anders, namelijk.....

4. Zijn er afspraken over verslaglegging?

☐ ja, namelijk.....

☐ nee

☐ weet ik niet

5. Heb je behoefte aan afspraken over verslaglegging?

☐ ja, omdat.....

☐ nee, omdat.....

6. Hoe vaak rapporteer je per dienst?

☐ minder dan 1 keer

☐ 1 keer

☐ meer dan 1 keer, namelijk.....

☐ anders, namelijk.....

7. Hoe vaak vind je dat je zou moeten rapporteren?

☐ 1 keer per dag, omdat.....

☐ meer dan 1 keer per dag, namelijk...☐ keer, omdat.....

.....

8. Wanneer rapporteer je?

- ☐ aan het eind van de dienst, omdat.....
- ☐ tussendoor, omdat.....
- ☐ anders, namelijk.....

9. Vul je je rapportage nog aan wanneer je eerder wat hebt genoteerd?

- ☐ ja, omdat.....
- ☐ nee, omdat.....
- ☐ anders, namelijk.....

10. Hoeveel tijd besteed je gemiddeld per dienst aan rapporteren?

- ☐ minder dan 5 minuten
- ☐ 5 – 10 minuten
- ☐ 11 – 15 minuten
- ☐ meer dan 15 minuten

11. Kun je altijd met aandacht de verslaglegging uitvoeren?

- ☐ Ja,
- ☐ Nee, omdat.....

12. Kijk je vaak terug in de rapportage tijdens je dienst?

- ☐ ja, omdat.....
- ☐ nee, omdat.....
- ☐ anders, namelijk.....

13. Hoe vind je de verslaglegging van collega's? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ incompleet, ga verder met vraag 14
- ☐ onzorgvuldig, ga verder met vraag 15
- ☐ compleet, ga verder met vraag 16
- ☐ zorgvuldig, ga verder met vraag 16
- ☐ anders, namelijk.....

14. Als je bij vraag 13 incompleet hebt aangekruist kan je dan aangeven welke informatie je mist? (ga verder met vraag 15 of 16)

.....

.....

15. Als je bij vraag 13 onzorgvuldig hebt aangekruist kan je dan aangeven wat je onzorgvuldig vindt? (ga verder met vraag 16)

.....

.....

16. Zie je verschillen in rapporteren tussen je collega's?

- ☐ ja, namelijk.....
- ☐ nee
- ☐ anders, namelijk.....

17. Staat bij de rapportage van je collega de datum genoteerd en de dienst?

- ☐ ja, altijd
- ☐ niet altijd
- ☐ nee

18. Is de rapportage van je collega duidelijk leesbaar:

☐ ja, altijd

☐ niet altijd

☐ nee

19. Is de paraaf of naam van je collega leesbaar/herkenbaar?

☐ ja, altijd

☐ niet altijd

☐ nee

20. Kan je een of meerdere methodes noemen waarmee je kan rapporteren?

☐ ja, namelijk.....

☐ nee

21. Zou de rapportage verbeteren door het gebruik van een methode?

☐ ja, omdat.....

☐ nee, omdat.....

22. Naar welke methode gaat je voorkeur uit en kan je aangeven waarom?

.....

.....

23. Heb je nog opmerkingen en/of suggesties met betrekking tot rapportage?

.....

.....

24. Heb je nog opmerkingen en/of suggesties met betrekking tot deze enquête?

.....

.....

Hartelijk dank voor je deelname aan de enquête!

Met vriendelijke groeten, Merle Zandvliet

INTERVIEWSCHEMA:

Respondent:

Datum interview:

Tijdstip aanvang:

Introductie voor de interviewer

Met de respondent is een afspraak gemaakt voor het interview. De afspraak is bevestigd via email, een week voor de afgesproken datum.

Een ruimte reserveren en iets te drinken aanbieden.

Inleiding van het gesprek:

- Voorstellen.
- Afstudeeropdracht vanuit Hogeschool Leiden.
- Juni afstuderen.
- Tijdsduur interview: maximaal één uur.
- Doel: informatie verzamelen over de schriftelijke verpleegkundige verslaglegging.
- De informatie wordt vertrouwelijk verwerkt.
- Het interview wordt opgenomen indien hier toestemming voor wordt gegeven.

Interviewvragen

- *Wat is uw functie?*
- *Op welke manier vindt de schriftelijke verslaglegging plaats?*
- *Wat vindt u hiervan? Levert het alle informatie op die u wilt hebben?*

- *Bevat de verslaglegging objectieve en/of subjectieve informatie?*

- *Is de (schriftelijke) verslaglegging leesbaar?*

- *Staan datum, tijdstip en naam genoteerd?*

- *Is de verslaglegging optimaal volgens u?*

- *Kunt u dit toelichten met een voorbeeld?*

- *Komt volgens u de kwaliteit van zorg soms in gevaar doordat de communicatie niet optimaal is?*

- *Zijn er specifieke overdracht momenten te noemen waarin het naar uw mening informatie wordt gemist? (dag-avond dienst/avond-nachtdienst/nacht-dagdienst) Zo ja in welke dienst wordt het meeste informatie gemist?*

- *Wat zou er verbeterd moeten worden om de onduidelijkheden te voorkomen?*

- *Wat mist u in de verslaglegging? (welke items zouden er minimaal in de schriftelijke verslaglegging moeten staan en welke items zouden minimaal mondeling moeten worden toegelicht?)*

- *Wat vindt u van de omstandigheden waarin de verslaglegging plaatsvindt, bv ruimte? (indien vraag van toepassing is voor de respondent)*

- *Wat zou u hierin willen veranderen?*

- *Wat kost het naar uw mening aan tijd?*

- *Wordt er bij de schriftelijke verslaglegging een methode gebruikt (bv SOAP) om de verslaglegging zo volledig mogelijk te maken?*
- *Vindt u het wenselijk dat er een methode wordt gebruikt?*
- *Aan welke methode denkt u dan?*
- *Wat zou deze methode volgens u toevoegen?*
- *Zijn er al eerder pogingen gedaan om de verslaglegging te optimaliseren?*
- *Zo ja, waarom zijn deze pogingen volgens u mislukt?*
- *Hoe zouden we dat deze keer kunnen voorkomen?*
- *Wil u nog wat toevoegen om de informatie voor mij compleet te maken, zijn er onderwerpen die onbesproken zijn gebleven volgens u en die wel nuttig zijn in deze context?*

Afronding

- Samenvatten, ook tussentijds samenvatten;
- Conclusies trekken;
- Nog aanvulling vragen aan respondent;
- Ruimte geven aan respondent om iets toe te voegen of te vragen;
- Vragen of de respondent een uitnodiging wil voor de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- Bedanken voor het interview.