

De cliënt staat centraal.

Bewustwording van de
verhouding professional-
patiënt m.b.t.
patiëntenparticipatie binnen
RC ggz Weert

Elke Peeters, Ellen Vugts & Petra Verstegen;
Groep 25

De cliënt staat centraal.

Schriftelijke verantwoording van bewustwording van de verhouding professional- patiënt met betrekking tot patiëntenparticipatie binnen RC ggz Weert.

Instelling: RC ggz Weert.
Afdeling: kliniek één en twee
Opdrachtgever: Monique Mooren

Projectbegeleider: Anneloes Welling.
Examinator: Fieke Tychon.

Studenten groep 25:
Ellen Vugts
Elke Peeters
Petra Verstegen

Afstudeerproject opleiding Verpleegkunde, Fontys Hogeschool Eindhoven.
Eindhoven, 18 januari 2013

Voorwoord.

Dit document is de schriftelijke verantwoording van projectgroep 25 van Fontys Hogeschool te Eindhoven. In dit document staan het onderzoek, de resultaten en de aanbevelingen van de projectgroep beschreven.

In opdracht van het RC ggz te Weert heeft de projectgroep een kritische blik geworpen op patiëntenparticipatie en hoe deze in de open en gesloten afdeling van de instelling toegepast kan worden. De resultaten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen geven weer dat er bewuster gewerkt kan worden aan de gelijke verhouding tussen verpleegkundige en patiënt. In overleg met de opdrachtgeefster heeft de projectgroep een product ontwikkeld waarmee de bewustwording wordt gestimuleerd.

De projectgroep heeft een workshop gegeven over de gelijkwaardige verhouding tussen professional en patiënt en heeft daarmee de professionals van RC ggz Weert bewust willen maken. Daarnaast heeft de projectgroep een klok ontwikkeld, waar spreuken opstaan die te maken hebben met patiëntenparticipatie. Deze klok zorgt ervoor dat de verpleegkundigen herinnerd blijven aan het feit dat patiëntenparticipatie belangrijk is en de spreuken zorgen ervoor dat ze weten welke punten hierin belangrijk zijn.

Ons dankwoord gaat uit naar Anneloes Welling, Fieke Tychon en Monique Mooren die ons van feedback hebben voorzien en ons tijdens het proces ondersteuning hebben geboden. Onze dank gaat ook uit naar alle personen die mee hebben gewerkt aan het onderzoek.

Eindhoven, 18-01-2013

Petra Verstegen

Ellen Vugts

Elke Peeters

Samenvatting.

Binnen het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Weert is een verpleegkundige werkgroep werkzaam, die als doel heeft de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Deze werkgroep heeft een nieuwe visie voor de instelling ontwikkeld, welke is gebaseerd op het Neuman System Model.

Patiëntenparticipatie is een essentieel onderdeel van die nieuwe visie. De verpleegkundige werkgroep heeft informeel navraag gedaan onder de collega's, of de patiënten optimaal worden betrokken bij de behandeling. Uit die navraag is geconcludeerd dat de patiënten nog niet optimaal centraal staan binnen de behandeling.

De projectgroep heeft in opdracht van RC ggz Weert onderzoek gedaan naar patiëntenparticipatie, met als doel dat de instelling inzicht kreeg in wat de behoeften van de patiënten zijn ten aanzien van participatie binnen hun behandeling en hoe patiëntenparticipatie geoptimaliseerd kon worden. Het onderzoek van de projectgroep, wat in dit document staat beschreven, ondersteunt de ontwikkeling van de nieuwe visie.

Aan de hand van deze informatie heeft de projectgroep een probleemstelling opgesteld, en de probleemstelling luidt als volgt:

“Welke bijdrage kan de projectgroep leveren om patiëntenparticipatie te optimaliseren in RC ggz Weert, waarbij rekening wordt gehouden met behoeften en de wensen van de patiënten en de visie van de afdeling.”

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden heeft de projectgroep een onderzoek uitgevoerd, waarbij de projectgroep gebruik heeft gemaakt van interviews en/of focusgroepen met de patiënten, psychiater, manager, afdelingsarts, zorg coördinator, verpleegkundigen en externe experts.

Daarnaast heeft de projectgroep literatuuronderzoek gedaan naar patiëntenparticipatie.

Patiënten hebben tijdens het onderzoek aangegeven dat de patiënten zich niet echt betrokken voelen bij de behandeling en dat er het gevoel is dat de verpleegkundigen beslissingen voor de patiënten nemen.

Hieruit kan de projectgroep concluderen dat de professionals van RC ggz Weert bewuster kunnen zijn van het belang van de gelijkwaardige verhouding tussen professional en de patiënten.

Om die bewustwording te stimuleren, heeft de projectgroep een workshop gegeven over het belang van een gelijkwaardige verhouding bij patiëntenparticipatie. Daarnaast heeft de projectgroep een klok als reminder gemaakt met uitspraken die de professionals stimuleren om bewust te blijven van een gelijkwaardige verhouding.

Dit onderzoek is een begin en aanvulling op de stappen die de verpleegkundige werkgroep nog verder gaat ondernemen. De werkgroep gaat dit onderzoek gebruiken om patiëntenparticipatie verder te ontwikkelen en te borgen binnen het RC ggz Weert.

Inhoud

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1: Oriëntatie op de context en het onderwerp.....	6
1.1 Oriëntatie op de context.....	6
1.2 Oriëntatie op het onderwerp.....	6
1.3 Probleemstelling en deelvragen.....	7
1.4 Doelstellingen.....	7
Hoofdstuk 2: Literatuurstudie patiëntenparticipatie.....	8
2.1 Onderzoeksmethode literatuurstudie.....	8
2.2 Resultaat literatuurstudie.....	9
Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethode.....	13
3.1 Soort onderzoek.....	13
3.2 Data verzameling.....	13
3.3 Data analyse.....	16
3.4 Kwaliteit waarborgen.....	16
Hoofdstuk 4: Resultaten van het onderzoek.....	17
4.1 Deelvraag: Patiënten.....	17
4.2 Deelvraag: Hulpverleners.....	18
4.3 Deelvraag: Stakeholders.....	19
4.4 Deelvraag: Externe Expert.....	21
Hoofdstuk 5: Conclusie & Aanbevelingen.....	23
5.1 Conclusie.....	23
5.2 Aanbevelingen.....	25
Hoofdstuk 6: Het product.....	26
Hoofdstuk 7: Discussie.....	27
Nawoord.....	28
Literatuurlijst.....	29
Bijlage 1: Topiclist.....	32
Bijlage 2: Uitwerking ESH Model.....	36
Bijlage 3: Uitwerking van de CAI.....	45
Bijlage 4: Wetenschappelijke artikelen.....	81

Inleiding.

Hoe kan er binnen het Regionaal Centrum ggz Weert (RC ggz Weert) meer met patiëntenparticipatie gewerkt worden? Dat is de vraag waar de projectgroep tijdens het afstuderen aan heeft gewerkt. De projectgroep heeft tijdens het afstudeerproject nauw samengewerkt met een verpleegkundige werkgroep van het RC ggz Weert. Deze werkgroep heeft een nieuwe visie ontwikkeld heeft voor de instelling. Die visie is gebaseerd op het Neuman System Model, in dat model wordt de patiënt centraal gezet. (Verberk & de Kuiper, 2006) Om de patiënt centraal te zetten wil de werkgroep patiëntenparticipatie gaan gebruiken.

Patiëntenparticipatie is:

“Het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten, met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen.” (CBO,2005)

Als zorg patiëntgericht is, zodat er de mogelijkheid is om aan te sluiten bij de wensen van het individu, kan er gesproken worden van goede zorg. Iedere patiënt heeft zijn of haar eigen specifieke wensen, behoeften en problemen. Patiëntenparticipatie is een middel om gebruik te maken van die wensen, behoeften en problemen om patiëntgericht te werken. Dit houdt ook in dat patiënten hun kennis en ervaringen kunnen in brengen, hetgeen kan bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. (CBO,2009)

In deze schriftelijke verantwoording wordt door de projectgroep antwoord gegeven op de probleemstelling: *“Welke bijdrage kan de projectgroep leveren om patiëntenparticipatie te optimaliseren in RC ggz Weert, waarbij rekening wordt gehouden met behoeften en de wensen van de patiënten en de visie van de afdeling.”*

De projectgroep heeft deze probleemstelling onderzocht door middel van interviews, focusgroepen en literatuuronderzoek. Het doel van deze schriftelijke verantwoording is het presenteren van de onderzoeksresultaten van het onderzoek. Deze resultaten zullen ook gebruikt worden door de verpleegkundige werkgroep bij het implementeren van de nieuwe visie.

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat er bewustwording van een gelijkwaardige verhouding tussen professional en patiënt nodig is. De projectgroep heeft twee producten ontwikkeld met als doel de bewustwording van de professionals m.b.t. een gelijkwaardige verhouding te vergroten. Deze bewustwording is de eerste stap die van belang is bij het uitvoeren van patiëntenparticipatie in de praktijk. De projectgroep bereidt de professionals voor op de stappen die nog door de verpleegkundige werkgroep worden ondernomen.

In hoofdstuk 1 wordt een oriëntatie op het probleem beschreven. In hoofdstuk 2 staat het resultaat van de literatuurstudie beschreven. De onderzoeksopzetten van de deelonderzoeken zijn te lezen in hoofdstuk 3. De resultaten en conclusies van het praktijkonderzoek worden in hoofdstuk 4 per deelvraag beschreven. In hoofdstuk 5 staat de conclusie van de blending van alle praktijkonderzoeken. In hoofdstuk 5 worden ook de aanbevelingen weergegeven en criteria voor de producten. In hoofdstuk 6 staat kort beschreven wat de producten van de projectgroep zijn en hoe de projectgroep hiertoe is gekomen. In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 7, wordt er een kritische beschouwing gegeven over het gehele project.

Als apart document worden de producten toegevoegd. Daarin wordt ook aan de hand van een implementatiemodel beschreven welke stappen de projectgroep heeft ondernomen, om bewustwording onder de professionals van RC ggz Weert te stimuleren. De projectgroep heeft ook aanbevelingen beschreven voor de verdere implementatie van de producten.

Hoofdstuk 1: Oriëntatie op de context en het onderwerp.

In dit hoofdstuk wordt de instelling waar het project is uitgevoerd geïntroduceerd en wordt een beschrijving van het probleem, probleemstelling, deelvragen en doelstellingen beschreven.

1.1 Oriëntatie op de context.

Dit project speelt zich af in de instelling Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg te Weert (RC ggz Weert). Deze instelling is in 2001 ontstaan, uit samenwerking van het St. Jans Gasthuis (PAAZ), met het RIAGG Weert en het Vincent van Gogh uit Venray. Binnen de instelling zijn twee afdelingen, namelijk een open en een gesloten afdeling. Binnen de gesloten afdeling (kliniek één), is een aselectief opnamebeleid, wat betekent dat voor iedereen vanaf de leeftijd van 18 jaar, een opname aangeboden wordt die een gesloten deur nodig heeft. Er worden mensen opgenomen op vrijwillige basis of met een In Bewaring Stelling (IBS) of een Rechterlijke Machtiging (RM). Er is binnen kliniek één plaats voor maximaal twaalf patiënten. De open afdeling (kliniek twee) hanteert ook een aselectief opnamebeleid. De patiënten die binnen kliniek twee worden opgenomen moeten verantwoordelijkheden kunnen dragen en in staat zijn om afspraken te maken. In kliniek twee worden patiënten opgenomen vanaf achttien jaar. Er is plek voor zestien patiënten binnen kliniek twee. Er komen binnen beide afdelingen verschillende ziektebeelden voor, van depressie tot verslavingsproblematiek. Daarnaast is er ook nog een ambulant traject wat hoort bij het RC ggz Weert. Hierbij worden mensen met psychiatrische problemen die thuis wonen ondersteund. Zowel de open als de gesloten afdeling zijn betrokken bij het afstudeerproject van de projectgroep. Binnen de instelling is er een verpleegkundige werkgroep samengesteld die bestaat uit verpleegkundigen van beide afdelingen. De werkgroep heeft als taak de kwaliteit van zorg te verbeteren en heeft in 2012 de visie herschreven, die in 2013 geïmplementeerd gaat worden. Voorheen hanteerde de afdelingen een visie waarin opgenomen was dat er patiëntgerichte behandelingen en begeleiding was. (RC ggz Weert, 2011) Deze visie kwam niet duidelijk tot uiting in het werk op de afdelingen. De nieuwe visie is gebaseerd op het Neuman system model, waarin de patiënt centraal staat. (Verberk & de Kuiper, 2006).

1.2 Oriëntatie op het onderwerp.

Om de patiënt centraal te stellen en meer te betrekken bij hun behandeling, wil de instelling gebruik maken van patiëntenparticipatie. Patiëntenparticipatie is een essentieel onderdeel van de nieuwe visie die de verpleegkundige werkgroep gaat introduceren. Om deze reden vindt de werkgroep het belangrijk dat hulpverleners van het RC ggz Weert bewust worden van patiëntenparticipatie. Patiëntenparticipatie is een middel om gebruik te maken van het perspectief van de patiënt en zo te komen tot patiëntgerichte zorg. Iedere patiënt heeft zijn of haar eigen specifieke wensen, behoeften en problemen. Door aan te sluiten bij de wensen van het individu, wordt de zorg patiëntgericht. Dit houdt ook in dat patiënten de mogelijkheid krijgen om hun kennis en ervaringen in te brengen, wat dan weer kan bijdragen aan de verbetering van de zorg. (CBO, 2009)

De verpleegkundige werkgroep heeft bij werknemers, informeel navraag gedaan naar de mening over patiëntenparticipatie, dit is echter niet schriftelijk vastgelegd. Bij de patiënten van RC ggz Weert is door de werkgroep geen navraag gedaan.

De werkgroep wilde graag zien dat de projectgroep onderzocht hoe patiëntenparticipatie geoptimaliseerd kon worden en wat de mening van de patiënten is met betrekking tot patiëntenparticipatie.

De projectgroep heeft tijdens het afstudeerproject onderzoek gedaan naar patiëntenparticipatie binnen de open en gesloten afdeling. Daarbij heeft de projectgroep nauw contact gehad met de verpleegkundige werkgroep, opdat het product wat de projectgroep maakt aansluit bij de visie die de werkgroep gaat implementeren.

1.3 Probleemstelling en deelvragen.

De **probleemstelling** van dit afstudeerproject luidt:

“Welke bijdrage kan de projectgroep leveren om patiëntenparticipatie te optimaliseren in RC ggz Weert, waarbij rekening wordt gehouden met behoeften en de wensen van de patiënten en de visie van de afdeling.”

De **deelvragen** die van de probleemstelling afgeleid zijn:

1. Hoe wordt volgens de literatuur patiëntenparticipatie binnen de GGZ setting gehanteerd?
2. Wat ervaren de patiënten als goed aan de wijze waarop patiëntenparticipatie wordt gehanteerd binnen het RC ggz Weert en wat zouden de patiënten verbeterd willen zien t.a.v. de patiëntenparticipatie?
3. Wat ervaren de hulpverleners als goed aan de wijze waarop patiëntenparticipatie wordt gehanteerd binnen het RC ggz Weert en wat zouden de hulpverleners verbeterd willen zien t.a.v. de patiëntenparticipatie?
4. Hoe ervaren andere stakeholders van het RC ggz Weert de huidige patiëntenparticipatie binnen RC ggz Weert en wat willen de stakeholders anders zien t.a.v. patiëntenparticipatie? Onder de stakeholders verstaat de projectgroep: de arts, de psychiaters, de zorg coördinator, de cliëntenraad en het management.
5. Welke aanbevelingen hebben externe experts om patiëntenparticipatie te gebruiken in de praktijk? Onder de externe expert wordt de casemanager van de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB) verstaan.

1.4 Doelstellingen.

De projectgroep heeft een aantal doelstellingen geformuleerd voor het afstudeerproject:

- Na 18 weken afstuderen, heeft RC ggz Weert inzicht wat de wensen en behoeften zijn van patiënten met betrekking tot patiëntenparticipatie tijdens hun behandeling.
- Na 18 weken afstuderen, heeft de projectgroep de hulpverleners van RC ggz Weert bewust gemaakt van patiëntenparticipatie.
- Na 18 weken afstuderen, heeft de projectgroep een start gemaakt met de implementatie van een product om patiëntenparticipatie te optimaliseren.

Om de doelstellingen te bereiken, heeft de projectgroep onderzocht hoe patiëntenparticipatie binnen het RC ggz Weert geoptimaliseerd kan worden; dit staat in de volgende hoofdstukken beschreven. In het volgende hoofdstuk staat wat patiëntenparticipatie inhoudt.

Hoofdstuk 2: Literatuurstudie patiëntenparticipatie.

De projectgroep heeft een literatuurstudie gedaan om informatie te vergaren over patiëntenparticipatie. De deelvraag die de projectgroep daarbij gehanteerd heeft is: “Hoe wordt volgens de literatuur patiëntenparticipatie binnen de GGZ setting gehanteerd?” In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methode is toegepast bij de literatuurstudie en vervolgens worden de resultaten ervan beschreven.

2.1 Onderzoeksmethode literatuurstudie.

Zoekvragen.

Vanuit de deelvraag: “Hoe wordt volgens de literatuur patiëntenparticipatie binnen de GGZ setting gehanteerd?”, heeft de projectgroep zoekvragen geformuleerd, die hieronder staan vermeld. Achter elke zoekvraag wordt aangegeven welke student de betreffende vraag, individueel, heeft uitgewerkt.

- Welke ervaringen geven patiënten weer over patiëntenparticipatie binnen de ggz setting en welke wensen hebben ze? Uitgevoerd door: Elke Peeters.
- Wat zijn de ervaringen van verpleegkundigen binnen de ggz setting m.b.t. patiëntenparticipatie? Uitgevoerd door: Ellen Vugts.
- Welke richtlijnen zijn er voor het management met betrekking tot patiëntenparticipatie binnen de ggz setting? Uitgevoerd: Petra Verstegen
- Welke interventies worden er gebruikt voor patiëntenparticipatie binnen de geestelijke gezondheidszorg? Uitgevoerd door: Petra Verstegen en Ellen Vugts

Trefwoorden:

Om deze zoekvragen te kunnen beantwoorden, heeft de projectgroep de volgende trefwoorden gebruikt:

verpleegkundigen, nurse, behandeling, treatment, patiëntenparticipatie, patient participation, huidige/ tegenwoordig, resent/ current, verbeteren, Improve / to adjust/ to better, GGZ en kwaliteitswetten binnen de GGZ.

Overall waar patiënt staat wordt ook cliënt ingevuld om de kans resultaat te vergroten.

Beperkingen:

De projectgroep heeft ook beperkingen gebruikt, om zo het aantal zoekresultaten te beperken en resultaten te vinden die aansluiten bij de deelvraag.

Beperkingen die de projectgroep heeft gebruikt tijdens het zoeken naar geschikte bronnen zijn:

- o Bronnen mogen niet ouder zijn dan 2007. Dit wil de projectgroep omdat bronnen die ouder zijn dan vijf jaar minder betrouwbaar zijn dan die minder dan vijf jaar oud zijn, volgens de Evidence Based Practise bronnen.
- o Bronnen moeten in het Nederlands of Engels geschreven zijn. De bronnen moeten in het Nederlands of Engels geschreven zijn omdat de projectgroep het anders niet kan vertalen, waardoor het document voor de projectgroep onbruikbaar is.

Databanken & registratiesystemen:

De projectgroep heeft tijdens de literatuurstudie gebruik gemaakt van de volgende databanken: *Cinahl, Medline, Pubmed, Cohcrane, CBO, Invert, Springerlink, Google scholar, Google, Pinakes, NPCF, Trimbosinstituut, Nivel, rijksoverheid en V&VN.*

Inhoudsanalyse

De projectgroep heeft via databases informatie ingewonnen voor de literatuurstudie. De projectgroep heeft dit gedaan aan de hand van de zoekvragen en zoektermen. Het materiaal wat verzameld was, werd door de projectgroep eerst globaal bekeken, door de eerste en laatste alinea's te lezen. Hieruit kon de projectgroep concluderen of de informatie geschikt was om te gebruiken voor de literatuurstudie en het onderzoek. Als het materiaal geschikt was dan werd de gehele tekst gelezen en geordend op thema's. Daarna heeft de projectgroep per zoekvraag de resultaten beschreven. Deze resultaten zijn op te vragen bij de leden van de projectgroep. Nadat de resultaten per zoekvraag waren beschreven heeft de projectgroep een gezamenlijke samenvatting geschreven.

2.2 Resultaat literatuurstudie.

Hieronder staat de gezamenlijke samenvatting van de literatuurstudie.

Wat is patiëntenparticipatie?

Er bestaan verschillende definities over patiëntenparticipatie. De projectgroep heeft de volgende definitie van patiëntenparticipatie gevonden:

“Het benutten van de unieke ervaringsdeskundigheid van patiënten, met als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen.” (CBO, 2005) In samenspraak met de verpleegkundige werkgroep wordt bovenstaande definitie voor patiëntenparticipatie gehanteerd.

“Patiënten kijken vanuit een ander perspectief, dan de hulpverleners, tegen de zorgverlening aan.” (CBO, 2005 blz. 9) Patiënten bezitten ervaringsdeskundigheid die betrekking heeft op de persoonlijke situatie, de behandeling, de ziekte en het herstel. Door het perspectief van de patiënt en het perspectief van de hulpverlener op elkaar af te stemmen, kunnen de instellingen en de hulpverleners komen tot patiëntgerichte zorg. Patiënten krijgen hierbij ook de mogelijkheid om hun kennis en ervaringen in te brengen, dat kan dan weer kan bijdragen aan de verbetering van de zorg. (CBO, 2009) Iedere patiënt heeft zijn of haar eigen specifieke wensen, behoeften en problemen. Dit verklaart waarom patiëntenparticipatie een continu proces is. Het is daarom belangrijk dat patiënten regelmatig worden betrokken bij de behandeling. De uitdaging is om de zorg zo te optimaliseren, zodat er een balans komt tussen standaarden en flexibiliteit, zodat de wensen en behoeften van de patiënt mee worden genomen. (CBO, 2005)

Belang van patiëntenparticipatie.

Patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn, ervaren zelf hoe de zorg verloopt en kunnen aangeven waaraan behoefte is, waar hiaten zitten, wat goed loopt en wat minder goed gaat. Om goede en specifieke zorg te kunnen verlenen aan patiënten, kan een instelling gebruik maken van het betrekken van patiënten om inzicht te krijgen in de problemen, wensen en behoeften die een patiënt ervaart. Om tot een goede behandeling te komen, is het belangrijk dat de patiënt en een arts met elkaar informatie uitwisselen. De arts heeft namelijk inzicht in diagnostiek, oorzaken, prognoses en behandelingsmogelijkheden. Terwijl een patiënt inzicht heeft in hoe hij zijn ziekte ervaart, hoe zijn sociale omstandigheden zijn, wat zijn gewoonten en gedrag zijn en wat zijn wensen en verwachtingen voor de toekomst zijn. Om tot een goede behandeling te komen is het belangrijk dat er beschikking is over informatie van beide partijen. Als een verpleegkundige beschikt over wat de verwachtingen, wensen en behoeften van de patiënt zijn, kan de verpleegkundige vertellen of deze wensen, behoeften en verwachtingen reëel zijn en of de verpleegkundige hier aan kan voldoen of niet. Zo komt de patiënt minder snel voor teleurstelling te staan en is de kans dat de behandeling slaagt groter. (Hafkenscheid & Veeniga, 2011; Kroon, 2003)

Het gebruik van patiëntenparticipatie geeft daardoor voordelen aan de patiënt zelf, maar ook aan de instelling en aan de zorgverleners. Doordat elkaars wensen en verwachtingen duidelijk zijn en er daardoor een concreet behandelplan kan ontstaan, kan daar naar worden gewerkt. Daarnaast heeft patiëntenparticipatie invloed op de financiële consequenties. Omdat de arts en de patiënt één doel hebben waar naar gewerkt wordt, duurt een behandeling vaak korter, waardoor de kosten minder hoog oplopen. (CBO, 2009)

Hoe kan vormgegeven worden aan patiëntenparticipatie binnen een instelling?

Er zijn verschillende vormen van patiëntenparticipatie waarbij er rekening gehouden moet worden met het niveau binnen de organisatie waar patiëntenparticipatie plaatsvindt. (Veenendaal,2003)

Hieronder worden de verschillende vormen en niveaus beschreven. De vorm van patiëntenparticipatie is afhankelijk van de wijze waarop de patiënten worden betrokken. Het is mogelijk om de patiënten mee te laten beslissen of alleen te informeren. Het soort activiteit waarin patiënten participeren, en het doel dat daarmee behaald kan worden, bepalen welke vorm van participatie het meest geschikt is.

De participatieladder is een hulpmiddel om te kijken welke vorm het meest geschikt is. Hoe hoger cijfer op de ladder, hoe meer invloed de patiënt heeft. De vijf treden zijn:

1. Informatie: de patiënt weet meer.

De patiënt wordt continu op de hoogte gehouden en goed geïnformeerd. De professionals hebben een positieve houding tegenover patiëntenparticipatie, maar van betrokkenheid van de patiënt is geen sprake.

2. Consultatie: de patiënt denkt en praat mee.

De professional bepaalt wat er gebeurt, maar gaat wel actief op zoek naar de mening van de patiënt. De algemene mening van de patiënt is hierbij voldoende. Patiënten zijn een serieuze gesprekspartner, maar de professional verbindt zich niet direct aan de resultaten uit de gesprekken.

3. Advies: de patiënt adviseert en de hulpverlener beslist.

De professional gaat actief op zoek naar de mening van de patiënt. De mening en het oordeel van de patiënt telt. De professional houdt hier rekening mee, maar kan hier uiteindelijk van afwijken.

4. Partnership: de patiënt beslist mee.

Er is een gelijkwaardige samenwerking, waarbij de patiënt een eigen rol heeft en er sprake is van gezamenlijke besluitvorming. De professional houdt zich in principe aan de uitkomsten van deze gesprekken.

5. Regie bij patiënt. De patiënt bepaalt en de hulpverlener ondersteunt.

De patiënt bepaalt de doelen en prioriteiten van een activiteit of behandeling. De regie van de zorg komt te liggen bij de patiënten. De professional krijgt een adviserende rol en toetst de gestelde randvoorwaarden.

(CBO,2009)

De keuze voor een vorm van participatie hangt onder meer af van het niveau in de organisatie waarover gesproken wordt. Zo zijn er verschillende niveaus te onderscheiden.

- Individueel contact tussen hulpverlener en patiënt.
- Proces: dit kan gaan om een zorgproces, een organisatieonderdeel zoals een afdeling of een bepaald project. Er staat een proces centraal op dit niveau in de organisatie.
- Organisatie: hierbij gaat het om de organisatie als geheel, waar sprake is van samenhang tussen niveaus en processen in de organisatie.
- Systeem: de kaders waarbinnen een organisatie werkt, worden bepaald door de landelijke en Europese wet- en regelgeving. Het systeemniveau bepaald de randvoorwaarden.

(CBO,2009)

Ethische aspecten van participatie

Om voor participatie de kans van slagen te verhogen is het belangrijk dat er een bepaalde machtsbalans plaatsvindt. Daarnaast is het ook belangrijk dat er open en gelijke verhoudingen zijn tussen verpleging en patiënt. Als er een storing plaatsvindt in die machtsbalans is het mogelijk dat bepaalde patiënten niet willen deelnemen aan participatie.

Dit heeft te maken met verschillende aspecten.

Het kan zijn dat de patiënt zich superieur voelt ten opzichte van de verpleging en zijn deelname weigert omdat hij ervan overtuigd is dat er geen nieuwe leersituatie kan ontstaan. Aan de andere kant kan het voorkomen dat de patiënt zich juist inferieur voelt, dit houdt in dat de patiënt deelname kan weigeren omdat hij zich bijvoorbeeld onveilig voelt.

Het is tevens belangrijk dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen de patiënten. Daarmee wordt bedoeld dat er niet gekozen moet worden om bepaalde patiënten iets wel te vertellen en anderen niet. Ongeacht de problematiek van de patiënt is het van belang dat iedereen betrokken wordt en een inbreng kan hebben met betrekking tot participatie.

Sommige cliënten vinden het moeilijk om over dwangervaringen te praten want zo kwamen emoties weer naar boven. Naast de bovengenoemde aspecten is het ook van belang dat er rekening wordt gehouden met de kwetsbaarheid van de patiënt. Er bestaat namelijk een risico dat participatie bepaalde lasten met zich mee brengt en dat dit veel druk geeft voor de patiënt waardoor hij zich gedwongen voelt. De mogelijkheid voor de patiënt om nee te zeggen moet altijd bestaan.

(Abma, 2007)

Goede sociale condities

Bij goede sociale condities horen vier aspecten die nauw met elkaar betrokken zijn. Dit zijn openheid, vertrouwen, respect en betrokkenheid. Vertrouwen is belangrijk voor betrokkenheid en om een open gesprek te kunnen voeren. Als je respect toont wekt dat dit vertrouwen.

Als personen ervaren dat ze met respect behandeld en benaderd worden groeit het vertrouwen.

Daarnaast is het bij respect belangrijk als je personen serieus neemt, meent wat je zegt en consistent handelt.

Vertrouwen opbouwen en winnen is moeilijk en kost veel tijd. Daarnaast is vertrouwen altijd kwetsbaar, dat wil zeggen dat door ieder klein incident dit vertrouwen gebroken kan worden. Naast al deze punten is betrokkenheid heel belangrijk. Betrokkenheid creëer je door je in de ander in te leven, empathie te tonen, te luisteren, aandacht te geven en juist dat vertrouwen te schenken.

(Abma, 2007)

Patiënt als partner

Samenwerking met patiënten is van belang, hieronder staan een aantal punten die een meerwaarde kunnen zijn in die samenwerking.

- Ervaringskennis inbrengen → patiënten beschikken over informatie en ervaringskennis die zij tijdens hun ziekte hebben verkregen. Deze kunnen zij delen met de verpleegkundigen.
- Spiegel voorhouden aan de verpleegkundigen → patiënten kunnen de verpleegkundigen confronteren met hun eigen gedrag en opvattingen ten aanzien van de patiënt.
- Vertalen → Verpleegkundigen en andere disciplines gebruiken ingewikkelde begrippen om bepaalde dingen aan te duiden. De patiënt duidt dit aan door zijn eigen woorden te gebruiken om dit te omschrijven. Op deze manier leert de patiënt de verpleegkundige hoe de patiënt ergens over denkt waardoor er beter contact kan ontstaan tussen patiënt en verpleegkundige.
- Vertrouwen en contact leggen → Het is bewezen dat bij gesprekken met andere patiënten het contact beter verloopt als er een ervaringsdeskundige bij aanwezig is. Op deze manier wordt er vertrouwen gecreëerd en is het makkelijker voor de verpleegkundige het contact te leggen.

(Abma, 2007; Sahlsten, 2009)

Wat wordt er tot nu toe gedaan om patiëntenparticipatie toe te passen in de praktijk.

Vastgelegd in de wet.

In 1996 is de kwaliteitswet zorginstellingen vastgesteld, waarin staat dat de zorg patiëntgericht moet worden verleend en moet worden afgestemd op reële behoeften van de patiënt. De wet benadrukt dat het op de eerste plaats de patiënten (gebruikers) moeten zijn die de kwaliteit evalueren. De patiënt staat centraal, zoals bedoeld in de kwaliteitswet, kan alleen vorm krijgen als behoeften en wensen van patiënten systematisch worden gepeild. Pas dan kan behandeling zoveel mogelijk op die behoeften en wensen worden afgestemd. Door onrealistische verwachtingen van patiënten zo vroeg mogelijk boven water te krijgen kunnen teleurstelling en onvrede in de loop van de behandeling worden voorkomen.

Naast de kwaliteitswet zorginstellingen is er ook de wet BOPZ. Deze wet beschermt de rechten van de cliënten, die te maken krijgen met dwang in de zorg. In de Wet BOPZ staan de rechten beschreven van patiënten die onder dwang zijn opgenomen in een psychiatrische instelling. (dwang in de zorg, 2012). Iedereen die te maken heeft met medische zorg heeft te maken met de WGBO. De wet WGBO beschrijft de rechten en plichten van cliënten in de zorg. Een belangrijk punt dat in de WGBO naar voren komt is dat er altijd toestemming nodig is van de patiënt voor een behandeling. (dwang in de zorg, 2012)

Naast de wetten die nu, anno 2012, gehanteerd worden, liggen er ook twee wetsvoorstellen die te maken hebben met de Geestelijke Gezondheidszorg. Deze wetsvoorstellen zijn: wetsvoorstel cliëntenrechten zorg, hierin worden de wetten WGBO en kwaliteitswet zorginstellingen samengevoegd. En het wetsvoorstel: verplichte GGZ: voor psychiatrische patiënten, in dit wetsvoorstel wordt er gepleit voor een minder ingrijpende opname, waarbij er zo minimaal dwang en drang toegepast wordt bij de cliënt met psychiatrische problemen. (Rijksoverheid, 2012)

In de praktijk.

Met systematische tussentijdse peilingen gedurende de behandeling, kan worden vastgesteld in hoeverre er voldaan is aan behoeften en wensen, die bij aanvang van de behandeling werden aangegeven. Met die tussentijdse peilingen, kan ook worden vastgesteld of behoeften en wensen in de loop van de behandeling veranderd zijn. In de praktijk wordt veel aandacht geschonken aan het systematisch meten van uitkomstaspecten, routine outcome monitoring (ROM). Sinds 2007 is er in Nederland de Routine Outcome Monitoring (ROM) verschenen. De grote belangstelling voor ROM wordt gemotiveerd door de introductie van marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg. ROM zou de geestelijke gezondheidszorg effectiever, doelmatiger en goedkoper maken. ROM is een manier om het verloop van de behandeling, op het niveau van de individuele patiënt te volgen met behulp van een gestandaardiseerde meetinstrument. ROM is bedoeld om de behandelaar en de patiënt te ondersteunen in het tijdig opsporen van knelpunten of achteruitgang. (Hafkensheid, 2010). ROM gaat er vanuit dat de uitkomstcriteria voor elke patiënt in dezelfde mate van toepassing zijn: klachtenvermindering, meer kwaliteit van leven en een beter sociaal functioneren.

GGZ Nederland heeft afgesproken dat 90 GGZ instellingen voortaan gebruik moeten maken van de ROM, dit hebben de zorgaanbieders verplicht. Zorgaanbieders willen inzicht geven in de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de patiëntenervaringen van de geleverde zorg. Bij iedere patiënt, waar dat zinvol is en waar instrumenten voor zijn vastgesteld, moet voortaan gedurende de behandeling ROM-vragenlijsten worden afgenomen. (Landelijk platform GGZ, 2012)

Na deze samenvatting van de resultaten uit de literatuurstudie, wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan om de wijze waarop het praktijkonderzoek heeft plaats gevonden.

Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethode.

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden de projectgroep heeft gehanteerd tijdens de praktijkonderzoeken. Tevens wordt duidelijk gemaakt welke student verantwoordelijk is voor welk deelonderzoek, zowel voor de voorbereiding, uitvoering, data-analyse als de beschrijving van de resultaten en deelconclusies.

3.1 Soort onderzoek.

De projectgroep heeft een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling: *“Welke bijdrage kan de projectgroep leveren om patiëntenparticipatie te optimaliseren in RC ggz Weert, waarbij rekening wordt gehouden met behoeften en de wensen van de patiënten en de visie van de afdeling”*. De deelvragen die de projectgroep heeft geformuleerd, voortvloeiend uit de probleemstelling, vragen naar de gedachten en ideeën van de verpleegkundigen, patiënten, stakeholders en externe experts m.b.t. patiëntenparticipatie. Het doel van een kwalitatief onderzoek is inzicht krijgen in de denkprocessen van de geïnterviewde. (Baarda, 2005)

3.2 Data verzameling.

Voor het uitvoeren van dit kwalitatief onderzoek heeft de projectgroep gekozen voor twee manieren van data verzameling, namelijk semigestructureerde interviews en focusgroepen. De verdeling van de wijzen van de dataverzameling is als volgt:

Deelvragen	Semi gestructureerd interview	focusgroep
<i>“Wat ervaren de patiënten als goed aan de wijze waarop patiëntenparticipatie wordt gehanteerd binnen het RC ggz Weert en wat zouden de patiënten verbeterd willen zien t.a.v. de patiëntenparticipatie?”</i> Elke Peeters is verantwoordelijk voor het beantwoorden van deze deelvraag.	x	
<i>“Hoe wordt vanuit het perspectief van de verpleegkundigen op dit moment de patiëntenparticipatie vormgegeven en wat zouden de verpleegkundigen hierin verbeterd willen zien?”</i> Ellen Vugts is verantwoordelijk voor het beantwoorden van deze deelvraag.	x	x
<i>“Hoe ervaren andere stakeholders van het RC ggz Weert de huidige patiëntenparticipatie binnen RC ggz Weert en wat willen de stakeholders anders zien t.a.v. patiëntenparticipatie? Onder de stakeholders verstaat de projectgroep: de arts, de psychiaters, de zorg coördinator, de cliëntenraad en het management.”</i> Petra Verstegen is verantwoordelijk voor het beantwoorden van deze deelvraag.	x	
<i>“Welke aanbevelingen hebben externe experts om patiëntenparticipatie te gebruiken in de praktijk?”</i> Petra Verstegen is verantwoordelijk voor het beantwoorden van deze deelvraag.	x	

Semigestructureerd interview.

De projectgroep heeft door middel van semigestructureerde interviews data verzameld bij patiënten, de verpleegkundige werkgroep, de stakeholders en de externe expert. Tijdens de interviews heeft de projectgroep gevraagd naar ervaringen en ideeën over verbeterpunten rondom patiëntenparticipatie. Bij een semigestructureerd interview liggen de topics van de topiclijst al vast voor het interview. Een semigestructureerd interview zorgt ervoor dat de projectgroep gelijke of identieke informatie krijgt van alle ondervraagden. (Migchelbrink, 2009) De projectgroep wilde van alle respondenten de ideeën en gedachten weten over dezelfde onderwerpen (topics), zodat de projectgroep vergelijkingsmateriaal had en daaruit een conclusie kon trekken.

De grootte van de steekproef onder de patiënten hing af van het toestandsbeeld van de patiënt. Omdat de projectgroep heeft gewerkt met psychiatrische patiënten was er een mogelijkheid dat de patiënt in een psychotische fase zat, waardoor deze niet geïnterviewd kon worden. De projectgroep kon van te voren niet bepalen hoeveel patiënten zij wilde interviewen omdat niet bekend was of de patiënt in staat was om een interview te voeren. Er is in overleg met de verpleegkundigen van de open en gesloten afdeling besloten welke patiënten bekwaam waren voor een interview.

De stakeholders die hierboven staan beschreven zijn allemaal, via de opdrachtgeefster door middel van de mail benaderd voor een interview. De externe expert is ook via de mail benaderd door de projectgroep.

Focusgroep.

Tijdens het onderzoek onder de verpleegkundigen is er gebruik gemaakt van focusgroepen. Eén student heeft een focusgroep gehouden op de gesloten afdeling en op de open afdeling.

Het doel van de focusgroep is dat de hulpverleners gaan discussiëren en zich bewust worden van patiëntenparticipatie. Tijdens de focusgroepen is er op zoek gegaan naar de meningen, ideeën, motieven, belangen en denkwijzen van de hulpverleners rondom patiëntenparticipatie. Bij deze vorm van onderzoek is het niet alleen de bedoeling dat de hulpverleners zeggen of ze al dan niet tevreden zijn over de kwaliteit van de zorg, het stimuleert ook om mee te denken om met suggesties voor verbetering te komen. (CBO,2004; Nieswaidomy, 2009). Per focusgroep wilde de student tussen zes en twaalf hulpverleners bereiken. Dit omdat bij een groep met minder dan zes de kans bestaat dat dialoog onvoldoende op gang komt en bij een groep met meer dan twaalf hulpverleners de kans bestaat dat het moeilijk wordt om iedereen aan bod te laten komen. (CBO,2004; Nieswaidomy, 2009). In overleg met de opdrachtgeefster is besloten om de focusgroep voorafgaande of na afloop van de werkbijeenkomst te organiseren. Hiervoor is gekozen om op deze manier een zo groot mogelijke populatie te bereiken.

Topiclijst.

De projectgroep heeft bij de semigestructureerde interviews en de focusgroepen gebruik gemaakt van topiclijsten. Deze topiclijsten zijn opgesteld op basis van de resultaten van de literatuurstudie. Bij de patiënten waren de topics 1 t/m 3 van toepassing, bij elke andere doelgroep 1 t/m 4. Voor de onderbouwing van de lijst en de specifieke topiclijst zie bijlage 1. Hieronder staat de basale structuur van de topiclijst te zien.

1. Wat betekent patiëntenparticipatie?

- Wat wordt er onder patiëntenparticipatie verstaan.
- Doel patiëntenparticipatie.
- Patiëntenparticipatie ladder.

2. Wat is de ervaring met patiëntenparticipatie?

- Ervaringen met patiëntenparticipatie.
- Verhouding professional- patiënt.
 - o *Werken aan een goede samenwerking / ervaren van gelijkwaardigheid*
 - o *Wordt er door de verpleegkundige met de patiënt besproken of de doelen realistisch zijn*
 - o *Ondersteunt de verpleegkundige de patiënt om zijn gevoelens bespreekbaar te maken.*
- Verpleegkundige vaardigheden
 - o *Echte belangstelling tonen in de patiënt, de patiënt echt leren kennen.*
 - o *De verpleegkundige moet echt luisteren naar de patiënt*
 - o *De verpleegkundige moet aandacht hebben voor de patiënt*
 - o *De verpleegkundige moet tijd en vertrouwen creëren bij de patiënt.*
 - o *Er moet sprake zijn van open communicatie tussen de verpleegkundige en patiënt om er voor te zorgen dat er geen stoornissen zijn in de communicatie dus ook in de zorgverlening.*
- Veiligheid.
- Toestandsbeeld.
- Familieparticipatie.
 - Invulling familieparticipatie.

3. Wat zijn mogelijke verbeterpunten m.b.t. patiëntenparticipatie?

- Verbeterpunten.
 - Doel patiëntenparticipatie.
 - Patiëntenparticipatie ladder.
 - Verhouding professional- patiënt.
 - Vaardigheden professionals.
 - Toestandsbeeld.
 - Familieparticipatie
 - Toepassing van wetten.

4. Wat is er nodig om de verbeteringen uit te kunnen voeren?

- Vormgeving patiëntenparticipatie/ producten voor te implementeren.
- Implementeren
- Benodigheden.

3.3 Data analyse.

De projectgroep is na het houden van de semigestructureerde interviews en de focusgroepen begonnen met het verbatim transcriberen. Het belang van verbatim transcriberen is dat de projectgroep de citaten heeft kunnen gebruiken bij het schrijven van conclusies, op de manier zoals de geïnterviewde de uitspraken ook bedoeld heeft.

Na het verbatim transcriberen heeft de projectgroep de interviews en de focusgroepen geanalyseerd aan de hand van de zeven stappen van Baarda (2005):

- Het labelen
- Labels ruimtelijk ordenen en er verbanden tussen vinden
- Het interpreteren en benoemen van de labelstructuur
- De geldigheid van de labeling vaststellen
- Het definiëren van kernlabels
- Het vaststellen van de intersubjectiviteit
- Het beantwoorden van de vraagstelling.

(Baarda, 2005)

Tijdens het analyseren heeft de projectgroep gekeken naar aspecten die relevant zijn en naar patronen en samenhang. De analyses van de interviews en focusgroepen zijn op te vragen bij de leden van de projectgroep.

3.4 Kwaliteit waarborgen.

De projectgroep heeft een aantal stappen ondernomen om de kwaliteit van het onderzoek te borgen.

De projectgroep heeft vóór de interviews, bij de topiclijsten voor de interviews en focusgroepen een deskundigencheck laten uitvoeren, door de projectbegeleider en de opdrachtgever. Dit heeft de projectgroep gedaan zodat de topiclijst ook onderzoekt wat het moet onderzoeken, waardoor het de validiteit van de topiclijsten verhoogd werd. (Baarda, 2007; Nieswaidomy, 2009; Migchelbrink, 2009)

Om er voor te zorgen dat het onderzoek dat de projectgroep uitgevoerd heeft ook geloofwaardig is, heeft de projectgroep de interviews door middel van een recorder opgenomen.

Daarna heeft de projectgroep de interviews geanalyseerd en beoordeeld of de informatie uit de interviews bruikbaar was of niet. Dit is gebeurd door twee groepsleden, die ieder apart de informatie nagekeken hebben, door de letterlijk uitgetypte interviews en de concluderende samenvatting te vergelijken. De projectgroep heeft hiervoor gekozen omdat de scores die de twee beoordelaars hebben toegekend aan dezelfde informatie, een hoge correlatiecoëfficiënt geven.

Wat betekent dat de informatie betrouwbaarder is. (Nieswaidomy, 2009; Migchelbrink, 2009)

Nadat de resultaten van de analyse van de data van de interviews en focusgroepen waren beschreven, heeft de projectgroep deze resultaten gestuurd naar de respondenten, de geïnterviewden en de deelnemers aan de focusgroepen. Op deze wijze heeft de projectgroep een membercheck uitgevoerd.

De projectgroep heeft daar waar nodig aanpassingen aangebracht. Doordat de projectgroep een membercheck heeft uitgevoerd, verhoogt dit de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van de resultaten. (Migchelbrink, 2009; Cox, 2008). De projectgroep heeft van alle respondenten een reactie ontvangen.

De projectgroep heeft de resultaten van het onderzoek, zo beschreven dat de lezer begrijpt in welke context het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarbij heeft de projectgroep gezorgd dat de deelnemers aan het onderzoek voldoende gedetailleerd beschreven zijn. Hierdoor heeft de lezer de juiste informatie om vergelijkingen te trekken met andere onderzoeken, naar hun eigen situatie. Het is belangrijk dat de mensen van de instelling waar het onderzoek uitgevoerd wordt, zich kunnen verplaatsen in de beschreven conclusies van het kwalitatief onderzoek, zodat het onderzoek ook overdraagbaar is. (Cox, 2008)

In het volgende hoofdstuk is te lezen hoe de onderzoeksmethoden door de projectgroep in de praktijk zijn toepast.

Hoofdstuk 4: Resultaten van het onderzoek.

De projectgroep heeft interviews met de patiënten, verpleegkundige werkgroep, stakeholders en externe expert gehouden. Onder de stakeholders vallen de afdelingsarts, psychiater, manager en de zorg coördinator. De externe expert die de projectgroep heeft geïnterviewd, is de cliëntenraad van de KIB van GGzE. De projectgroep heeft ook focusgroepen gehouden met de verpleegkundigen. De interviews en focusgroepen zijn geanalyseerd zoals in hoofdstuk drie beschreven staat. Hieronder staan de resultaten en conclusies van de praktijkonderzoeken. Voor de uitwerking van de analyses van de interviews en focusgroepen kan er contact op worden genomen met de projectgroep.

4.1 Deelvraag: Patiënten.

Voor de deelvraag: *“Wat ervaren de patiënten als goed aan de wijze waarop patiëntenparticipatie wordt gehanteerd binnen het RC ggz Weert en wat zouden de patiënten verbeterd willen zien t.a.v. de patiëntenparticipatie?”*, heeft de student zeven patiënten van de open en gesloten afdelingen van RC ggz Weert, geïnterviewd. De interviews duurden gemiddeld een half uur. Na zeven interviews was de saturatiedrempel bereikt.

Resultaat:

Wat betekent patiëntenparticipatie?

Een deel van de patiënten weet niet wat het woord patiëntenparticipatie betekent maar kunnen wel invullen wat het voor hen inhoudt. De patiënten vinden het belangrijk dat ze weten *welke behandeling* ze krijgen, dat ze *deelnemen in het proces* en dat er *samen* met de professionals *tot een beslissing* wordt gekomen. *“Dat je in elk geval wel weet wat ze eigenlijk een beetje met je van plan zijn. Dat je samen tot een beslissing kan komen”* (patiënten, 2012).

Voor de patiënten is *voortgang boeken het doel* van patiëntenparticipatie. De patiënten bevinden zich *tussen de tweede en de vierde trede* van de participatieladder en zijn van mening dat *trede 5 niet haalbaar* is op de afdeling. *“Als het de vijfde trede zou zijn dan was ik niet hier opgenomen”* (patiënten, 2012)

Wat is de ervaring met patiëntenparticipatie.

De patiënten hebben gedeelde *negatieve gevoelens* over de professionals. Zo vinden de patiënten dat de zaken op de afdeling traag verlopen en dat ze zelf achter informatie aan moeten gaan. Deze negatieve gevoelens zorgden ervoor dat de patiënten het gevoel van afstand kregen van de professionals en dat er onderscheid wordt gemaakt in patiënten. *“Nou een andere patiënt wist het wel en dan denk ik fijn dat je dat even zegt. Pas alleen als je erom vraagt.”* (patiënten, 2012)

De patiënten hebben ook *positieve gevoelens* over de handelingen van de verpleegkundigen. De patiënten vinden dat er altijd een luisterend oor wordt geboden en dat er genoteerd wordt wat er gezegd is. *“Als er iets was, werd dat in de computer gezet, verder hebben ze toch altijd een luisterend oor”* (patiënten, 2012) Daarnaast ervaren de patiënten dat er *soms een machtsverhouding* is omdat de patiënt qua beslissingen nog altijd *afhankelijk* is van de professional. *“Ik vind dat de verpleegkundigen hoger staan dan de patiënt want die is gewoon afhankelijk en dan heb je geen gelijkheid vind ik”*. (patiënten, 2012) De vaardigheden die de professional moet beschikken volgens de patiënt zijn dat de patiënt als normaal persoon wordt gezien, ze gelijkwaardig behandeld worden en dat er kennis is over de achtergrond van de patiënt.

“Dat ze je als gelijkwaardig / als een normaal persoon zien, niet als een ziek persoon”. (patiënten, 2012)

Daarnaast vindt de patiënt dat de *familieparticipatie* maar tot een bepaalde hoogte moet worden toegepast. Volgens de patiënt hoeft de familie niet alles te weten. *“Ja tot een bepaalde hoogte.. je familie lijdt er ook onder.”* (patiënten, 2012)

Wat zijn mogelijke verbeterpunten m.b.t. patiëntenparticipatie.

De patiënten zijn tevreden met de huidige toepassing van patiëntenparticipatie en hoeft er *geen verandering* plaats te vinden. Volgens de patiënten ontstaat er al tevredenheid als ze op de hoogte worden gehouden van hun behandeling. *“Ik heb er niet zoveel moeite mee.. hoeft voor mij niks veranderd te worden. ik vind het wel prima zo”*

Conclusie:

Uit het onderzoek over de patiënten is gebleken dat de patiënten over het algemeen tevreden zijn met de huidige toepassing van patiëntenparticipatie. Echter vinden ze wel dat de zaken traag verlopen op de afdeling en dat ze zelf achter informatie aan moeten gaan. Voor de patiënt is het in de toekomst daarom voornamelijk van belang dat ze als gelijkwaardig en 'normaal' persoon worden behandeld en niet als iemand die ziek is en dat er samengewerkt wordt.

4.2 Deelvraag: Hulpverleners

Op basis van de topiclijst die is opgesteld heeft de student één interview gehouden met de verpleegkundige werkgroep waarvan er drie van de zes verpleegkundigen van de verpleegkundige werkgroep aanwezig waren. Het interview duurde dertig minuten. Daarnaast heeft de student nog twee focusgroepen gehouden bij de open en gesloten afdeling. Hierbij waren gemiddeld tien verpleegkundigen aanwezig en de focusgroepen duurden gemiddeld drie kwartier. Hieronder worden eerst de resultaten van de focusgroepen en het interview weergegeven en daaronder volgt de conclusie die aan de hand van de resultaten en literatuur getrokken is.

De projectgroep heeft voor het onderzoek de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Wat ervaren de hulpverleners als goed aan de wijze waarop patiëntenparticipatie wordt gehanteerd binnen het RC ggz Weert en wat zouden de hulpverleners verbeterd willen zien t.a.v. de patiëntenparticipatie?

Resultaten.

Wat betekend patiëntenparticipatie.

De hulpverleners van RC ggz Weert weten duidelijk aan te geven wat patiëntenparticipatie inhoudt, namelijk de ervaring van de patiënten gebruiken om de zorg te verbeteren en de patiënt centraal te stellen. De verpleegkundigen hebben als doel met patiëntenparticipatie een gelijkwaardige verhouding op te bouwen en de patiënt te betrekken bij de behandeling. *"Patiënten mee laten denken met beleid"*. (hulpverlener,2012)

Op dit moment worden de patiënten van RC ggz Weert wisselend betrokken bij hen behandeling.

Wat is de ervaring met patiëntenparticipatie

De patiënt niet altijd betrokken bij de behandeling en wordt de patiënt niet altijd goed geïnformeerd over zijn of haar behandeling. Daarnaast houden de hulpverleners de continuïteit van de zorg niet altijd even goed in de gaten. Als er afspraken voortkomen uit gesprekken is het niet altijd duidelijk wie deze afspraken gaan uitvoeren of volgen, waardoor de continuïteit niet wordt gewaarborgd. De hulpverleners zijn wel van mening dat een patiënt altijd zijn verhaal moet kunnen doen, ondanks het toestandsbeeld. *"ik vind dat dan nog wel iemand altijd serieus genomen moet worden. Of je het dan letterlijk uitvoert wat iemand zegt is een tweede"* (hulpverlener,2012) Hieruit concluderen de hulpverleners dat ze zich momenteel tussen treden één, informeren, en trede drie, advies, van de patiëntenparticipatie ladder bevinden. Zo wordt uiteindelijk willen de hulpverleners trede vier, partnership, van de patiëntenparticipatie ladder bereiken

Wat zijn mogelijke verbeterpunten m.b.t. patiëntenparticipatie

Om partnership te bereiken vinden de hulpverleners dat het volgende verbeterd kan worden: het streven naar gelijkwaardigheid, *"het streven is naar gelijkwaardigheid als dat mogelijk is, want soms kan dat ook niet met het toestandsbeeld"*. Familie actiever benaderen, meer aandacht hebben voor de kinderen van de patiënt, eenduidige en duidelijke informatie verstekken aan de patiënt over zijn of haar behandeling, de patiënt meer inspraak geven in zijn of haar behandeling en de behandel effecten meten van de behandelingen. *'behandel effecten meten is gewoon een enorme waarde, dat moet je hebben'* (hulpverlener,2012) Om dit te bereiken moet er volgens de hulpverleners een duidelijk kader worden opgesteld met duidelijke richtlijnen van waaruit de hulpverleners kunnen werken en dat er een reminder komt. *"dat het iets is wat regelmatig terug komt of besproken wordt binnen het team, zodat iedereen daar ook mee bezig blijft over aan denken blijft"*. (hulpverlener,2012) Daarnaast moet er iemand aangewezen worden die het proces in de gaten houdt en waar zo nodig corrigeert.

Conclusie.

Uit het onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen van RC ggz Weert goed weten wat patiëntenparticipatie inhoudt, namelijk de ervaring van de patiënt gebruiken om de zorg te verbeteren en de patiënt centraal te stellen. Op dit moment wordt de patiënt wisselend betrokken bij de behandeling en daaruit concluderen de verpleegkundigen dat ze zich op dit moment tussen trede een 'informerer' en trede drie 'advies' bevinden. Uiteindelijk willen de verpleegkundigen trede vier 'Partnership' bereiken. Op dit te bereiken moet het volgende veranderen, namelijk streven naar gelijkwaardigheid, familie actiever benaderen, meer aandacht hebben voor de kinderen en patiënt, eenduidige en duidelijke informatie verstrekken aan de patiënt, de patiënt meer inspraak geven in zijn of haar behandeling en de behandel effecten meten. Om dit te bereiken moet de verpleegkundigen via een duidelijk kader gaan werken met richtlijnen.

4.3 Deelvraag: Stakeholders.

"Hoe ervaren andere stakeholders van het RC ggz Weert de huidige patiëntenparticipatie binnen het RC ggz Weert en wat willen de stakeholders anders t.a.v. patiëntenparticipatie?" is de deelvraag die is onderzocht. Onder de stakeholders wordt verstaan: de afdelingsarts, de psychiater, de zorg coördinator en de manager van RC ggz Weert. De gemiddelde duur van de interviews was een halfuur. De projectgroep wilde eigenlijk ook de cliëntenraad en de eerste geneeskundige interviewen; bij de contactpersoon van de cliëntenraad is dit door persoonlijke redenen helaas niet doorgegaan en de eerste geneeskundige wilde niet geïnterviewd worden als de psychiater al geïnterviewd werd. Hierdoor kan het zijn dat de resultaten van de interviews anders zijn, dan als de cliëntenraad en eerste geneeskundige betrokken waren. De projectgroep is wel tevreden met de resultaten van de interviews die wel zijn doorgegaan, want de saturatiedrempel was in grote lijnen bereikt.

Resultaten.

Wat betekent patiëntenparticipatie?

Onder patiëntenparticipatie verstaan de stakeholders dat patiënten maximaal betrokken worden bij hun behandeling. Het doel van die patiëntenparticipatie is volgens de stakeholders dat de patiënt centraal wordt gezet en de patiënt regie heeft over zijn eigen behandeling, waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd wordt. (Jansen C., 2012; Jansen M., 2012; Bode, 2012; Goud, 2012).

Nu wordt patiënten binnen RC ggz Weert wisselend betrokken bij de behandeling. *"Je kunt patiënten niet over een kam scheren"*. (Goud, 2012)

Wat is de ervaring met patiëntenparticipatie en wat zijn mogelijke verbeterpunten m.b.t. patiëntenparticipatie?

Patiënten die opgenomen worden of zijn binnen het RC ggz Weert hebben ieder een ander toestandsbeeld, waardoor iedere patiënt verschilt. Om een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie tussen professional en patiënt te creëren, moeten hulpverleners over een aantal vaardigheden beschikken. De stakeholders vinden dat de hulpverleners binnen het RC ggz Weert, moeten beschikken over de vaardigheden: respect tonen, actief luisteren, duidelijk en begrijpelijk uitleggen en streven naar onderling overleg, zodat er samen met de patiënt tot doelen gekomen wordt. De stakeholders zijn van mening dat de patiënten afhankelijk zijn van de professional. Naast dat patiënten in een afhankelijke rol zitten, werken de hulpverleners volgens het medisch model, wat zich meer richt op problemen. *"Werk in de psychiatrie is naar mijn idee nog teveel werken volgens het medisch model"* (Jansen M. 2012). De hulpverleners moeten leren om zich niet te richten op de problemen maar op de oplossingen en juist de patiënt centraal te stellen. Het is de kunst om ook dan in gesprek te gaan met de patiënt, de patiënt te activeren en verantwoordelijk te maken voor zijn eigen behandeling. (Bode, 2012; Jansen M, 2012)

Patiënten zijn heel verschillend waardoor het creëren van een gelijke machtsbalans veel tijd kost. (Goud, 2012) Om een patiënt mee te laten participeren in het behandelingsproces is ziektebesef en

ziekte- inzicht nodig bij de patiënt. Als een patiënt geen ziektebesef en ziekte-inzicht heeft wordt de behandeling voorgelegd bij de patiënt. (Jansen C. 2012).

De stakeholders zijn grote voorstanders van het betrekken van de familie, familie kan namelijk extra informatie geven over de patiënt, die de patiënt zelf niet kan verwoorden. Daarnaast kan familie of direct betrokkenen een vertrouwde en veilige sfeer voor de patiënt creëren. (Goud, 2012) Binnen het RC ggz Weert moet er eerst toestemming zijn van de patiënt, voordat de familie betrokken wordt bij de behandeling. (Jansen C. 2012; Bode, 2012; Goud, 2012) *“Mijn streven is altijd om familie zoveel mogelijk erbij te betrekken. Maar dat hangt toch voornamelijk ook van de patiënt af. Ja”.* (Goud, 2012)

Wat is er nodig om de verbeteringen uit te kunnen voeren?

Patiëntenparticipatie wordt nu erg wisselend toegepast, om dat te verminderen is volgens stakeholders belangrijk dat er meer eenduidig gewerkt gaat worden met het betrekken van de patiënt. *“En er gebeuren nu wel incidenteel goede dingen, maar dat zou meer de norm moeten worden. Dit moeten we meer borgen, dat het bij iedereen zo gebeurt”.* (Jansen M, 2012)

Dit eenduidiger werken kan gecreëerd worden als patiëntenparticipatie vastligt in de instelling, maar ook in de werkprocessen. Als de visie een norm is wordt daarmee ook meteen een kader gecreëerd.

(Jansen, M. 2012) Daarnaast moet patiëntenparticipatie ook terugkomen in de werkprocessen, zodat er continuïteit komt in het samenwerken met de patiënt. (Jansen, 2012; Bode, 2012). Dit kan bijvoorbeeld door patiënten te betrekken bij het MDO en behandelplan, zodat de patiënt direct inspraak heeft. Daarbij is het van belang dat er een cultuuromslag komt onder de hulpverleners zodat hulpverleners gewend raken aan het feit dat de patiënt bij de besprekingen betrokken wordt en er niet over de patiënt beleid wordt gemaakt. (Bode, 2012) *“Het zou eigenlijk bij alles wat je doet moeten kijken van, wordt de patiënt daar beter van is het gericht op verhogen van de participatie”.* (Jansen M. 2012)

Om er achter te komen hoe de patiëntenparticipatie binnen de instelling verloopt, is het van belang om navraag te doen bij de patiënt. De stakeholders vinden het belangrijk dat er naar de patiënten geluisterd blijft worden, omdat er zo inzicht verkregen wordt hoe patiënten de zorg ervaren.

“En dat is een continue proces waar je aan werkt, want je kunt nooit zeggen zo nu is het, want het is nooit af uiteindelijk. Want je doelgroep zal veranderen. Dus dat is een continue proces, waar je continue naar zal moeten kijken en waar je continue moet blijven evalueren en bijstellen” (Jansen, M. 2012)

Naast dat patiëntenparticipatie geborgd moet worden binnen de instelling is het van belang dat de wetgeving duidelijk naar de werkvloer wordt overgedragen. *“omdat wet en regelgeving is vaak belangrijker of ja dan dat soms op de netvliezen van de hulpverleners staat”.* (Bode, 2012)

Conclusie:

Uit de resultaten van de interviews en gekeken naar de deelvraag kan geconcludeerd worden dat het erg wisselend is, hoe de patiënt bij de behandeling wordt betrokken, maar dat er wel gestreefd wordt naar dat de patiënt meer regie heeft over zijn eigen behandeling en dat er partnership ontstaat. Patiënten zijn erg verschillend waardoor het lastig is om een samenwerkingsrelatie op te bouwen en te onderhouden. De vaardigheden om een gelijkwaardige verhouding te creëren zijn bij de stakeholders bekend, maar worden niet altijd toegepast, vooral als een patiënt onregelmatig binnen komt en als de patiënt in een afhankelijke positie aanneemt, dan wordt ziekte inzicht en ziektebesef als richtlijn gebruikt om iemand wel of niet mee te laten participeren.

Het is van belang dat er binnen RC ggz Weert geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen verschillende patiënten, want daardoor wordt patiëntenparticipatie wisselend toegepast. Eenduidig werken kan als patiëntenparticipatie vastligt in de werkprocessen en organisatie. Een voorbeeld van het vastleggen van patiëntenparticipatie in werkprocessen is het laten deelnemen van de patiënt aan MDO's en behandelplannen. Hierdoor heeft de patiënt direct inspraak in zijn behandeling.

4.4 Deelvraag: Externe Expert.

Er is een interview gehouden met de cliëntenraad van de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB), voor de deelvraag: *“Welke aanbevelingen hebben externe experts om patiëntenparticipatie te gebruiken in de praktijk?”* De KIB is een instelling die valt onder de Geestelijke Gezondheidszorg van Eindhoven (GGzE). Bij de cliëntenraad van de KIB waren twee verpleegkundigen aanwezig die werkzaam zijn bij de KIB, vier cliënten die opgenomen zijn bij de KIB en één onafhankelijk lid dat werkt bij de centrale cliëntenraad van GGzE. Het interview heeft ongeveer een halfuur geduurd.

Resultaat.

Wat betekent patiëntenparticipatie?

Binnen de KIB wordt onder patiëntenparticipatie verstaan: *“het meedenken en het deelnemen van cliënten aan besluiten en aan het afdelingsbeleid”*. Het doel wat bij patiëntenparticipatie hoort is dat de stem en het belang van de cliënt steeds meer gehoord wordt, zodat de behandeling beter aansluit en dat er zoveel mogelijk geparticipeerd wordt door de cliënt. *“Maar het doel an sich is de zorg verbeteren.”* (KIB, 2012)

Wat is de ervaring met patiëntenparticipatie?

Om die doelen te verwezenlijken worden de cliënten die opgenomen zijn bij de KIB op verschillende manieren betrokken bij de behandeling. Cliënten bereiden hun eigen behandelplan voor en schrijven daarbij een eigen stuk, wat tijdens de behandelplanbespreking wordt doorgenomen. De cliënt is bij de behandelplanbespreking aanwezig en kan daardoor zijn eigen belangrijke punten inbrengen, *“want er wordt naar mij geluisterd naar wat ik wil bereiken in mijn behandeling.”* (KIB, 2012) Samen met de behandelaren wordt er gekeken waar de komende periode aan gewerkt wordt.

Dit zorgt ervoor dat de cliënt en professionals tot een gezamenlijke besluitvorming komen, waardoor er partnership ontstaat. Om die partnership te onderhouden, wordt er binnen de KIB altijd uitgegaan van een mens-mens verhouding en niet van de verhouding hulpverlener-cliënt.

De professionals stellen zich niet alleen op als hulpverleners, maar laten ook een stuk van zichzelf als persoon zien, dit zorgt ervoor dat cliënten het ervaren dat de professionals als gelijkwaardig mens in contact gaan. *“dat ze gewoon gelijkwaardig als mens contact met jou wordt opgenomen”* (KIB, 2012)

Ook als een cliënt in volledige crisis is, proberen de professionals aan te sluiten op waar een cliënt zich bevindt. De professional kijkt dan naar de competente en gezonde kant, waarbij er gekeken wordt naar de eigen verantwoordelijkheid en de autonomie van de cliënt en daar wordt beroep op gedaan. De professionals proberen cliënten er altijd bij te blijven betrekken, dit betekent dat er soms meer initiatief vanuit de professional moet komen, dan een bij een andere cliënt, die wat meer op zichzelf gelaten wordt.

De KIB gebruikt ook nooit het woord “patiënt” voor een klant die opgenomen wordt, want patiënt impliceert al dat iemand ziek is en wordt zo al in een afhankelijke situatie geplaatst. De KIB zal dan eerder het wordt zorgvrager of klant gebruiken, omdat de persoon een klant is van de instelling. Naast de inspraak in de behandeling, kunnen cliënten ook deelnemen aan de cliëntenraad, dit heeft niet direct invloed op de behandeling, maar wel op de voorwaarden en faciliteiten die handig zijn tijdens de behandeling. De familie van de cliënten wordt door middel van systeem gesprekken bij de behandeling betrokken. De cliënt geeft daarbij zelf aan wie hij/zij wil dat bij het systeemgesprek aanwezig zijn.

Wat is er nodig om verbetering m.b.t. patiëntenparticipatie uit te kunnen voeren?

Om patiëntenparticipatie uit te kunnen voeren in de praktijk is het volgens de KIB belangrijk dat patiëntenparticipatie geborgd is cultuur. Er moet uiteindelijk een cultuur gevormd worden waarin medezeggenschap centraal staat. De manier hoe de cliënten betrokken worden moet vastgelegd worden in het beleid van de instelling. *“Dus we hebben best veel schriftelijk afgedicht van zo willen we dat doen”*. Daarnaast is het belangrijk dat er aandacht functionarissen zijn op de afdelingen, die kritisch kijken of er volgens het beleid gehandeld wordt.

Conclusie:

Uit het resultaat van het interview met cliëntenraad van de KIB en gekeken naar de deelvraag, kan geconcludeerd worden, dat binnen de KIB de cliënt grotendeels bepaalt hoe zijn/haar behandeling er uit ziet. De cliënt is continu in overleg met de hulpverlener. Om een gelijke verhouding te creëren gaan de hulpverleners van de KIB altijd uit van een mens-mens relatie, waarbij de hulpverlener zichzelf ook als persoon laat zien. Ook als een cliënt volledig in crisis is zal er binnen de KIB uitgegaan worden van de competente en gezonde kant van de cliënt, en wordt er beroep gedaan op de autonomie en eigen verantwoordelijkheid. Hierdoor ontstaat er geen onderscheidt tussen cliënten. Om de patiëntenparticipatie in de praktijk uit te voeren is het belangrijk dat het schriftelijk vastligt. Daarnaast is het belangrijk dat er een cultuur ontstaat waarin patiëntenparticipatie “normaal” is, hulpverleners moeten elkaar kritisch bevragen of alles wat er gedaan wordt in het belang is van de patiënt. Om na te gaan of er ook daadwerkelijk patiëntenparticipatie in de praktijk wordt uitgevoerd, moet er geëvalueerd worden met de patiënt.

Vanuit deze deelconclusies heeft de projectgroep een algehele conclusie en aanbevelingen beschreven, deze zijn te lezen in het volgende hoofdstuk.

Hoofdstuk 5: Conclusie & Aanbevelingen.

In dit hoofdstuk staat de conclusie beschreven die de projectgroep heeft getrokken uit de praktijkonderzoeken en het literatuuronderzoek. De verbeterpunten en die vanuit de conclusie naar voren zijn gekomen heeft de projectgroep geanalyseerd en de aanbevelingen besproken met de opdrachtgever.

5.1 Conclusie.

In deze tabel heeft de projectgroep de werkelijke en wenselijke situatie beschreven zoals die naar voren zijn komen vanuit de praktijkonderzoeken en literatuuronderzoek. Vanuit die werkelijke en wenselijke situatie zijn hiaten geformuleerd. De projectgroep heeft ervoor gekozen om dit nog eens in een tabel te zetten, zodat dit overzichtelijk is voor de projectgroep zelf, maar ook voor degenen die dit verslag lezen.

Werkelijke situatie	Wenselijke situatie	Hiaten en suggesties voor verbetering.
Patiënten hebben geen kennis over wat patiëntenparticipatie is. <i>"Ik heb geen flauw idee"</i>	Binnen RC GGZ Weert weten de patiënten wat patiëntenparticipatie inhoudt. - Patiënten weten op welke manier ze bij de behandeling worden betrokken. - Patiënten weten welke behandeling ze krijgen.	Patiënten zijn onvoldoende op de hoogte wat patiëntenparticipatie inhoudt. Patiënten hebben ervaringsdeskundigheid. Door gebruik te maken van die ervaringsdeskundigheid kan tot patiëntgerichte zorg gekomen worden. (CBO, 2009)
Patiëntenparticipatie wordt wisselend toegepast. Binnen RC ggz Weert wordt er wisselend gebruik gemaakt van patiëntenparticipatie. Gekeken naar de patiëntenparticipatie ladder worden patiënten betrokken tussen trede 2 en 4. (Bode, 2012; Goud, 2012; Jansen M, 2012)	Patiënten binnen RC ggz Weert worden via trede 4 van de patiëntenparticipatie ladder betrokken bij de behandeling. - Er is een gelijkwaardige samenwerking. - Er is gezamenlijke besluitvorming tussen hulpverleners en patiënt. - De hulpverlener houdt zich aan de uitkomsten van de gesprekken. (CBO, 2009)	Het wisselt per patiënt, per ziektebeeld hoe de patiënt betrokken wordt bij de behandeling. Patiënten inspraak geven in hun eigen behandeling zorgt ervoor dat er in overleg gekomen kan worden tot doelen. De patiënt moet de doelen uiteindelijk uitvoeren. Bij inspraak van de patiënt is de kans groter dat deze doelen ook bereikt worden. (Goud, 2012)
De hulpverlener staat boven de patiënt. - Patiënten gaan in een afhankelijke rol. - Via medisch model gewerkt. - Verpleegkundigen zijn tussenschakel van patiënt en arts.	Er is een gelijkwaardige verhouding zijn tussen professional en patiënt. (Verberk & de Kuiper, 2006) - Hulpverleners zijn bewust van afhankelijke positie patiënt. (Bode, 2012) - Hulpverleners werken patiëntgericht. (Jansen, M. 2012)	Binnen het RC ggz Weert wordt er door de patiënten en hulpverleners een ongelijke verhouding ervaren. Om patiëntenparticipatie te creëren is er een samenwerkingsrelatie nodig, dat betekent dat er een soort machtsbalans moet zijn tussen hulpverlener en patiënt. (Verberk & de Kuiper, 2006)
Patiënten ervaren niet altijd veiligheid en gelijkwaardigheid. <i>"nauw, ik ervaar helemaal geen betrokkenheid, daar hoor je niets van als je zelf niets ergens iets over zegt".</i>	Hulpverleners beschikken de vaardigheden om een gelijkwaardige en veilige relatie op te bouwen en te onderhouden. - Belangstelling tonen in de patiënt. - Actief luisteren - Aandacht hebben voor de patiënt - Vertrouwen creëren bij de patiënt - Open communicatie (verberk & de Kuiper, 2006; Sahlsten, 2009; Sahlsten, 2006). - Overleggen en onderhandelen met de patiënt. (bode, 2012)	De hulpverleners van het RC ggz Weert weten welke vaardigheden belangrijk zijn om een gelijkwaardige verhouding te creëren. Deze vaardigheden worden niet altijd toegepast, waardoor patiënten niet altijd een veilig gevoel en gelijkwaardigheid voelen. Als hulpverleners leren om patiëntgericht te werken, ontstaat er bij iedere patiënt gelijkwaardigheid en wordt dat ook ervaren. (NPCF, 2012)

Ziekte inzicht en ziektebesef zijn criteria of iemand wel of niet inspraak heeft tijdens zijn behandeling. - Als een patiënt geen ziektebesef en ziekte-inzicht heeft wordt de behandeling voorgelegd bij de patiënt. - Als er wel besef en inzicht is in hun ziekte krijgen patiënten de kans om inbreng te hebben over hun behandeling er wordt dan samen met de professional gekeken naar een geschikte behandeling. (Jansen C. 2012)	Er wordt uitgegaan van een mens-mens relatie, waarbij uitgegaan wordt van de competente en gezonde kant van de patiënt. (KIB, 2012) Contact blijven zoeken met de patiënt en aansluiten waar hij/zij zich bevindt. Patiënt bij de behandeling blijven betrekken en de patiënt verantwoordelijkheid en autonomie geven. (KIB, 2012)	Hulpverleners binnen het RC ggz Weert kunnen meer werken volgens een mens- mens relatie, waarbij gekeken wordt naar de competente kant van een patiënt. Wat kan de patiënt nog wel en waar kan hij of zij verantwoordelijkheid voor nemen. Door de patiënt altijd te blijven betrekken bij de behandeling, ontstaat er patiëntenparticipatie ongeacht het toestandsbeeld. (KIB,2012)
Familie wordt betrokken bij de behandeling. - Een week na de opname vindt er een familiegesprek plaats. Dit is niet structureel. - Er wordt altijd toestemming gevraagd aan de patiënt.	Familie actiever en structureler benaderen. - In overleg met de patiënt wordt er gekeken in welke mate de familie betrokken wordt bij de behandeling. - Het is vastgelegd wanneer de familie betrokken wordt tijdens de opname. - Actiever navraag doen bij de patiënt om de familie te betrekken.	Binnen het RC ggz Weert wordt familie na toestemming van de patiënt betrokken bij de behandeling. Het betrekken van de familie kan nog structureler en actiever. Het betrekken van de familie kan positief zijn, omdat de familie een positieve invloed kan hebben op de behandeling en begeleiding van de patiënt. (Mondriaan, 2008)
Patiënt wordt niet betrokken bij de behandelplanbesprekingen en MDO's. - MDO's worden voor en nabesproken. - Dit voor en na bespreken gebeurt niet structureel. - Er wordt over de patiënt gesproken.	Patiënt betrekken bij MDO en behandelplan bespreking. - De patiënt heeft direct inspraak in zijn behandeling. - De patiënt bereidt zijn eigen behandelplan/MDO voor samen met EVV. (Jansen, 2012) - Er wordt met de patiënt gesproken. - Behandelplan wordt overhandigd aan patiënt. (Jansen, 2012)	Binnen het RC ggz Weert willen de hulpverleners de patiënt directe inspraak laten geven in zijn/haar behandeling. Door de patiënt te betrekken bij het MDO/ behandelplanbespreking wordt de patiënt centraal gezet. Om tot een goede behandeling te komen, is het belangrijk dat de patiënt en arts met elkaar informatie uitwisselen. (Hafkenscheid & Veeniga, 2011; Kroon,H,2003)
Er wordt te weinig informatie verstrekt aan de patiënt. - Patiënten weten niet wat ze te wachten staat. - Er ontstaat weerstand bij de patiënt over onduidelijkheden. (verpleegkundige werkgroep, 2012)	Duidelijke en eenduidige informatie voor patiënt. - Patiënt en familie goed geïnformeerd over opname en beleid. (verpleegkundige werkgroep, 2012) - Kwaliteitsboek inzichtelijk. (Bode, 2012) - Klapper met informatie over de afdeling.(verpleegkundige werkgroep, 2012)	Patiënten zijn niet altijd op de hoogte over het reilen en zeilen van de open en gesloten afdeling van RC ggz Weert, dit zorgt voor weerstand. Patiënten die schriftelijke informatie krijgen kunnen alles nog eens nalezen, waardoor de weerstand vermindert en de patiënten ook gericht feedback kunnen geven en vragen kunnen stellen. (Goud, 2012; Bode, 2012; verpleegkundige werkgroep, 2012)
Aan het einde van de opname wordt er geëvalueerd met de patiënt. - Patiënten kunnen positieve en verbeterpunten aangeven aan het einde van hun opname. (Jansen C, 2012) - Er wordt gebruik gemaakt van een cliënten thermometer. (Jansen M, 2012)	Er wordt structureel geëvalueerd met de patiënten van RC ggz Weert. - Meten van kwaliteit van zorg. - Gebruik maken van het meetinstrument ROM. - Het meten van de wensen en behoeften van de patiënt tijdens opname. (CBO, 2005)	Binnen het RC ggz Weert kan regelmatig geëvalueerd worden tussen patiënt en hulpverleners. Goede kwaliteit van zorg betekent dat er aangesloten wordt bij de wensen en behoeften van de patiënt. Daarom is het noodzakelijk dat patiënten regelmatig bij de behandeling worden betrokken. (CBO, 2005) Een geschikte

		hiervoor is het meetinstrument de ROM. Deze meet de wensen en behoeften van de patiënt. (Carlier, 2012)
Wetgeving staat niet duidelijk op de netvliezen van de hulpverleners. (Bode, 2012) - Manager is op de hoogte van alle wetgeving die gelden voor het RC ggz Weert. - Manager vertaalt de wetgeving naar de werkvloer. - <i>‘wet en regelgeving is vaak belangrijker of ja dan dat soms op de netvliezen van de hulpverleners staat’.</i> (Bode,2012)	Vanuit het management van het RC ggz Weert wordt wetgeving duidelijk gemaakt aan werknemers. (Bode, 2012) - Wetten worden in de praktijk uitgevoerd. - Intranet waarop de wetten en wetsvoorstellen duidelijk terug te vinden zijn. (Bode, 2012)	De wetten BOPZ, WGBO, kwaliteitswet en daarnaast de wetsvoorstellen zijn belangrijk voor de werknemers van RC ggz Weert. (Dwang in de zorg, 2012; rijksoverheid, 2012) In deze wetten wordt ook aandacht geschonken aan patiëntenparticipatie. Deze wetten en wetsvoorstellen kunnen nog beter op de netvliezen van de hulpverleners komen staan, zodat de wetten ook in de praktijk worden uitgevoerd, waardoor patiëntenparticipatie nog meer in de praktijk terugkomt.
Patiëntenparticipatie wordt wisselend toegepast. - Patiënten worden verschillend betrokken bij de behandeling. - <i>“Afspraken door anderen opgevolgd worden het zou wel moeten gebeuren gebeurt niet altijd. En ik denk de continuïteit van zorg he. Ik ben een parttimer, ik ga er eigenlijk vanuit op het moment dat ik er niet ben dat anderen dat automatisch overnemen”.</i> (verpleegkundige werkgroep, 2012)	Patiëntenparticipatie moet een norm zijn dat vastgelegd is in de organisatie. - Patiëntenparticipatie ligt vast in werkprocessen - Visie wordt duidelijk neergezet, zodat er een kader gevormd wordt. (Jansen M. 2012) - Hulpverleners bevragen elkaar kritisch of er patiëntgericht gewerkt wordt. - Patiënt staat centraal. - Er is iemand verantwoordelijk voor de uitvoering van patiëntenparticipatie.	Patiëntenparticipatie wordt binnen het RC ggz Weert wisselend toegepast, om patiëntenparticipatie te borgen is het belangrijk dat het vastligt in de organisatie en werkprocessen dat de patiënt centraal staat. De hulpverleners gaan patiëntgericht werken. (Jansen,2012; Bode, 2012).

5.2 Aanbevelingen.

Op basis van de derde kolom van het schema, heeft de projectgroep aanbevelingen geformuleerd. In overleg met de opdrachtgeefster heeft de projectgroep gekeken, welke aanbevelingen de projectgroep verder uit kan werken.

Uit dat gesprek kwam naar voren dat de verpleegkundige werkgroep al plannen heeft om patiëntenparticipatie te borgen in de werkprocessen, dit wil de werkgroep doen door:

- Patiënt meer informatie over patiëntenparticipatie geven.
- Partnership wordt in de werkprocessen opgenomen.
- Familie wordt actief en structureel benaderd.
- Patiënt wordt op langere termijn bij MDO en behandelplan betrokken.
- Er komt een vragenlijst om te evalueren over de behandeling met de patiënt.
- Vanuit het management wordt de wetgeving duidelijk gemaakt aan de werknemers.

Hierdoor bleven er een aantal punten over waar de projectgroep aan kon gaan werken namelijk:

- Bewustwording van de verhouding tussen patiënt en professional
- Vaardigheden die de professional moet beschikken voor een gelijkwaardige relatie.
- Uitgaan van een mens-mens relatie.

Omdat bewustwording een eerste stap is om patiëntenparticipatie uit te voeren in de praktijk, heeft de projectgroep in overleg met de opdrachtgeefster besloten om dit verder uit te werken in het product. In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan hoe de projectgroep die bewustwording wil creëren.

Hoofdstuk 6: Het product.

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke producten de projectgroep heeft uitgewerkt om de bewustwording bij de professionals van RC ggz Weert te creëren.

Om de bewustwording te creëren onder professionals de volgende producten ontworpen:

- **Workshop.**

De projectgroep heeft na het praktijkonderzoek en analyse, een workshop gehouden met als doel de professionals bewust te laten worden van de verhoudingen tussen professionals en de patiënt. De project heeft de professionals in laten zien hoe de verhouding nu ervaren wordt, doormiddel van citaten van de patiënten in de workshop te gebruiken. Het doel hiervan was dat de professionals in gaan zien dat de verhouding tussen hen en de patiënt niet optimaal is en dat daar verbeteringen te behalen zijn. Het is voor de professionals van belang dat het perspectief van de patiënt duidelijk wordt. (Larsson,2007).

- **Samenvatting Workshop.**

De projectgroep was zich ervan bewust dat niet alle professionals van RC ggz Weert aanwezig kunnen zijn bij de workshop. Om toch bewustwording onder alle professionals te creëren over de verhouding professional – patiënt, heeft de projectgroep een samenvatting gemaakt. In die samenvatting staan de belangrijkste punten van de workshop en daarmee hoopt de projectgroep andere professionals ook bewust te maken van het belang van een gelijke verhouding bij patiëntenparticipatie.

- **Klok**

De projectgroep heeft nagedacht over mogelijke reminders die goed zouden kunnen werken op de afdelingen van het RC ggz te Weert. De projectgroep heeft gekozen voor een klok omdat hier regelmatig naar gekeken wordt en deze op een overzichtelijke plaats wordt gehangen zodat iedereen het kan zien. Op de klok staan spreuken die te maken hebben met patiëntenparticipatie. Deze spreuken zorgen ervoor dat de verpleegkundigen blijven nadenken over het onderwerp en zich er constant van bewust blijven.

- **Enquête**

De projectgroep heeft een enquête gemaakt voor RC ggz Weert, omdat zo nagegaan kan worden of er bewustwording is met betrekking tot een gelijke verhouding. Deze enquête wordt gehouden twee maanden na de workshop van de projectgroep. Deze enquête wordt ook onder de patiënten gehouden, om na te gaan of er een gelijkwaardige verhouding wordt ervaren.

De projectgroep kiest voor een enquête omdat, doormiddel van een enquête de verpleegkundige werkgroep een grote groep mensen kan bereiken. Daarnaast biedt een enquête de mogelijkheid om bij deze mensen over een heleboel verschillende onderwerpen gegevens te verzamelen. Daarnaast valt er met een enquête redelijk makkelijk, snel en goedkoop een grote groep mensen te bereiken. Er zitten ook enkele nadelen aan een enquête namelijk, dat de informatie die wordt versterkt soms minder betrouwbaar en valide is. (Baarda,2007).

*Voor het totale product en het implementatieplan hiervan, zie het bijgevoegd document.
In het volgende hoofdstuk wordt het project kritisch beschouwd.*

Hoofdstuk 7: Discussie.

De projectgroep heeft in dit hoofdstuk kritisch gekeken naar gehele afstudeerproject. De discussiepunten die tijdens het afstudeerproject naar voren zijn gekomen, worden in dit hoofdstuk beschreven.

Na afronding van het project, kan de projectgroep concluderen dat de projectgroep een bijdrage heeft geleverd aan het optimaliseren van patiëntenparticipatie binnen RC ggz Weert, rekening houdende met de nieuwe visie en de wensen en behoeften van de patiënten. Er is nu inzicht in de behoeften en wensen vanuit de patiënt met betrekking tot patiëntenparticipatie. De projectgroep heeft voor optimalisering gezorgd doordat de projectgroep de professionals bewust heeft gemaakt van het belang van een gelijkwaardige verhouding tussen professionals en patiënt, bij patiëntenparticipatie. De projectgroep heeft voor bewustwording gezorgd, door een workshop, een samenvatting van die workshop en een klok als reminder. Bewustwording is een eerste stap om patiëntenparticipatie ook daadwerkelijk in de praktijk uit te voeren. De verpleegkundige werkgroep zal patiëntenparticipatie in de loop van 2013 verder borgen in de werkprocessen. De projectgroep kan dus concluderen dat de doelen die de projectgroep heeft opgesteld, zijn behaald, waardoor het project succesvol te noemen is.

Tijdens het onderzoek is er veel goed gegaan, maar er zijn nog een aantal discussiepunten. Deze discussiepunten kunnen mogelijk invloed hebben gehad op het verloop van het project, de ontwikkeling van het product en het verloop van de implementatie.

De projectgroep heeft een lange tijd gedaan over de oriëntatiefase/onderzoeksopzet, waardoor de tijd voor het praktijkonderzoek korter werd. Hierdoor heeft de projectgroep niet alle mensen kunnen interviewen die eigenlijk wel vanuit de projectgroep en opdrachtgeefster betrokken zouden worden. De projectgroep heeft helaas geen interview met de cliëntenraad en met de eerste geneeskundige kunnen doen. De eerste geneeskundige wilde geen interview doen, als de projectgroep al de psychiater van RC ggz Weert interviewde. De contactpersoon van de cliëntenraad kon wegens persoonlijke redenen niet geïnterviewd worden. De projectgroep heeft geprobeerd iemand anders van de cliëntenraad te regelen voor een interview, helaas is dit niet gelukt in de beschikbare tijd. Doordat deze personen niet betrokken zijn bij het onderzoek kan het zijn dat de resultaten nu anders zijn uitgevallen dan als die personen er wel bij betrokken zouden zijn.

De projectgroep had binnen de open en gesloten afdeling een introductiebrief op laten hangen over het onderwerp en het afstudeerproject. De tijd tussen de introductiebrief en de uiteindelijke interviews is te lang geweest voor de patiënten. De patiënten waren niet meer op de hoogte dat de projectgroep kwam interviewen, dit heeft invloed gehad op de resultaten van de interviews. Uit de interviews bleek namelijk dat de patiënten niet wisten wat patiëntenparticipatie was.

De projectgroep heeft patiëntenparticipatie toegepast door de patiënten te interviewen. Om die patiëntenparticipatie nog optimaler te maken, had de projectgroep de patiënten zelf moeten laten kiezen of ze wel of niet een interview wilde doen. Nu werd dit beslist door de verpleegkundigen van de open en gesloten afdeling en werd er navraag gedaan of de patiënten dat zelf ook wilde. Als de projectgroep alle patiënten had benaderd, had dit misschien ook voor andere resultaten gezorgd.

Nawoord.

Het maken van dit product heeft de projectgroep veel kennis gegeven over patiëntenparticipatie. De projectgroep heeft geleerd wat patiëntenparticipatie inhoudt en hoe kritisch naar de toepassing in een instelling gekeken kan worden. De projectgroep weet op welke manier er kennis vergaard moet worden om zo het gewenste resultaat te krijgen. Tijdens dit onderzoek kwam het voor dat meerdere personen niet mee wilden werken of niet mee konden werken aan het onderzoek. Hiervoor werd dan tijdig een andere oplossing gevonden of andere personen werden toegewezen om deel te nemen aan het onderzoek. De samenwerking tijdens het project verliep zoals gewenst. Voorafgaande aan het project heeft de projectgroep afspraken opgesteld waaraan gehouden moest worden. Deze afspraken werden nagestreefd en er werd op tijd aangegeven als iemand niet aan de afspraak voldeed.

Patiëntenparticipatie is een breed begrip. Het was voor de projectgroep daarom soms lastig om literatuur te vinden over patiëntenparticipatie die specifiek gericht is op de ggz. Door hier zelf onderzoek naar te doen in de instelling RC ggz te Weert en door onderzoek te doen buiten de instelling (KIB, GGZ te Eindhoven) heeft de projectgroep een beter beeld gekregen hoe de patiëntenparticipatie gehanteerd wordt binnen ggz instellingen. Er is voor de projectgroep duidelijkheid gekomen hoe de patiëntenparticipatie gehanteerd wordt binnen de instelling RC ggz te Weert en op welke punten hier verbetering plaats kan vinden.

Het is tijdens het bezig zijn met het afstuderen voor de projectgroep niet altijd duidelijk geweest wat er wel en wat er niet in het verslag moest komen. Dit kwam doordat de handleiding voor de projectgroep niet altijd duidelijk was en er niet altijd eenduidige richtlijnen kwamen vanuit het afstudeercohort. Hierdoor had de projectgroep te maken met onduidelijkheden en dat heeft tijd gekost, die de projectgroep liever had willen gebruiken voor het ontwikkelen van het project. De projectgroep heeft bijvoorbeeld uit de handleiding gehaald dat er individueel een wetenschappelijk artikel moest worden uitgewerkt. Dit heeft de projectgroep dan ook gedaan. Nadat deze wetenschappelijke artikelen waren uitgewerkt, kreeg de projectgroep te horen dat er per groep maar één wetenschappelijk artikel uitgewerkt hoefde worden. De projectgroep heeft veel kostbare tijd in deze wetenschappelijke artikelen gestoken en ze daarom ook in de schriftelijke verantwoording gezet. Maar de projectgroep had deze kostbare tijd, ook in andere dingen kunnen steken zoals de analyse van de interviews, want daar is de project een tijd mee bezig geweest.

Literatuurlijst.

Boeken:

Abma T, Broerse J. (2007) Zeggenschap in wetenschap: patiëntenparticipatie in theorie en praktijk. Den Haag: Centraal Boekhuis

Baarda en de Goede, (2006), basisboek methoden en technieken: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek, Wolters-Noordhoff, Groningen/houten

Cox et al (2008), evidence-based practice voor verpleegkundigen, 2^e druk, Boom Lemma uitgevers, Den Haag

Dito. J. C, Stavast. T, Zwart. D. E, (2008), Basiszorg, Bohn Stafleu van Loghum.

Dogan A, (2006), succesvol rapporteren, Kluwer, Alphen aan de Rijn

Everdingen Van, JJE. (2011) Evidence-based richtlijnenontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Bohn Stafleu van Loghum. Houten

Halem, N. Muller. I, (2009), Handboek studievoordigheden voor het hbo, Bohn Stafleu van Loghum.

Grol, R. en Wensing, M. (2011). Implementatie: effectieve verbeteringen van de patiëntenzorg. 3^e druk, Maarssen: Elsevier.

Kerstens. J.G. (2009). *Handboek Verpleegkunde*. 1^e druk. Bohn Stafleu van Loghum. Houten

Koeleman, H. (2003), interne communicatie als managementinstrumenten, 4^e druk, H.T. Koeleman, Amsterdam

Lucassen, P.L.B.J, Hartman, (2007), T.G, kwalitatief onderzoek, praktische methode voor de medische praktijk, Bohn Stafleu van Loghum.

Migchelbrink, F (2009). Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. 14^e druk. SWP, Amsterdam.

Miller R. William, Rollnick S. (2005) Motiverende gespreksvoering: Ekklesia;

Silverman J, Kurtz S, Draper J. (2006) Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Den Haag: LEMMA;

Stringer B. e.a, (2009), De eerste vijf minuten: het halve werk van Deventer, GGZ in Geest.

Terra B, Mechelen-Gevers E van, Burgt M van der. Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg; 2010. P. 222

Veenendaal, H. Franx, G.C. Grol, J. Vuuren van J. Versluijs, M. Dekhuijzen, P.N.R, (2003) evidence-based richtlijnontwikkeling, patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling, Bohn Stafleu van Loghum

Wiertzema, K (2007). Communicatie en management; Basisprincipes van communicatie. Pearson Education Benelux, Amsterdam.

Artikelen:

AOZG, (2010), verantwoordingsverslag, vilente lectoraat lokale dienstverlening vanuit klantperspectief. <http://www.surfsharekit.nl:8080/get/smpid:3643/DS2/>

Bos, L (2012). Tussenrapportages GGZ Instellingen. Projectgelden terugdringen Dwang en Drang 2011. GGZ Nederland.

Blok, M, (2010), hoe ziet neuman systems model de regie van de client tijdens het zorgproces?, psychiatrie Nederland, december, <http://psychiatrie-nederland.nl/word/het-neuman-systems-model-in-de-ggz/>

Bovenkamp, H. (2011). The Limits of Patient Power. Examining active citizenship in dutch health care. Erasmus university Rotterdam.

Gerads,R.A.E, (2009), informatiebehoefte van de patiënt in relatie tot netwerken van patiënten, achtergrondstudie bij het advies ' de patiënt als sturende kracht', rvz, [http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie -
Informatiebehoefte van de patient in relatie tot netwerken van patiënten.pdf](http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Informatiebehoefte_van_de_patient_in_relatie_tot_netwerken_van_patiënten.pdf)

GGZ Nederland (2010). Visie op ROM in de ggz. Stuurgroep ROM ggz.

Hafkenscheid,A, (2010), Proces Monitoring, GZ-psychologie, 8, december. http://www.nvvs.info/sites/default/files/nvvs/rammelende_rom2011.pdf

Handeling patiënten enquêtes/kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, december (2007)

Handeling focusgroepen/kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, september (2004).

Kroon, H, (2003), de zorgbehoeftenlijst: een vragenlijst voor het meten van zorg en rehabilitatiebehoeften bij mensen met ernstige psychische stoornissen. Trimbos-instituut, Utrecht, http://www.trimbos.nl/~media/Files/Gratis%20downloads/AU0225%20Zorgbehoeftenlijst_rapport_totaal.ashx

Landelijk Platform GGz, (2012), Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014, Den Haag, Juni, <http://www.ggznederland.nl/persberichten/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.pdf>

Leys, M e.a., oktober (2007), Patiëntenparticipatie in het gezondheidszorgbeleid, koning boudewijnstichting, brussel, [http://icuro.be/documents/content/Patientenparticipatieinhetgezondheidszorgbeleid-
eenliteratuuroverzicht.pdf](http://icuro.be/documents/content/Patientenparticipatieinhetgezondheidszorgbeleid- eenliteratuuroverzicht.pdf)

Mondriaan (2008). M. Goertz; Participatie familie en andere naastbetrokkenen. Mondriaan voor geestelijke gezondheid.

Wijnams. J, (2005), Patiëntenparticipatie, CBO kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Amsterdam.

Internetsites:

CBO, (2005). Patiëntgerichtheid. Available at: <http://www.cbo.nl>

Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (2012) Organisatie. Available at: <http://platformggz.nl>

LCIO (2012). Het Landelijke Crisiskaart Informatie en Ondersteuning Punt. De crisiskaart. Available at: www.crisiskaartggz.nl

LOC, (2011). Zeggenschap in de zorg. Visie herstellen met ROM. Available at: <http://www.loc.nl/>

NPCF, 2012. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Patiëntenparticipatie. Available at: <http://www.npcf.nl/>

Psychiatrie Nederland (2010). Psychiatrie Nederland; voor alle professionals in de ggz; Het signaleringsplan opstellen. Available at: www.psychiatrie-nederland.nl

Right marktonderzoek, (2012), <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek>

Tijdschriften:

Bers, M. van en Munten, G. (2008) Het PARISH- raamwerk: evidence, context en facilitering: de bouwstenen voor succesvolle implementatie, Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, 6 (4), 4-9

Bers v M, Munten G, (2008), evidence, context en facilitering de bouwstenen voor succesvolle implementatie, nederlands tijdschrift voor evidence based practice, nummer 4,

Hafkenscheid. A, Veeninga. A, (2011). Een eenvoudige methode om te meten of behoeften en wensen van patiënten worden vervuld, tijdschrift voor psychotherapie, volume 2011, nummer 2 , blz. 116-126

Experts:

Jansen, M. (2012) zorg coördinator RC ggz Weert

Jansen, C. (2012) afdelingsarts RC ggz Weert

Bode, A. (2012) manager Rc ggz Weert

Goud, B. (2012) psychiater RC ggz Weert

Clëntenraad KIB, (2012) GGZ E

Mooren, M (2012) opdrachtgeefster RC ggz Weert

Patiënten (2012) RC ggz Weert

Verpleegkundige werkgroep (2012) Rc ggz Weert

Bijlage 1: Topiclist.

De projectgroep heeft per deelonderzoek een aparte topiclijst gemaakt, maar deze komen grotendeels overeen. Alleen bij het deelonderzoek bij de patiënten werden de hoofditems 1t/m 3 gebruikt, omdat 4 niet na te gaan is onder de patiënten.

Topiclijst

1. Wat betekent patiëntenparticipatie?

- Wat wordt er onder patiëntenparticipatie verstaan.

Het is voor de projectgroep belangrijk om te weten welke betekenis elke respondent geeft aan het begrip patiëntenparticipatie. Dit zorgt ervoor dat beide partijen van het interview, zowel de interviewer als de respondent patiëntenparticipatie hetzelfde definiëren en dit voorkomt verwarring. (Baarda, 2005; Silverman, 2006) Daarnaast is het belangrijk om eerst breed te beginnen over het onderwerp en daarna wat specifiekere vragen te stellen, dit zorgt ervoor dat het interview niet te oppervlakkig blijft en ook niet te moeilijk begint (Baarda, 2005). De projectgroep begint dus breed door eerst na te gaan wat de betekenis is van patiëntenparticipatie volgens de respondent en wat de rol van patiëntenparticipatie voor iedere respondent is.

- Doel patiëntenparticipatie.

De projectgroep moet voor het ontwikkelen van het product weten wat het doel is van de patiëntenparticipatie. Het doel van patiëntenparticipatie is belangrijk omdat dat grotendeels bepaald welke methode er uiteindelijk gebruikt moet gaan worden om het doel van patiëntenparticipatie te realiseren. (CBO, 2005) Daarnaast is het belangrijk dat de projectgroep weet welk doel de respondenten voor ogen hebben met patiëntenparticipatie, zodat de projectgroep daarbij kan aansluiten met het product waardoor de implementatie dan een grotere kans van slagen heeft. (Grol, 2006)

- Patiëntenparticipatie ladder.

De projectgroep aan de hand van de patiëntenparticipatie ladder kijken op welke trede van de participatieladder er nu gebruik wordt gemaakt van patiëntenparticipatie. De projectgroep gebruikt de patiëntenparticipatie ladder om te kijken op welke trede de verschillende respondenten met patiëntenparticipatie werken en wat hun ideeën zijn op welke trede ze uiteindelijk willen zitten op de participatie ladder. De patiëntenparticipatie ladder geeft een indeling op welke manier de patiënt betrokken wordt:

1. Informatie
2. Consultatie
3. Advies
4. Partnership
5. Regie bij patiënt. (CBO, 2009)

2. Wat is de ervaring met patiëntenparticipatie?

- Ervaringen patiëntenparticipatie.

Voor de projectgroep is het belangrijk om een inventarisatie te maken over de ervaringen die de respondenten hebben met patiëntenparticipatie. In hoeverre werken de respondenten met patiëntenparticipatie en wat zijn hun ervaringen daarmee zijn. Door naar de ervaringen van de verschillende respondenten te vragen, zorgt dit ervoor dat de projectgroep de werkelijke situatie in beeld krijgt en dit is belangrijk voor het opstellen van het product.

- Verhouding professional- patiënt.

Er moet een bepaalde machtsbalans ontstaan tussen patiënt en professional. Deze machtsbalans vereist tevens ook gelijke verhoudingen om een succesvolle participatie te kunnen creëren. (Abma, 2007)

- *Werken aan een goede samenwerking/ ervaren van gelijkwaardigheid.*

Werken aan een goede samenwerking is gebaseerd op verpleegkundige opmerkingen over de vorming van samenwerkingsverbanden met de patiënt als een gewaardeerde collega op basis van duidelijk verwachtingen en rollen. Daarbij streeft de professional naar gemeenschappelijke doelen en positieve resultaten doormiddel van wederkerigheid en intimiteit. Dit wordt bereikt door het creëren van vertrouwen, respect, moed en engagement. Verpleegkundigen kunnen vertrouwen creëren door te geloven in de patiënt en het erkennen van de patiënt. (Sahlten, 2009)

- *Wordt er door de professional met de patiënt besproken of de doelen realistisch zijn.*
- *Ondersteund de professional de patiënt om zijn gevoelens bespreekbaar te maken.*

-

- Vaardigheden professionals.

De relatie tussen professionals en patiënt kan worden gezien als een samenwerkings – en onderhandelingsrelatie. Om dit te bereiken moeten de professionals over de volgende vaardigheden beschikken:

- *Echte belangstelling tonen in de patiënt, de patiënt echt leren kennen.*
- *De professional moet echt luisteren naar de patiënt.*
- *De professional moet aandacht hebben voor de patiënt.*
- *De professional moet tijd en vertrouwen creëren bij de patiënt.*
- *Er moet sprake zijn van open communicatie tussen de professional en patiënt om er voor te zorgen dat er geen stoornissen zijn in de communicatie dus ook in de zorgverlening..*

De professional moet de patiënt als een gewaardeerde collega zien op basis van duidelijke verwachtingen en rollen. Daarbij streeft de professional naar gemeenschappelijke doelen. (Verberk & de Kuiper, 2006. Sahlsten, 2009. Sahlsten, 2006) Hierbij wordt door de projectgroep onderzocht welke vaardigheden de professional daadwerkelijk dient te beheersen om veiligheid te creëren tussen de professional en de patiënt.

- Toestandsbeeld.

Naast het doel van patiëntenparticipatie is het ook belangrijk hoe de respondenten de invulling van patiëntenparticipatie zien met betrekking tot het toestandsbeeld van de patiënt. Wat zijn volgens de respondenten criteria om rekening mee te houden in welke mate een patiënt wel/niet mee participeert.

- Familieparticipatie.

Vanuit de visie van Neuman gekeken, heeft de omgeving veel invloed op het cliëntensysteem. Onder de omgeving wordt ook de familie verstaan. Dus als de familie betrokken wordt bij de behandeling kan die een positieve invloed hebben op het cliëntensysteem, dus de cliënt. Hierdoor heeft de behandeling meer invloed op de cliënt. (Verberk & de Kuiper, 2006). Het betrekken van familieleden bij de zorg, kan positief werken bij de participatie van de patiënt in de zorg. Evidence- based blijkt dat het betrekken van familie en naastbetrokkenen een positief effect heeft op de patiënt. Zorg is er op gericht op de patiënten weer zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren, het betrekken van familie en naasten hierin maakt de kans om dit waar te maken groter. (Mondriaan, 2008)

Familie en naastbetrokkenen kennen de patiënt door en door en zijn ervaringsdeskundigen in de omgang met de psychiatrische patiënt, daarbij komt dat ook de betrokkenheid van familie een positieve invloed kan hebben op de behandeling en begeleiding van de patiënt. Daardoor kunnen familie en naastbetrokkenen samenwerkingspartners zijn van de instelling. (Mondriaan, 2008)

De patiënt moet wel instemmen om familie of naasten mee te laten participeren bij de behandeling. Als de patiënt dat niet wil, moet de wil van de patiënt gevolgd worden omdat dit in overeenstemming is met het recht op zelfbeschikking en het recht op privacy. Wanneer iemand bijvoorbeeld wils of handelingsonbekwaam is of onder curatele of mentorschap staat, dan is het van belang om zorgvuldig te handelen in het belang van de patiënt. Elke situatie dient individueel besproken te worden en afspraken moeten duidelijk worden afgesproken en eenduidig worden afgestemd. Er kan daarbij hulp worden gevraagd aan een familievertrouwenspersoon. (Mondriaan, 2008)

- *Hoe wordt de familie betrokken bij de behandeling.*

Vanuit de visie van Neuman gekeken, heeft de omgeving veel invloed op het cliëntensysteem. Onder de omgeving wordt ook de familie verstaan. Dus als de familie betrokken wordt bij de behandeling kan die een positieve invloed hebben op het cliëntensysteem, dus de cliënt.

Hierdoor heeft de behandeling meer invloed op de cliënt. (Verberk & de Kuiper, 2006)

Als de patiënt instemt met participatie van familieleden of naasten zijn er 3 verschillende niveaus hoe dit ingevuld kan worden

1. *Familie en naastbetrokkenen betrekken bij de behandeling en begeleiding;*
2. *Familie en naastbetrokkenen betrekken en ondersteunen o.a. in mantelzorg;*
3. *Familie en naastbetrokkenen betrekken bij beleidsvorming binnen de instelling.*

(Mondriaan, 2008)

- Wetten/ overheid

Het management van het RC ggz Weert, heeft ook te maken met wetten die landelijk zijn vastgesteld. Hieraan dient de instelling zich te houden, maar deze wetten worden ook door de projectgroep meegenomen in het product. De projectgroep wil een beeld schetsen hoe de wetten in de praktijk worden vormgegeven en of daarin nog eventuele verbeterpunten zijn ook t.a.v. de nieuwe wetsvoorstellen.

- Wetten/richtlijnen in praktijk.

Er zijn verschillende wetten waarin ook patiëntenparticipatie wordt beschreven. Die wetten gelden voor alle instellingen. De projectgroep is benieuwd naar hoe die wetten in de praktijk worden vormgegeven.

- *Wet BOPZ: Wet bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. Bij het behandelplan moet de cliënt instemmen.*
- *WGBO: Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Recht op informatie over medische status, toestemming medische behandeling, inzage dossier, vertegenwoordiging van de patiënt die dat zelf niet kunnen.*
- *Kwaliteitswet zorginstelling. De instelling geeft zorg dat doeltreffend, doelmatig en afgestemd is op de wensen van de cliënt. Schrijven van een jaarverslag. (Dwang in de zorg, 2012)*

3. Wat zijn mogelijke verbeterpunten m.b.t. patiëntenparticipatie.

- Verbeterpunten patiëntenparticipatie

Nadat de ervaringen aan het licht zijn gekomen, wil de projectgroep ook weten wat de mogelijke verbeterpunten zijn voor patiëntenparticipatie volgens de verschillende respondenten. Wat vinden de respondenten belangrijk dat er veranderd wordt ten aanzien van patiëntenparticipatie. Dit zijn punten voor de projectgroep die meegenomen worden in de wenselijke situatie. (Grol, 2006)

- Doel.
Welk doel willen de respondenten bereiken met de verbeterpunten t.a.v. patiëntenparticipatie.
- Patiëntenparticipatie ladder.
Nadat de ervaringen, positieve en verbeterpunten besproken zijn, wil de projectgroep aan de hand daarvan kijken met de verschillende respondenten op welke trede van de participatieladder ze uiteindelijk willen zitten. De patiëntenparticipatie ladder geeft een indeling op welke manier de patiënt betrokken wordt:
 1. *Informatie*
 2. *Consultatie*
 3. *Advies*
 4. *Partnership*
 5. *Regie bij patiënt. (CBO, 2009)*
- Verhouding professional- patiënt.
Wat zijn volgens de respondenten verbeterpunten om de verhouding tussen de professional en de patiënt te optimaliseren.
- Vaardigheden professionals.
Omdat de relatie tussen patiënten en professionals bij patiëntenparticipatie erg belangrijk is, is het voor de projectgroep belangrijk om na te gaan, in hoeverre de professionals, de vaardigheden die belangrijk zijn voor een goede relatie tussen hulpverlener en patiënt, al beschikken en of daar verbeterpunten in zijn.
- Familieparticipatie.
De projectgroep gaat na of er misschien nog mogelijke verbeterpunten zijn m.b.t. familieparticipatie, omdat blijkt dat familie een belangrijke rol spelen in het cliëntensysteem. (Verberk & de Kuiper, 2006) Daarnaast is het voor de projectgroep belangrijk om te weten in hoeverre de respondenten familieparticipatie eventueel willen gaan gebruiken als het toestandsbeeld van de patiënt het belemmert om te participeren.
- Wetten.
De projectgroep gaat na of er volgens de stakeholders verbeterpunten zijn t.a.v. het uitvoeren van de wetten. Daarnaast wil de projectgroep samen met de stakeholders kijken naar de wetsvoorstellen die er liggen voor de toekomst. De projectgroep gaat na of er al punten zijn van die wetsvoorstellen die door de projectgroep meegenomen kunnen worden in het ontwikkelen van een product.
 - *Wetsvoorstel Cliëntenrechten. Clientgerichte zorg, keuze informatie over de zorg, informatie en toestemming over de zorg, medezeggenschap.*
 - *Wetsvoorstel verplichte GGZ. Behandeling dat aansluit bij wensen en behoeften van de patiënt, regelmatig overleg patiënt zorgverlener over de doelen die bereikt willen worden, hulpverleners moeten*

4. Wat is er nodig om verbetering uit te kunnen voeren.

- Vormgeven patiëntenparticipatie.

Het is belangrijk om te weten te komen hoe de respondenten denken dat patiëntenparticipatie kan worden geïmplementeerd op de afdeling. Als de projectgroep weet welke ideeën de respondenten hebben hoe patiëntenparticipatie kan worden vormgegeven, kan de projectgroep hierop aansluiten. Als de oplossing overeen komt met de ideeën van de respondenten heeft de implementatie meer kans van slagen. (Grol, 2006)

- Implementeren

Nadat de eventuele verbeterpunten van patiëntenparticipatie zijn besproken, is het voor de projectgroep belangrijk om een beeld te krijgen hoe de respondenten graag zouden willen zien hoe een plan voor de verbeterpunten geïmplementeerd zou kunnen worden. Welke manieren hebben de respondenten in gedachten en hoe zien hun graag dat dit vorm gegeven wordt. Als de projectgroep bij die wensen kan aansluiten, is de kans groter dat de implementatie slaagt.

- Manier van leidinggeven

Er zijn verschillende manieren hoe er leiding gegeven kan worden binnen een instelling. De manier van leiding geven kan ook bepalen op welke manier de implementatie vorm gegeven gaat worden. De projectgroep wil dus graag weten hoe hun het leiderschap ervaren en welke leiderschapsstijl er gehanteerd wordt. Dit zal verder bepalen hoe de projectgroep het implementatieplan gaat vormgeven. (Grol, 2006)

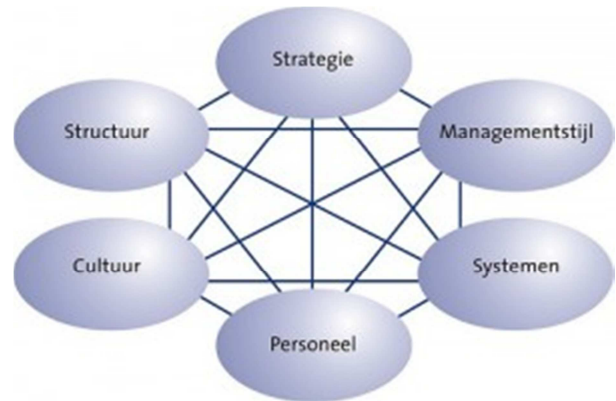
- Benodigheden verbeterpunten.

Wat hebben de verschillende respondenten nodig om uiteindelijke verbeterpunten te gaan uitvoeren? De projectgroep wil graag weten welke handvaten de respondenten nodig hebben om veranderingen die worden opgesteld uit te voeren in de praktijk. Dit zijn belangrijke punten voor de projectgroep om mee te nemen in het ontwikkelen van het uiteindelijke product. De projectgroep moet namelijk aansluiten bij de behoeften van degene die het plan moeten uitvoeren, want zo wordt de kans van slagen van de implementatie groter. (Grol, 2006)

Bijlage 2: Uitwerking ESH Model.

Het ESH-model:

De wijze waarop de organisatie wordt ingericht, wordt beschreven aan de hand van het Evenwicht-Samenhang-Heterogeniteit model. Het ESH-model bestaat uit de elementen strategie, structuur, cultuur, managementstijl, personeel en systemen. Interne communicatie komt in alle elementen terug, maar behoort voor een groot deel tot de systemen.



Strategie is de manier waarop (en het geheel waarmee) de vooraf opgestelde doelen van de organisatie worden nagestreefd; het zogenaamde actieplan.

Structuur is de taak-, verantwoordelijkheids-, en bevoegdheidsverdeling en de compensatie daarvan.

Cultuur is het geheel van gemeenschappelijke waarden en normen van een groep mensen en het daaruit voortvloeiende gedrag.

Managementstijl is het geheel van kenmerkende gedrag patronen van het management.

Personeel is het geheel van karakteristieken en vaardigheden van medewerkers.

Systemen zijn de regels en procedures waarmee het dagelijks functioneren wordt gestuurd. (Koeleman, 2005)

Bij het ESH- model bestaan 3 kenmerken. Het eerste kenmerk is dat de elementen willekeurig zijn in volgorde. Een eerste kenmerk van dit model is dat de volgorde van de elementen willekeurig is. De elementen moeten evenwichtig verdeeld worden. Alle elementen zijn even belangrijk en hangen dus met elkaar samen.

Het tweede kenmerk is dat de elementen onderling samenhangen. Als er iets verandert in een van de elementen, heeft dat consequenties voor de andere elementen, dit zorgt ervoor dat de organisatie dynamisch wordt.

Ten derde is er sprake van heterogeniteit binnen elk van de elementen.

De drie elementen evenwichtigheid, samenhang en heterogeniteit leiden tot de afkorting ESH.

De projectgroep heeft aan de hand van het jaarverslag van het RC ggz Weert 2011 het ESH- model uitgewerkt. Daarnaast hebben interviews voor aanvulling gezorgd, voor de analyse van de organisatie binnen de instelling RC ggz Weert.

Hieronder worden alle elementen nader omschreven.

Strategie

In een organisatie is het van belang dat er een strategie over een langere periode wordt gepland.

Iedere organisatie moet een strategisch plan maken, want iedere organisatie maakt keuzes.

Om tot een strategisch plan te kunnen komen zijn intuïtie, visie, planning en onderzoek van belang.

De methodes die men hiervoor kan gebruiken zijn een systematische strategie, een formeel strategieformuleringsmodel en door strategisch te puzzelen.

Kennis van de omgeving is van belang om tot een goede strategie te komen. Hierbij gaat het om kennis van eigen sterkten en zwakten. Daarnaast is het van belang dat de resultaten van de strategieformulering uitgewisseld worden met de medewerkers van de organisatie die niet direct bij het proces betrokken zijn. Hierdoor zijn strategie en interne communicatie met elkaar verbonden.

(Koeleman, 2003)

RC ggz Weert:

Het RC ggz Weert heeft in 2010 stevig verlies geleden, daardoor zijn er een aantal maatregelen genomen om de (financiële) positie van het RC ggz Weert te versterken. Er is een nieuwe strategische koers opgesteld voor de jaren 2012-2014. Bij deze nieuwe koers heeft het RC ggz Weert de missie van de instelling herschreven.

De missie van het RC ggz Weert van 2011 is als volgt:

“Regionaal Centrum GGz Weert biedt tweedelijns psychiatrische behandeling, begeleiding en dienstverlening aan mensen van 18 jaar en ouder. In de regio Weert kunnen patiënten en ketenpartners bij ons terecht voor intake en diagnostiek, ambulante en klinische behandeling/begeleiding, crisisinterventie en advies.”

“In alles wat wij doen, willen wij betrouwbaar en servicegericht zijn. Onze kracht zit in onze medewerkers en de manier waarop zij samenwerken in multidisciplinaire teams. Zij zijn ons kapitaal. Zij bepalen met de patiënt en/of naastbetrokkenen de hulpvraag. Betrokken, kritisch en professioneel organiseren zij vervolgens de inzet van de juiste behandeling/begeleiding en deskundigheid. Samen werken met onze ketenpartners is vanzelfsprekend. Zo staan wij voor kwaliteit, veiligheid en continuïteit.” (RC ggz Weert, 2011)

Naast dat de missie herschreven is heeft het RC ggz Weert de visie ook opnieuw geformuleerd, dat afgeleid is van de missie. Deze staat hieronder beschreven. De projectgroep weet nu, oktober 2012, dat de verpleegkundige werkgroep weer een nieuwe visie aan het schrijven is, een andere dan hieronder beschreven staat, voor de open en de gesloten afdeling van het RC ggz Weert.

De visie van het RC ggz Weert (2011)

1. Wij zijn professioneel, betrouwbaar en servicegericht.

Patiënten en ketenpartners kunnen bij RC ggz Weert terecht voor psychiatrische intake en diagnostiek, behandeling/begeleiding, crisisinterventie en advies. Er wordt door de werknemers van het RC ggz Weert altijd antwoord gegeven op een vraag, als het RC ggz Weert geen antwoord op een vraag kan bieden, wordt er gericht verwijsadvies gegeven. Dit zorgt ervoor dat wat de werknemers van het RC ggz Weert doen, ook goed gebeurt en betrouwbaar is.

Onder professioneel handelen verstaat het RC ggz Weert dat werknemers bereid zijn tot reflecteren en leren. Dat werknemers aanspreekbaar zijn op hun handelen en afspraken nakomen. Iedere individuele werknemer heeft een bijdrage aan het professionaliseren van het (multidisciplinaire) team en organisatie. De organisatie investeert in deskundigheidsbevordering, ontplooiingskansen en een prettig werkklimaat voor de werknemers van het RC ggz Weert. (RC ggz Weert, 2011)

2. Wij verlenen patiëntgerichte behandeling/begeleiding.

De behandeling van een patiënt wordt vanuit de hulpvraag van de patiënt opgesteld. Familie en naastbetrokkenen worden betrokken bij het behandelbeleid van de patiënt. Daarnaast is de cliëntenraad een partner voor de werknemers om de behandeling/begeleiding en dienstverlening patiëntgericht op te stellen. (RC ggz Weert, 2011)

3. Wij bieden patiënten continuïteit van behandeling/begeleiding.

Patiënten die opgenomen worden binnen het RC ggz Weert krijgen de juiste behandeling en begeleiding aangeboden door multidisciplinaire samenwerking. Voor de nazorg van een patiënt probeert het RC ggz Weert de zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij hun behandeling. (RC ggz Weert, 2011)

4. Wij werken methodisch en resultaatgericht in multidisciplinaire teams.

Het RC ggz Weert is een kleinschalige organisatie, alle werknemers werken vanuit één locatie. Dit zorgt ervoor dat de communicatielijnen kort zijn, waardoor een behandeling/begeleiding snel te organiseren is. Door behandeldoelen opstellen, het werken met een behandelplan en evaluatie van het behandelplan systematisch uit te voeren, kan er bepaald worden welke zorg de patiënt precies aansluit bij de hulpvraag van de patiënt. Om dit voor elkaar te krijgen zal de organisatie flexibel moeten zijn. (RC ggz Weert, 2011)

5. Wij verlenen onze behandeling/begeleiding “stepped care”.

Stepped care hulpverlening betekent dat de minst ingrijpende behandeling de voorkeur heeft. (RC ggz Weert, 2011)

6. Wij verlenen behandeling/begeleiding volgens zorgprogramma's.

De zorgprogramma's die het RC ggz Weert gebruikt zijn afgeleid van landelijke richtlijnen. Deze landelijke richtlijnen zijn gebaseerd op evidence based handelen, waarbij beschreven wordt welke behandeling/begeleiding er aan specifieke patiëntengroep geboden kan worden. Er kan de zorgprogramma's worden afgeweken, als dat wordt gemotiveerd. Het werken met deze zorgprogramma's zorgt voor verantwoord en transparant werken, dit is de basis voor kwalitatief goede en veilige zorg. (RC ggz Weert, 2011)

Het meerjarenbeleid is herzien in 2011 en is uitgewerkt in de strategische koers 2012-2014 en de notitie: "Regionaal Centrum: zo georganiseerd".

De hoofdlijn in de strategische koers 2012-2014 is dat er een toekomstbestendige organisatie is. RC ggz Weert wil een betrouwbare, servicegerichte en toegankelijke geïntegreerde tweedelijns GGZ-instelling zijn voor patiënten, verwijzers en ketenpartners. Het RC ggz Weert wil psychiatrische screening, diagnostiek, consultatie en advies, acute psychiatrie en psychiatrische behandeling van angst- en stemmingsstoornissen; persoonlijkheidsstoornissen en ADHD; ouderenpsychiatrie en cognitieve stoornissen en psychotische stoornissen nog meer eigen maken. Om dit mogelijk te maken zal de multidisciplinaire samenwerking nog een grotere rol spelen om zo de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten soepeler te maken. (RC ggz Weert, 2011)

Naast het optimaliseren van de disciplinaire samenwerking zijn er ook al eerder in gang gezette ontwikkelingen die de komende jaren een rol zullen spelen. Deze ontwikkelingen zijn te onderscheiden in twee groepen: zorg en ondersteunende processen.

Zorg.

- Het door ontwikkelen van en gaan werken met zorgprogramma's. Deze zorgprogramma's zijn ontwikkeld op evidence based interventies en er kan vanaf geweken worden als dit wordt beargumenteerd. Zorgprogramma's zijn afgestemd op de vraag van de patiënt en gekoppeld aan een DBC –structuur, zodat financiële vergoeding gewaarborgd is.
- Aandacht schenken aan wacht en toegangstijden en het monitoren daarvan. Patiënten dienen zo snel mogelijk geholpen worden met hun hulpvraag.
- Heroriënteren op de opnamecriteria met als uitgangspunt: niet te snel opnemen, maar zeker ook niet te laat.
- Een herkenbare tweedelijns positie creëren door in Weert en omstreken samenhangend zorgaanbod te bieden aan mensen met psychiatrische problematiek. (RC ggz Weert, 2011)

Ondersteunende processen.

- Een effectieve en efficiënte bedrijfsvoering
- Kwaliteiten en resultaten steeds beter zichtbaar maken voor medewerkers, patiënten en externe belanghebbenden, zoals ketenpartners, verzekeraars en inspectie.
- Een veiligheidsmanagementsysteem invoeren (VMS) (RC ggz Weert, 2011)

In 2011 zijn een aantal projecten binnen het RC ggz Weert opgezet en uitgewerkt. Er zijn een aantal projecten die in 2012 en op volgende jaren verder uitgewerkt worden. De projectgroep heeft hieronder alleen de projecten beschreven die voor 2012 en volgende jaren gelden, omdat dit hoort bij de strategie van de organisatie van het RC ggz Weert.

Werken volgens zorgprogramma's

Het gebruik van zorgprogramma's zorgt ervoor dat multidisciplinair afspraken worden gemaakt over behandelprogramma's voor specifieke doelgroepen. In 2011 zijn zorgprogramma's opgesteld voor cognitieve stoornissen en depressie bij ouderen. De zorgprogramma's voor borderline persoonlijkheidsstoornissen en depressie bij volwassenen zijn herziend. Zorgprogramma's van andere doelgroepen worden in de loop van 2012 vastgesteld. Wat RC ggz Weert in 2012 verder wil ontwikkelen is de zoektocht een instrument dat de effecten van de behandeling volgt. (RC ggz Weert, 2011)

Ontwikkelen in het primaire proces

In 2011 was het moeilijk de continuïteit van de zorg te waarborgen, omdat er een gebrek was aan psychiateren. Punten die in 2012 verder worden ontwikkeld om de continuïteit van de zorg te waarborgen zijn:

- Crisisdienst binnen kantooruren.
In 2012 wordt gestart met een nieuwe werkwijze van de bereikbaarheidsdienst binnen de kantooruren. Waar nodig wordt dit doorontwikkeld.
- Pilot Inzet Ambulant Psychiatrisch Verpleegkundige (APV)/ Langdurige Zorg (LZ).
Om sneller ondersteuning en begeleiding te bieden aan langdurige zorg patiënten, zijn verpleegkundigen van de kliniek ingezet als Ambulant Psychiatrisch Verpleegkundigen. Deze pilot heeft in 2011 plaatsgevonden, door positieve ervaringen worden de APV-uren gecontinueerd en wil RC ggz Weert APV-uren voor alle interne teams.
- Totaalpoli.
Om alle screeningsactiviteiten te bundelen worden deze activiteiten ondergebracht in het Centrum voor Diagnostiek en Screening. De uitwerking hiervan zal plaatsvinden in 2012.
- Afdeling groepstherapie.
Vanuit de verwijzers en kliniek is er vraag naar ontspanning. In 2012 zal een werkgroep een voorstel doen hoe dit vormgegeven kan worden. (RC ggz Weert, 2011)

Project: Terugdringen Dwang en Drang 2011

Dit project heeft 3 kernen binnen de instelling RC ggz Weert

- Het opstellen van een behandelvisie kliniek.
Er is voor de kliniek een plan opgesteld voor de algemene procesbeschrijving van behandeling begeleiding, dit wordt in 2012 geïmplementeerd. In 2011 is er procesbeschrijving ontwikkeld om meer uniform te werken op de afdelingen en in 2012 wordt dit project afgerond en wordt de implementatie gestart.
- Deskundigheidsbevordering van personeel.
Deskundigheidsbevordering dreigend destructief gedrag. Binnen het RC ggz Weert zijn 3 verpleegkundigen geschoold als trainer van Dreigend Destructief Gedrag. In 2011 hebben die verpleegkundigen de medewerkers van de kliniek, ambulant, receptionistes getraind om inzichten te krijgen van omgaan met dreigen gedrag. Voor 2012 is het de bedoeling dat de medewerkers bijgeschoold worden.
- Registreren volgens de eisen van Argus-methodiek.
De cijfers van het aantal separaties van 2011 zijn vergeleken met die van 2009 en 2010. De trend die daaruit naar voren komt is dat er veel minder separaties hebben plaatsgevonden, maar de separeertijd per insluiting is veel langer. In 2012 wordt onderzocht welke factoren met deze ontwikkeling te maken hebben. Daarnaast worden afspraken gemaakt met de crisisdienst en de politie in 2012. (RC ggz Weert, 2011)

Samenwerking in de keten.

Zoals beschreven is bij het kopje structuur van het ESH model werkt RC ggz Weert mee in een keten van verschillende organisaties. RC ggz Weert wil deze samenwerking in de keten in 2012 nog verder optimaliseren door de volgende punten:

- Samenwerking met Stichting Land van Horne.
In 2011 heeft de samenwerking tussen Rc ggz Weert, Stichting Land van Horne en het St. Jans Gasthuis nog niet geleid tot duidelijke afspraken. Doelen voor de samenwerking zijn het behalen van efficiëntie voordelen en het verbeteren van de toegang. In 2012 worden er door de bestuurders van de instellingen afspraken gemaakt, daarnaast wil de gemeente ook een rol gaan vervullen in de ketensamenwerking.
- 24-uurs crisisdienst.
Het RC GGZ Weert en het RiaggZuid hebben een gezamenlijke activiteit: de crisisdienst. De crisisdienst heeft als doel het waarborgen van de geestelijke gezondheidszorg buiten de

reguliere kantoortijden. Het RiaggZuid en het RC ggz Weert hebben in 2011 geprobeerd om afspraken te maken over de inzet van mensen en middelen om de kosten en baten van de crisisdienst duidelijk te maken. Dit krijgt vervolg in 2012. (RC ggz Weert, 2011)

De projectgroep ziet dat het RC ggz Weert plannen heeft beschreven voor het jaar 2012 om zo de zorg te optimaliseren en de positie van het RC ggz Weert te verbeteren. Daarbij komt dat er verpleegkundige werkgroep bezig is met het schrijven van een nieuwe visie. De projectgroep maakt met het afstudeerproject over patiëntenparticipatie, een deel uit van de nieuwe visie die de verpleegkundige werkgroep aan het ontwikkelen is. Het is voor de projectgroep dus belangrijk om regelmatig met de verpleegkundige werkgroep contact te hebben, zodat het product wat de projectgroep ontwikkeld ook aansluit bij de visie van de verpleegkundige werkgroep. Door daarbij bij aan te sluiten is de kans van slagen van de implementatie groter. (Grol, 2006) RC ggz Weert heeft plan geschreven voor de organisatie om de veranderingen in de omgeving op te vangen en zichzelf als organisatie verder te ontwikkelen. Dit plan is opgesteld uit intuïtie, visie, planning en onderzoek van belang. (RC ggz Weert, 2011)

Structuur

Iedere organisatiestructuur werkt op zijn eigen manier. Dit betekent dat bepaalde communicatiemethoden in de ene organisatie effectief zijn terwijl het in de andere organisatie niet werkt. Het is van belang dat de structuur van de organisatie aangepast wordt aan het type organisatie. Hierbij komt wederom kijken dat de interne communicatie soepel verloopt zodat de structuur binnen de organisatie effectief blijft.

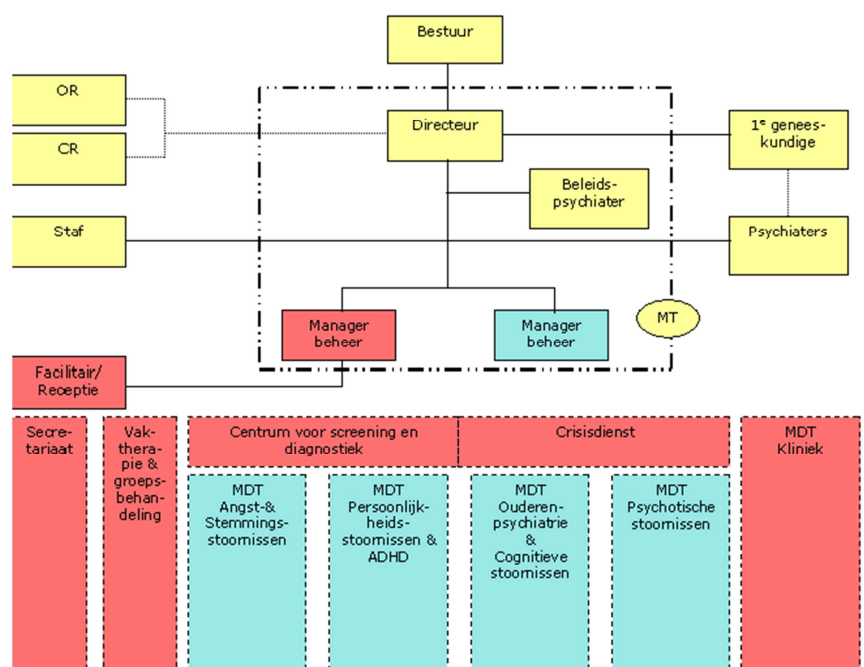
Volgens Mintzberg (1991) bestaan er 7 verschillende types organisatiestructuren die onderling verschillen zoals:

1. Ondernemende of simpele structuur
2. Machine bureaucratie
3. Professionele bureaucratie
4. Divisiestructuur
5. Adhocratie
6. Zendingsorganisatie en politieke arena
7. Resumé .(Koeleman, 2003)

RC ggz Weert:

Het Regionaal Centrum GGz te Weert is een joint venture van het St. Jans Gasthuis te Weert, RiaggZuid en Vincent van Gogh (voorheen GGz Noord- en Midden-Limburg).

De juridische structuur van het RC ggz Weert is een maatschap, waarbinnen de partners onder gemeenschappelijke naam en verantwoordelijkheid dit centrum voor geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg in stand houden. De instelling dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de exploitatie van het RC ggz Weert. Het RC ggz Weert is binnen de instelling als volgt ingedeeld:



Zoals te zien is in het organogram, staat het bestuur bovenaan. Het bestuur bestaat uit de 3 leden: de directeuren van St. Jans Gasthuis, Riagg en het Vincent van Gogh. Zij geven samen strategische aansturing aan het RC ggz Weert. Zij stellen de begrotingen, jaarplannen en jaarverslagen vast. Daaronder komt de directie. De directie van het RC ggz Weert is verantwoordelijk voor de operationele aansturing en moet daarover verantwoording afleggen aan het bestuur. (Rc ggz Weert, 2011; Bode, 2012)

Bij het RC ggz Weert is ook een managementteam dat bestaat uit: de directie, vertegenwoordiger van de psychiaters en de managers. Het MT vergadert tweewekelijks en is platform voor overleg en besluitvorming over zaken die voor het RC ggz Weert als geheel van belang zijn. Voorbeelden waar vergaderingen van het managementteam over gaan zijn het vaststellen van beleidskaders, ingediende plannen beoordelen, het stellen van prioriteiten en het toetsen van het beleid en plannen. (RC ggz Weert, 2011)

Er zijn binnen het RC ggz Weert ook raden die medezeggenschap hebben:

- De Ondernemingsraad.
De ondernemingsraad heeft medezeggenschap namens het personeel. De ondernemingsraad van het RC ggz Weert heeft zeven zetels, waarvan er drie ingevuld zijn door commissies. Die drie commissies zijn: sociaal beleid en Arbo, organisatie en public relations. De andere plekken zijn ingevuld door personeelsleden. De ondernemingsraad mag instemming en advies geven bij plannen van de directie. (ORnet, 2009)
- De cliëntenraad.

De cliëntenraad komt op voor de belangen van de patiënten die zijn opgenomen binnen het RC ggz Weert en hun naasten. De cliëntenraad heeft ook advies en instemmingsrecht. De cliëntenraad van het RC ggz Weert bestaat uit zeven personen, deze zeven personen hebben zelf (van dichtbij) meegemaakt om psychiatrische klachten te hebben. De cliëntenraad richt zich vooral op de kwaliteit van de bejegening met psychiatrische patiënten. Een leidraad voor de cliëntenraad is het project: "Terugdringen van Dwang en Drang". (RC ggz Weert, 2011)

Meerjarenbeleid

Het RC ggz Weert heeft een meerjarenbeleid opgesteld. Het RC ggz Weert koerst op een toekomstbestendige organisatie. Het RC ggz Weert staat als een betrouwbare, servicegerichte en toegankelijke geïntegreerde tweedelijns GGz-instelling voor patiënten, verwijzers en ketenpartners in de regio Weert.

Het RC ggz Weert vestigt de aandacht sterker op psychiatrische screening, diagnostiek, consultatie en advies, acute psychiatrie en psychiatrische behandeling van angst- en stemmingsstoornissen; persoonlijkheidsstoornissen en ADHD; ouderenpsychiatrie en cognitieve stoornissen en psychotische stoornissen.

Het RC ggz Weert zet sterker in op multidisciplinaire samenwerking en soepele instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten. Hierbij is de inzet en betrokkenheid van medewerkers belangrijk.

Cultuur

Onder cultuur wordt verstaan: De gemeenschappelijke waarden en normen van een groep mensen en hun daaruit voortvloeiende manieren van doen.

De cultuur is in vele gevallen bepalend voor de keuze van communicatie-instrumenten. De cultuur kan er ook de oorzaak van zijn dat bepaalde communicatie-instrumenten negatief worden beoordeeld.

Voor het opzetten van een bruikbaar communicatiebeleid is het belangrijk om te achterhalen welke communicatiekanalen cultureel taboe zijn, en welke juist wel worden gehanteerd. (Koeleman, 2003)

RC ggz Weert:

In 2011 moest de kliniek de beddenscapaciteit afbouwen waardoor de teams veranderd werden. Voorheen bestonden er drie klinieken binnen de instelling. Op 1 juli 2011 werd kliniek drie gesloten waardoor het team van kliniek drie werd samengevoegd met het team van kliniek twee. Dit heeft veranderingen met zich meegebracht. Ten eerste moesten de werknemers opnieuw 'kennismaken' met elkaar en moesten ze wennen aan de samenwerking van de diverse teamleden. Ten tweede had

het grote invloed omdat er cultuurverschillen waren tussen de klinieken onderling. Door hier veel aandacht aan te besteden werd de samenwerking beter. Alhoewel is er nog meer tijd en extra inspanning nodig om er een nieuw geheel team van te maken. Dit komt mede doordat er veel veranderingen zijn binnen de instelling. (RC ggz Weert, 2011)

Dit houdt in dat de instelling groeimogelijkheden biedt voor de verpleegkundigen om ambulant te gaan werken. Door ontwikkelen naar de functie van PIT (Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg), APV (Ambulant Psychiatrisch Verpleegkundige) of SPV (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige) is het uitgangspunt. (RC ggz Weert, 2011)

De projectgroep heeft in oktober 2012 onder de verpleegkundigen van de open en gesloten afdeling een CAI- vragenlijst afgenomen. Hieruit blijkt dat de verpleegkundigen de cultuur zowel binnen de gesloten afdeling als de open afdeling dit als redelijk sterk wordt ervaren. Dit betekent dus dat de cultuur die heerst op de afdeling als positief wordt ervaren. Uit de interviews met de manager en de zorg coördinator heeft de projectgroep ook terug gehoord dat de afdelingen nu in een fase zitten, waarbij ze open staan voor veranderingen. Uit beide interviews kwam ook naar voren dat beide afdelingen open staan voor meer patiëntgericht werken. (Bode, 2012; Jansen, 2012) Dat de afdelingen daarvoor open staan, is belangrijk voor de projectgroep. Want doordat de afdelingen open staan, heeft dit een positief effect op de implementatie, waardoor de kans van slagen groter wordt.

Managementstijl

Medewerkers krijgen rechtstreeks te maken met de normen en waarden van de organisatie door de stijl van leiding geven die de managers hanteren.

Het traditionele managen is sterk gericht op de dingen die gedaan moeten worden. Voor het modernere leiding geven is een meer mensgerichte houding gewenst. De wijze waarop een manager leiding geeft is afhankelijk van verschillende factoren. Het type manager aan wie hij verantwoording af moet leggen is vaak een voorbeeld. De medewerkers aan wie de manager leiding moet geven, oefenen zelf ook invloed uit op de stijl daarvan. Zij stellen zich vaak in op een bepaalde stijl van leiding geven. Hun ervaringen met eerdere managers speelt daarbij een grote rol. (Koeleman, 2003)

RC ggz Weert:

Tijdens de analysefase van het afstuderen heeft de projectgroep navraag gedaan bij het management hoe er leiding wordt gegeven binnen het RC ggz Weert. Het leidinggeven binnen het RC ggz Weert wordt als volgt vormgegeven: in het organogram (zie structuur) is te zien dat het bestuur bovenaan staat. Het bestuur bestaat uit de drie organisaties waaruit het RC ggz Weert is ontstaan, het RIAGG, het St. Jans Gasthuis en het Vincent van Gogh. Vanuit die drie instellingen en vanuit het RC ggz Weert komen de directeuren regelmatig bij elkaar om beslissingen te nemen. De uiteindelijke beslissingen die gedaan worden, worden beslist door het bestuur. (Bode, 2012)

Het managementteam vergadert met onder andere de directeur van het RC ggz Weert over de plannen die er liggen. De cliëntenraad mag vanuit de cliënten inbreng geven en de ondernemingsraad van de medewerkers. De cliëntenraad en de ondernemingsraad kunnen hun advies en instemming geven, maar uiteindelijk maakt de directeur de beslissing. (RC ggz Weert, 2011) Die beslissingen moeten ook weer overlegd worden met het bestuur, in dat overleg worden de uiteindelijke beslissingen genomen. Het RC ggz Weert is afhankelijk van de drie andere instellingen. (Bode, 2012)

Dit is een democratische leiderschapstijl wat er gehanteerd wordt binnen het RC ggz Weert. De directeur kijkt wat de wensen zijn van de meerderheid en laat zich hierdoor leiden. Uiteindelijk worden de beslissingen genomen door het bestuur. (Baarda, 2003) De projectgroep heeft tijdens de analysefase een CAI- vragenlijst afgenomen onder het personeel van de open en gesloten afdeling van het RC ggz Weert. Hieruit komt dat de medewerkers de leiderschap als redelijk sterk ervaren. Dit betekent dat manier die nu gehanteerd wordt binnen het RC ggz Weert als redelijk positief wordt ervaren. Doordat het als positief wordt ervaren, is het handig voor de projectgroep om daar tijdens de implementatiefase daarbij aan te sluiten. Hierdoor sluit de projectgroep aan bij de manier van

werken van de instelling en dit zorgt ervoor dat de kans van slagen van de implementatie groter wordt. (Grol, 2006)

Personeel

Het centrale thema bij het organisatie-element 'personeel' van het ESH-model, is het zodanig benutten van de competenties van mensen dat dat zowel voor henzelf als voor de organisatie leidt tot productief gedrag. Personeel is geen bron, maar beschikt over bronnen, zoals kennis, vaardigheden, houdingen en relaties. Binnen de organisatie zal daarom aandacht moeten worden besteed aan het potentieel van het personeel. Het personeel zal ruimte moeten hebben om continu te kunnen leren. Het is daarom nodig dat medewerkers:

- *Het gevoel hebben dat zij emotioneel betrokken zijn bij het werk dat zij moeten doen*
- *Resultaten zien van het werk, zowel individueel als in groepsverband*
- *Betrokken worden bij het wel en wee van de organisatie*
- *Een toekomstperspectief hebben binnen de organisatie.* (Koeleman, 2003)

RC ggz Weert:

RC ggz Weert had in 2011, 121 personeelsleden in dienstverband. Daarvan zijn er 33 mannen en 88 vrouwen werkzaam op het RC ggz Weert. Door diverse oorzaken heeft in 2011 een aantal personeelsmutaties plaatsgevonden. In verband met teruglopende psychiateraanpak zijn in 2011 drie psychiaters aangesteld. Twee in vast dienstverband en een als tijdelijke kracht. Daarnaast zijn er in 2011 diverse tijdelijke contracten afgesloten en deze zijn niet altijd verlengd.

In 2011 is er ook een kliniek gesloten. Doordat er een kliniek is gesloten hebben er een aantal verschuivingen plaatsgevonden binnen de klinisch verpleegkundigen. Zo volgt een verpleegkundige nu de opleiding SPV en wordt een andere verpleegkundige ingezet als PIT-verpleegkundige. En de twee overige opleidingsplaatsen zijn ingevuld. Namelijk, opleiding tot nurse practitioner en opleiding tot GZ-psycholoog. Ten slotte zijn drie medewerkers die met zwangerschapsverlof zijn, vervangen in hun functies. (RC ggz Weert, 2011)

In 2011 liepen er in totaal 12 stagiaires stage op het RC ggz Weert. Acht stagiaires liepen hun verpleegkunde stage binnen de kliniek en vier stagiaires liepen stage bij creatieve therapie. Daarnaast zijn er vanuit de universiteit Maastricht het gehele jaar door coassistenten en huisartsen in opleiding werkzaam geweest binnen het RC ggz Weert.

In 2011 het ziekteverzuim licht gestegen tegenover 2010. Dit komt doordat er een aantal langdurig arbeidsongeschikte werknemers zijn. De verhoging in het ziekteverzuim is niet werk gerelateerd. In het eerste kwartaal in 2011 is er een overstap gemaakt naar een andere arbodienst, namelijk 365/ArboNed. De overstap heeft plaats gevonden nadat er overleg en instemming is geweest met de ondernemingsraad. Daarnaast hebben er ook gesprekken plaatsgevonden met kandidaat bedrijfsartsen. In April 2011 is er dan ook een nieuwe bedrijfsarts aangesteld. Het management en de ondernemingsraad toetsen door middel van periodieke evaluaties of de visies met betrekking tot Arbo gerelateerde zaken overeen blijven komen. (RC ggz Weert, 2011)

In 2011 is er samen met de ondernemingsraad de volgende regelingen/protocollen gewijzigd of van kracht gegaan:

- Gratificatieregeling (incentiveregeling is hiermee vervallen te komen)
- Regeling werving en selectie
- Attentieregeling
- Verzuimprotocol
- Regeling reis-, verblijf- en verhuiskosten

(RC ggz Weert, 2011)

Systemen

Bij het begrip systemen moet men denken aan de regels en procedures die in organisaties worden gehanteerd om de mensen in de organisatie te sturen. Het zijn vaak beheerssystemen van tijd, geld,

kwaliteit en informatie in het productieproces. Veel managers houden van dergelijke sturingssystemen. (Koeleman, 2003)

RC ggz Weert:

Binnen het RC ggz Weert werkt men met zorgprogramma's. In de zorgprogramma's maken hulpverleners multidisciplinair afspraken over behandelprogramma's voor specifieke patiëntengroepen. Zorgprogramma's zijn een hulpmiddel om de kwaliteit van de zorg en dienstverlening te waarborgen.

In 2011 zijn er nieuwe zorgprogramma's voor cognitieve stoornissen en depressie bij ouderen vastgesteld. Daarnaast is er gewerkt aan het herzien van het zorgprogramma voor borderline persoonlijkheidsstoornissen en het zorgprogramma depressie bij volwassenen. Er is ook een aanzet gegeven voor het ontwikkelen voor een zorgprogramma voor angststoornissen. De verder uitwerking hiervan volgt in 2012.

Daarnaast is het RC ggz Weert bezig om in het zorgprogramma te kijken en te volgen wat het effect is van de behandeling. Om dit te kunnen meten wil RC ggz Weert gebruik gaan maken van Routine Outcome Monitoring (ROM).

Binnen het RC ggz Weert wordt er via de HKZ-norm gewerkt. Daarin zijn kwaliteit en veiligheid belangrijke aspecten en dit vergt dan ook continue aandacht. Daarom werkt het RC voortdurend aan kwaliteitsbewustzijn onder de medewerkers, bijvoorbeeld met behulp van interne en externe audits en door het toetsen van tevredenheid onder patiënten en medewerkers. Door behulp van de Deming-verbetercyclus worden verbeterpunten niet alleen gesignaleerd maar ook doorgevoerd.

Sinds 2007 is het RC ggz Weert HKZ-gecertificeerd (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector). Eind 2010 is het RC ggz Weert gehergecertificeerd voor de HKZ-norm 2002. In 2011 is er veel aandacht besteed om het kwaliteitssysteem van RC ggz Weert op orde te krijgen volgens de nieuwe HKZ-norm 2009. De deadline om deze norm te krijgen ligt in 2012. Een belangrijk verandering in de HKZ-norm 2009 is dat veiligheidsnormen en risicobeheersing expliciet verankerd zijn.

In december 2011 heeft de externe audit voor het eerst plaatsgevonden volgens de HKZ-norm 2009. Daaruit kwamen vijf tekortkomingen naar voren. Drie tekortkomingen hebben betrekking op dossiervoering en het EPD. Een andere tekortkoming is het ontbreken van een calamiteitenplan bij het brandmeldpaneel van de kliniek. En de andere tekortkoming is de kwaliteit van het professioneel handelen (inclusief gedrag en bejegening) wordt niet expliciet getoetst. In 2012 wordt er met de betrokkenen een oorzaakanalyse gemaakt en bepaalt het MT corrigerende maatregelen. In de loop van 2012 worden deze maatregelen doorgevoerd en als het DEKRA/KEMA hiermee akkoord gaat, is certificering volgens de nieuwe HKZ-norm 2009 een feit. De Nederlands Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is bezig om patiëntenparticipatie te verankeren in de landelijke eisen zoals veiligheidsnormen, kwaliteitseisen, NIAZ en HKZ. (NPCF, 2012)

Binnen de twee afdelingen (open en gesloten afdeling) van Rc GGZ Weert waar de projectgroep hun afstudeerproject doet, wordt tussen beide afdelingen informatie uitgewisseld via de mail en via de "wandelingen". (Bode, 2012) Daarnaast hebben beide afdelingen regelmatig werkoverleg, waarin belangrijke punten vanuit het management en de afdelingen worden besproken.

Dit is belangrijk voor de projectgroep om mee te nemen, want hierbij kan de projectgroep tijdens het afstuderen bij aansluiten. Voor het schrijven van de implementatie en het inzichtelijk maken van het product, kan de projectgroep gebruik maken van de manier die gehanteerd wordt binnen het RC ggz Weert om onderling te communiceren.

Bijlage 3: Uitwerking van de CAI.

Scorelijst van CAI (Context Assessment Index)

Het doel van de CAI is om de hulpverleners handvaten te geven om de context waarbinnen de zorg wordt versterkt, te beoordelen. De CAI kan door één persoon ingevuld worden, of het meetinstrument kan door een volledig team worden ingevuld. Het is raadzaam dat één persoon het proces coördineert.

De context wordt gedefinieerd als de setting waarbinnen mensen de gezondheidszorgdiensten ontvangen. Drie elementen zijn belangrijk om deze context om te vormen zodat er persoonsgericht zorg gegeven kan worden (McCormack e.a., 2001). Deze elementen zijn: cultuur, leiderschap en evaluatie. De CAI toetst deze drie elementen. Elk element heeft kenmerken die van 'zwak' tot 'sterk' gedefinieerd kunnen worden (Tabel 1). Voor een efficiënte context die klaar is om te veranderen in een omgeving waar persoonsgerichte zorg gegeven kan worden, is het belangrijk dat deze drie elementen als sterk gescoord worden. Elk element wordt hieronder kort beschreven:

Cultuur: Cultuur wordt gezien als 'way things are done around here' (Drennan 1992). De cultuur kan niet concreet worden gezien, maar is gebaseerd op normen, waarden en veronderstellingen van een individu, een team of een organisatie. De cultuur van de praktijk moet bekend zijn om een zinvolle en aanhoudende verandering in een persoonsgerichte praktijk te kunnen bereiken. (McCormack 2002).

Leiderschap: De nadruk van efficiënt leiderschap ligt op transformationele leiders die een cultuur creëren, waarbinnen iedereen als een leider van iets gezien wordt. Zij inspireren personeel om te komen tot een gedeelde toekomstvisie. Medewerkers worden uitgedaagd en gestimuleerd om zich te ontwikkelen binnen hun beroep. Er wordt een vertrouwelijke omgeving gecreëerd, waarin een goede communicatie centraal staat. (Schein 1985). De transformationele leiders bezitten emotionele intelligentie, zijn rationeel, kunnen medewerkers motiveren, inspireren en hebben een groot empathisch vermogen. Deze kwaliteiten betekenen dat een transformationele leider de cultuur kan veranderen en een context tot stand brengen die bevorderlijk is voor innovatieve en persoonsgerichte zorg. (Grol, 2006)

Evaluatie: Evaluatie van praktijk kan op verschillende manieren. Men kan gebruik maken van 'harde'-gegevens zoals kostendoeltreffendheid, lengte van verblijf en 'zachte data' zoals patiëntenervaring. In een efficiënte cultuur gebruiken de gezondheidszorgprofessionals bewijsmateriaal uit verschillende bronnen en voelen medewerkers zich verantwoordelijk op basis van deze gegevens de doeltreffendheid van de zorg integraal aan te passen. In deze cultuur spelen peer-reviews, het geven van feedback en reflecties op de gegeven zorg een belangrijke rol. Ook bewijsmateriaal uit systematische reviews, meta-analyses en interne audits wordt hiervoor gebruikt. De uitkomsten van metingen / assessments die op de afdeling zelf afgenomen zijn, worden gebruikt in de besluitvorming om dit bewijs binnen de zorg toe te passen. (Cox, 2008), (Grol, 2006)

Redenen om meetinstrument te gebruiken

Door de CAI af te nemen kan het team beoordeeld worden, in welke mate de context waarbinnen het team werkzaam is om persoon gecentreerde zorg op basis van bewijs te kunnen leveren. Het meetinstrument zal handvaten geven over veranderingen die binnen de context gedaan moeten worden om te veranderen in een sterke context.

De CAI kan worden afgenomen bij gezondheidszorgprofessionals die binnen de context werkzaam zijn of die werkervaring hebben binnen de context. Als er verschillende antwoorden gegeven worden bij de meting dan wil dit niet zeggen dat de een goed is en de ander fout, maar het geeft de persoonlijke werkervaring van de medewerker weer.

Tabel 1. Karakteristieken van context.

Element	Zwakke indicatoren	Sterke indicatoren
Context	• Onduidelijke grenzen • Gebrek aan geschiktheid en transparantie • Gebrek aan kracht en autoriteit • Niet openstaan voor veranderingen	• Grenzen zijn goed gedefinieerd (fysiek, structuur, sociaal, cultureel) • Transparante en juiste besluitvorming • Kracht en autoriteit worden gezien • Openstaan voor veranderingen
Cultuur	• Onduidelijke waarden en normen • Weinig aanzien voor individuen • Gebrek aan consistentie	• De heersende cultuur(en) zijn duidelijk en geaccepteerd • De individuele inbreng van staf en patiënt wordt gewaardeerd • Duidelijkheid over ieders rol en kennis van elkaars waarden over: * relaties met anderen * werken binnen het team * Kracht en autoriteit * Erkenning en beloning
Leiderschap	• Traditioneel controlerend leider • Gebrekkige rolomschrijving • Slecht teamwerk • Belerende kijk op onderwijs/leren/managen	• Transformationeel leider • Duidelijke rollen • Effectief teamwerk • Motiverende en stimulerende kijk op onderwijs/leren/managen
Evaluatie	• Afwezigheid van feedback en informatie • Eenzijdig gebruik van informatiebronnen • Evaluaties worden steeds op dezelfde wijze gedaan • Slechte organisatiestructuur.	• Feedback op individueel, team en systeem nivo • Gebruik van verschillende aanwezige bronnen • Gebruik van verschillende methoden om te evalueren • Effectieve organisatiestructuur

De enquête.

Beste medewerkers van Rc GGZ Weert

Op 1 Oktober hebben wij (Elke, Petra en Ellen) kennis gemaakt met een deel van het team, daarnaast zijn jullie door Annemarie op de hoogte gebracht dat er een project plaats vindt. Tijdens het project zullen er verschillende activiteiten plaats vinden, waarbij wij jullie hulp nodig hebben en om aan aanvullende informatie te komen hebben wij een enquête opgesteld. Met deze enquête willen wij inzicht krijgen in de werkwijze van jullie als team. We willen jullie dan ook vragen om allemaal deze enquête in te vullen. We komen de enquêtes op halen op de afdeling. Hoe meer enquêtes we terug krijgen, hoe beter wij bij jullie team aan kunnen sluiten. De enquêtes zijn anoniem en we worden niet gecorrespondeerd.

In de enquête wordt de term begeleiders genoemd. Dit omvat iedereen die werkzaam is op de afdeling. Mochten er verder nog vragen zijn m.b.t deze enquête of ons project dan kun je ons bereiken op het volgende nummer:

Wij willen jullie alvast heel hartelijk bedanken voor de medewerking, vandaar dit lekkere kleinigheidje.

Met vriendelijke groet

Elke Peeters, Petra Verstegen en Ellen Vugts
Afstudeergroep Fontys HBO-Verpleegkundige Eindhoven.

Enquête medewerkers RC ggz Weert

- **Wat is uw functie?**

.....

- **Wat is uw dienstverband? (aantal uur)**

.....

- **Staat u open om meer te gaan werken met patiëntenparticipatie?**

☐ Ja ☐ Nee

- **Heeft u behoefte aan meer uitleg over patiëntenparticipatie? de methodiek van Gordon**

☐ Ja ☐ Nee

- **Krijgt u begeleiding/coaching bij het implementeren?**

☐ Ja , namelijk van.....

☐ Nee

☐ Nee, maar ik heb er behoefte aan. Zou het graag willen van.....

- **Aan wat voor begeleiding/coaching heeft u behoefte?**

.....

Hieronder wordt er overgegaan op vragen volgens de scorelijst van CAI.

Gebruiksaanwijzing voor het invullen van de CAI

1. Lees elke stelling
2. Twijfel niet te lang over de betekenis van een stelling, maar laat jouw intuïtie spreken over de betekenis
3. Zoek het antwoord dat het beste jouw gevoel op dit moment beschrijft. En kruis het bijbehorend vakje aan
4. Het gaat bij alle antwoorden over wat jij vindt. Er zijn geen goede of foute antwoorden.
5. Zet bij elke stelling één kruisje.
6. Het invullen van deze lijst kost maximaal 20 minuten.

De vertaalde Context Assessment Index (CAI) De stellingen hieronder hebben betrekking op de afdeling waar je nu werkzaam bent. Kruis het antwoord aan wat het beste bij jou aansluit.	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Binnen het team worden individuele grenzen* van begeleiders gerespecteerd <i>* dit omvat persoonlijke normen en waarden</i>				
2. Afspraken die gemaakt worden op de afdeling, worden duidelijk door alle begeleiders gedocumenteerd.				
3. De begeleiders zijn actief met de ontwikkeling / aanpassing van de geleverde zorg bezig.				
4. Is zorg / behandeling gebaseerd op kennis (praktijk) onderzoek.				
5. De zorgcoördinator is een rolmodel voor de uitoefening van goede praktijkvoering				
6. Begeleiders creëren de mogelijkheden voor patiënten om mee te beslissen over hun eigen zorg				
7. Deskundigheidsbevordering / scholing heeft prioriteit op de afdeling.				
8. De werkrelatie tussen artsen en woonbegeleiders is goed.				
9. Begeleiders krijgen klachten die de afdeling betreffen, te horen.				
10. Begeleiders binnen een Multi Disciplinair Team / behandelteam hebben een gelijkwaardige beslissingsbevoegdheid				
11. Uitkomsten van onderzoek / visitaties worden gebruikt om de zorg aan te passen.				
12. Er wordt regelmatig gereflecteerd in teambijeenkomsten / functioneringsgesprekken om te kijken of de doelen van de te leveren zorg aangepast moeten worden.				
13. Begeleiders zijn zich er van bewust van dat hun eigen attitude en overtuigingen invloed hebben op de uitvoering van de zorg				
14. Patiënten participeren actief in hun eigen zorg				
15. Er wordt veel waarde gehecht aan privacy, men vindt het belangrijk om de patiënt in zijn waarde te laten.				
16. De rolverdeling tussen begeleiders en de ondersteunende diensten is voor iedereen duidelijk. (ondersteunende diensten zijn o.a. voeding, transport, huishoudelijk werk)				
17. Afdelingsbesluiten worden binnen het team op een democratische manier genomen.				
18. Relevante informatie is voor alle patiënten toegankelijk (eventueel folders met groot lettertype, gesproken info)				
19. Begeleiders en patiënten werken samen voor patiëntgerichte zorg				
20. De zorgverlening is gebaseerd op een uitgebreide anamnese				
21. Begeleiders en direct betrokkenen bij de zorg worden door de teamleiders / seniorverpleegkundigen ondersteund en aangemoedigd om de zorg kritisch te bespreken				
22. De begeleiders bespreken de zorg samen met de patiënten.				
23. Deskundigheidsbevordering en / of bijscholing van de begeleiders wordt door de verpleegkundige leiding als prioriteit gezien				
24. Begeleiders reflecteren (systematisch) op hun functioneren, (interview, Action learning sets) om de zorg te evalueren en te ontwikkelen.				
25. Het management van de instelling waardeert het als teams zelfstandig functioneren				

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
26. Het team staat open voor culturele diversiteit				
27. Er is kennis gebaseerd op evidence beschikbaar voor de zorgprofessionals op de afdeling				
28. Patiënten hebben inspraak in hoe hun zorg of behandeling er uit ziet, gepland en geëvalueerd wordt.				
29. Begeleiders hebben de gelegenheid om experts te raadplegen.				
30. Begeleiders voelen zich bekwaam om de zorg te ontwikkelen.				
31. Zorgcoördinatoren creëren een werkomgeving die bevorderlijk is voor het ontwikkelen en delen van nieuwe ideeën.				
32. Richtlijnen en protocollen, gebaseerd op best practice (patiëntervaring, klinische ervaring, onderzoek) zijn beschikbaar.				
33. Patiënten worden aangemoedigd om feedback te geven op de verpleegkundige zorgverlening.				
34. Er zijn middelen als computers en databanken, beschikbaar om zorgverlening op evidence te baseren (EBP).				
35. De organisatie is niet hiërarchisch. Beslissingen worden op verschillende plaatsen genomen.				
36. De afdelingsvisie en de daaruit afgeleide doelstellingen met betrekking op de patiëntenzorg, worden door het team gedeeld				
37. Er zijn scholingsprogramma's voor alle zorgprofessionals aanwezig.				

Operationalisering enquête vragen

De inleidende vragen brengen verschillende variabelen in kaart. Deze vragen zijn gesteld omdat er aan de hand van deze variabelen de resultaten geclusterd kunnen worden, dit geeft een duidelijk overzicht.

De vraag over de *functie*, wordt gesteld omdat er inzicht wordt gekregen in het leiderschap. Hiermee wordt in kaart gebracht of er binnen de verschillende functies andere visies spelen.

Daarnaast wordt er inzicht verkregen of er andere problemen spelen binnen de verschillende functies.

Door er achter te komen wat het *dienstverband* is wordt er inzicht verkregen hoeveel uren de begeleiders op de afdeling werken. Iemand die 32 uur werkt op de afdeling is meer betrokken bij een vernieuwing dan iemand die 10 uur werkt. Ook heeft iemand die meerdere uren werkt meer inzicht in de problemen op de afdeling.

Met de vraag of de *begeleider open staat om meer te gaan werken met patiëntenparticipatie* te werken wordt er inzicht verkregen of de begeleider openstaat voor een vernieuwing. Als iemand openstaat voor een vernieuwing heeft de implementatie meer kans van slagen (grol,2011)

Als iemand 'ja' antwoord op de vraag of een *begeleider meer behoefte heeft aan uitleg over patiëntenparticipatie*, dan kan er door de projectgroep ingespeeld worden op deze behoefte.

Als iemand patiëntenparticipatie niet begrijpt kan patiëntenparticipatie niet goed geïmplementeerd worden wat een belemmerende factor is voor het implementatieproces.

Door er achter te komen of de begeleiders, *begeleiding nodig hebben bij het implementeren* kan er wederom door de projectgroep in worden gespeeld op de behoeften waardoor de aansluiting bij het team door de projectgroep wordt bevordert.

Aan de hand van de scorelijst van CAI is de enquête opgesteld. Deze lijst is opgesteld om begeleiders handvatten te geven om de context waar binnen de zorg wordt verstrekt, te beoordelen. De context wordt gedefinieerd als de setting waarbinnen de begeleiders de zorg geven. Drie elementen zijn belangrijk om deze context om te vormen zodat er persoonsgerichte zorg gegeven kan worden (McCormack et al 2001). Deze elementen zijn: cultuur, leiderschap en evaluatie.

De CAI toetst deze drie elementen. Elk element heeft kenmerken die van 'zwak' tot 'sterk' gedefinieerd kunnen worden. Voor een efficiënte context die klaar is om te veranderen binnen een team, is het belangrijk dat deze drie elementen als sterk gescoord worden.

Door de CAI af te nemen kan de afdeling hierop beoordeeld worden. Het meetinstrument zal handvatten geven over veranderingen die binnen de context gedaan moeten worden om te veranderen in een sterke context.

De vragen 1, 3, 6, 10, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 25, 28, 30, 31, 33 van de scorelijst van CAI gaan in op elementen cultuur. De vragen 2, 5, 8, 15, 20, 26, 36 gaan in op het element leiderschap. Ten slotte gaan de vragen 4, 7, 9, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 27, 29, 32, 34, 35, 37 in op het element evaluatie.

De CAI enquête uitgewerkt.

De projectgroep heeft zowel op de open- als de gesloten afdeling op het RC ggz Weert een CAI enquête afgenomen. Hieronder wordt per afdeling de CAI enquête uitgewerkt en aan de hand van de uitkomsten wordt er een conclusie getrokken over de context op de afdeling.

Gesloten afdeling.

Op de gesloten afdeling werken 13 verpleegkundigen, de projectgroep heeft 15 enquêtes achter gelaten op de afdeling. De verpleegkundigen hadden 10 dagen tijd om de enquête in te vullen en als dank zat er een kleinigheidje bij. Uiteindelijk waren er 11 enquêtes in gevuld. Dit betekent dat de projectgroep een respons van 84,6%.

Van de 11 verpleegkundigen werken er 7 verpleegkundige fulltime (36 uur per week) en 4 verpleegkundigen parttime (24-32 uur per week). Hieruit kan de projectgroep concluderen dat alle verpleegkundigen met hun dienstverband genoeg aanwezig zullen zijn om betrokkenen te worden bij de vernieuwing. Daarnaast weten alle 11 de verpleegkundigen goed wat er afspeelt op de afdeling en konden daardoor de vragenlijst goed invullen.

Alle elf verpleegkundigen staan open om meer te gaan werken met patiëntenparticipatie. Hieruit kan de projectgroep concluderen dat de afdeling ook open staat voor vernieuwingen en daardoor heeft de implementatie meer kans van slagen.

Op de vraag of de verpleegkundigen behoeften hebben aan meer uitleg over patiëntenparticipatie antwoorden 10 verpleegkundigen ja en 1 verpleegkundigen nee. Dit houdt in dat de projectgroep meer uitleg gaat geven over patiëntenparticipatie, want hier is behoefte aan. Dit gaat de projectgroep doen aan hand van een nieuwsbrief.

Op de vraag of de verpleegkundigen begeleiding/coaching krijgen bij het implementeren antwoorden negen verpleegkundigen nee en twee verpleegkundigen ja. Dit houdt in als de vernieuwing wordt geïmplementeerd op de afdeling dat daar goede begeleiding bij moet zijn. Anders heeft de implementatie maar weinig kans van slagen.

Op de vraag waar de verpleegkundigen behoeften aan hebben bij de begeleiding/coaching hebben vier verpleegkundigen geantwoord. De vier verpleegkundigen hebben behoeften aan het volgende:

- Uitleg/voorbeelden
- Hoe patiëntenparticipatie standaard te integreren is bij de opnames.
- Dat je structureel je ervaring kunt delen met het team.
- Hoe de patiënt het overleg kan bijwonen.
- Hoe de patiënt meer betrokken kan worden.

Met dit bovenstaande gaat de projectgroep rekening houden tijdens het project, zodat er met deze behoeften zo veel mogelijk rekening wordt gehouden. Hieronder wordt er per deelnemer de CAI enquête uitgewerkt. Zo komt de projectgroep er achter hoe de deelnemers over cultuur, leiderschap en evaluatie denken op de afdeling.

Enquête één, deelnemer één

Stap 1: scoren berekenen per deelnemer per element.

Element Cultuur																
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	score
Score	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	= 40
Element leiderschap																
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									score
score	3	3	3	3	2	3	3									= 20
Element evaluatie																
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	score
	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	= 35

Stap 2: scoren per deelnemer bereken

Cultuur:



Leiderschap



Evaluatie



Stap 3: totale individuele score.

$66,7 + 71,4 + 58,3 = 196,4 / 3 = 65,4\%$. De deelnemer van enquête één heeft een gemiddelde score van 65,4 % die houdt in de deelnemer één de context redelijk sterk vindt.



Stap 1: scoren berekenen per deelnemer per element.

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

Leiderschap



$70,8 + 76,7 + 68,3 = 215,8 / 3 = 71,9$. De deelnemer van enquête twee heeft een gemiddelde score van 71,9 %. Die houdt in de deelnemer twee de context redelijk sterk vindt.



Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

A horizontal number line with arrows at both ends. It is labeled '0%' on the left and '100%' on the right. A vertical tick mark is positioned exactly in the middle of the line.

$66,7 + 67,8 + 61,7 = 196,2 / 3 = 65,4\%$. De deelnemer van enquête drie heeft een gemiddelde score van 65,4 %. Die houdt in de deelnemer drie de context redelijk sterk vindt.



Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

A horizontal number line with arrows at both ends. It is labeled '0%' on the left and '100%' on the right. A vertical line segment intersects the number line at its midpoint, representing 50%.

A horizontal number line with arrows at both ends. It is labeled '0%' on the left and '100%' on the right. A vertical tick mark is positioned exactly halfway between 0% and 100%.

A horizontal blue line with arrows at both ends. On the left end is the text "0%" and on the right end is the text "100%". A vertical blue tick mark is positioned in the middle of the line.

$65,8 + 64,2 + 65,8 = 195,8 / 3 = 65,2\%$. De deelnemer van enquête vier heeft een gemiddelde score van 65,2 %. Die houdt in de deelnemer vier de context redelijk sterk vindt.

54

Enquête vijf, deelnemer vijf

Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Element Cultuur																
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	score
Score	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	= 39
Element leiderschap																
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									score
score	3	3	4	3	4	3	2									= 22
Element evaluatie																
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	score
	3	2	3	3	3	3	2	2	1	2	3	2	2	3	2	= 36

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

Cultuur:



Leiderschap



Evaluatie



Stap 3: totale individuele score berekenen.

$65 + 78,5 + 60 = 203,5 / 3 = 67,8\%$. De deelnemer van enquête vijf heeft een gemiddelde score van 67,8%. Die houdt in de deelnemer vijf de context redelijk sterk vindt.



Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Element Cultuur																	
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	score	Totale score x 1,6667
Score	3	2,5	3	2	3	3*	3	3*	3*	3	3	3	3	3	3	= 43,5	=72,5%
Element leiderschap																	
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									score	Totale score x 3,5714
score	2	3	3	3*	2	3	2									= 18	=64,3 %
Element evaluatie																	
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	score	Totale score X 1,6667
	3	1	3	2,5	3	3	2	2	2	3	3	2,5	3	3	2	= 38	= 63,3%

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

A horizontal blue line with arrows at both ends. On the left end is the text "0%" and on the right end is the text "100%". A vertical blue line segment intersects the horizontal line at its midpoint.

$72,5 + 64,3 + 63,3 = 200,1 / 3 = 66,7\%$. De deelnemer van enquête zes heeft een gemiddelde score van 66,7 %. Die houdt in de deelnemer zes de context redelijk sterk vindt.



Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Element Cultuur																	
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	score	Totale score x 1,6667
Score	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	= 41	=68,3%
Element leiderschap																	
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									score	Totale score x 3,5714
score	1	2	3	3	2	3	3									= 17	= 60,7 %
Element evaluatie																	
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	score	Totale score X 1,6667
	2	1	3	3	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3	2	= 34	= 56,7%

Cultuur:



Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

Three horizontal progress bars are shown, each with a blue line and arrows at both ends. The first bar is labeled '0%' on the left and '100%' on the right. The second bar is labeled 'Leiderschap' on the left and '100%' on the right. The third bar is labeled 'Evaluatie' on the left and '100%' on the right. Each bar has a vertical tick mark at the 50% position.

$51,6 + 57,1 + 49,2 = 157,9 / 3 = 52,6\%$. De deelnemer van enquête acht heeft een gemiddelde score van 52,6 %. Die houdt in dat deelnemer acht, de context gemiddeld vindt.



Enquête negen, deelnemer negen

Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Element Cultuur																
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	score
Score	3	3	3	2	2	2,5	3	3	2	3	3	3	3	2	3	= 40,5
Element leiderschap																
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									score
score	2	2	3	3	2	2	3									= 17
Element evaluatie																
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	score
	3	3	4	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	= 40
																Totale score x 1,6667
																= 67,5%
																Totale score x 3,5714
																= 60,7 %
																Totale score X 1,6667
																= 66,7%

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

Cultuur:



Leiderschap



Evaluatie



Stap 3: totale individuele score berekenen.

$67,5 + 60,7 + 66,7 = 194,9 / 3 = 64,9\%$. De deelnemer van enquête negen heeft een gemiddelde score van 64,9 %. Die houdt in de deelnemer negen de context redelijk sterk vindt.



Enquête tien, deelnemer tien

Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Element Cultuur																
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	score
Score	4	3	2,5	4	3	2	4	2	3	2	3	3	3	3	1	=42,5
Element leiderschap																
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									score
score	2	2	4	3	2	2	2									= 17
Element evaluatie																
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	score
	3	1	4	2	2	2	3	1	1	2	3	3	4	3	2	= 36
																Totale score x 1,6667
																=70,8%
																Totale score x 3,5714
																=60,7%
																Totale score X 1,6667
																= 60%

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

Cultuur:



Leiderschap



Evaluatie



Stap 3: totale individuele score berekenen.

$70,8 + 60,7 + 60 = 191,5 / 3 = 63,8\%$. De deelnemer van enquête tien heeft een gemiddelde score van 71,9 %. Die houdt in de deelnemer tien de context redelijk sterk vindt.



Stap 1: score berekenen per deelnemer, per element.

Stap 2: score per deelnemer berekenen.

A horizontal blue line with arrows at both ends. On the left end is the text "0%" and on the right end is "100%". A vertical blue line segment intersects the horizontal line at its midpoint.

Leiderschap

0% ← → 100%

Evaluatie

0% ←—————|————→ 100%

$60 + 60,7 + 66,7 = 187,4 / 3 = 62,4\%$. De deelnemer van enquête elf heeft een gemiddelde score van 62,4 %. Die houdt in de deelnemer elf de context redelijk sterk vindt.

61

Om de totale score van het team te berekenen moet alle scores van de alle deelnemers bij elkaar worden opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Hieruit komt dan het gemiddelde score van het gehele team.

Deelnemer	Score van de deelnemer
1	65,4%
2	71,9%
3	65,4%
4	65,2%
5	67,8%
6	66,7%
7	61,9%
8	52,6%
9	64,9%
10	63,8%
11	62,4 %
Totale score van het team:	708 / 11= 64,4%

Totale score =64,4%. Dit houdt in dat het hele team de context redelijk sterk vindt.



Totale scoren per element van het hele team.

Cultuur.

Om de totale score van het element cultuur van het team te berekenen moet alle scores van de alle deelnemers bij elkaar worden opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Hieruit komt dan het gemiddelde score van het element cultuur van het gehele team.

Deelnemer	Score van de deelnemer
1	66,7%
2	70,8%
3	66,7%
4	65,8%
5	65,0%
6	72,5%
7	68,3%
8	51,6%
9	67,5%
10	70,8%
11	60,0%
Totale score van het team:	724,9 / 11 = 65,9%

Totale score = 53,4%. Dit houdt in dat het element cultuur door het hele team als redelijk sterk wordt beschouwd.

Leiderschap.

Om de totale scores van het element leiderschap van het team te bereken moet alle scores van de alle deelnemers bij elkaar worden opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Hieruit komt dan het gemiddelde score van het element leiderschap van het gehele team.

Deelnemer	Score van de deelnemer
1	71,4%
2	76,7%
3	67,8%
4	64,2%
5	78,5%
6	64,3%
7	60,7%
8	57,1%
9	60,7%
10	60,7%
11	60,7%
Totale score van het team:	$722,8 / 11 = 65,7\%$

Totale score + 65,7%. Dit houdt in dat het element leiderschap door het hele team als redelijk sterk wordt beschouwd.

Evaluatie.

Om de totale scores van het element evaluatie van het team te bereken moet alle scores van de alle deelnemers bij elkaar worden opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Hieruit komt dan het gemiddelde score van het element evaluatie van het gehele team.

Deelnemer	Score van de deelnemer
1	58,3%
2	68,3%
3	61,7%
4	65,8%
5	60,0%
6	63,3%
7	56,7%
8	49,2%
9	66,7%
10	60,0%
11	66,7%
Totale score van het team:	$676,7 / 11 = 61,5\%$

Totale score = 61,5%. Dit houdt in dat het element evaluatie door het hele team als redelijk sterk wordt beschouwd.

Inzichtelijk maken van gebieden van de context die ontwikkeld moeten worden.

Nadat de projectgroep alle enquêtes heeft terug gekregen en heeft berekend heeft hoe de context heeft gescoord, moet er nog worden berekend wat de zwakke plekken zijn in de cultuur.

Door deze te berekenen kan de projectgroep de zwakke plekken aan pakken en ervoor zorgen dat de context sterker wordt. Dit komt weer ten goede van de implementatie.

Stap 1.

De projectgroep vult alle scores per deelnemer in het onderstaand tabel. In de linkerkant zet de projectgroep het nummer van de enquête. Elke enquête wordt van te voren genummerd.

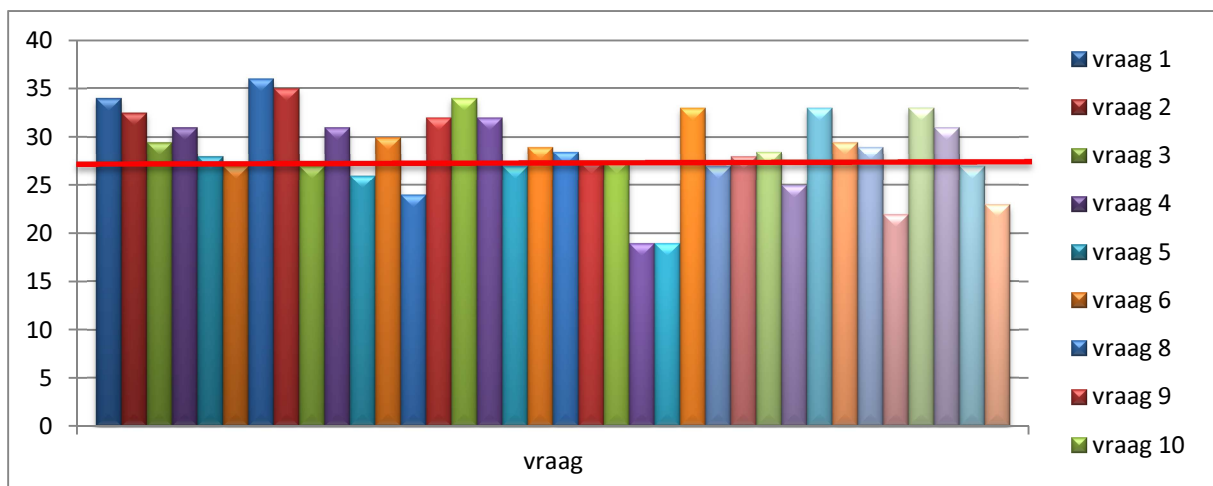
Vraag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2
2	4	3	3	3	2	2,5	1	4	3	3	3	3	3	2,5	4	4	4	4	3
3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3
4	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3
5	3	3	3	3	3	2	2	4	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3
6	3	2	2,5	3	3	3	1	3	3	2	2,5	3	3	3	3	3	3	2	3
7	3	1	3	2	2	3	1	3	3	2	3	2	3	2	3	3	1	2	3
8	3	2	2	2	2	-	2	3	3	2	2,5	1	2	2	2	3	1	2	2
9	3	2	3	3	2	3	3	3	4	2	3	2	2	2,5	3	3	3	2	3
10	4	2	3	3	2	2,5	1	4	4	4	2	2	3	2	3	4	2	3	2
11	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
Totaal:	34	32,5	29,5	31	28	27	19	36	35	27	31	26	30	24	32	34	32	27	29

Vraag	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	
Deelnemer																			
1	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	
2	2,5	2,5	2,5	1	2	3	3	3	2,5	3	3	3	3	1	3	3	3	2	
3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	
4	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2,5	2,5	2	3	3	3	2	
5	4	3	2	2	1	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	
6	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2,5	3	3	3	2	2	
7	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	
8	3	1	2	1	1	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	
9	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	
10	2	3	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	3	1	4	3	2	2	
11	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	
Totaal:	28,5	27,5	27,5	19	19	33	27	28	28,5	25	33	29,5	29	22	33	31	27	23	

Stap 2:

De projectgroep kijkt welke items het laagste scoren. De projectgroep doet dit aan de hand van de volgende formule. Het maximaal aantal te behalen punten is 44 (aantal deelnemers X maximale punten = $11 \times 4 = 44$), het minimale aantal te behalen punten is 11 (aantal deelnemers X minimale punten = $11 \times 1 = 11$). $44 - 11 = 33$. $33/2 = 16,5$. $16,5 + 11 = 27,5$. 27,5 is het gemiddelde aantal te behalen punten die er per vraag te behalen is. Alles wat onder de 27,5 scoort valt onder het gemiddelde, dus is relatief gezien laag.

In de grafiek hieronder zijn alle vragen met daarbij de behorende punten ingezet. De rode lijn die in de grafiek loopt, is het gemiddelde van het aantal punten dat per vraag te behalen is. Dat is 27,5. In de grafiek is dus duidelijk te zien wat er onder het gemiddelde valt en wat relatief laag scoort.



De volgende items scoren lager dan het gemiddelde van 27,5 punten :

- Vraag 7: deskundigheidsbevordering/ scholing heeft prioriteit op de afdeling: 19 punten
- Vraag 10: Begeleiders binnen een Multi Disciplinair Team/ behandelteam hebben een gelijkwaardige beslissingsbevoegdheid: 27 punten
- Vraag 12: er wordt regelmatig gereflecteerd in teambijeenkomsten / functioneringsgesprekken om te kijken of de doelen van de te leveren zorg aangepast moeten worden: 26 punten
- Vraag 14: Patiënten participeren actief in hun zorg: 24 punten
- Vraag 18: Relevante informatie is voor alle patiënten toegankelijk: 27 punten
- Vraag 23: Deskundigheidsbevordering en/of bijscholing van de begeleiders wordt door de verpleegkundige leiding als prioriteit gezien : 19 punten
- Vraag 24: Begeleiders reflecteren (systematisch) op hun functioneren om de zorg te evalueren en te ontwikkelen: 19 punten
- Vraag 26: het team staat open voor culturele diversiteit: 27 punten
- Vraag 29: Begeleiders hebben de gelegenheid om experts te raadplegen: 25 punten
- Vraag 33: patiënten worden aangemoedigd om feedback te geven op de verpleegkundige zorgverlening: 22 punten.
- Vraag 37: er zijn scholingsprogramma's voor alle zorgprofessionals aanwezig: 23 punten

Er zijn 13 items die lager scoren dan het gemiddelde. Vraag 10, 12, 18, 26 en 29 scoren net iets lager dan het gemiddelde. Voor deze items gaat de projectgroep dan ook geen actieplan schrijven.

Voor de items 7, 14, 23, 24, 33 en 37 gaat de projectgroep wel een actieplan schrijven, zodat deze items in de toekomst hoger gaan scoren. Waardoor de context sterker wordt.

Stap 3.

De items die hier onder volgen is een kort actieplan geschreven voor de afdeling hoe ze dit in de toekomst eventueel zouden kunnen verbeteren. De projectgroep houdt tijdens het implementeren wel rekening met de onderstaande items. Bijvoorbeeld. De verpleegkundigen geven aan dat ze deskundigheidsbevordering belangrijk vinden. Dan soort de projectgroep ervoor dat de verpleegkundigen op de hoogte zijn van wat er onder patiëntenparticipatie wordt verstaan. Zodat de verpleegkundigen patiëntenparticipatie ook kunnen toepassen in de praktijk.

Hieronder volgt het actieplan voor de volgende items:

- Deskundigheidsbevordering/ scholing heeft prioriteit op de afdeling.
- Patiënten participeren actief in hun zorg
- Deskundigheidsbevordering en/of bijscholing van de begeleiders wordt door de verpleegkundige leiding als prioriteit gezien
- Begeleiders reflecteren (systematisch) op hun functioneren om de zorg te evalueren en te ontwikkelen.
- Patiënten worden aangemoedigd om feedback te geven op de verpleegkundige zorgverlening:
- Er zijn scholingsprogramma's voor alle zorgprofessionals aanwezig

Deskundigheidsbevordering/ scholing heeft prioriteit op de afdeling.

De verpleegkundigen op de gesloten afdeling van RC ggz Weert geven aan dat deskundigheidsbevordering /scholing een prioriteit heeft op de afdeling.

In de Wet BIG staat beschreven dat een verpleegkundige op de hoogte dient te zijn en te blijven van de ontwikkelingen binnen het vak gebied. De gesloten afdeling van RC ggz Weert kan het volgende doen om de deskundigheid van de verpleegkundigen te bevorderen. De verpleegkundigen kunnen zichzelf van ontwikkelingen binnen het eigen vakgebied op de hoogte houden door vakliteratuur te lezen. Daarnaast kan de afdeling themabijeenkomsten of klinische lessen organiseren om de deskundigheid van de verpleegkundigen te vergroten. Een laatste manier van deskundigheidsbevordering is reflecteren op het eigen handelen. (Dito e.a, 2008)

Patiënten participeren actief in hun zorg.

De verpleegkundigen op de gesloten afdeling van RC ggz Weert geven aan dat de patiënten meer mee mogen participeren in hun zorg. Hoe de afdeling dit kan gaan verbeteren wordt door de projectgroep onderzocht, dus hier kan nog geen actieplan over worden geschreven.

Deskundigheidsbevordering en/of bijscholing van de begeleiders wordt door de verpleegkundige leiding als prioriteit gezien.

De verpleegkundigen van de gesloten afdeling van RC ggz Weert geven aan dat de verpleegkundige leiding meer prioriteit moet zijn in de deskundigheidsbevordering en/of bijscholing van de verpleegkundigen. Hoe de afdeling dit kan bereiken zie : “ deskundigheidsbevordering / scholing heeft prioriteit op de afdeling”.

Begeleiders reflecteren (systematisch op hun functioneren om de zorg te evalueren en te ontwikkelen.

De verpleegkundigen van de gesloten afdeling van RC ggz Weert geven aan dat het reflecteren op hun functioneren beter en vaker gedaan mag worden.

Reflecteren is het achterhalen wat de achtergrond is van je handelen. Daarbij ga je niet kijken hoe je iets hebt gedaan, maar waarom je iets hebt gedaan. Als de verpleegkundigen weten waarom ze iets op een bepaalde manier doen, zijn ze ook in staat om het te veranderen of bewuster te handelen. Dit komt weer ten goede van de kwaliteit van zorg, maar helpt ook bij het implementeren van vernieuwingen. (Halem, 2009). De afdeling kan doormiddel van Action Learning set ervoor zorgen dat de verpleegkundigen gaan reflecteren op hun eigen handelen.

Patiënten worden aangemoedigd om feedback te geven op de verpleegkundige zorgverlening:

De verpleegkundigen van de gesloten afdeling van RC ggz Weert geven aan dat de patiënten te weinig worden aangemoedigd om feedback te geven op de verpleegkundige zorgverlening.

Feedback krijgen van de patiënten is belangrijk voor de kwaliteit van de zorg. Als de afdeling weet hoe de patiënten denken over de verleende zorg en hier uit blijkt dat het beter kan, kan de afdeling de zorg aan passen. Wat weer ten goede komt voor de kwaliteit van de zorg. De afdeling kan dit doen doormiddel van gesprekken met de patiënt, om te vragen hoe de patiënt over de zorg denkt. Of de afdeling kan dit doen doormiddel van evaluatieformulieren die door de patiënt worden ingevuld.

Er zijn scholingsprogramma's voor alle zorgprofessionals aanwezig

De verpleegkundigen van de gesloten afdeling van RC ggz Weert geven aan dat er weinig tot geen scholingsprogramma's aanwezig zijn voor de verpleegkundigen.

Zoals hier boven al staat beschreven is het volgens de wet BIG belangrijk dat een verpleegkundige op de hoogte dient te zijn en te blijven van de ontwikkelingen binnen het vak gebied. (Dito e.a, 2008) Dit kan gebeuren door de verpleegkundige bij te scholen. Daarom is het belangrijk dat de afdeling de verpleegkundigen de kans geven om scholingsprogramma's te volgen. Dit komt ten goede van de kwaliteit van de zorg.

De afdeling kan dit doen, door te achter halen wat de mogelijkheden zijn om de verpleegkundige bij te scholen.

Open afdeling.

Op de gesloten afdeling werken 13 verpleegkundigen, de projectgroep heeft 15 enquêtes achter gelaten op de afdeling. De verpleegkundigen hadden 10 dagen tijd om de enquête in te vullen en als dank zat er een kleinigheidje bij. Uiteindelijk waren er 8 enquêtes in gevuld. Dit betekend dat de projectgroep een respons had van 61,5%.

Van de acht verpleegkundigen werken er twee verpleegkundige fulltime (36 uur per week) en zes verpleegkundigen parttime (20-32 uur per week). Hieruit kan de projectgroep concluderen dat alle verpleegkundigen met hun dienstverband genoeg aanwezig zullen zijn om betrokkenen te worden bij de vernieuwing. Daarnaast weten alle acht de verpleegkundigen goed wat er afspeelt op de afdeling en konden daardoor de vragenlijst goed invullen.

Alle acht verpleegkundigen staan open om meer te gaan werken met patiëntenparticipatie. Hieruit kan de projectgroep concluderen dat de afdeling ook open staan voor vernieuwingen en daardoor heeft de implementatie meer kans van slagen.

Op de vraag of de verpleegkundigen behoeften hebben aan meer uitleg over patiëntenparticipatie antwoorden drie verpleegkundigen ja, vier verpleegkundigen nee en een verpleegkundige had niks ingevuld . Dit houdt in dat de projectgroep na gaat welke verpleegkundigen er meer uitleg willen over patiëntenparticipatie, en dan krijgen deze verpleegkundigen meer uitleg.

Op de vraag of de verpleegkundigen begeleiding/coaching krijgen bij het implementeren antwoorden zeven verpleegkundigen nee en één verpleegkundigen ja. Dit houdt in als de vernieuwing wordt geïmplementeerd op de afdeling dat daar goede begeleiding bij moet zijn. Anders heeft de implementatie maar weinig kans van slagen. De verpleegkundigen die met ja hebben geantwoord krijgen begeleiding van de verpleegkundige werkgroep.

Op de vraag waar de verpleegkundigen behoeften aan hebben bij de begeleiding/coaching hebben drie verpleegkundigen geantwoord. De vier verpleegkundigen hebben behoeften aan het volgende:

- Zou het graag willen van gezamenlijk overleg binnen het team en management.
- visievorming, afdelingsbeleid, taakverdeling binnen team.
- duidelijke visie, richtlijnen, eenduidigheid t.a.v. patiëntenparticipatie en de implementatie ervan.

Met dit bovenstaande gaat de projectgroep rekening houden tijdens het project, zodat er met deze behoeften zo veel mogelijk rekening wordt gehouden.

Hieronder wordt er per deelnemer de CAI enquête uitgewerkt. Zo komt de projectgroep er achter hoe de deelnemers over cultuur, leiderschap en evaluatie denken op de afdeling.

Enquête één, Deelnemer één

Stap 1 uitwerking CAI

Element Cultuur																
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	Totale score
Score	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	= 42
Element leiderschap																
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									Totale score
score	3	2	3	4	3	3	3									= 21
Element evaluatie																
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	Totale score
	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	4	3	3	2	= 41
															Totale score x 1,6667	Totale score x 1,6667
															= 70,0%	= 75%
																= 68,3%

Stap 2 scoren per deelnemer berekenen

Cultuur:

0%  100%

Leiderschap

0%  100%

Evaluatie

0%  100%

Stap 3 totale individuele score

$70 + 75 + 68,3 = 213,3 / 3 = 71,1\%$. De deelnemer van enquête één heeft een gemiddelde score van 71,1 %. Die houdt in dat deelnemer één, de context sterk vindt.

Totaal score

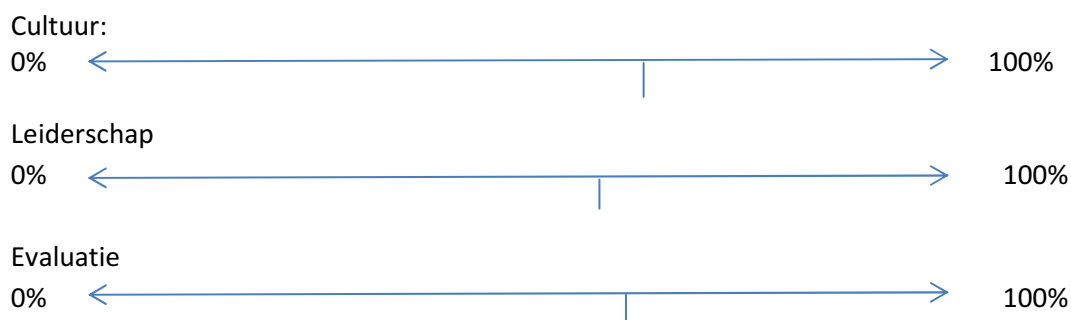
0%  100%
Zwakke context sterke context

Enquête twee Deelnemer twee:

Stap 1: CAI uitwerken

Element Cultuur																
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	Totale score
Score	2	2	3	2	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	2	= 40
Element leiderschap																
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									Totale score
score	2	2	3	4	2	3	1									= 17
Element evaluatie																
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	Totale score
	3	1	3	4	3	2	3	2	2	3	3	3	2	3	1	= 38
																Totale score x 1,6667
																= 66,7%
																Totale score x 3,5714
																=60,7%
																Totale score X 1,6667
																=63,3%

Stap 2 scoren per deelnemer berekenen



Stap 3 totale individuele score

$66,7 + 60,7 + 63,3 = 190,7 / 3 = 63,6\%$. De deelnemer van enquête twee heeft een gemiddelde score van 63,6 %. Die houdt in de deelnemer twee de context redelijk sterk vindt.

Totaal score



Stap 1: CAI uitwerken

Element Cultuur																	
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	Totale score	Totale score x 1,6667
Score	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	4	3	3	2	2	= 42	= 70,0%
Element leiderschap																	
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									Totale score	Totale score x 3,5714
score	3	2	3	3	2	3	3									= 19	=67,9%
Element evaluatie																	
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	Totale score	Totale score x 1,6667
	2	2	3	3	2	3	3	1	1	2	2	3	3	2	2	= 34	= 56,7%

Cultuur:



$70,0 + 67,9 + 56,7 = 194,6 / 3 = 64,9\%$. De deelnemer van enquête drie heeft een gemiddelde score van 64,9 %. Die houdt in de deelnemer drie de context redelijk sterk vindt.

Totaal score



Stap 1: CAI uitwerken

Stap 1: CAI uitwerken

Stap 2 scoren per deelnemer berekenen

A horizontal number line with arrows at both ends. It is labeled '0%' on the left and '100%' on the right. A vertical tick mark is positioned exactly in the middle of the line.

A horizontal number line with arrows at both ends. It is labeled '0%' on the left and '100%' on the right. A vertical tick mark is positioned exactly halfway between 0% and 100%.

A horizontal scale from 0% to 100% with a vertical line at 50%.

$70,0 + 71,4 + 70,0 = 211,4 / 3 = 70,5\%$. De deelnemer van enquête vijf heeft een gemiddelde score van 70,5%. Die houdt in de deelnemer vijf de context sterk vindt.

Enquête zes, Deelnemer zes

Stap 1: CAI uitwerken

Element Cultuur																
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	Totale score
Score	4	3	4	2	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	= 47
Element leiderschap																
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									Totale score
score	3	3	3	4	2	3	2									= 20
Element evaluatie																
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	Totale score
	3	2	4	4	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	= 41

Stap 2 scoren per deelnemer berekenen

Cultuur:



Leiderschap



Evaluatie



Stap 3 totale individuele score

$78,3 + 71,4 + 68,3 = 218 / 3 = 72,7\%$. De deelnemer van enquête zes heeft een gemiddelde score van 72,7%. Die houdt in de deelnemer zes de context sterk vindt.

Totaal score



Stap 1: CAI uitwerken

Stap 2 scoren per deelnemer berekenen

Leiderschap

Evaluatie

Stap 3 totale individuele score

Totaal score

74

Enquête acht, Deelnemer acht:

Stap 1: CAI uitwerken

Element Cultuur																
Vraag nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	Totale score
Score	2	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	= 40
Element leiderschap																
Vraag Nummer	2	5	8	15	20	26	36									Totale score
score	2	2	3	3	3	3	2									= 18
Element evaluatie																
Vraag nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	Totale score
	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	= 39
																Totale score x 1,6667
																= 66,7%
																Totale score x 3,5714
																= 64,3%
																Totale score x 1,6667
																= 65,0%

Stap 2 scoren per deelnemer berekenen

Cultuur:

0%  100%

Leiderschap

0%  100%

Evaluatie

0%  100%

Stap 3 totale individuele score

$66,7 + 64,3 + 65,0 = 196 / 3 = 65,3\%$. De deelnemer van enquête acht heeft een gemiddelde score van 65,3%. Die houdt in de deelnemer acht de context redelijk sterk vindt.

Totaal score

0%  100%
Zwakke context sterke context

Om de totale scores van het team te berekenen moet alle scores van de alle deelnemers bij elkaar worden opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Hieruit komt dan het gemiddelde score van het gehele team.

Deelnemer	Score van de deelnemer
1	71,1%
2	63,6%
3	64,9%
4	60,3%
5	70,5%
6	72,7%
7	61,9%
8	65,3%
Totale scores van het team:	$530,3 / 8 = 66,3\%$

Totale score =66,3%. Dit houdt in dat het hele team de context redelijk sterk vindt.



Cultuur.

Om de totale score van het element cultuur van het team te berekenen moet alle scores van de alle deelnemers bij elkaar worden opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Hieruit komt dan het gemiddelde score van het element cultuur van het gehele team.

Deelnemer	Score van de deelnemer
1	70,0%
2	66,7%
3	70,0%
4	63,3%
5	70,0%
6	78,3%
7	68,3%
8	66,7%
Totale score van het team:	$553,3 / 8 = 69,1\%$

Totale score = 69,1%. Dit houdt in dat het element cultuur door het hele team als redelijk sterk wordt beschouwd.

Leiderschap

Om de totale scores van het element leiderschap van het team te berekenen moet alle scores van de alle deelnemers bij elkaar worden opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Hieruit komt dan het gemiddelde score van het element leiderschap van het gehele team.

Deelnemer	Score van de deelnemer
1	75,0%
2	60,7%
3	67,9%
4	57,1%
5	71,4%
6	71,4%
7	60,7%
8	64,3%
Totale score van het team:	$528,5 / 8 = 66,1\%$

Totale score = 66,1%. Dit houdt in dat het element cultuur door het hele team als redelijk sterk wordt beschouwd

Evaluatie

Om de totale scores van het element evaluatie van het team te berekenen moet alle scores van de alle deelnemers bij elkaar worden opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers. Hieruit komt dan het gemiddelde score van het element evaluatie van het gehele team.

Deelnemer	Score van de deelnemer
1	68,3%
2	63,3%
3	64,9%
4	60,3%
5	70,5%
6	72,7%
7	61,9%
8	65,3%
Totale score van het team:	$527,2 / 8 = 65,9\%$

Totale score = 65,9%. Dit houdt in dat het element cultuur door het hele team als gemiddeld wordt beschouwd

Inzichtelijk maken van gebieden van de context die ontwikkeld moeten worden.

Nadat de projectgroep alle enquêtes heeft terug gekregen en heeft berekend heeft hoe de context heeft gescoord, moet er nog worden berekend wat de zwakke plekken zijn in de cultuur.

Door deze te berekenen kan de projectgroep de zwakke plekken aan pakken en ervoor zorgen dat de context sterker wordt. Dit komt weer ten goede van de implementatie.

Stap 1.

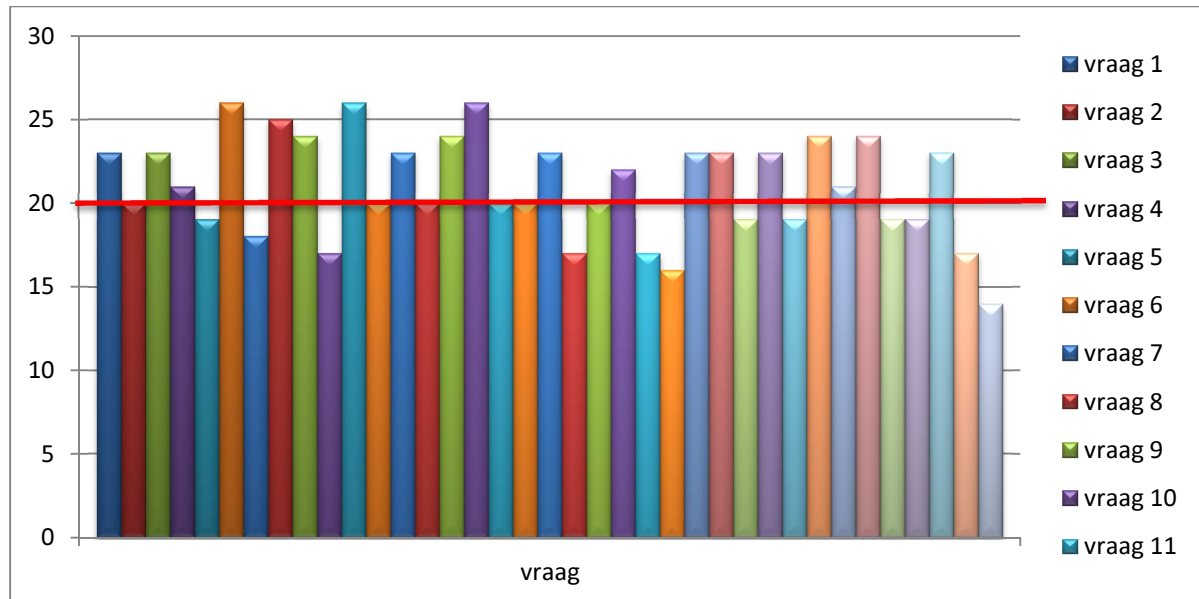
De projectgroep vult alle scores per deelnemer in het onderstaand tabel. In de linkerkant zet de projectgroep het nummer van de enquête. Elke enquête wordt van te voren genummerd.

Vraag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3
2	2	2	2	3	2	3	1	3	3	2	4	3	3	3	4	4	2	3	3
3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3
4	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2
5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3
6	4	3	3	3	3	4	2	3	4	2	4	3	4	3	4	4	3	3	3
7	3	2	3	2	3	4	4	4	4	2	3	2	1	1	3	4	3	1	3
8	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3
Totaal:	23	20	23	21	19	26	18	25	24	17	26	20	23	20	24	26	20	20	23

Vraag	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	
Deelnemer																			
1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	4	3	3	3	3	2	
2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	1	1	
3	2	2	3	1	1	4	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	
4	2	2	2	3	2	1	2	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3	2	
5	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	
6	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	
7	1	2	3	1	2	3	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	1	1	
8	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	
Totaal:	17	20	22	17	16	23	23	19	23	19	24	21	24	19	19	23	17	14	

Stap 2:

De projectgroep kijkt welke items het laagste scoren. De projectgroep doet dit aan de hand van de volgende formule. Het maximaal aantal te behalen punten is 32 (aantal deelnemers X maximale punten = $8 \times 4 = 32$), het minimale aantal te behalen punten is 8 (aantal deelnemers X minimale punten = $8 \times 1 = 8$). $32 - 8 = 24$. $24 / 2 = 12$. $12 + 8 = 20$. 20 is het gemiddelde aantal te behalen punten die er per vraag te behalen is. Alles wat onder de 20 scoort valt onder het gemiddelde, dus is relatief gezien laag. In de grafiek hieronder zijn alle vragen met daarbij de behorende punten ingezet. De rode lijn die in de grafiek loopt, is het gemiddelde van het aantal punten dat per vraag te behalen is. Dat is 20. In de grafiek is dus duidelijk te zien wat er onder het gemiddelde valt en wat relatief laag scoort.



De volgende items scoren lager dan het gemiddelde van 20 punten :

- vraag 5: de zorgcoördinator is een rolmodel voor de uitvoering van goede praktijkvoering. 19 punten
- vraag 7: deskundigheidsbevordering / scholing heeft prioriteit op de afdeling. 18 punten
- vraag 10: begeleiders binnen een Multi Disciplinair Team / behandelteam hebben een gelijkwaardige beslissingsbevoegdheid. 17 punten
- vraag 20: de zorgverlening is gebaseerd op een uitgebreide anamnese. 17 punten
- vraag 23: deskundigheidsbevordering en / of bijscholing van de begeleiders wordt door de verpleegkundige leiding als prioriteit gezien. 17 punten
- vraag 24: begeleiders reflecteren (systematisch) op hun functioneren, (intervisie, action learning sets) om de zorg te evalueren en te ontwikkelen. 16 punten
- vraag 27: er is kennis gebaseerd op evidence beschikbaar voor de zorgprofessionals op de afdeling. 19 punten
- vraag 29: begeleiders hebben de gelegenheid om experts te raadplegen. 19 punten
- vraag 33: patiënten worden aangemoedigd om feedback te geven op de verpleegkundige zorgverlening. 19 punten
- vraag 34: er zijn middelen als computers en databanken, beschikbaar om zorgverlening op evidence te baseren (EBP). 19 punten
- vraag 36: de afdelingsvisie en de daaruit afgeleide doelstellingen met de betrekking op de patiëntenzorg, worden door het team gedeeld. 17 punten
- vraag 37: er zijn scholingsprogramma's voor alle zorgprofessionals aanwezig. 14 punten

Er zijn 12 items die lager scoren dan het gemiddelde. Vraag 5, 7, 10, 27, 29, 33 en 34 scoren net iets lager dan het gemiddelde. Voor deze items gaat de projectgroep dan ook geen actieplan schrijven. Voor de items 20, 23, 24, 36 en 37 gaat de projectgroep wel een actieplan schrijven, zodat deze items in de toekomst hoger gaan scoren. Waardoor de context sterker wordt.

De zorgverlening is gebaseerd op een uitgebreide anamnese.

De verpleegkundigen op de open afdeling van RC ggz Weert geven aan dat de zorgverlening onvoldoende is gebaseerd op een uitgebreide anamnese. De afdeling kan dit verbeteren door kritisch te kijken naar de anamnese en deze eventueel aan te passen, zodat de zorg die verleend wordt gebaseerd is op de anamnese.

Deskundigheidsbevordering en/of bijscholing van de begeleiders wordt door de verpleegkundige leiding als prioriteit gezien.

De verpleegkundigen op de open afdeling van RC ggz Weert geven aan dat deskundigheidsbevordering /scholing een prioriteit heeft op de afdeling.

In de Wet BIG staat beschreven dat een verpleegkundige op de hoogte dient te zijn en te blijven van de ontwikkelingen binnen het vak gebied. De open afdeling van RC ggz Weert kan het volgende doen om de deskundigheid van de verpleegkundigen te bevorderen. De verpleegkundigen kunnen zichzelf van ontwikkelingen binnen het eigen vakgebied op de hoogte houden door vakliteratuur te lezen. Daarnaast kan de afdeling themabijeenkomsten of klinische lessen organiseren om de deskundigheid van de verpleegkundigen te vergroten. Een laatste manier van deskundigheidsbevordering is reflecteren op het eigen handelen. (Dito e.a, 2008)

Begeleiders reflecteren (systematisch op hun functioneren om de zorg te evalueren en te ontwikkelen).

De verpleegkundigen van de open afdeling van RC ggz Weert geven aan dat het reflecteren op hun functioneren beter en vaker gedaan mag worden.

Reflecteren is het achterhalen wat de achtergrond is van je handelen. Daarbij ga je niet kijken hoe je iets hebt gedaan, maar waarom je iets hebt gedaan. Als de verpleegkundigen weten waarom ze iets op een bepaalde manier doen, zijn ze ook in staat om het te veranderen of bewuster te handelen. Dit komt weer ten goede van de kwaliteit van zorg, maar helpt ook bij het implementeren van vernieuwingen. (Halem, 2009). De afdeling kan doormiddel van Action Learning set ervoor zorgen dat de verpleegkundigen gaan reflecteren op hun eigen handelen.

De afdelingsvisie en de daaruit afgeleide doelstellingen met betrekking op de patiëntenzorg, worden door het team gedeeld.

De verpleegkundigen van de open afdeling van RC ggz Weert geven aan dat de afdelingsvisie en de daaruit afgeleide doelstellingen met betrekking op patiëntenzorg niet tot matig door het team worden gedeeld. Op dit moment heeft de afdeling nog geen visie, dus de doelstellingen met betrekking op de patiëntenzorg kunnen niet door het team worden gedeeld. De verpleegkundige werkgroep is bezig met de visie, dus als de visie helemaal rond is, kunnen de doelstellingen die betrekking hebben op de patiëntenzorg gedeeld worden door het team .

Er zijn scholingsprogramma's voor alle zorgprofessionals aanwezig

De verpleegkundigen van de open afdeling van RC ggz Weert geven aan dat er weinig tot geen scholingsprogramma's aanwezig zijn voor de verpleegkundigen.

Zoals hier boven al staat beschreven is het volgens de wet BIG belangrijk dat een verpleegkundige op de hoogte dient te zijn en te blijven van de ontwikkelingen binnen het vak gebied. (Dito e.a, 2008) Dit kan gebeuren door de verpleegkundige bij te scholen. Daarom is het belangrijk dat de afdeling de verpleegkundigen de kans geven om scholingsprogramma's te volgen. Dit komt ten goede van de kwaliteit van de zorg.

De afdeling kan dit doen, door te achter halen wat de mogelijkheden zijn om de verpleegkundige bij te scholen.

Bijlage 4: Wetenschappelijke artikelen.

Artikel: Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory.

Dit wetenschappelijk artikel is beoordeeld door: Petra Verstegen.

Inleiding:

Tijdens het afstuderen van de opleiding HBO-verpleegkunde werkt de projectgroep aan een opdracht vanuit de instelling RC ggz Weert. Deze opdracht gaat over patiëntenparticipatie. De opdracht is gekoppeld aan de ROM opdracht van het afstuderen, omdat het probleem patiëntenparticipatie zich richt op de zorg en organisatie rondom de patiënt. Binnen de ROM opdracht van het afstuderen is het de bedoeling dat iedere individuele projectgroepslid een wetenschappelijk artikel uitwerkt. Dit wetenschappelijk artikel is uitgewerkt door Petra Verstegen. De projectgroep werkt tijdens het afstuderen samen met de verpleegkundige werkgroep van het RC ggz Weert. De verpleegkundige werkgroep heeft een visie ontwikkeld dat gebaseerd is op het Neuman System Model, in dit model staat de patiënt centraal. Om de patiënt centraal te stellen is patiëntenparticipatie belangrijk. De projectgroep heeft een verkennende literatuurstudie gedaan naar patiëntenparticipatie, daaruit is naar voren gekomen dat GGZ Nederland heeft afgesproken dat er voortaan binnen de GGZ instellingen in Nederland gebruik moet worden gemaakt van de ROM (Route Outcome Monitoring). (CBO, 2005) ROM is een vragenlijst die de behoeften en wensen van een patiënt meet tijdens de opname in een instelling. De verpleegkundige werkgroep is geïnteresseerd in de ROM, maar heeft zich hierin nog niet verder verdiept. De projectgroep heeft daarom besloten om meer informatie te verkrijgen over de ROM, om te kijken of de ROM bruikbaar is voor de instelling RC ggz Weert, waarvoor de keuze voor dit wetenschappelijk artikel.

Hoe zijn we aan het artikel gekomen?

De projectgroep heeft als eerste een PICO opgesteld. De PICO houdt het volgende in:

- Patiënt of probleem (Wie): beschrijving van de patiënt(en) en/of het probleem, zoals diagnose, leeftijd, geslacht.
- Interventie (wat): beschrijving van de toegepast en/of onderzochte interventie.
- Co-interventie: eventuele andere (alternatieve) interventie, die vergeleken wordt met de interventie.
- Outcome of resultaat (waarom): beschrijving van wat de verpleegkundige hoopt te bereiken of welk effect de interventie voor de patiënt zou moeten hebben. (Cox, 2008)

De projectgroep heeft de volgende punten ingevuld bij de PICO:

- P = Patiënten met psychiatrische problematiek.
- I = Routine Outcome Monitoring.
- C= geen meetinstrument
- O= bruikbaarheid van de ROM in de praktijk voor het meten van de wensen en behoeften van patiënten.

Vanuit die punten heeft de projectgroep een probleemstelling opgesteld:

Is de ROM een bruikbaar meetinstrument voor de praktijk om de behoeften en wensen van psychiatrische patiënten te meten?

De projectgroep heeft in de voorlopige onderzoeksopzet beschreven hoe er gezocht zou gaan worden naar bruikbare bronnen voor het literatuuronderzoek en een wetenschappelijk artikel. De projectgroep heeft een aantal trefwoorden en beperkingen opgesteld die ze bij databanken wilden invullen. Petra heeft deze trefwoorden iets aangepast zodat het zou aansluiten bij de probleemstelling die hierboven staat beschreven. Hieronder staan die trefwoorden, beperkingen en databanken.

○ *Trefwoorden:*

Manager, Patiënt, Patiëntenparticipatie, Geestelijke gezondheidszorg, Interventies, Wensen en behoeften meten, dwang en drang, meetinstrumenten, Routine Outcome Monitoring (ROM), patient participation, mental health en interventions.

Overall waar patiënt staat wordt ook cliënt ingevuld om de zoekkansen te vergroten.

○ *Beperkingen*

- Bronnen mogen niet ouder zijn dan 2007. Dit wil de projectgroep omdat bronnen die ouder zijn dan 5 jaar minder betrouwbaar zijn volgens de Evidence Based Practise richtlijnen, dan de bronnen die minder dan 5 jaar oud zijn,. (Cox, 2008)
- Bronnen moeten in het Nederlands of Engels geschreven zijn. De bronnen moeten in het Nederlands of Engels geschreven zijn omdat de projectgroep het anders niet kan vertalen, waardoor het document voor de projectgroep onbruikbaar wordt.

○ *Databanken & registratiesystemen.*

Cinahl, Medline, Pubmed, Cochrane, CBO, Fontysmediatheek (online), Springerlink, Databank gezondheidszorg. Infomine, Pinakes, Google en Google scholar.

Zoekstrategie:

De projectgroep heeft verschillende manieren gebruikt om een wetenschappelijk artikel te vinden.

Deze manieren zijn:

- Via <http://scholar.google.nl> → PICO vraag invullen. → geen bruikbaar resultaat.
- Via <http://scholar.google.nl> .→ invullen: patiëntenparticipatie ggz.→geen bruikbaar resultaat.
- Via <http://scholar.google.nl> .→ invullen: ROM ggz →geen bruikbaar resultaat.
- Via <http://scholar.google.nl> .→ invullen: Routine Outcome Monitoring mental health→geen bruikbaar resultaat.
- Via <http://scholar.google.nl> .→ patient participation mental health→geen bruikbaar resultaat.
- Via <http://scholar.google.nl> .→ meetinstrument behoeften wensen patiënt →geen bruikbaar resultaat.
- Via <http://spingerlink.com> .→ patiëntenparticipatie → pagina 4 → 9^e resultaat van boven: Hafkenscheid, A e.a. (2011) Een eenvoudige methode om te meten of de behoeften en wensen van patiënten worden vervuld. Tijdschrift voor Psychotherapie, volume 2011, number 2, pages 116 – 126. Dit artikel leek eerst geschikt als wetenschappelijk artikel, het sluit aan bij de probleemstelling voor het zoeken van een wetenschappelijk artikel. Na het lezen van het artikel bleek dat het artikel vooral ging om de meetinstrumenten Patiëntenbehoeftevragenlijst en SCL-90. Daarnaast is er in het onderzoek ook niet beschreven welk onderzoek ze hebben gebruikt zoals een systematisch review of gerandomiseerde gecontroleerde trial. Er is door Petra verder gezocht naar een ander geschikt wetenschappelijk artikel.
- Via <http://spingerlink.com> .→ patiënt participation mental health→ geen bruikbaar resultaat
- Via <http://spingerlink.com> .→ dwang en drang → geen bruikbaar resultaat
- Via <http://spingerlink.com> .→ patiëntenparticipatie psychiatrie/ggz → geen bruikbaar resultaat
- Via <http://spingerlink.com> .→ Routine Outcome Monitoring → geen bruikbaar resultaat
- Via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> → patiënt participation → geen bruikbaar resultaat
- Via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> → Routine Outcome Monitoring → geen bruikbaar resultaat
- Via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> → routine outcome monitoring mental health → aangevinkt: 5 years publication dates, article types: randomized controlled trial en systematic review → bij see 4 citations found by title matching your search: 2^e van boven: Carlier IV e.a. (2012) routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. Volume 18, issue 1, pages 104-110.

Waarom hebben we voor dit artikel gekozen:

- Het wetenschappelijk artikel sluit aan bij de probleemstelling die is opgesteld: *Is de ROM een bruikbaar meetinstrument voor de praktijk om de behoeften en wensen van psychiatrische patiënten te meten?*
- De projectgroep wil weten of de ROM bruikbaar is voor de instelling RC ggz Weert, in het wetenschappelijk artikel wordt er gekeken naar de effecten van de ROM. De projectgroep kan de conclusie van dit wetenschappelijk artikel meenemen in de beslissing of de ROM een bruikbaar meetinstrument is voor de instelling Rc ggz Weert.
- Het wetenschappelijk artikel bestaat uit 6 pagina's. Een wetenschappelijk artikel is meestal niet langer dan 15 pagina's.
- Het wetenschappelijk artikel is beschreven in het Engels, dit zorgt ervoor dat het leesbaar is voor de projectgroep.
- Dit artikel bevat de onderdelen die in een wetenschappelijk artikel moeten terug komen, namelijk:
 - Betrouwbaar: Volgens de hiërarchie van evidence, valt dit artikel systematische review of meta- analyse van (kwalitatief goede) RCT's. Want in het wetenschappelijk artikel wordt er gekeken naar verschillende RCT's en daaruit wordt de conclusie getrokken of ROM een goed meetinstrument is.
Dit komt op de 1^e plaats binnen de hiërarchie van evidence. Dit betekent dat dit artikel betrouwbaar is.
Hiërarchie van evidence:
1.) Systematische review of meta – analyse van (kwalitatief goede) RCT's.
2.) Gerandomiseerde gecontroleerde trials (ranomized controlled trials of RCT's)
3.) Gecontroleerde klinische trials (clinical controlled trials of CCT's)
4.) Niet – experimentele (kwalitatieve, beschrijvende) studies;
5.)Mening van deskundigen of “algemeen aanvaard” handelen.(Cox,2008)
 - Controleerbaar: In het artikel precies beschreven staat hoe het onderzoek is uitgevoerd, er staat beschreven hoe de onderzoekers gezocht hebben naar de verschillende RCT's. Ook staan in een bijlage alle artikels die in het wetenschappelijk onderzoek zijn gebruikt. Het is daarom voor de projectgroep controleerbaar hoe het onderzoek in het wetenschappelijk artikel tot stand is gekomen en ook zijn de resultaten controleerbaar.
 - Systematisch: Het artikel is opgebouwd vanuit de punten die belangrijk zijn in een wetenschappelijk onderzoek namelijk: inleiding, methoden, resultaten, discussie en conclusie. Daarnaast worden er nieuwe aanbevelingen gedaan voor een volgend onderzoek van de werking van de ROM, zoals het betrekken van kinderen en adolescenten.
 - Objectief: Het onderzoek is objectief beschreven, wat betekent dat er geen ons onderzoek of wij is beschreven in het artikel. De onderzoekers zelf hebben ook objectief aan het onderzoek gewerkt, dit is te zien aan doordat de onderzoekers alle onderzoeken naast elkaar hebben gelegd en hebben gekeken naar de resultaten van alle onderzoeken. Alle resultaten zijn meegenomen en daaruit hebben de onderzoekers een conclusie getrokken. Er worden dus geen onderzoeken weggelaten omdat deze een negatieve invloed zouden hebben op het resultaat. De onderzoekers hebben zich daarnaast ook verdiept in de theorie rondom het geven van feedback, wat de ROM doet en hebben gekeken of de ROM voldoet aan wat er in de theorie beschreven staat.

Aanleiding van het onderzoek.

Om de kwaliteit van de zorg te hanteren, wordt er gebruik gemaakt van richtlijnen en handleidingen. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren zijn er methoden nodig waarbij behandelingsresultaten worden beoordeeld. Een voorbeeld van zo'n feedbacksysteem is de Routine Outcome Monitoring. ROM is een feedbacklijst waarbij systematisch de behandeling van de patiënt wordt geëvalueerd. De ROM geeft professionals inzicht in de wensen en behoeften van patiënten tijdens de behandeling, waardoor de behandeling meer aansluit bij de patiënt. Door meer aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt, kan sneller het einddoel van de behandeling worden bereikt, dit heeft

bijvoorbeeld invloed op de kosteneffectiviteit. Er zijn vele voordelen van het feedbackinstrument ROM, maar daarnaast zijn er ook nadelen en twijfels over de ROM. In het artikel Routine Outcome Monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory, wordt er nagegaan wat de voor en nadelen zijn van het meetinstrument ROM.

Onderbouwing waarom het artikel een kwantitatief/kwalitatief onderzoek is.

Het systematic review is niet onder te delen in kwantitatief of kwalitatief onderzoek. Een systematische review is een overzicht van alle originele onderzoeken, waarbij gebruik gemaakt wordt van expliciete en reproduceerbare methoden. Om tot een systematic review te komen hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van RCT's, dit zijn kwantitatieve onderzoeken.

In het onderzoek wordt namelijk gezocht naar de positieve punten en de negatieve punten van het meetinstrument ROM. Er worden in het onderzoek verschillende RCT's (Randomised Controlled Trials) naast elkaar gelegd, waarin het effect van de ROM wordt vergeleken met het gebruik van geen meetinstrument. De onderzoekers zijn daarnaast nog opzoek gegaan naar literatuur over theorieën bij feedback geven. Die theorieën hebben de onderzoekers naast de uitkomsten van de RCT's gelegd. De onderzoekers hebben dus feiten gebruikt uit de RCT's en literatuur om dit onderzoek op te zetten. (Cox, 2008) De projectgroep kan daarom concluderen dat de RCT's die gebruikt zijn, kwantitatieve onderzoeken zijn. Het systematic review is zelf niet onder te verdelen in kwantitatief of kwalitatief.

Soort onderzoek.

Het wetenschappelijk artikel is een diagnostisch onderzoek. Er worden verschillende RCT's naast elkaar gelegd in het onderzoek en er wordt gekeken naar bijbehorende literatuur. In het onderzoek wordt er gekeken naar de effecten van de ROM, die effecten hebben de onderzoekers vanuit verschillende RCT's verkregen. Er wordt gekeken naar effecten die de ROM heeft op de behandeling van verschillende patiënten in verschillende settings. In het onderzoek worden de positieve effecten van de ROM op de gezondheidstoestand onderzocht. Vanuit die verschillende RCT's wordt een conclusie getrokken over de positief voorspellende waarde van de ROM. Naast die positief voorspellende waarde van de ROM, wordt er door de onderzoekers ook gekeken naar de negatieve resultaten van de ROM en welke items (zoals bijv. onderzoek bij kinderen) er tijdens de onderzoeken van de RCT's niet zijn meegenomen. De uiteindelijke conclusie van het wetenschappelijk artikel gaat over de positieve en negatieve punten van het meetinstrument de ROM, het is dus een diagnostisch onderzoek naar de werking van de ROM. (Cox, 2008)

Toetsen van het artikel.

De projectgroep heeft aan de hand van de vragenlijst die bij een systematische review in de cursus EBP van Fontys Hogescholen Verpleegkunde en in het boek Cox, 2008 staat, beoordeeld. De projectgroep heeft gekozen voor een systematische review, omdat er in het wetenschappelijk artikel verschillende RCT's worden geanalyseerd, waarbij de resultaten van het meetinstrument ROM kritisch worden bekeken. Bij systematische reviews gaat het om een gestandaardiseerde en geobjectiveerde analyse van oorspronkelijke onderzoeken die al over een onderwerp zijn gedaan. (Cox, 2008)

Systematisch review

(Uit: Cox, K. e.a.; (2008). *Evidence Based Practise voor verpleegkundigen*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.)

Vraagstelling.

In het artikel staat duidelijk beschreven wat de doelstelling van het systematic review is. Het staat in het begin van het artikel waar het gehele onderzoek abstract beschreven is. De doelstelling van het onderzoek is om een overzicht van evidence based practice feedback te verstrekken over de resultaten/effecten van de ROM die de professionals en de patiënten van de (geestelijke) gezondheidszorg kunnen ondersteunen. Er staat geen expliciete vraagstelling in het wetenschappelijk artikel beschreven. Doordat het onderzoek niet een duidelijk vraagstelling heeft,

bestaat er de kans dat de onderzoeker na afloop van het onderzoek ontevreden kan zijn over het onderzoek. Verder is een vraagstelling richt gevend voor het uit werken van een onderzoek, als de vraagstelling goed geformuleerd is, dan komt het onderzoek vanzelfsprekend naar voren. (van der Zee, 2004). Nu hebben de onderzoekers wel een duidelijke doelstelling beschreven waardoor er richting wordt gegeven aan het onderzoek.

Zoekactie & Selectie:

Voor het zoeken naar artikelen waarin de effecten van de ROM en het geven van feedback staan beschreven, hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van de volgende databanken:

- Pubmed
- Medline
- PsychINFO
- Embase psychiatry
- Cochrane database of systematic reviews
- Cochrane controlled trials register
- Database of abstract of reviews of effectiveness.

De onderzoekers hebben alleen gezocht naar Engels geschreven onderzoeken in de periode van 1975- 2009. Er zijn inclusie en exclusie criteria opgesteld door de onderzoekers:

Inclusiecriteria:

- RCT's over de impact van ROM en feedback in de gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg
- Engels geschreven.
- Alle instellingen en leeftijden van patiënten worden meegenomen in het onderzoek.

Exclusiecriteria:

- Geen gerandomiseerde gecontroleerde trial
- Geen feedback of processen die niet bedoeld zijn om ROM/feedback te evalueren.

De onderzoekers hebben zoektermen opgesteld en aan de hand daarvan hebben ze relevante artikelen opgezocht. De zoektermen die de onderzoeken hebben gebruikt staan hieronder, de zoektermen zijn indien mogelijk ook gecombineerd:

- Routine outcome monitoring/measurement
- Feedback
- Outcome management
- Health status measurement
- Routine practice
- Treatment outcome
- Outcome assessment
- Patiënt- reported outcomes (measures)
- Patiënt based measures
- Patiënt focused reaserarch
- Psychotherapy outcome research
- Practice based evidence
- Effectiveness
- Efficacy
- Cost effectness

De titels die de zoekactie heeft opgeleverd hebben de onderzoekers gescreend op relevantie. De abstracte beschrijvingen van de gevonden onderzoeken werden doorgenomen en gecontroleerd op relevantie en in en exclusiecriteria. Dubbele publicaties werden weggehaald en extra publicaties werden gevonden door verwijzingen die in de relevante artikelen stonden. Er is een lijst opgenomen binnen het wetenschappelijk artikel waarin alle meegenomen onderzoeken staan beschreven, dit zorgt ervoor dat de lezer van het wetenschappelijk onderzoek de gebruikte artikelen zelf kan

doornemen en de resultaten van dit wetenschappelijk onderzoek kan controleren, dit verhoogt de betrouwbaarheid. (cox, 2008)

Wat niet in het artikel staat beschreven is of er 2 onderzoekers/reviewers onafhankelijk van elkaar gezocht hebben naar artikelen aan de hand van de opgestelde inclusie/exclusie criteria en de trefwoorden. Als dit 1 reviewer heeft gedaan kan hij/zij de resultaten beïnvloeden door artikelen uit te sluiten die invloed hebben op het resultaat, waardoor er bias ontstaat. (cox, 2008)

Kwaliteitsbeoordeling.

In totaal zijn er 52 RCT's meegenomen in het onderzoek naar het effect van de ROM.

In de verschillende RCT's zijn verschillende methode gebruikt voor het komen tot resultaten. Binnen alle onderzoeken waren de gerandomiseerde patiënten onderverdeeld in een groep die de interventie kregen, dus het meetinstrument ROM en het geven/krijgen van feedback en een groep die geen interventie kregen, dus geen ROM of feedback. De manier hoe de interventie binnen de onderzoeken werd uitgevoerd was wel verschillend, in de onderzoeken werd er gebruik gemaakt van enkele vragenlijsten tot complete sets van vragenlijsten en soms werden er interviews gehouden met de patiënten. Dit zorgt voor methodologische heterogeniteit, want er zitten verschillen in de onderzoeksopzet van de meegenomen RCT's. (cox, 2008)

Daarnaast is er ook klinische heterogeniteit. De betrokken patiënten in de RCT's zaten wel allemaal in de leeftijdscategorieën van 18 + en >65 jaar, maar ze waren allemaal betrokken in verschillende settings, bijvoorbeeld de algemene gezondheidszorg of de geestelijke gezondheidszorg en hadden ze verschillende ziektebeelden. Daarmee hebben de onderzoekers wel rekening gehouden met het generaliseren van de resultaten, want er zijn subgroepen gemaakt met behulp van de setting en ziektebeelden. De onderzoekers hebben data extractie gedaan op 2 manieren, de onderzoekers hebben namelijk gekeken naar het effect van de ROM op twee gebieden:

- *Het effect van de ROM op diagnose en het volgen van de behandeling.*

Hieruit zijn verschillende resultaten gekomen, dit zorgt voor statische heterogeniteit. In het onderzoek is er gekozen om de heterogeniteit te exploreren. Dat betekent dat de uitkomsten van verschillende onderzoekskenmerken zijn opgesplitst en wat de invloed van die onderzoekskenmerken zijn op elkaar. In het onderzoek is er gekeken naar kosteneffectiviteit, communicatie en effect op de behandeling. Dit zorgt ervoor dat de resultaten niet over een kam worden gescheurd, maar de informatie verdeeld wordt over de verschillende subgroepen waardoor generaliseerbaarheid beter wordt. (cox, 2008)

- *Het effect van de ROM op de gezondheid en de geestelijke gezondheid van de patiënt.*

Hierbij hebben de onderzoeker gekeken naar de positieve invloed van de ROM op de gezondheid of geestelijke gezondheid. Dit werd in alle 52 RCT's onderzocht, er was dus een homogeniteit onder de onderzoeken, waardoor er tot een overall resultaat gekomen kan worden. Hierbij hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van pooling. In een tabel zijn de resultaten verwerkt, waarbij er in procenten is beschreven als er in het onderzoek de ROM een positief resultaat had op de gezondheid. Resultaten werden als positief beschouwd als er een statistisch significant ($P < 0,05$) verschil was bij de verwachte richting tussen de interventie-en controlegroep. Dit zorgt ervoor dat de resultaten van de pooling betrouwbaar zijn omdat de betrouwbaarheidsintervallen klein zijn en dus preciezer en niet op toeval zijn berust. Binnen de pooling zijn ook weer subgroepen gemaakt, zoals bijvoorbeeld de indeling tussen de algemene gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Onder die twee subgroepen zijn ook weer kleinere subgroepen gemaakt, dit zorgt voor een specifieke analyse, maar ook voor een grotere generaliseerbaarheid. Omdat er zo in de kleinere resultaten kunnen worden beschreven. (cox, 2008)

Wat de projectgroep mist in het artikel is de beschrijving of de kwaliteitsbeoordeling van de artikels en de data-extractie van de resultaten door de onderzoekers gezamenlijk is gedaan of individueel. De voorkeur heeft om de kwaliteitsbeoordeling en data extractie individueel te doen en onafhankelijk van elkaar. Dit zorgt ervoor dat er geen bias ontstaat bij het selecteren van de artikels zodat de resultaten van het systematic review beïnvloedt kunnen worden. Ook bij het verzamelen van de

resultaten uit de verschillende RCT's kan er bias ontstaan als de onderzoekers dit gezamenlijk hebben gedaan. Om de validiteit te vergroten zouden de onderzoekers onafhankelijk van elkaar de resultaten van de verschillende RCT's te beoordelen en generaliseren. Dit heet blinderen van de onderzoekers en dit zal de validiteit van het onderzoek vergroten.

De projectgroep is van mening dat de interne validiteit van het onderzoek, na het onderzoeken van de methodologische kwaliteit, groot genoeg is om dit artikel te gebruiken voor het project. Dit concludeert de projectgroep aan de zorgvuldige beschrijving van hoe er aan de gebruikte RCT's is gekomen. Daarnaast staat er beschreven hoe de onderzoekers de gevonden artikelen hebben geselecteerd; of de artikelen wel of niet werden gebruikt voor het onderzoek. Dit werd gedaan door het selecteren op relevantie en inclusie en exclusiecriteria. Daarnaast zijn de resultaten van de RCT's beschrijven in verschillende kleine subgroepen, zodat niet alle resultaten over kam werden gescheurd, dit zorgt ervoor dat de generaliseerbaarheid van resultaten groter is en daarom ook de resultaten zwaarder wegen. (cox,2008) Dit weegt zwaarder op dan hetgeen dat er niet beschreven staat of er onafhankelijk van elkaar dataextractie en kwaliteitsbeoordeling is uitgevoerd. Want misschien is dit wel individueel onafhankelijk van elkaar gedaan, maar is dit alleen niet beschreven.

Resultaten.

Hoe gevoelig zijn de resultaten voor de wijze waarop de review is gedaan?

De methode die de onderzoekers hebben gebruikt om aan onderzoeken te komen past zeker bij wat de onderzoekers willen onderzoeken. Want de onderzoekers wilden een overzicht geven welk resultaat of effect de ROM had op patiënten en professionals in de gezondheidszorg. De onderzoekers hebben de databanken: Pubmed, Medline, Psychinfo, Embase Psychiatry, en Cochrane database gebruikt om aan bruikbare onderzoeken te komen, dit zijn goede databanken waar veel bruikbare onderzoeken ontstaan. (cox,2008) De trefwoorden die de onderzoekers hebben gebruikt komen met elkaar overeen en gaan allemaal over de ROM of patiëntgerichte zorg en feedback op de behandeling. Dit zijn volgens de projectgroep goede trefwoorden om een ruime zoekstrategie op te zetten. De onderzoekers hebben sensitief gezocht naar onderzoeken die konden passen bij hun onderwerp van het systematic review. Door sensitief te zoeken hebben de onderzoekers een breed scala van onderzoeken gevonden. De inclusiecriteria van de onderzoekers waren:

- RCT's over de impact van ROM en feedback in de gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg
- Engels geschreven.

De projectgroep is van mening dat het goed is dat de onderzoekers RCT's hebben gebruikt voor hun systematic review. Want bij een RCT is er een interventiegroep waarbij de ROM wordt getest en een controlegroep waarbij de ROM niet wordt getest. Welke patiënten onder de interventie of controlegroep vallen is aselect, dus dat is toeval. Dit is bij het onderzoeken van de ROM belangrijk want, zo krijg je een reëel beeld of de ROM werkt bij welke patiënt dan ook, met welke diagnose of behandeling.

De projectgroep is wel van mening dat de inclusiecriteria Engels geschreven onderzoeken, minder is. De meeste onderzoeken zijn wel in het Engels geschreven, maar door andere talen te gebruiken worden de zoekresultaten groter, waardoor de resultaten nog betrouwbaarder worden. (cox,2008) Uiteindelijk zijn alle onderzoeken die uit de zoektocht zijn gekomen gecontroleerd op relevantie, dus sluit het aan bij de doelstelling, en zijn de onderzoeken gecontroleerd op inclusie en exclusiecriteria. De overgebleven 52 RCT's staan in de bijlage en de onderzoeken die zijn uitgesloten kunnen worden opgevraagd bij de schrijver van het onderzoek. Zo kunnen andere onderzoekers het onderzoek herhalen en kijken of zij met dezelfde resultaten komen. Dit betekent dat de methodes om gegevens te verzamelen adequaat zijn beschreven en dat de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komt.

De projectgroep is van mening dat het goed is dat de onderzoekers gebruik hebben gemaakt van pooling bij het onderzoeken van het effect van de ROM op de gezondheid en de geestelijke gezondheid van de patiënt. Ten eerste is het goed dat ze verschil hebben gemaakt tussen de algemene gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg, want er zit een groot verschil tussen

de patiëntencategorieën. Omdat de patiëntencategorieën verschillend zijn, kan de ROM ook een ander effect hebben op de patiënten/behandeling. Onder de gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg is ook weer pooling toegepast onder de subgroepen. Dit zorgt voor specifieke resultaten, waardoor ze ook meer valide zijn. (Cox, 2008) Wat de projectgroep minder vindt is het onderzoek naar Het effect van de ROM op diagnose en het volgen van de behandeling. Bij dit onderzoek is er een korte conclusie beschreven welk effect de ROM heeft op communicatie, kosteneffectiviteit en patiënten tevredenheid. Om dit gedeelte van het onderzoek wat meer valide te maken, hadden de onderzoekers hier ook een tabel kunnen beschrijven met hoeveel procent een positief effect van de ROM had ervaren. Nu is dit niet controleerbaar, waardoor de validiteit van het onderzoek verminderd. (Cox, 2008)

De onderzoekers hebben in het onderzoek ook beschreven wat mindere punten zijn van hun onderzoek namelijk:

- Alleen Engels beschreven onderzoeken
- Geen RCT's gevonden waarbij de ROM getest wordt bij kinderen of adolescenten.
- Bij de meerderheid van de resultaten werd de ROM gebruikt om de behandeling en diagnose te evalueren, dus het onderzoek was meer gericht op de professional.
- De impact van de ROM op patiënten waren schaarser en de resultaten waren inconsistent.
- Veel onderzoeken van de algemene gezondheidszorg werden uitgevoerd bij de huisarts. Het gevaar bij onderzoek bij de huisarts is, is dat de aandoeningen kleiner zijn zodat ze spontaan verholpen zijn, waardoor het effect van de ROM moeilijker meetbaar is.

Het is goed dat de onderzoekers zelf ook de minpunten van hun systematische review inzien, dit betekent dat ze het onderzoek kritisch hebben bekeken en dit ook hebben meegenomen in hun uiteindelijke resultaten. Het betekent wel dat de resultaten van de effecten van de ROM minder valide zijn, maar de resultaten van het systematische review zijn wel meer valide door het meenemen van de discussiepunten.

Toepasbaar.

Om te kijken of de resultaten van het systematische review toepasbaar zijn voor de dagelijkse praktijk, heeft de projectgroep de grote lijnen van de FAME schaal van Pearson 2002 gebruikt. De FAME schaal van Pearson bestaat uit 4 hoofdgroepen namelijk: toepasbaarheid (feasibility), geschiktheid (appropriateness), betekenisvol zijn (meaningfulness) en effectiviteit (effectness).

- Toepasbaarheid:

Om de ROM toepasbaar te maken voor de praktijk is er regelmatige training voor professionals nodig. Dit is nodig omdat de professionals dan op de hoogte blijven van de manier hoe de ROM kan en moet worden gebruikt. Daarnaast kan door regelmatige scholing, knelpunten van de ROM worden besproken en zo de ROM verbeterd kan worden.

- Geschiktheid:

Het gebruik van de ROM is ethisch geschikt. Volgens de wetgeving is patiëntenparticipatie erg belangrijk, ROM is een meetinstrument wat ook voor een gedeelte de patiëntenparticipatie meet. Binnen de instelling RC ggz Weert is er een visie ontwikkeld, bij die nieuwe visie staat de patiënt centraal. Eerst zal de nieuwe visie moeten worden geïmplementeerd, maar door de ROM te gebruiken, is er een meetinstrument dat aansluit bij de nieuwe visie. Door de ROM te gebruiken, voor, tijdens en na de behandeling, kunnen de wensen en de behoeften van de patiënt gemeten worden, waardoor de behandeling beter aangesloten kan worden bij de patiënt. Als de nieuwe visie is geïmplementeerd sluit de ROM aan bij de ethische richtlijnen.

- Betekenisvol:

De ROM kan richting geven aan het praktisch handelen. Uit de resultaten is naar voren dat er een statistisch significant positieve invloed van de ROM op de diagnose en de monitoring van de behandeling. Er werden sneller diagnoses gesteld en de behandelingen werden sneller aangepast aan de wensen en behoeften. De ROM zorgt er volgens het systematische review ook voor dat er een betere communicatie ontstaat tussen patiënt en zorgverlener, zowel op de korte en langere termijn. Er waren onderzoeken die minder consistent waren over de tevredenheid van de patiënt over de

geleverde zorg en kosteneffectiviteit. Hierbij waren positieve als zowel negatieve effecten van gemeten.

Naast de invloed van de ROM op de diagnose en monitoring van de behandeling, is er ook onderzoek gedaan naar de impact van de ROM op de lichamelijke of geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Voor de projectgroep is het vooral belangrijk wat de effecten waren van de ROM bij de geestelijke gezondheidszorg, omdat de projectgroep de ROM wil gaan gebruiken binnen de ggz-setting. In het onderzoek waren 45 RCT's die gericht waren op de geestelijke gezondheidszorg, dit is een groot merendeel van de onderzoeken, wat er voor zorgt dat de uitslagen meer betrouwbaar zijn. Binnen het onderzoek is gekeken naar de positieve invloed van de ROM, positief betekent dat de experimentele groep significant minder klachten hadden dan de controlegroep. Er werden 10 studies gedaan binnen een geestelijke gezondheidszorg instelling, daarbij had de ROM bij een ruime meerderheid (78%) van de patiënten een positief effect op de geestelijke gezondheid.

De ROM heeft dus een positief effect op de gezondheid van de patiënt, dit betekent dat de ROM betekenisvol is voor de projectgroep, omdat de ROM meteen richting kan geven aan het praktisch handelen.

- *Effectiviteit:*

Het regelmatig gebruiken van de ROM tijdens de behandeling van een patiënt is veelbelovend. Door een patiënt voor, tijdens en na de behandeling regelmatig de ROM feedbacklijst in te laten vullen, zorgt dit ervoor dat er een positief effect is op het sneller vinden van een diagnose en aansluitende behandeling. Daarnaast heeft de ROM een positief effect op de communicatie tussen de patiënt en de professional. Als de communicatie tussen de patiënt en de professional verbeterd wordt, is dit ook positief voor het effect van de behandeling. Om het effect van de ROM nog verder te optimaliseren is het van belang dat er regelmatig via de ROM getoetst wordt bij de patiënt en dat de uitkomsten op papier komen en mondeling worden nabesproken met de patiënt. Daarnaast is het belangrijk dat er regelmatig geëvalueerd wordt tussen de patiënt en de zorgverlener, over kwaliteit van leven, zorgbehoeften, zorggebruik en over het proces van de behandeling.

Om een beter beeld te krijgen over het meetinstrument ROM dient er nog wel onderzoek gedaan te worden naar kosteneffectiviteit. Daarnaast is het ook belangrijk om te kijken hoe de ROM het beste aansluit bij de verschillende ziektebeelden van de algemene gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg en hoe de ROM het beste gebruikt kan worden door de patiënt en de professional tijdens de behandeling. Er is dus nog aanvullend onderzoek nodig om de effectiviteit van de ROM nog beter vast te leggen. (cox,2008)

Conclusie:

De ROM is een geschikt middel om te gebruiken in de gezondheidszorg om sneller en beter aan te sluiten bij de diagnose en behandeling van de patiënt. Dit wordt beargumenteerd door de positieve resultaten van de ROM op de gezondheidstoestand van patiënten. Daarnaast heeft de ROM een positieve invloed om de communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Dit sluit aan bij het project van de projectgroep, waarbij patiëntenparticipatie een belangrijke rol speelt. De nadeel van de systematische review is dat er niet staat beschreven of er onafhankelijke van elkaar naar bronnen is gezocht en een selectie is gemaakt, dit kan er voor zorgen dat er bias ontstaan is in de onderzoeken. Daarnaast zijn er geen consistente resultaten gevonden over hoe de patiënten de ROM ervoeren en over de kosteneffectiviteit.

De projectgroep trekt de conclusie dat de ROM een bruikbaar middel is om regelmatig te evalueren tussen de patiënt en de professional. Door regelmatig te evalueren komen de wensen en behoeften van de patiënt na voren en dit kan meegenomen worden in de behandeling. Uit het onderzoek is ook gebleken dat de communicatie tussen patiënt en professional verbeterde door het gebruik van de ROM, omdat er regelmatig gecommuniceerd werd tussen beide. Dit is een belangrijk speerpunt voor patiëntenparticipatie. De projectgroep gaat het zeker bespreken met de verpleegkundige werkgroep of de ROM een middel kan zijn voor RC ggz Weert.

Artikel: " family in the waiting room: A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient setting.

Dit wetenschappelijk is beoordeeld door: Ellen Vugts

Inleiding:

Tijdens het afstudeerjaar van de opleiding HBO-verpleegkundige werkt de project aan de afstudeeropdracht. De afstudeeropdracht is in opdracht van RC ggz Weert. De opdracht gaat over het optimaliseren van de patiëntenparticipatie op zowel de gesloten als de open afdeling.

Elke groepslid van de afstudeeropdracht moet een wetenschappelijk artikel beoordelen, dit artikel is beoordeeld door Ellen Vugts

Hoe zijn we aan het artikel gekomen?

De projectgroep heeft als eerste een PICO opgesteld. De PICO houdt het volgende in:

- Patiënt of probleem (Wie): beschrijving van de patiënt(en) en/of het probleem, zoals diagnose, leeftijd, geslacht.
- Interventie (wat): beschrijving van de toegepast en/of onderzochte interventie.
- Co-interventie: eventuele andere (alternatieve) interventie, die vergeleken wordt met de interventie.
- Outcome of resultaat (waarom): beschrijving van wat de verpleegkundige hoopt te bereiken of welk effect de interventie voor de patiënt zou moeten hebben.

(Cox, 2008)

De projectgroep heeft de volgende punten ingevuld bij de PICO:

- P = familie betrekken bij patiëntenparticipatie
- I = Verpleegkundige acties om de familie te betrekken bij patiëntenparticipatie
- C= geen bijzondere aandacht voor patiëntenparticipatie.
- O= familie wordt optimaal betrokken bij de patiëntenparticipatie

Vanuit deze punten heeft de projectgroep de volgende probleemstelling opgesteld:

Welke acties moet verpleegkundigen ondernemen om er voor te zorgen dat de familie optimaal betrokken word bij patiëntenparticipatie.

De projectgroep heeft in de voorlopige onderzoeksopzet beschreven hoe er gezocht zou gaan worden naar bruikbare bronnen voor het literatuuronderzoek en een wetenschappelijk artikel. De projectgroep heeft een aantal trefwoorden en beperkingen opgesteld die ze bij databanken wilden invullen.

Hulpverleners, Verpleegkundigen, Nurse, Behandeling, Treatment, Patiënten participatie, Patient participation, Huidige/ tegenwoordig, Present/ current, Verbeteren, Improve / to adjust/ to better, GGZ,Familie, Family participation.

Overall waar patiënt staat wordt ook cliënt ingevuld om de zoek kansen te vergroten.

Databanken/Media:

CBO, Infomine, Pinakes, Google, Google scholar, Via de mediatheek site en Boeken

Beperkingen:

- Boeken en publicaties mogen niet ouder zijn dan het jaartal 2005.
- Talen. De artikelen mogen alleen in het Nederlands of Engels zijn geschreven.

Zoekstrategie:

De projectgroep heeft verschillende manieren gebruikt om een wetenschappelijk artikel te vinden.

Deze manieren zijn:

- Via <http://scholar.google.nl> → PICO vraag invullen. → geen bruikbaar resultaat.
- Via <http://scholar.google.nl> .→ invullen: familie participatie .→geen bruikbaar resultaat.
- Via <http://scholar.google.nl> .→ invullen: familie betrekken bij behandeling. →geen bruikbaar resultaat.

- Via <http://fontys.portal.nl> → mediatheek → Fontys eContent → invullen: familie participatie → geen resultaat
- Via <http://fontys.portal.nl> → mediatheek → Fontys eContent. → invullen: participatie → geen bruikbaar resultaat
- Via <http://fontys.portal.nl> → mediatheek → fontys e Content → Family participation → geen bruikbaar resultaat
- Via <http://fontys.portal.nl> → mediatheek → fontys e Content → Medline → Family participation → 15^e resultaat van boven: Blomqvist, M en Ziegert, K (2011), ; Family in the waiting room' : A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings, international journal of mental health nursing, volume 20, 185-194

Waarom hebben we voor dit artikel gekozen:

- Het wetenschappelijk artikel sluit aan bij het onderwerp: "het optimaliseren van patiëntenparticipatie op de afdeling RC ggz Weert" van de projectgroep. Ook sluit het artikel aan bij het probleem. Het artikel gaat namelijk over familieparticipatie en de rol van de verpleegkundige daarin. Uit eerder literatuurstudie is gebleken dat familieparticipatie een belangrijk onderdeel is van patiëntenparticipatie. Als een de toestandsbeeld van de patiënt het niet toelaat om te participeren , kan een familielid of een vriend voor de patiënt participeren.
 - Het wetenschappelijk artikel bestaat uit 8 pagina's. Een wetenschappelijk artikel is meestal niet langer zijn dan 15 pagina's.
 - Het wetenschappelijk artikel is beschreven in het Engels, dit zorgt ervoor dat het gemakkelijk te volgen is voor de projectgroep.
 - Dit artikel bevat de onderdelen die in een wetenschappelijk artikel moeten terug komen, namelijk:
 - Betrouwbaar: Volgens de hiërarchie van evidence, valt dit artikel onder niet-experimentele studies, want tijdens het onderzoek is een phenomenographical aanpak gehanteerd. Dit komt op de 4^e plaats binnen de hiërarchie van evidence. Dit betekent dat dit artikel redelijk betrouwbaar is.
- Hiërarchie van evidence:
- 1.) Systematische review of meta – analyse van (kwalitatief goede) RCT's.
 - 2.) Gerandomiseerde gecontroleerde trials (randomized controlled trials of RCT's)
 - 3.) Gecontroleerde klinische trials (clinical controlled trials of CCT's)
 - 4.) Niet – experimentele (kwalitatieve, beschrijvende) studies;
 - 5.) Mening van deskundigen of "algemeen aanvaard"handelen.
- (Cox, 2008)
- Controleerbaar: Doordat in het artikel precies beschreven staat hoe het onderzoek is uitgevoerd, is het onderzoek en de resultaten van het onderzoek controleerbaar.
 - Systematisch: Het artikel is opgebouwd vanuit de punten die belangrijk zijn in een wetenschappelijk onderzoek: inleiding, methoden, ethiek, informanten, het verzamelen van gegevens, gegevensanalyse, resultaten en conclusie.
 - Objectief: Het onderzoek is objectief uitgevoerd, dit blijkt uit hoe het onderzoek is beschreven. De onderzoekers beschreven vanuit het verpleegkundige perspectief. Om dit te versterken gebruiken de onderzoekers quotes die de verpleegkundigen tijdens het interviewen hebben gezegd. Daarnaast beschrijven de onderzoekers precies hoe ze de informanten hebben gevonden, wat voor soort interview methode ze hebben gebruikt, en hoe ze de gegevens hebben geanalyseerd. Door dit te beschrijven krijgen lezers inzicht in hoe de onderzoekers te werk zijn gegaan.
- Daarnaast gebruiken onderzoekers theorie om hun aanpak te versterken en te verduidelijken. Dit soort er weer voor dat het onderzoek objectief is uitgevoerd.

Aanleiding van het onderzoek.

De aanleiding van het onderzoek is dat de onderzoekers zich afvragen hoe de verpleegdingen familie participatie ervaring binnen een acute psychiatrische intramurale instellingen.

Gezien het hoge stress gehalte van de familie tijdens de opname en in de acute fase van de ziekte heeft de verpleegkundige een ondersteunende en faciliterende rol naar de familie toe. hieruit blijkt dat het belangrijk is om te onderzoeken hoe familie participatie tot stand kan komen in de acute context.

Onderbouwing waarom het artikel een kwalitatief onderzoek is.

Het artikel dat de projectgroep gebruikt, is een kwalitatief onderzoek. Dit kan de projectgroep concluderen uit de volgende gegevens.

Volgens de literatuur is een kwalitatief onderzoek een onderzoeksproces gericht op het inzichtelijk maken van een situatie gebaseerd op verschillende onderzoekstradities die een maatschappelijk of menselijk probleem blootleggen. De onderzoeker creëert een complex holistisch beeld, analyseert tekst, rapporteert opvattingen van betrokkenen en plaatst de studie in een natuurlijke context (creswell, 1998)

Dit onderzoek richt zich ook op het inzichtelijk maken van een maatschappelijk probleem, namelijk het inzichtelijk maken wat de verpleegkundige kan betekend voor de familie in een acute situatie. Daarnaast beschrijft de onderzoek in een natuurlijke context en rapporteert opvattingen van betrokkenen.

Dus hieruit kan de projectgroep concluderen dat het om een kwalitatief onderzoek gaat.

Soort onderzoek.

Het onderzoek is een verklarend onderzoek. Volgens de literatuur is een verklarend onderzoek het volgende: bij een verklarend onderzoek 'vraag' een verschijnsel om een verklaring. De verklaring kan gezocht worden in een of meerdere oorzaken, die centraal staan in het onderzoek. Het verkennen van de context en het registreren en beschrijven van verschijnselen, is niet meer het belangrijkste deel van het onderzoek. (baarda, 2007)

De projectgroep kan concluderen dat het verklarend onderzoek is, omdat de onderzoekers willen weten hoe de verpleegkundige familie participatie ervaren in een acute situatie.

Design van het onderzoek.

Het design van het onderzoek is een niet-experimentele studie. Dit houdt in dat het een studie is waarbij benodigde gegevens te verkrijgen zijn. Bij een niet-experimentele studie kan de onderzoek alleen beschrijven zoals het zich voordoet.

Daarnaast heeft de onderzoek hier gebruik gemaakt van een surveyonderzoek. Een surveyonderzoek is een onderzoek waarbij mensen uit een steekproef vragen beantwoorden. Hierdoor kan de onderzoeker populaties beschrijven vanuit een of meer variabele die centraal staat. (nieswaidomy, 2009)

Toetsen van het artikel

De projectgroep heeft het artikel aan de hand van de vragenlijst die bij kwaliteit onderzoek in de cursus EBP staat, beoordeeld. De projectgroep heeft voor het kwaliteit onderzoek gekozen, omdat het een kwalitatief onderzoek is. (Cox, 2008)

Kwalitatief onderzoek (uit: Evidence based practice voor verpleegkundigen, 2004, pagina 116-117 hoofdstuk 4 kwalitatief onderzoek

Zijn de resultaten valide?

- is het duidelijk wat de onderzoeksvraag, doelen en focus van het onderzoek zijn?
De onderzoeksvraag en het doel zijn hetzelfde namelijk 'hoe de verpleegdingen familie participatie ervaring binnen een acute psychiatrische intramurale instellingen'. De onderzoekers richten zich in het onderzoek op wat belemmeringen kunnen zijn bij

familieparticipatie, familieparticipatie als onderdeel van de zorg en verpleegkundigen middelen in familieparticipatie.

- *zijn een kwalitatieve benadering en de gekozen methode geschikt voor de uitwerking van de onderzoeksvraag.*

De onderzoekers hebben als onderzoeksmethode een interview gebruikt. Een interview is een geschikte methode om de onderzoeksvraag te kunnen uitwerken. Doormiddel van een interviews komen de onderzoekers aan goede informatie om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden (Lucassen, 2007)

- *Is de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden duidelijk beschreven. Zijn de criteria voor selectie en de selectieprocessen bewust gekozen en beargumenteerd (zowel van de context als van de respondenten), en duidelijk beschreven?*

De context waar het onderzoek heeft plaats gevonden is duidelijk beschreven. De onderzoekers hebben een hele inleiding gemaakt waarom familieparticipatie belangrijk is en welke onderzoekers wat al hebben onderzocht. Doordat de onderzoekers de inleiding zo duidelijk en goed beschreven hebben is het voor de lezers duidelijk in welke context het onderzoek plaats heeft gevonden en wat de onderzoekers hopen te bereiken. De context waarin het onderzoek plaats heeft gevonden is in Zweden, het onderzoek is eerst goed gekeurd door ethische commissie van de universiteit van Halmstad.

De context van de respondenten is ook duidelijk beschreven door de onderzoekers, zo spraken alle verpleegkundigen die mee hebben gedaan Zweeds en waren alle verpleegkundige werkzaam in zowel klinische als poliklinische zorg in verschillende psychiatrische instellingen.

- *Is duidelijk beschreven hoe de gegevens zijn verzameld?*

De onderzoekers hebben duidelijk beschreven hoe ze de gegevens verzameld hebben, de onderzoekers hebben gebruikt gemaakt van een fenomenographical aanpak om de gegevens te verzamelen. Phenomenography aanpak richt zich op het naar zoek gaan naar de overeenkomsten en verschillen van iets. De onderzoekers maakte gebruik van een interviews om de gegevens te verzamelen. De onderzoekers vroegen eerst een openingsvraag en daarna kwamen de follow-up vragen zoals: 'hoe beschouwt u de betekenis van de familie in je werk?', 'hoe u inzicht in de participatie van de familie bij het werken in acute psychiatrische intramurale instellingen. Er werd ook nog gebruik gemaakt van extra vragen om diepgang te brengen in het gesprek. De gegevens werden verzameld 2004-2005 in het zuidwesten van Zweden. De interviews duurden tussen de 30 en 90 minuten. De interviews werden allemaal opgenomen en daarna letterlijk uitgetypt door de gene die ze geïnterviewd had.

- *Is men doorgedaan met gegevens verzamelen tot er een verzadigingspunt was bereikt?*

In het onderzoek wordt niks beschreven of de onderzoekers door zijn gegaan tot dat ze het verzadigingspunt bereikt hebben of niet. Wel hebben de onderzoekers 18 verpleegkundigen geïnterviewd. Maar tijdens de analyse bleek dat na het analyseren van 15 interviews de verzadigingsdrempel bereikt was. Toch hebben de onderzoekers alle 18 interviews geanalyseerd.

- *Welke methoden zijn gebruikt om de gegevens te analyseren?*

De onderzoekers hebben gebruikt gemaakt van een inhoudsanalyse. De onderzoekers hebben eerst de transcripten een paar keer doorgelezen om er vertrouwd mee te raken. Het interview transcript bestond uit 146 pagina's. Na dat de onderzoekers er vertrouwd mee waren, hebben de onderzoekers verklaringen gezocht die direct verband hielden met het doel van het onderzoek. Totaal waren 648 verklaringen die verband hielden met het doel. Nadat de 648 verklaringen bekend waren gingen de onderzoekers zoeken naar verschillen en overeenkomsten in de verklaringen. Dit leidde tot 20 voorlopige opvattingen. Nadat de 20 voorlopige opvattingen bekend waren hebben de onderzoekers de vergelijkbare antwoorden samengevat en dit leidde tot 11 opvattingen. De 11 opvattingen werden vergeleken en

gegroepeerd op basis van verschillen en overeenkomsten. Dit leidde tot drie beschrijvende categorieën. Nadat dit bekend was hebben de onderzoekers de 3 categorieën verduidelijkt.

- *Zijn er methoden gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verzekeren?*

De onderzoekers hebben methodes gebruikt om de geloofwaardigheid van het onderzoek te verzekeren. Zo hebben de onderzoekers eerst twee pilot-interviews gehouden om te kijken over de verpleegkundigen de vragen begrepen, de vragen geschikt zijn voor de studie. De twee pilot-interviews hebben tot geen veranderingen geleid. Daarnaast is elke categorie die uit de analyse naar voren is gekomen bekeken door een andere onderzoeker om te kijken of de categorie de juiste is met de juiste opvattingen eronder.

- *Heeft men aspecten beschreven die de verifieerbaarheid en plausibiliteit van de resultaten betreffen.*

De onderzoekers hebben het hele proces duidelijk beschreven, hierdoor kun je als lezer duidelijk volgen wat de onderzoekers hebben gedaan. Hierdoor is het onderzoek stukken duidelijker.

Daarnaast hebben de onderzoekers eerst twee pilot interviews afgenomen, voor dat de onderzoekers echt begonnen zijn met interviewen. Uit de pilot interviews kan naar voren dat de verpleegkundigen de vragen goed begrepen en dat er duidelijk informatie naar voren kwam, die handig zijn voor het onderzoek.

Een andere onderzoek dan de gene die de interviews hebben afgenomen heeft de gegevens geanalyseerd, dit zorgt er weer voor dat de mening van de gene die het interview heeft afgenomen de gegevens niet heeft beïnvloed. Toen de onderzoeker die de gegevens geanalyseerd heeft en tot thema's is gekomen, heeft weer een andere onderzoeker gekeken of de thema's en de fragmenten bij elkaar horen. Dit zorgt er weer voor de gegevens en conclusie van het onderzoek betrouwbaar zijn.

- *Zijn ethische aspecten in ogenschouw genomen en beschreven.*

De onderzoekers hebben van te voren aan de informatanten verteld, dat ze ten alle tijden uit het onderzoek mogen stappen en dat de informatie die uit het interview naar voren komt, vertrouwelijk worden verwerkt en alleen voor dit onderzoek worden gebruikt.

Wat is het belang van de resultaten?

- *Wat zijn de belangrijkste resultaten?*

De thema's die ontstaan zijn uit de analyse worden duidelijk beschreven. Bij elke thema wordt beschreven uit welke opvattingen ze bestaan. Uit de analyse waren 11 belangrijke opvattingen naar voren gekomen, deze opvattingen worden in de bevindingen onder de thema's waar aan ze toe behoren beschreven. Bij het beschrijven van de thema's gebruiken de onderzoekers ook nog citaten van de respondenten. Achter elke citaat staat daarnaast beschreven van welke respondent het komt. De onderlinge relatie tussen de thema's worden niet beschreven door de onderzoekers.

- *Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen.*

De resultaten worden gedetailleerd genoeg beschreven om de interpretatie van de gegevens en de keuze van thema's en concepten te kunnen beoordelen. Zo maken de onderzoekers gebruik van citaten die de respondenten hebben gezegd tijdens het interview. De onderzoekers maken in totaal van vier verschillende respondenten gebruik van hun citaten. Hierdoor krijgt de lezer een beeld van wat de respondenten precies bedoelen en hieruit kan de lezer concluderen dat de thema's juist gekozen en geformuleerd zijn.

- *Worden de onderzoeksresultaten en conclusies gescheiden van elkaar gepresenteerd? Worden de conclusies ondersteunend door de resultaten?*

De onderzoeksresultaten en conclusies worden van elkaar gepresenteerd. De conclusie wordt ondersteunend door de resultaten. In de conclusie wordt kort beschreven wat de bevindingen zijn van het onderzoek en wat er nog in de toekomst moet gebeuren op basis

van de bevinden. Zo moet er in de toekomst nog naar de ervaring van de familie worden gevraagd over familieparticipatie.

- *Worden de resultaten in relatie gebracht met bestaande literatuur en kennis?*

De resultaten worden in relatie gebracht met bestaande kennis vanuit eerder onderzoeken. Dit is terug te vinden bij de discussie, hier worden de resultaten van het huidige onderzoek vergeleken met eerdere onderzoeken die een soort gelijk onderzoek hebben gedaan.

Hoe helpen deze resultaten mijn patiënten?

- *Zijn de resultaten toepasbaar op de patiëntengroep en de methoden waar ik mee werk.*

De resultaten die naar voor zijn gekomen uit het onderzoek zijn bruikbaar voor het afstudeerproject. Uit iedere literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat familieparticipatie een belangrijk onderdeel is van patiëntenparticipatie. Als de patiënt niet in staat is om voor zichzelf te participeren, dan kan de familie deze rol op zich nemen.

In dit onderzoek komt duidelijk naar voren wat mogelijk belemmerpunten zijn van familieparticipatie, wat de rol van verpleegkundige is tijdens de familieparticipatie en hier wordt nog eens een keer verteld waarom familieparticipatie zo belangrijk is.

De projectgroep kan deze informatie heel goed gebruiken voor het project. Door deze informatie kan de projectgroep kijken wat er eventueel nog verbeterd kan worden aan de huidige familie participatie bij RC ggz Weert.

Artikel: Patient participation in nursing care from a patient perspective: a grounded theory study.

Dit wetenschappelijk artikel is beoordeeld door: Elke Peters.

Inleiding:

Tijdens het afstudeerjaar van de opleiding HBO-verpleegkunde aan de Fontys hogeschool, werkt de projectgroep aan een opdracht. Deze opdracht gaat over patiëntenparticipatie gezien vanuit de instelling Regionaal Centrum ggz te Weert.

De opdracht is gekoppeld aan de ROM opdracht van het afstuderen, omdat het probleem patiëntenparticipatie zich richt op de zorg en organisatie rondom de patiënt. Binnen de ROM opdracht van het afstuderen is het de bedoeling dat iedere individuele projectgroepslid een wetenschappelijk artikel uitwerkt. Dit wetenschappelijk artikel is uitgewerkt door Elke Peeters.

Voor de projectgroep is het van belang dat het perspectief van de patiënt met betrekking tot patiëntenparticipatie bekend wordt. Het is aan Elke Peeters om uit te zoeken hoe de patiënten staan in hun eigen behandeling en of ze hierin betrokken worden. De projectgroep wil onderzoeken hoe het perspectief van de patiënten eruit ziet en hoe zij tegen patiëntenparticipatie aankijken. Daarbij komen positieve aspecten maar ook belemmerende aspecten kijken. Dit artikel gaat over het perspectief gezien vanuit de patiënt met betrekking tot patiëntenparticipatie. Het is voor de projectgroep van belang dat het perspectief van een psychiatrische patiënt uitgelicht wordt. Het is moeilijk om aan artikelen te komen die specifiek zijn gericht op de patiëntenparticipatie in de ggz. Vandaar dat er een keuze is gemaakt om voor het vinden van een artikel te zoeken naar een bredere context. Daarmee wordt bedoeld dat er ook is gezocht naar patiëntenparticipatie in de agz. Vandaar ook de keuze voor dit artikel. Echter kunnen verschillende artikelen niet ingezien worden zonder abonnement. Vandaar dat Elke haar zus (die toegang heeft tot meerdere artikelen) heeft gevraagd om enkele artikelen uit te printen.

Hoe is de projectgroep aan het artikel gekomen?

De projectgroep heeft als eerste een PICO opgesteld. De PICO houdt het volgende in:

- Patiënt of probleem (Wie): beschrijving van de patiënt(en) en/of het probleem, zoals diagnose, leeftijd, geslacht.
- Interventie (wat): beschrijving van de toegepast en/of onderzochte interventie.
- Co-interventie: eventuele andere (alternatieve) interventie, die vergeleken wordt met de interventie.

- Outcome of resultaat (waarom): beschrijving van wat de verpleegkundige hoopt te bereiken of welk effect de interventie voor de patiënt zou moeten hebben. (Cox, 2008)

De projectgroep heeft de volgende punten ingevuld bij de PICO:

- P = Patiënten met psychiatrische problematiek.
 I = Perspectief en ervaring van de patiënt in de zorg
 C= geen co interventie
 O= De betekenis van patiëntenparticipatie gezien vanuit het perspectief en de ervaring van de patiënt in een zorginstelling met als doel de zorg (kwaliteit van leven) te optimaliseren.

Het doel van het onderzoek van Elke is om erachter te komen hoe er onderzoek wordt gedaan naar de ervaringen van patiëntenparticipatie van patiënten en deze methodologie toe te kunnen passen in de praktijk. Hierbij staat de patiënt centraal vandaar dat Elke tot de onderstaande klinische vraag is gekomen: *‘Wat is de betekenis van patiëntenparticipatie gezien vanuit het perspectief van de patiënt?’*

Zoekstrategieën:

De projectgroep heeft in het onderzoeksopzet beschreven hoe er gezocht gaat worden naar literatuur en een wetenschappelijk artikel. Hieronder staan de trefwoorden, beperkingen en databanken die Elke Peeters gaat gebruiken bij het zoeken van het wetenschappelijk artikel.

Trefwoorden:

Patiënten participatie, Geestelijke gezondheidszorg, Behandeling, Patientparticipation, Mental health, Treatment, Perception, Meaning, Patient perspective en Health care

Het woord cliënt kan het woord patiënt in iedere wijze vervangen om de zoek kans te vergroten.

Beperkingen:

- Bronnen mogen niet ouder zijn dan 2007. Dit wil de projectgroep omdat bronnen die ouder zijn dan 5 jaar minder betrouwbaar zijn dan die minder dan 5 jaar oud zijn, volgens de EvidenceBasedPractise bronnen.
- Bronnen moeten in het Nederlands of Engels geschreven zijn. De bronnen moeten in het Nederlands of Engels geschreven zijn omdat de projectgroep het anders niet kan vertalen, waardoor het document voor de projectgroep onbruikbaar wordt.

Databanken & registratiesystemen:

Om meer informatie te verkrijgen over patiëntenparticipatie wil de projectgroep gebruik maken van de volgende databanken:

Cinahl, Medline, Pubmed, Cochrane, CBO, Invert, Springerlink, Google scholar, Google en Pinakes

De bovengenoemde databanken zijn gebruiksvriendelijk, ze bieden verschillende opties/mogelijkheden om specifieke onderwerpen te zoeken. Er kan geselecteerd worden op auteur, titel, journal, Publisher, publicatiedatum etc.

De zoekactie heeft Elke dus ook proberen te beperken door bepaalde (bovengenoemde) beperkingen en zoektermen vooraf vast te stellen. Echter dit onderwerp leende zich er niet voor om specifiek te zoeken op deze criteria, omdat het weinig bruikbare resultaten opleverde. Daarom heeft Elke de zoekactie breed ingezet en de volgende zoektermen gebruikt om haar artikel te vinden.

- Patient perspective
- Patient participation
- Care

Voordat gekozen werd voor dit artikel, heeft Elke abstracts (de korte samenvatting aan het begin van een artikel) gelezen van artikelen die gerelateerd zijn aan dit specifieke onderwerp.

Gevonden bewijs selecteren

- *Waarom is er gekozen voor dit artikel?*
De klinische vraag was: *'Wat is de betekenis van patiëntenparticipatie gezien vanuit het perspectief van de patiënt?'*
Dit artikel gaat grondig in op verschillende facetten waar patiënten in een zorginstelling waarde aan hechten, bijvoorbeeld emotionele betrokkenheid, het nakomen van afspraken en het krijgen van informatie.
- Volgens de hiërarchie vermeldt in 'evidence-based practice voor verpleegkundigen' valt dit artikel onder de vierde categorie: niet-experimentele (kwalitatieve, beschrijvende) studies. Dit omdat in dit artikel gebruik gemaakt worden van interviews en dit onder kwalitatief onderzoek valt.
- Dit artikel is in het Engels gepubliceerd, wat voor Elke een leesbare taal is.
- Naar aanleiding van de resultaten die gevonden zijn met Pubmed is dit een van de meest recente artikelen die Elke kon vinden. Dit artikel valt binnen de vooraf gestelde 5 jaar.
- Voor Elke was dit artikel niet beschikbaar op Pubmed. Er is een abonnement nodig om toegang te krijgen tot dit specifieke artikel. Via Elke haar zus (neuropsycholoog) heeft ze het artikel toch weten te bemachtigen.
- Naast bovengenoemde criteria sluit dit artikel ook goed aan bij de onderzoeksvraag, omdat de zorg duidelijk vanuit het perspectief van de patiënt wordt bekeken en meerdere opties worden gegeven om patiëntenparticipatie te verbeteren en verder onderzoek te doen naar dit onderwerp.

Kwalitatief onderzoek

Enkele bronnen van gegevens van kwalitatief onderzoek zijn gebruik van documenten, interviews houden of observeren. In dit artikel is duidelijk gebruik gemaakt van interviews en valt daarom onder kwalitatief onderzoek. Er zijn verschillende type interviews waaronder ongestructureerd, semi gestructureerd en gestructureerd. In dit artikel wordt er gebruik gemaakt van een open interview. In dit onderzoek werden interviews afgenomen en vervolgens letterlijk uitgetypt met toestemming van de patiënt. (Cox, 2008)

Maatstaven van kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek wordt beoordeeld aan de hand van verschillende maatstaven om de betrouwbaarheid te garanderen. Die maatstaven worden hieronder verder toegelicht:

Geloofwaardigheid

Geloofwaardigheid houdt in dat de resultaten een realistisch beeld weergeven van dat wat bestudeerd wordt. Dit is te checken door bijvoorbeeld patiënten de resultaten ook te laten interpreteren en beoordelen. In dit artikel wordt dit uitgevoerd. De patiënten worden geïnterviewd en hierna worden de resultaten met de patiënten besproken om te kijken of het goed geïnterpreteerd is (member checking).

Verplaatsbaarheid

De resultaten moeten gebonden zijn aan tijd, plaats en context. Dus de resultaten moeten overdraagbaar zijn naar een andere setting. Uit dit artikel blijkt dat voor verschillende patiëntengroepen dezelfde resultaten uitkomen met betrekking tot patiëntenparticipatie.

Plausibiliteit

Consistentie van gegevens en bevindingen. Het onderzoek is zo beschreven dat het mogelijk is voor andere onderzoekers om het goed te volgen en te begrijpen om hier een kritische beoordeling over te geven. Naar mijn mening is het onderzoek zo beschreven dat het mogelijk is. Het is erg transparant en alle stappen worden duidelijk beschreven.

Verifieerbaarheid

Member checking is een manier om de data te verifiëren (Cox, 2008) en zoals eerder genoemd wordt dit gebruikt in dit artikel.

Beoordelen van kwalitatief onderzoek

Validiteit

- *Het onderzoek moet valide zijn.* Dit wil zeggen dat het onderzoek moet meten wat het zegt te meten. In dit artikel wordt duidelijk geformuleerd wat ze willen onderzoeken en hoe ze dit willen gaan doen. Er wordt een inleiding gegeven waarin wordt verteld wat het belang is van deze studie. Vervolgens wordt er in de methode sectie duidelijk uitgelegd hoe ze de onderzoeksvraag willen gaan onderzoeken en naar welke aspecten ze gaan kijken. En daarna worden de resultaten kritisch bekeken. Dat wil zeggen dat niet alleen de positieve resultaten worden besproken, maar ook de beperkingen die deze studie heeft. Naar mijn mening is dit onderzoek voldoende valide.

Belang

- *Wat is het belang van de resultaten van het onderzoek:* Dit onderzoek is belangrijk omdat het duidelijk laat zien waar nog tekortkomingen zitten in de gezondheidszorg met betrekking tot de patiëntgerichtheid en hoe de zorg verbeterd kan worden met betrekking tot de patiëntenparticipatie. Er worden verschillende aspecten benoemd waarin de zorg verbeterd zou kunnen worden. Er komt bijvoorbeeld naar voren dat de inbreng van de patiënt erg belangrijk kan zijn en dat vooral de verpleegkundige een belangrijke rol spelen bij patiëntenparticipatie. Daarnaast is het van belang dat de patiënt zelf een actieve rol aanneemt in zijn inbreng in de zorg en dat verpleegkundige een rol spelen om de patiënt hierin te motiveren.

Toepasbaarheid

- *Kan ik deze resultaten toepassen bij mijn patiënten:* dit onderzoek is gericht op een andere populatie dan waar de projectgroep in geïnteresseerd is. Ondanks dit zijn naar mijn mening de resultaten te generaliseren naar verschillende doelgroepen. De aspecten die worden benoemd in het artikel gelden voor alle mensen in zorg ongeacht de diagnose/klachten. Echter om een zo goed mogelijk beeld te krijgen hoe psychische patiënten hun participatie in zorg ervaren zou het goed zijn om deze studie te herhalen in deze doelgroep.

Conclusie van het artikel:

Patiëntenparticipatie wordt door twee partijen uitgevoerd, door de patiënten zelf en door de verpleegkundigen. Het is van belang dat het perspectief van de patiënt altijd meegenomen wordt in de zorg. Daarnaast is het van belang dat er nog verder onderzoek wordt gedaan voor verbetering van de zorg gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

WERKMODEL KWALITATIEF ONDERZOEK (op basis van beoordelingslijst van Karen Cox, 2004)

1. Aanleiding

- Wat is de aanleiding van het onderzoek?

De aanleiding van het onderzoek is dieper ingaan op het onderwerp patiëntenparticipatie. De onderzoeker heeft vanuit een ander onderzoek een nieuw onderzoek opgesteld om meer kennis te vergaren over patiëntenparticipatie.

De aanleiding van het onderzoek was om erachter te komen wat de betekenis is van patiëntenparticipatie gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

2. Vraagstelling

- Is de onderzoeksvraag en het doel van het onderzoek duidelijk?

In het artikel staat geen duidelijk onderzoeksvraag, wel wordt het doel van het onderzoek duidelijk beschreven. Het doel van het onderzoek houdt in dat de onderzoeker erachter wil komen wat de betekenis is van patiëntenparticipatie gezien vanuit het perspectief van de patiënt. De onderzoeker wil weten hoe patiënten de patiëntenparticipatie ervaren.

- Is een kwalitatieve benadering en de gekozen methode geschikt voor uitwerking van de onderzoeksvraag?

De onderzoeker heeft ervoor gekozen om verschillende focusgroepen te houden om zo aan kennis te komen om het vooraf opgestelde doel te bereiken. Door deze focusgroepen kritisch te analyseren kwamen resultaten die van belang zijn voor het onderzoek.

- Wat is de probleemstelling/vraagstelling?

Er komt geen duidelijke probleemstelling/vraagstelling naar voren in dit onderzoek. De onderzoeker gaat uit van het doel dat zij van tevoren op heeft gesteld.

3. Methode

3a Soort onderzoek en technieken

- Is de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden duidelijk beschreven? Zijn de criteria voor selectie(processen) bewust gekozen en beargumenteerd (zowel van de context als van respondenten)

De onderzoeker heeft ervoor gekozen om een zo breed mogelijk publiek te gebruiken voor het onderzoek. De onderzoeker geeft aan dat de deelnemers van de focusgroepen van verschillende soorten zorgafdelingen afkwamen. Dit verschilde van net ontslagen patiënten tot somatische patiënten. De onderzoeker beschrijft duidelijk lengte van opname van de patiënten en de verdeling in focusgroepen.

- Is duidelijk beschreven hoe gegevens zijn verzameld? Bijvoorbeeld de toegang tot het veld van onderzoek, voorbeeld interviewvragen, (participerende) observatie, veldaantekeningen, gebruik van opname-apparatuur.

De onderzoeker beschrijft dat de gegevens verzameld zijn via open interviews tijdens de focusgroepen. Een collega assisteerde bij iedere focusgroep. Deze collega observeerde, maakte aantekeningen, nam de focusgroep op met een tape-recorder en stelde zelf ook aanvullende vragen. Voorafgaande aan de focusgroepen werd de afdeling gebeld waar de focusgroep gehouden ging worden, hierbij werd tevens informatie gegeven. De dag voor de focusgroep moest de verpleging de deelnemers langsaan om te vragen of ze wilde deelnemen aan het onderzoek. Als de patiënten wilde deelnemen kregen zij verbaal en schriftelijk informatie over de focusgroep van de dag erna. Pas als er 4 of meer patiënten deel wilde nemen aan het onderzoek, werd de focusgroep toegepast. Er waren 16 deelnemers en de focusgroepen werden in een ruimte gehouden waar er niet gestoord werd.

- Welke methoden zijn gebruikt om gegevens te analyseren? Bijvoorbeeld Inhoudsanalyse, constant vergelijkende methode?

De onderzoeker heeft iedere focusgroep opgenomen en letterlijk uitgetypt. De onderzoeker heeft het letterlijk uitgetypte deel verdeeld in categorieën. Bij iedere categorie heeft ze vragen en ideeën geplaatst. Hierna heeft de onderzoeker samen met iemand anders afzonderlijk van elkaar de uitgetypte versie gencodeerd. De interessante categorieën waar ideeën, meningen en acties beschreven werden, werden daarna met de codes geclusterd. Hierna heeft de onderzoeker aan deze codes potentiële thema's gegeven die te maken hebben met het onderwerp. Daarnaast ontstonden er tevens ook subthema's. Hierna werden deze thema's herzien om te kijken of ze bij het onderwerp paste. Als deze thema's niet genoeg informatie bevatten werden ze weggelaten of er werden andere codes aan toegevoegd. De herziening van de thema's bleef de onderzoeker uitvoeren tot de saturatiedrempel bereikt was.

3b Bias/vertekening (interne validiteit)

- Is men doorgaan met verzamelen tot een verzadigingspunt was bereikt?

In het onderzoek wordt niet duidelijk beschreven of er door is gegaan met het verzamelen van data tot er een verzadigingspunt bereikt was.

- Zijn er methoden gebruikt om de geloofwaardigheid¹ van het onderzoek te verzekeren? Bijvoorbeeld triangulatie, member checking, reflectie?

De onderzoeker heeft een samenvatting gemaakt van de focusgroep en hier feedback op gevraagd van de deelnemers (member checking). Daarnaast heeft de onderzoeker afzonderlijk van haar collega de data geanalyseerd. Nadat ze beide klaar waren met de analyse hebben ze deze naast elkaar gelegd om te kijken of er een overeenkomst plaatsvond. De onderzoeker geeft aan dat er een grote overeenkomstigheid was tussen beide geanalyseerde stukken. Het kwam wel voor dat het anders beschreven was door de ene, maar de inhoudt kwam op hetzelfde neer. De uiteindelijke resultaten werden onderbouwd door in de focusgroepen genoemde citaten.

- Heeft men aspecten beschreven die de verifieerbaarheid² en plausibiliteit³ van de resultaten betreffen? Bijvoorbeeld door middel van aangeven betrouwbaarheid en validiteit van meetinstrument, technieken als peer review, member checking of het aangeven hoe er wordt omgegaan met afwijkende cases, (verifieerbaarheid) / een duidelijke beschrijving van het onderzoeksproces, opnemen op cassette, uittypen van gegevens (plausibiliteit)

De onderzoeker geeft aan dat er een member check is uitgevoerd. De samenvatting van de uitgetypte interviews hebben de deelnemers kunnen lezen en hier werden op en aanmerkingen aan gegeven. Daarnaast geeft de onderzoeker weer dat de focusgroepen opgenomen werden en dat deze letterlijk uitgetypt werd.

- Zijn ethische aspecten in ogenschouw genomen?

De onderzoeker geeft aan dat er rekening is gehouden met de ethische aspecten van het onderzoek. De onderzoeker geeft aan dat de deelnemer van te voren verbale en geschreven informatie heeft gekregen over de focusgroep en dat hierna de deelnemer wel of niet akkoord ging met het onderzoek. Als een patiënt niet deel wilde nemen aan het onderzoek dan hoefde dit ook niet.

4. Resultaten kwalitatief onderzoek

- Wat zijn belangrijkste resultaten? Worden thema's of concepten duidelijk beschreven, en de relatie tussen de resultaten en het doel van de studie gelegd?

Volgens het artikel wordt van de actieve participatie van patiënten in hun behandeling verwacht dat het leidt tot verbetering van motivatie met betrekking tot de eigen gezondheid, betere uitkomst van de behandeling en een grotere tevredenheid met de gekregen zorg. Het is voor de verpleegkundigen van belang dat ze weten wat de patiënten verwachten omdat dit ervoor zorgt dat de verpleegkundigen kunnen anticiperen op die verwachtingen en de kwaliteit van de zorg kunnen vergroten.

Het doel van het artikel was dan ook om erachter te komen wat de betekenis was van patiëntenparticipatie gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

De patiënten benadrukken het belang van samenwerking met betrekking tot het verbeteren van patiëntenparticipatie. De hoofdpunten die voor de patiënten van belang zijn luiden als volgt:

- Het belang van een gemoedelijke sfeer op de afdeling.
 - Emotionele betrekking
 - Het nakomen van afspraken
 - En de rechten van de patiënt
- Worden de resultaten gedetailleerd genoeg beschreven om interpretaties van de gegevens te kunnen beoordelen? Bijvoorbeeld letterlijke weergave van interviewcitaten/observaties, citaten van verschillende respondenten en niet slechts van een of twee respondenten

In het artikel wordt een tabel weergegeven welke thema's, codes en subcodes uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Verder wordt hier niet gedetailleerd op ingegaan.

- Worden de resultaten en conclusies gescheiden van elkaar gepresenteerd? Worden conclusies ondersteund door resultaten? Hoe is de consistentie van een en ander?

De resultaten en conclusies worden gescheiden van elkaar beschreven. Eerst beschrijft de onderzoeker de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Deze resultaten heeft de onderzoeker verdeeld in verschillende onderwerpen. Als laatste heeft de onderzoeker een algehele conclusie getrokken over het hele onderzoek en de uitkomst hiervan.

- Worden de resultaten in verband gebracht met bestaande literatuur en kennis (body of knowledge)

De resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen worden in verband gebracht met eerder onderzoek dat gedaan is naar patiëntenparticipatie. Door te benoemen wat deze resultaten zijn en door enkele resultaten in ander onderzoek te benoemen worden deze met elkaar in verband gebracht.

- Zijn er, indien de vraagstelling zich daartoe leent, kwantitatieve methoden gebruikt in aanvulling op de kwalitatieve methoden?

Tijdens het onderzoek zijn geen kwantitatieve methoden gebruikt.

5. Conclusie en discussie

- Is de steekproef representatief?

De steekproef van het onderzoek is niet representatief. Er is een willekeurige steekproef gehouden.

De onderzoeker heeft van tevoren niet gekeken naar de algehele doelgroep.

- Wat is er methodologisch gezien goed/ minder goed gegaan tijdens het onderzoek? Baseer dit op de gegevens van de interne validiteit en de resultaten van het onderzoek. Werk dit uit in een samenvatting van de methodologische + en – punten. Geef op basis van deze samenvatting een oordeel over het artikel

Het onderzoek dat in dit artikel beschreven wordt geeft veel mogelijkheden voor een toekomstige studie. Er zijn enkele beperkingen die worden opgenoemd in de discussie, bijvoorbeeld een kleine groep mensen, maar deze zouden makkelijk overkoombaar zijn. Aangezien het onderzoek gedaan is in een andere zorgsetting dan de setting waar het onderzoeksproject van de projectgroep over gaat zou het de moeite waard zijn om dit onderzoek te herhalen bij een groep mensen met psychische problemen om te achterhalen of hier dezelfde aandachtspunten naar voren komen met in het achterhoofd houdend dat de huidige studie enkele beperkingen heeft.

Dit onderzoek is voor Elke van belang omdat op deze manier het beste naar voren komt hoe patiëntenparticipatie gezien wordt vanuit het perspectief van de patiënt en het onderzoek dat hiernaar gedaan wordt. Dit onderzoek kan uiteindelijk toegepast worden in de ggz omdat het toepasbaar is op een brede doelgroep. Het onderzoek wordt gedaan naar het perspectief gezien vanuit de patiënt en zijn ervaringen hierin. Het onderzoek zou daarom ook uitgevoerd kunnen worden bij patiënten in de geestelijke gezondheidszorg.

Ondanks dat het artikel niet hoog scoort op de hiërarchie van evidence-based practise, is deze manier van onderzoek van belang omdat dit het beste weergeeft wat belangrijk is voor de patiënt en het beste inzicht geeft in de belangen van de patiënt en de hulpverlener. Het deelonderzoek van Elke is ook gericht op het perspectief en de ervaring met betrekking tot patiëntenparticipatie gezien vanuit de patiënt. Door bovenstaande redenen past dit artikel bij het deelonderzoek van Elke.