

ONDERZOEKSRAPPORT

ALS BELEID EEN BEWUSTE KEUZE IS

Onderzoek naar kwaliteitsverbetering m.b.t. voorbehouden- en risicovolle handelingen.

Annelies Vos-Roos

Hogeschool: De Haagse Hogeschool, Academie voor de Sociale Professies.
Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening -deeltijd
Studiejaar: 2011-2012
Studentnummer: 09053689
Opdrachtgever: Ainée Kock,
Locatiehoofd wonen op Catshoven en de Riebeecklaan
De Gemiva-SVG Groep
Docent- Begeleider: Emilie Gomperts
Docent- Beoordelaar: Bas de Jong





Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport dat ik heb geschreven naar aanleiding van het onderzoek dat ik heb gedaan om mijn opleiding tot Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH) af te kunnen ronden. De doelstelling van dit onderzoek is de kwaliteit van zorg, rondom een zorgvrager, als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen, onderzoeken en, indien nodig, advies uitbrengen voor verbetering zonder dat daarbij afbreuk gedaan wordt aan het financieel beleid en de visie van de Gemiva-SVG Groep, de kwaliteitseisen en wetgeving. De resultaten van dit onderzoek heb ik verwerkt in een marketingplan, dit onderzoeksrapport kunt u dan ook beschouwen als een verantwoording van dit marketingplan.

Voor zover ik heb kunnen nagaan is de Gemiva-SVG Groep de enige organisatie binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg die zich zo goed op de kaart heeft staan als het gaat om de uitvoering van voorbehouden- en risicovolle handelingen. Zij hebben onder andere n.a.v. het kwaliteitskader rondom de HKZ¹ de wet BIG² in hun beleid opgenomen. Volgens dit beleid moet iedere werknemer binnen de Gemiva-SVG Groep, die te maken heeft met het uitvoeren van een voorbehouden- en of risicovolle handeling geautoriseerd en/of geregistreerd zijn om een voorbehouden- en/of risicovolle handeling te mogen uitvoeren. Momenteel is het zo dat als er geen bevoegd en bekwaam personeel aanwezig is er een beroep wordt gedaan op externe organisaties. Nu vraag ik mij af of de kwaliteit van zorg, zoals de Gemiva-SVG Groep deze noemt in haar visie en beleid, wordt gewaarborgd. Daarnaast vraag ik mij af of het wenselijk is dat de Gemiva-SVG Groep zich afhankelijk opstelt van andere organisaties waar het gaat om het leveren van de kwaliteit van zorg zoals zij deze voor ogen hebben in hun visie en beleid. Op deze vragen hoop ik aan het einde van dit onderzoek een antwoord te kunnen geven.

Langs deze weg wil ik iedereen bedanken die heeft geholpen om dit onderzoek mogelijk te maken. Als eerste Ainée Kock, mijn opdrachtgever, voor je vertrouwen in mij. Dankzij dat vertrouwen kon ik van start gaan met dit onderzoek. Daarnaast wil ik je bedanken voor je tijd, de informatie die je voor mij hebt weten te achterhalen en voor je feedback. Ik wil Lian Zopfi bedanken, voor de tijd die je hebt genomen om met mij te brainstormen, dat ik bij je mocht aankloppen als ik het spoor even kwijt was, voor de feedback die je mij hebt gegeven en voor je vertrouwen in mij en in dit onderzoek.

¹ Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector

² Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg



Ik wil Jos Hiel bedanken, voor je vertrouwen in mij en in dit onderzoek en de toestemming die je hebt gegeven voor de uitvoering van dit onderzoek binnen de organisatie. Ik beveel dit onderzoek en het bijbehorende marketingplan dan ook van harte bij je aan en ik hoop dat de Raad van Bestuur dit plan serieus zal bekijken en hun voordeel er mee zal doen. Ik wil Emilie Gomperts bedanken, mijn docent en begeleider van de Haagse Hogeschool, voor je feedback en het beantwoorden van alle mailtjes met vragen waar mee ik je heb bestookt. En Bas de Jong, mijn docent beoordelaar van de Haagse Hogeschool voor de gegeven feedback.

Ik wil Ben Eijsink, Griet Vries, Ellen van Galen, Neeltje Sprado, Dirk Jan Kwestro, Trees de Boer, Trudi Weijers, Angelina den Hartog, Paola Scheurwater, Judith van Ewijk, Marlies van der Kruk en de mensen die ik in een persoonlijk gesprek heb benaderd bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek.

Ook wil ik de mensen van F&I en alle anderen die de moeite hebben genomen om mijn mailtjes te beantwoorden bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek. Ik wil mijn collega's van de werkvloer bedanken die mij hebben gesteund bij mijn onderzoek met hun enthousiasme en nieuwsgierigheid. Tot slot wil ik mijn man en familieleden bedanken voor hun meedenken, meelezen en aanmoediging op de momenten dat ik dit erg hard nodig had en Lenny de Rooij-Koetsier voor het werpen van een laatste kritische blik.



Inhoudsopgave

Voorwoord	Pagina 3.
Inhoudsopgave	Pagina 5.
Samenvatting	Pagina 7.

Deel 1

Hoofdstuk 1 Inleiding op het onderzoek

1.1 Inleiding	Pagina 10.
1.2 Context	Pagina 10.
1.3 De probleemstelling	Pagina 13.
1.4 De vraagstelling	Pagina 14.
1.5 De doelstelling	Pagina 15.
1.6 Methoden van dataverzameling	Pagina 15.
1.7 De leeswijzer	Pagina 17.

Hoofdstuk 2 Van theorie naar praktijk

2.1 Inleiding	Pagina 18.
2.2 Voorbehouden- en risicovolle handelingen	Pagina 19.
2.3 Kwaliteit van leven	Pagina 20.
2.4 Gentle teaching	Pagina 22.
2.5 Gezondheid	Pagina 25.
2.6 Conclusie	Pagina 25.

Hoofdstuk 3 Analyse van de interviews en de persoonlijke gesprekken

3.1 Inleiding	Pagina 26.
3.2 analyse van de interviews	Pagina 26.
3.3 conclusie m.b.t. deze interviews	Pagina 33.
3.4 Analyse van de persoonlijke gesprekken	Pagina 33.
3.5 conclusie m.b.t. de persoonlijke gesprekken	Pagina 34.

Hoofdstuk 4 Het beleid van de Gemiva-SVG Groep

4.1 Inleiding	Pagina 35.
4.2 De Wet-BIG	Pagina 35.
4.3 het beleid van de Gemiva-SVG Groep	Pagina 36.
4.4 bespreking van dit beleid	Pagina 38.



Hoofdstuk 5 Antwoord op de deelvragen en de hoofdvraag

5.1 Inleiding	Pagina 42.
5.2 Deelvraag 1	Pagina 42.
5.3 Deelvraag 2	Pagina 42.
5.4 Deelvraag 3	Pagina 43.
5.5 Antwoord op de hoofdvraag	Pagina 43.

Deel 2

Hoofdstuk 6 Onderzoek naar mogelijkheden tot verbetering

6.1 Inleiding	Pagina 46.
6.2 mogelijke maatregelen	Pagina 47.
6.3 Conclusie	Pagina 50.

Hoofdstuk 7 Onderzoek naar maatregel 4

7.1 Inleiding	Pagina 51.
7.2 Praktijkverpleegkundige, de theorie	Pagina 51.
7.3 Interview met praktijkverpleegkundigen	Pagina 51.
7.4 Conclusie	Pagina 54

Hoofdstuk 8 Onderzoek naar maatregel 5

8.1 Inleiding	Pagina 55.
8.2 Verantwoording van de gebruikte gegevens	Pagina 55.
8.3 Wat kost het nu?	Pagina 56.
8.4 Kosten ambulante medische dienst	Pagina 56.
8.5 Conclusie	Pagina 61.

Hoofdstuk 9 Conclusies en aanbevelingen

9.1 Inleiding	Pagina 62.
9.2 Conclusie n.a.v. de praktijkanalyse	Pagina 62.
9.3 Conclusie n.a.v. de kostenanalyse	Pagina 62.
9.4 Conclusie n.a.v. het literatuur onderzoek	Pagina 62.
9.5 Betrouwbaarheid en geldigheid	Pagina 63.
9.6 Aanbevelingen	Pagina 64.

Evaluatie

Pagina 65.

Literatuurlijst

Pagina 67.

Samenvatting

In 2007 heeft de Gemiva-SVG Groep het beleid rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen herzien, zij hebben dit gedaan a.d.h.v. de Wet-BIG om te kunnen voldoen aan de kwaliteitseisen van de Wet-BIG. Zij hebben zich hiermee goed op de kaart gezet als het gaat om de uitvoering van voorbehouden- en risicovolle handelingen binnen de organisatie. Er is een programma opgezet om personeel te scholen in voorbehouden- en risicovolle handelingen en te toetsen in de praktijk. Als ze deze training en toetsing doorlopen hebben kan er van worden uitgegaan dat zij bevoegd en bekwaam zijn om de handeling uit te mogen voeren. Is de medewerker niet bevoegd en bekwaam, dan mag de handeling niet worden uitgevoerd. In de praktijk heeft dit als gevolg dat, wanneer de medewerker niet bevoegd en bekwaam is om de handeling uit te voeren, er een beroep wordt gedaan op een externe organisatie om deze handeling uit te voeren.

De uitvoering van deze regeling in de praktijk heeft bij mij een aantal vragen te weeg gebracht, deze vragen hebben geleid tot de hoofdvraag van dit onderzoek: Wordt de kwaliteit van zorg, zoals de Gemiva-SVG Groep deze noemt in haar visie en beleid, gewaarborgd en is het daarbij wenselijk om afhankelijk te zijn van externe organisaties? Deze vragen hebben geleid tot de doelstelling van dit onderzoek: De kwaliteit van zorg binnen de Gemiva-SVG Groep, als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen, onderzoeken en indien nodig, advies uitbrengen voor verbetering zonder dat daarbij afbreuk gedaan wordt aan het financieel beleid en de visie van de Gemiva-SVG Groep, de kwaliteitseisen en wetgeving.

Uit mijn onderzoek naar de hoofdvraag blijkt dat de organisatie geen grip meer heeft op het uitvoeren van deze handelingen wanneer zij zich afhankelijk opstelt. Externen zorgverleners hebben (vaak) geen affiniteit met de doelgroep, protocollen komen niet altijd overeen, de kans is groot dat de zorgvrager steeds wisselende zorgverleners aan het bed krijgt en afspraken rondom tijd lijken moeilijk te maken.

Zelf ben ik al een aantal jaren werkzaam binnen de organisatie en ben al verschillende malen tegen deze knelpunten aangelopen tijdens de samenwerking met externe zorgverleners. Toen dan ook de opdracht kwam om een onderzoek te gaan doen binnen de organisatie was de keuze voor het onderwerp snel gemaakt. Ik heb zelf een verpleegkundige achtergrond, dit samen met de kennis die ik heb opgedaan tijdens mijn opleiding SPH en mijn ambitie voor het management heeft tot een onderzoek geleid waarin dit alles bij elkaar komt.

In het tweede deel van het onderzoek besteed ik aandacht aan verschillende maatregelen die genomen kunnen worden om deze knelpunten te verminderen en/of op te lossen.

Het inzetten van een ambulante medische dienst, op basis van bereikbaarheidsdiensten, lijkt de meest passende maatregel te zijn, die voldoet aan alle randvoorwaarden, van de maatregelen die ik heb onderzocht. Deze dienst kan ingezet worden op het moment dat er geen personeel op locatie aanwezig is om de handeling uit te voeren. Ook kan er gekeken worden naar verdere taken voor deze dienst zoals het scholen en toetsen van medewerkers en ondersteunen bij het opstellen van individuele protocollen.

De vraag die dan overblijft is wat dit moet gaan kosten. De Gemiva-SVG Groep is en blijft een bedrijf, een bedrijf waar het, of we dat nu leuk vinden of niet, om cijfers draait. Daarom heb ik aandacht besteed aan een kostenanalyse en hieruit blijkt dat, wanneer er voor wordt gekozen om de zorg in eigen handen te nemen de kosten tenminste budget neutraal zouden kunnen blijven.

Meer kwaliteit zonder dat de kosten expliciet stijgen, een plan waarmee het werken volgens het eigen beleid kan worden gewaarborgd, waarin de eigen visie wordt nageleefd. Een plan dat voldoet aan kwaliteitseisen en aan de wetgeving.

Kortom een plan dat om uitvoering vraagt!

Ik wil u, voordat u verder leest, vragen eens na te denken over de volgende vragen:

Hoe ziet u uw kwaliteit van leven?

Heeft niet iedereen recht op een zo'n hoog mogelijke kwaliteit van leven, en is het juist niet die kwaliteit waar het in de visie van de Gemiva-SVG Groep om draait?

Is het daarom ook niet die kwaliteit die de Gemiva-SVG Groep wil nastreven in zijn beleid, ook in het beleid rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen?





Deel 1

Hoofdstuk 1

Inleiding op het onderzoek

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de context weergegeven. Binnen deze context heeft dit onderzoek plaatsgevonden. Ook zal er geschreven worden over de opdracht en de opdrachtgever van dit onderzoek. Vervolgens zal de probleemstelling, de doelstelling, de hoofdvraag en de deelvragen van dit onderzoek worden weergegeven. In de leeswijzer zullen de hoofdlijnen van dit onderzoek worden weergegeven, om een beeld te schetsen van wat u kunt verwachten. Tot slot zal de methoden van dataverzameling worden weergegeven.

1.2 Context

Ik ben werkzaam binnen de Gemiva-SVG Groep. De Gemiva-SVG Groep ondersteunt mensen met een handicap. Hiermee worden de volgende beperkingen aangeduid; lichamelijke beperking, verstandelijke beperking en mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

De Gemiva-SVG Groep is werkzaam in Zuid-Holland, verdeeld in drie regio's: Regio Noord, Zoeterwoude-dorp, Leiden en omstreken. Regio Midden, Delft Westland Oostland, Nieuwe waterweg noord, Haaglanden, Rotterdam, Waardenland en Regio Zuid, de Zuid-Hollandse Eilanden en heeft totaal ruim 100 locaties. Eind 2010 telde Gemiva-SVG Groep 2524 medewerkers in vaste dienst en 4414 ingeschreven zorgvragers.

De Gemiva-SVG Groep werkt vanuit de volgende visie:

“Bij ons werk gaan wij uit van vijf principes. Voor deze principes zetten wij ons in, samen met de cliënt en – als het even kan – met iedereen die voor hem belangrijk is.

- Mensen met een handicap horen er in onze samenleving bij. Deze overtuiging dragen wij in woord en daad uit.*
- Mensen met een handicap krijgen kansen om zich te ontwikkelen, ervaringen op te doen en vaardigheden te gebruiken. Wij stimuleren hen om die kansen te benutten en zetten ons vakmanschap daarvoor in.*
- Mensen met een handicap maken zélf keuzes voor hun leven en toekomst en hebben recht op een respectvolle bejegening. Als zij ondersteuning vragen bij het voeren van de regie over hun bestaan, dan willen wij hun professionele partner zijn.*
- Mensen met een handicap hebben talenten. Op hun vraag – of die van hun vertegenwoordigers ondersteunen wij hen om die talenten te gebruiken voor persoonlijke groei en het leveren van een maatschappelijke bijdrage.*
- Mensen met een handicap zijn mens tussen de mensen. Wij willen hen helpen bij het aangaan en onderhouden van bevredigende relaties met familie, vrienden, burens en kennissen.*

We hebben deze principes vastgelegd in onze zorgvisie, waarin we beschrijven waar we voor staan”³.

³ Zorgvisie van de Gemiva-SVG Groep o.a. www.Gemiva-SVG.nl

Momenteel ben ik zelf werkzaam op Activiteitscentrum (AC) IJsselhage (Regio Midden), hier wordt dagbesteding geboden aan zorgvragers met een verstandelijke en veelal ook een lichamelijke beperking.

Het activiteitscentrum bestaat uit zes groepen en een kinderboerderij.

Ik werk als Persoonlijk Begeleider (PB'er) op groep 4a, dit is een groep waar acht mensen met een ernstig meervoudige beperking (EMB) dagbesteding aangeboden krijgen. De visie van deze groep is dat er per moment gekeken wordt naar wat een zorgvrager aan kan en dat daarop geanticipeerd wordt met een gepast aanbod van activiteiten.

Dit houdt in de praktijk in dat zorgvragers soms pas halverwege de ochtend binnen komen, dit omdat zij eerst hebben uitgeslapen omdat dat op dat moment dat was waar ze het meest behoefte aan hadden.

Hieronder wil ik de theorie over mensen met een ernstige meervoudige beperking (EMB) behandelen. D.m.v. deze theorie wil ik een beeld schetsen van deze doelgroep

Wat is een ernstig meervoudige beperking?

Naast de term Ernstig Meervoudig Gehandicapt (EMG) hanteren vooral ouders ook wel de omschrijving Meervoudig Complex Gehandicapt (MCG) of Ernstig Meervoudige Complexe Beperkingen (ECMB). De misschien wel meest zorgvuldige omschrijving is mensen met ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (EVMB). In het Engels wordt vaak de term 'profound (intellectual) (and) multiple disabilities' gebruikt. De tegenwoordig meest gebruikte omschrijving is mensen met ernstige meervoudige beperkingen (EMB), deze omschrijving zal ik dan ook gebruiken in dit verslag.

De groep personen met een ernstige meervoudige beperking is moeilijk te beschrijven. Ze hebben een IQ dat lager is dan 25. Een dergelijk IQ is niet te meten met een IQ test. Professionals gebruiken vaak de ontwikkelingsleeftijd als een indicatie. Ook wordt er gebruik gemaakt van de ervaringsordeningen volgens de theorie van Timmers Huigens. Personen met een ernstige meervoudige beperking hebben een ontwikkelingsleeftijd tot 24 maanden. Personen met EMB hebben ondersteuning nodig bij alle aspecten van het dagelijkse leven gedurende de gehele dag.

Oorzaken

Meestal wordt de ernstige verstandelijke beperking veroorzaakt door een hersenbeschadiging. De oorzaak kan zijn een chromosomale afwijking, infecties, een stofwisselingsziekte of complicaties voor, gedurende of na de zwangerschap.

Meervoudig complex beperkt

In de meeste gevallen leidt dit niet alleen tot een cognitieve stoornis, maar ook bijkomende stoornissen. Cognitieve en bijkomende stoornissen interfereren met elkaar. Dat bepaalt de complexiteit van de beperking.

Door de veelheid en de ernst van de beperkingen hebben mensen met een EMB weinig tot geen compensatiemogelijkheden. De mogelijkheid van compenseren wordt bepaald door de kwaliteit van het neurologische systeem. Is iemand ernstig verstandelijk beperkt, dan zal deze persoon minder mogelijkheden tot compensatie hebben en daardoor eerder meervoudig complex beperkt zijn dan iemand met een lichte verstandelijke beperking.



Sensomotorische en communicatieve beperkingen

Bij benadering heeft driekwart van hen ernstige motorische beperkingen, zij zijn immobiel. Ook hebben de meesten van hen ernstige zintuiglijke beperkingen, waarbij ook de prikkelverwerking in de hersenen kan zijn beschadigd. Niet alleen het zien en het horen, maar ook andere zintuigen: de tast, het evenwichtsgevoel, het houding- en bewegingsgevoel, reuk en smaak kunnen beschadigd zijn. Gevolg is dat mensen met een EMB ernstige communicatieve beperkingen hebben. Mensen met EMB beschikken meestal niet over een actief of passief taalbegrip.

Bijkomende stoornissen

Er is ook een groot aantal bijkomende stoornissen: epilepsie, reflux, slaapstoornissen, slikproblemen, longinfecties en gedragsproblemen. Door het gebruik van medicijnen zijn er ook problemen veroorzaakt door bijwerkingen.

Al deze mogelijke beperkingen kunnen variëren in ernst en optreden in verschillende combinaties. Zij verschillen van persoon tot persoon. Deze heterogeniteit is typerend voor de groep van mensen met een EMB.

Kenmerken van ernstig meervoudig beperkte mensen zijn:

- (Zeer) ernstige verstandelijk beperkingen
- (Zeer) ernstige sensomotorische beperkingen, welke hebben geleid tot niet of nauwelijks mobiel zijn
- Ernstige belemmeringen in zijn/haar mogelijkheden tot communicatie
- Algemene gezondheidsproblemen.⁴

De opdracht en de opdrachtgever.

Om te kunnen afstuderen voor mijn opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) moet ik een onderzoek doen, hier een onderzoeksrapport van schrijven en de resultaten presenteren. Dit alles samen vormt de bachelorproef.

Het onderwerp van dit onderzoek werd vrij gelaten, maar er moest wel een 'opdracht' voor het onderzoek worden gegeven binnen de instelling waar je als student werkzaam bent. In mijn geval de Gemiva-SVG Groep. Het woord opdracht heb ik tussen aanhalingstekens gezet omdat het je vrij werd gelaten hoe je aan deze opdracht kwam. In mijn geval heb ik zelf een voorstel geschreven voor een opdracht en ben hiermee naar Ainée gegaan met de vraag of zij zich in deze opdracht kon vinden en mij hierin wilde begeleiden.

Ainée is locatiehoofd wonen op Catshoven en de Riebeecklaan. Ik heb er voor gekozen om Ainée te vragen omdat ik weet dat zij praktijkervaring heeft met het inzetten van externen voor het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen uit de tijd dat zij locatiehoofd was op de Fransezoom. Ik weet ook dat zij toen tegen verschillende knelpunten is aangelopen die ik zelf als medewerker ook heb ervaren. Door deze knelpunten zijn er bij mij een aantal vragen ontstaan, vragen die de aanleiding zijn geweest voor dit onderzoek.

Om er zeker van te zijn dat mijn onderzoek zal worden gedragen door de Gemiva-SVG Groep heb ik dit onderzoeksvoorstel ook naar de Raad van Bestuur gestuurd met de vraag of zij toestemming wilden geven voor dit onderzoek. Deze toestemming heb ik gekregen.

⁴ Bron: EMG-platform.



1.3 De probleemstelling

Medewerkers binnen de Gemiva-SVG Groep die werkzaam zijn voor en met zorgvragers met een zorgvraag rondom de uitvoering van voorbehouden- en/of risicovolle handelingen zijn hiervoor geschoold. Dus bevoegd, volgens het beleid van de Gemiva-SVG Groep. Bekwaam zijn de medewerkers als zij zich in de praktijk drie keer hebben laten toetsen en de handeling tenminste drie keer per jaar uitvoeren.

Of iemand zich ook bekwaam voelt hangt van de medewerker zelf af, die zal elke keer voordat zij een handeling uitvoert zich moeten afvragen ben ik nu, op dit moment voor deze zorgvrager, bekwaam om de handeling uit te voeren. Ook dit wordt in het beleid van de Gemiva-SVG Groep genoemd.

In theorie ziet dit er goed uit en ook in de praktijk, als we het hebben over de dagelijkse zorg, is dit goed geregeld. De zorgvrager wordt geholpen door een bekende zorgverlener, een zorgverlener die gekozen heeft voor het vak en er dus aangenomen kan worden dat zij affiniteit met de doelgroep heeft, de continuïteit is gewaarborgd. Er is dan dus sprake van kwaliteit van zorg volgens het beleid en de visie van de Gemiva-SVG Groep.

Toch werkt dit in de praktijk niet altijd zoals dit er in theorie zo mooi uitziet. Het komt in de praktijk voor dat bevoegd en bekwaam personeel uitvalt. Soms is dit van te voren bekend, bijvoorbeeld i.v.m. een vakantie, maar soms gebeurt dit ook plotseling, bijvoorbeeld door een ziekmelding. Op dat moment wordt er een collega of invalkracht opgeroepen en ingezet. Het kan dan zo zijn dat deze zorgverlener niet bevoegd en bekwaam is om de nodige voorbehouden- en/of risicovolle handelingen uit te voeren.

Ook komt het voor dat een zorgvrager uit het ziekenhuis komt met een acute hulpvraag m.b.t. het uitvoeren van een voorbehouden- en/of risicovolle handeling. Bijvoorbeeld met een neussonde of een stoma. In dat geval is er in de meeste gevallen geen bevoegd en bekwaam personeel aanwezig om de nodige zorg te verlenen.

De Gemiva-SVG Groep heeft hiervoor de volgende maatregel genomen, er wordt in zo'n geval een beroep gedaan op een externe organisatie. Zij worden ingeschakeld om de voorbehouden- en/of risicovolle handelingen te komen uitvoeren waarneer er geen bevoegd en bekwaam personeel aanwezig is op de groep.

In theorie ziet het er mooi uit, de zorg rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen die de Gemiva-SVG Groep zelf niet kan leveren wordt ingekocht bij een organisatie die deze zorg wel kan leveren.

Helaas heb ik zelf een aantal vervelende ervaringen gehad die zijn ontstaan door het op deze manier inkopen van zorg. Dit is dan ook de aanleiding geweest voor mijn vermoeden dat de kwaliteit van zorg, rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen niet geheel kan worden gewaarborgd op het moment dat een externe organisatie wordt ingezet.



Door dit vermoeden te delen met collega's kreeg ik te horen dat ook zij wel eens tegen dilemma's en niet-wenselijke situaties aanlopen in de praktijk die dit vermoeden deden groeien.

Dit heeft mij aan het denken gezet en vervolgens heb ik ook op andere locaties navraag gedaan m.b.t. dit vermoeden. Mijn vermoeden werd hierdoor versterkt, zodanig dat ik hier graag onderzoek naar wilde gaan doen.

1.4 De vraagstelling

Deze probleemstelling heeft geleid tot een vraagstelling, bestaande uit hoofdvraag en deelvragen. Om volledig antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag heb ik een aantal deelvragen opgesteld. De antwoorden van deze deelvragen zullen de basis zijn voor het antwoord op de hoofdvraag.

Hoofdvraag:

Wordt de kwaliteit van zorg, zoals de Gemiva-SVG Groep deze noemt in haar visie en beleid, gewaarborgd en is het daarbij wenselijk om afhankelijk te zijn van externe organisaties?

Later heb ik er in overleg met mijn begeleider en opdrachtgever voor gekozen om het onderzoek te verkleinen naar Regio midden van de Gemiva-SVG Groep en alleen onderzoek te doen in de sector verstandelijk gehandicapten (VG).

Ik heb besloten om het onderzoek niet ook in de sector Lichamelijk gehandicapten (LG) te doen omdat dit een te groot onderzoeksgebied zou worden. De vraag kan dan ook gesteld worden of de resultaten van dit onderzoek ook toepasbaar zullen zijn binnen de LG sector. Ik denk van wel omdat men daar ook te maken heeft met het uitvallen van bekwaam personeel of een acute vraag als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden- en/ of risicovolle handelingen. Wel zou het zo kunnen zijn dat een andere affiniteit met de doelgroep gewenst is. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag zal verder onderzoek nodig zijn.

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag wil ik onderzoek doen naar de volgende deelvragen:

Deelvragen

1. Wat verstaat de Gemiva-SVG Groep onder kwaliteit van zorg als het gaat over voorbehouden- en risicovolle handelingen?
2. Wat is de invloed van externe zorg op de zorgvrager?
3. Wat is de invloed van externe zorg op de zorgverlener?



1.5 De doelstelling

Aan de hand van de probleemstelling en de vraagstelling ben ik gekomen tot de volgende doelstelling voor dit onderzoek:

De doelstelling:

De kwaliteit van zorg binnen de Gemiva-SVG Groep, als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen onderzoeken en indien nodig, advies uitbrengen voor verbetering zonder dat daarbij afbreuk gedaan wordt aan het financieel beleid en de visie van de Gemiva-SVG Groep, de kwaliteitseisen en wetgeving.

Dit onderzoeksdoel bestaat uit twee delen, het eerste deel:

Het onderzoeken van de kwaliteit van zorg rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen.

Het tweede deel, afhankelijk van de uitkomst van het eerste deel:

Zoeken naar mogelijke verbeteringen voor die kwaliteit van zorg rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen en hier een advies over uitbrengen.

1.6 Methoden van dataverzameling.

Om antwoord te kunnen geven op de deelvragen en uiteindelijk op de hoofdvraag heb ik verschillende vormen van onderzoek gedaan. Ik heb onderzoek gedaan in verschillende lagen van de organisatie, om zo een zo goed mogelijk beeld te krijgen hoe het onderwerp leeft binnen de organisatie.

Ik ben in gesprek gegaan met de regiomanager en met het hoofd van het educatief centrum. Ik heb interviews gehouden met de clustermanager, locatiehoofden, praktijkverpleegkundigen, trainers & toetsers en met een externe deskundige die betrokken is geweest bij het opzetten van het beleid voor voorbehouden- en risicovolle handelingen binnen de Gemiva-SVG Groep.

Daarnaast heb ik een aantal medewerkers van verschillende locaties gevraagd naar hun ervaringen.

Ik heb er voor gekozen om gebruik te maken van de triangulatiemethoden. Door de situatie vanuit verschillende hoeken te bekijken heb ik een breed beeld gekregen hoe de situatie binnen de organisatie ervaren wordt.

Ik heb de volgende onderzoeksmethoden gebruikt: literatuuronderzoek, documentonderzoek, interviews, persoonlijke gesprekken, casussen, en kwantitatief onderzoek.



Literatuuronderzoek⁵

Voor het literatuuronderzoek heb ik gebruik gemaakt van twee boeken over medische sociologie en literatuur over Gentle teaching. Omdat het niet mogelijk is om de zorgvrager zelf te vragen hoe de kwaliteit van zorg ervaren wordt heb ik daar mede antwoord op proberen te geven vanuit de literatuur.

Ook heb ik boeken gebruikt waarin geschreven is over onderzoek en het opstellen van een marketingplan.

Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van verschillende bronnen over kwaliteit van leven en een artikel n.a.v. wat een praktijkverpleegkundige toevoegt aan de praktijk.

Documentonderzoek

Voor de beschrijving van het beleid en de visie heb ik gebruik gemaakt van het kwaliteitshandboek en readers die aanwezig zijn binnen de organisatie.

Ik heb de Wet-BIG en de CAO gehandicaptenzorg erop nageslagen om een volledig antwoord te kunnen geven op alle deelvragen.

Interviews

Voor dit deel van het onderzoek heb ik zes interviews gehouden. Ik heb er voor gekozen om dit in de vorm van een half gestructureerd interview te doen, deels aan de hand van vooropgestelde vragen maar met de mogelijkheid om door te vragen op een bepaald onderwerp en mensen zelf de gelegenheid te geven om hun visie met mij te delen. Ik heb er voor gekozen om de interviews op te nemen en uit te werken in een analyse. In de meeste gevallen ben ik zelf naar de locatie gegaan waar degene met wie ik het interview had werkt. Het leuke hiervan is dat ik nu ook een beter beeld heb van de achtergrond waarin iemand werkzaam is. Ik heb de keuze gemaakt om mensen uit verschillende lagen van de organisatie te interviewen, zodat ik een zo compleet mogelijk beeld zou krijgen van de mate waarin dit onderwerp speelt en leeft binnen de organisatie en of er verschil is in visie. Ook was ik benieuwd naar de ervaringen met externen binnen de verschillende lagen en of deze ervaringen veel zouden verschillen.

Persoonlijke gesprekken

Voor ik begon met mijn onderzoek heb ik mijn onderzoeksopzet naar een lid van de Raad van Bestuur gestuurd om toestemming te vragen voor de uitvoering van dit onderzoek binnen de organisatie. Ook heb ik gevraagd hoe mijn vermoeden door de Raad van Bestuur gezien wordt. Hieruit kwam naar voren dat de probleemanalyse wordt herkend, dat er al eerder nagedacht is over een eventuele maatregelen maar dat hier verder nog niets mee gedaan is en dat zij erg benieuwd zijn naar de resultaten van dit onderzoek.

Dit bleek ook uit het gesprek dat ik heb gehad met de Regiomanager om mijn onderzoek toe te lichten. Vervolgens ben ik in gesprek gegaan met het hoofd van het Educatief Centrum.

⁵ De gebruikte literatuur is terug te vinden in de literatuurlijst.



Hier is het hele beleid rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen een paar jaar geleden ontwikkeld en worden momenteel de trainingen gegeven. Zij is enthousiast over mijn onderzoek en benieuwd naar de resultaten ervan.

Binnen de organisatie heb ik aan verschillende mensen op verschillende locaties gevraagd naar ervaringen. Op deze manier hoop ik een duidelijk beeld te kunnen schetsen van de situatie zoals die nu is en antwoord te geven op de deelvraag wat het inzetten van een externe zorgverlener betekent voor de medewerker.

Daarnaast heb ik ook mensen, die zeer nauw betrokken zijn bij de zorgvragers, gevraagd wat zij denken wat de invloed is van de verleende zorg door een externe zorgverlener en waarom zij dat denken. Op deze manier wil ik, samen met het deel uit de literatuurstudie, antwoord geven op de vraag wat het voor de zorgvrager betekent om zorg te ontvangen van een externe zorgverlener.

Casussen

Ik heb een aantal medewerkers van Gemiva-SVG Groep gevraagd om een casus te schrijven over hun ervaring met een externe zorgverlener m.b.t. het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen.

1.7 De leeswijzer

Dit onderzoeksrapport bestaat uit twee delen. Het eerste deel wordt onderzoek gedaan naar de vraagstelling en de doelstelling. Het tweede deel gaat over het advies, dat is voortgekomen uit de beantwoording van de vraagstelling. Dit advies is noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de gehele doelstelling.

In de leeswijzer zullen de hoofdlijnen van dit onderzoek worden weergegeven, om een beeld te schetsen van wat u kunt verwachten. In deel 1, in het eerste hoofdstuk, vooraf gegaan aan deze leeswijzer, is de context beschreven en is de probleemstelling uitgewerkt met de daaropvolgende doelstelling en vraagstelling. Vervolgens is er aandacht besteed aan de methode van data verzameling. In hoofdstuk twee zal de theorie beschreven worden, daarbij zal gebruik gemaakt worden van praktijk voorbeelden om deze theorie te bespreken en betekenis te geven. In hoofdstuk drie zal de analyse van de interviews en de persoonlijke gesprekken worden uitgewerkt. In hoofdstuk 4 zal het beleid van de Gemiva-SVG Groep besproken worden en de, in dit beleid geïmplementeerde Wet-BIG. In hoofdstuk 5 zullen de deelvragen en de hoofdvraag worden beantwoord. Omdat met het beantwoorden hiervan nog niet geheel aan de doelstelling is voldaan volgt een deel 2. Hierin wordt in hoofdstuk 6 onderzoek gedaan naar mogelijkheden tot verbetering. Vervolgens zullen in hoofdstuk 7 en 8 maatregelen tot verbetering worden onderzocht. In hoofdstuk 9 volgen dan de conclusies, het advies voor verbetering en de aanbevelingen. Het advies voor verbetering en de aanbevelingen zijn vervolgens uitgewerkt in een marketingplan. Dit onderzoeksrapport wordt afgesloten met een evaluatie en een literatuurlijst.

Hoofdstuk 2

Van theorie naar praktijk

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal de theorie die gebruikt is voor dit onderzoek worden besproken. De theorie over voorbehouden- en risicovolle handelingen, omdat het belangrijk is voor de lezer van dit onderzoeksrapport om de begrijpen waar het bij het noemen van deze termen om gaat. In de paragrafen die daar op volgen zal de theorie over kwaliteit van leven, gentle teaching en gezondheid worden besproken. Deze theorie zal als basis worden gebruikt voor dit onderzoek. Met behulp van casussen en praktijkvoorbeelden (van de onderzoeker en van anderen) zal er een verbinding worden gelegd tussen theorie en praktijk. Later zal deze theorie ook worden gebruikt in verdere analyses en conclusies m.b.t. dit onderzoek.

Ter illustratie zal worden begonnen met een casus, geschreven door een medewerker van de Gemiva-SVG Groep:

Doelgroepomschrijving:

De doelgroep waar wij mee werken is een groep van zes zorgvragers die samen leven in een aangepaste woning in een woonwijk. De doelgroep varieert in ziektebeelden, de overkoepelende naam voor deze doelgroep is; meervoudig complex gehandicapten. Het is een groep waar veel verpleegkundige zorg verleend moet worden. Dit varieert van het vernevelen, geven van medicatie, toedienen van sondevoeding, toedienen van medicatie via de neus of maag sonde (PEG- katheter & micky button) en het toedienen van zuurstof. Binnen de organisatie waar wij werken (Gemiva-SVG Groep) is het beleid zo dat medewerkers een cursus gevolgd moeten hebben en daarnaast getoetst moeten zijn om de boven genoemde verpleegtechnische handelingen uit te mogen voeren, ongeacht je opleiding of ervaring.

Inzet van thuiszorgorganisaties;

Wij hebben in de zomer van 2010 veel gebruik gemaakt van de thuiszorgorganisatie Vierstroom. Dit was nodig omdat de personele bezetting te krap was om alleen geschoolde teamleden in te zetten op de woning. Er zijn toen een aantal invalkrachten komen werken. Dit zijn krachten uit een invalpool, deze mensen zijn dus niet volledig ingewerkt op de woning, en bezitten de kennis en de bevoegdheid niet om de verpleegtechnische handelingen uit te voeren. De oplossing voor dat moment was de Vierstroom. Ook buiten de drukke vakantie periode zijn we wel eens genooddaakt om de thuiszorg organisatie in te schakelen, door ziekte en afwezigheid van vast personeel. Het inzetten van een thuiszorgorganisatie heeft niet de voorkeur voor onze doelgroep, dit omdat we te maken hebben met een kwetsbare doelgroep. De zorgvragers kunnen zich lichamelijk en verbaal niet verdedigen en kunnen daarbij ook niet aangeven hoe ze de zorg ervaren. Daarnaast merken we dat medewerkers van thuiszorgorganisaties het lastig vinden om een “versnelling” terug te gaan. Wat ik hiermee bedoel is het volgende; Zorgvragers zoals op de omschreven woning zijn gebaat bij een rustige benadering.

De verpleegtechnische handelingen maken een grote indruk op de zorgvrager en deze moet daarom goed begeleidt worden op het niveau van de zorgvrager. Wat inhoudt dat het een handeling wel twee keer zo lang kan duren als bij een “gewone” zorgvrager. Ook de thuiszorg organisaties hebben een drukke agenda en kunnen deze handelingen alleen uitvoeren aan de hand van eigen tijdschema. Uiteraard zijn er altijd uitzonderingen, medewerkers die een “klik” ervaren met de doelgroep. Maar deze zijn zeldzaam. Een ander punt waar wij tegen aanlopen is het verschil in protocollen. Ik zal een voorbeeld omschrijven;

Medicatie via de Mic-key button: Volgens het Gemiva protocol krijgt de zorgvrager elk soort medicatie in een aparte spuit opgelost, medicatie wordt toegediend en na elke soort medicatie spuit men de sonde door met schoon water. In de praktijk komt het voor dat de thuiszorgorganisatie de medicatie in een spuit oplost, en dit in een keer aan de zorgvrager geeft. Hierin zie je een verschil in protocol.

Ook zijn het handelingen die een thuiszorgmedewerker niet vaak tegen komt, en ben je als inval personeel (personeel dat dus niet geheel op de hoogte is van de handeling) van de woning veel tijd kwijt aan het uitleggen van de handelingen en de gewoonten van de zorgvrager. De thuiszorgorganisatie doet uiteraard zijn best om steeds dezelfde medewerker te sturen, maar dit is niet altijd haalbaar. Dit maakt dat de zorg voor de zorgvrager steeds wisselend is, en de kwaliteit afneemt.

Marlies van der Kruk, Persoonlijk Begeleider Wonen.

2.2 Voorbehouden- en risico volle handelingen

Voorbehouden handelingen

In de Wet BIG zijn een aantal handelingen voorbehouden aan de daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren. Deze bevoegdheidsregeling ‘voorbehouden handelingen’ is in de wet opgenomen om te voorkomen dat door ondeskundig handelen de zorgvrager onaanvaardbare risico's loopt. Artsen hebben op grond van de Wet BIG zelfstandige bevoegdheid. Als zij bekwaam zijn mogen zij op eigen gezag een indicatie stellen en een voorbehouden handeling uitvoeren. Onder bepaalde voorwaarden mogen zij een opdracht geven aan een niet zelfstandig bevoegde om de voorbehouden handeling uit te voeren. Ook tandartsen en verloskundigen zijn zelfstandig bevoegd bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten als zij bekwaam zijn. De handelingen moeten wel binnen het in de Wet BIG omschreven deskundigheidsgebied liggen. Verpleegkundigen die geregistreerd zijn in het BIG-register komen in aanmerking voor de regeling van functionele zelfstandigheid. Deze regeling houdt in dat zij in opdracht van een arts, tandarts of verloskundige zelfstandig voorbehouden handelingen mogen uitvoeren zonder dat de opdrachtgever toezicht houdt en de mogelijkheid heeft om tussenbeide te komen. Voorwaarde is dat de verpleegkundige bekwaam is. Alle overige beroepsbeoefenaren mogen weliswaar in opdracht van een arts, tandarts of verloskundige voorbehouden handelingen uitvoeren, maar de opdrachtgever moet de gelegenheid hebben toezicht te houden en de mogelijkheid hebben om als het nodig is tussenbeiden te komen.



Ook hier geldt dat de opdrachtgever de uitvoerder bekwaam moet vinden en dat de uitvoerder zichzelf bekwaam moet achten de handeling met succes uit te voeren.⁶

Ter verduidelijking:

Voorbehouden handelingen zijn aan te duiden met handelingen die het lichaam ingaan, bijvoorbeeld een sonde of een injectie. Voor deze handelingen is een autorisatie verplicht binnen de Gemiva-SVG Groep.

Risicovolle handelingen

Dit zijn handelingen in de individuele gezondheidszorg die niet in de Wet-BIG genoemd staan als voorbehouden handelingen, maar die wel risicovol zijn voor de zorgvrager en die dus een deskundige en zorgvuldige uitvoering behoeven. Gemiva-SVG Groep schoolt, toetst en registreert alle medewerkers voor zowel voorbehouden- als risicovolle handelingen op dezelfde wijze zodat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn om voorbehouden- én risicovolle handelingen te verrichten. Medicatie is de meest voorkomende risicovolle handeling.⁷

Ter verduidelijking

Risicovolle handelingen zijn aan te duiden met handelingen die volgen op een voorbehouden handeling. Bijvoorbeeld het geven van sondevoeding of medicatie. Voor deze handelingen is een registratie verplicht binnen de Gemiva-SVG Groep.

2.3 kwaliteit van leven.

Er is een toenemende belangstelling voor de kwaliteit van leven. Zo is bij het bepalen van de effectiviteit van medische handelingen de kwaliteit van de te verwachten levensjaren een belangrijke factor. In discussies over milieuvraagstukken gaat het over de kwaliteit van leven van toekomstige generaties. Daarnaast wordt steeds vaker gesproken over de mogelijkheid van een index Bruto Nationaal Geluk.⁸

Maar wanneer kun je nu spreken van kwaliteit van leven en kunnen we kwaliteit van leven eigenlijk wel meten? Wie bepaalt of ú kwaliteit van leven ervaart? Moeilijke vragen waar moeilijk een eenduidig antwoord op gegeven kan worden. Toch wil ik een poging doen, want het is juist die kwaliteit waar het in dit onderzoek om gaat

De definitie van kwaliteit van leven;

‘De door mensen zelf ervaren kwaliteit van hun leven die wordt bepaald door fysieke, psychische en sociale factoren, zoals door persoonlijke kenmerken, de kwaliteit van relaties, geestelijk evenwicht, de vervulling van levensdoelen, de mate van aanpassing aan de ontstane situatie in geval van ziekte, beperking of ouderdom, en maatschappelijke participatie’⁹

⁶ Wet BIG

⁷ Reader wet Big van de Gemiva-SVG Groep

⁸ Bron: www.nwo.nl

⁹ Bron: www.thesauruszorgenwelzijn.nl

Wat betekent dit voor de praktijk? Het gaat er dus om welke kwaliteit iemand zélf ervaart, dit is lastig te meten bij deze doelgroep.

Ik ben van mening dat je, wanneer je een zorgvrager leert kennen en zijn of haar lichaamstaal leert begrijpen, hier wel een uitspraak over kunt doen.

Ik merk dan ook aan de zorgvragers voor wie ik werk of zij hinder ervaren als iemand van een externe organisatie een voorbehouden- of risicovolle handeling komt uitvoeren. Zij kunnen dan gespannen en angstig zijn, omdat zij de persoon die de zorg komt verlenen niet kennen en die persoon vaak niet weet hoe ze moet omgaan met de specifieke beperking. Vervolgens komt deze persoon wel heel dicht bij hen. Het gaat hier om kwaliteit van relaties en een geestelijk evenwicht, dit kan nooit behaald worden als de zorgvrager zich niet veilig en geborgen voelt.

Een voorbeeld uit de praktijk:

Een externe zorgverlener komt voor de risicovolle handeling vernevelen. Het gaat om een zorgvrager die erg benauwd is. Deze zorgvrager heeft meerdere lichamelijke beperkingen, zo is hij niet in staat om rechtop te zitten, zijn mond te spoelen of te spreken. Dit zijn drie punten die noodzakelijk zijn om hem volgens het standaard protocol te vernevelen. Mensen die betrokken bij deze zorgvrager zijn kan hij beperkt mee communiceren doordat zij zijn lichaamstaal begrijpen. Ook kan hij met ja en nee antwoord geven op gesloten vragen, ja door een 'aaah' geluid, nee door zijn ogen te sluiten en zijn hoofd naar links te bewegen. Dit antwoord geven kost hem veel moeite door zijn spasme, geduld en het herkennen van de signalen van de zorgvrager zijn hier dus van groot belang. Een externe zorgverlener komt hem vernevelen, iemand die deze signalen niet kent. Deze externe zorgverlener is vreemd voor de zorgvrager, hij vindt het spannend. Door deze spanning verergerd zijn spasme waardoor antwoord geven op gesloten vragen moeilijker voor hem is. Voorwaardelijk daaraan is dan natuurlijk wel dat deze vragen ook gesteld worden. Het IQ van deze zorgvrager is hoger dan je op het eerste gezicht zou verwachten, hij begrijpt veel van wat er om hem heen gebeurt. Hij kan hier alleen door al zijn beperkingen niet op reageren zoals jij en ik dat kunnen.

De externe zorgverlener vraagt niet naar het persoonlijk protocol, stelt zich niet voor aan de zorgvrager en vraagt aan de begeleiding waarom hij nog niet rechtop zit, nu kan zij niet meteen beginnen met de handeling en ze heeft maar beperkt de tijd.

De begeleider op de groep pakt het persoonlijk protocol van de zorgvrager erbij en geeft dit aan de externe zorgverlener. Zij geeft aan geen tijd te hebben voor hele boekwerken, waarop de begeleider kort de punten uitlegt die anders zijn. Hierop krijgt zij te horen dat, als ze het zo goed weet het misschien beter zelf kan doen.

De zorgvrager ligt ondertussen te wachten en is aanwezig bij dit gesprek, hierdoor raakt hij nog meer gespannen.



Volgens zijn persoonlijk protocol wordt zijn mond schoongemaakt met een gaasje i.p.v. dat hij zelf kan spoelen. Ook is het belangrijk om hem af en toe te vragen of het goed gaat, waardoor hij kan antwoorden, i.p.v. dat hij dit zelf moet aangeven.

Uiteindelijk verneveld zij de zorgvrager volgens zijn persoonlijk protocol, wel maakt zij nog een aantal opmerkingen. Opmerkingen die ik hier niet wil herhalen, er wordt ook niet met de zorgvrager gesproken maar over hem. Hij heeft totaal geen controle over de situatie.”

Dit is een situatie waarin de externe zorgverlener duidelijk geen affiniteit heeft met de doelgroep en niet weet wat ze met de zorgvrager aan moet of waar ze moet beginnen. De zorgvrager ervaart spanning

Het gaat om een zorgvrager die, normaal gesproken, volgens betrokkenen kwaliteit van leven ervaart. Hij heeft een manier ontwikkeld waarmee hij kan communiceren met zijn omgeving, heeft zich aangepast aan zijn beperkingen, heeft een sociaal leven opgebouwd.

Toch is er op het moment, zoals beschreven in de casus geen sprake van kwaliteit van leven, omdat er geen kwaliteit van zorg is. Er wordt voorbij gegaan aan zijn mens zijn.

Nog een voorbeeld, van een ouder in de thuissituatie:

Bij een zorgvrager met een ernstige spierspasme moet bloed worden afgenomen. De zorgvrager vindt dit erg spannend, dit verergert de spasticiteit. De externe zorgverlener komt binnen en meldt dat ze hoopt dat het nu sneller gaat dan de vorige keer, zij heeft van haar collega gehoord dat het toen veel tijd in beslag heeft genomen. Niet erg rustgevend voor de zorgvrager. Vervolgens vraagt de externe zorgverlener aan de moeder of het armpje niet wat rechter kan, zo kan ze er immers niet goed bij. De zorgvrager raakt over zijn toeren en moeder wordt boos omdat het door de complexe beperking van haar kind nu eenmaal niet mogelijk is om het armpje te strekken. De externe zorgverlener gaat weg met de mededeling dat ze hier echt geen tijd voor heeft.

Ook door dit voorbeeld wordt mijn vermoeden dat de kwaliteit van zorg niet altijd kan worden gewaarborgd op het moment dat er gebruik wordt gemaakt van externe inzet. Als dit voorbeeld wordt getoetst aan de beschreven theorie van kwaliteit van leven zult u het met mij eens zijn dat hier geen sprake is van het leveren van kwaliteit van zorg, dus kwaliteit van leven voor deze zorgvrager.

2.4 Gentle teaching.

Momenteel is er binnen de locatie IJsselhage een project bezig waarin alle medewerkers van wonen en dagbesteding de cursus gentle teaching volgen. Ook hierbij gaat het om het belang van veiligheid en geborgenheid voor een zorgvrager, een belang waar dus zeker aandacht voor is binnen de Gemiva-SVG Groep.

Dit gebeurt vanuit de volgende visie:

“Ieder mens verlangt naar een relatie waarin hij zich veilig, geliefd, liefdevol en verbonden voelt. Deze relatie noemen we in gentle teaching 'companionship'. Hoewel ieder mens naar een dergelijke relatie verlangt, zijn er veel mensen met bijzondere kwetsbaarheden die zich niet veilig, geliefd, liefdevol en verbonden voelen met anderen. Voor hen is het belangrijk dat we hen nadrukkelijk leren zich voor companionship open te stellen. We doen dit om een aantal goede redenen:

- *De eerste en meest belangrijke reden is dat we van mening zijn dat iedereen er recht op heeft zich veilig en geliefd te voelen. Als iemand deze gevoelens niet ervaart in de relatie met de zorgverlener, zullen we daar dus mee beginnen.*
- *De tweede reden is dat deze relatie nodig is om iemand daadwerkelijk te kunnen ondersteunen als hij zich emotioneel of psychisch niet goed voelt. Als we hem dan niet kunnen bereiken, kan hij zich verliezen in zijn stress en dit uiten met gedrag waar mee hij zichzelf of anderen schaadt.*
- *De derde reden is dat we weten dat veel gedrag dat door de omgeving als ongewenst wordt gezien, veroorzaakt wordt door angst en onzekerheid. Companionship maakt het mogelijk om deze angst en onzekerheid te verminderen en daarmee 'ongewenst' gedrag te voorkomen.*
- *De vierde, maar even belangrijke, reden is dat het voor zorgverleners veel prettiger is om vanuit een liefdevolle relatie met mensen te werken, dan dat op een beheersmatige wijze geprobeerd moet worden het gedrag van iemand in goede banen te leiden.¹⁰”*

Door medewerkers te scholen volgens deze visie kiest de Gemiva-SVG Groep voor kwaliteit, kwaliteit van zorg en dus kwaliteit van leven. Deze visie is ook belangrijk als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden- en/of risicovolle handelingen. Juist veiligheid bieden is dan van groot belang.

In het boek Gentle teaching¹¹ wordt gesproken over bijzondere kwetsbaarheden.

“Het beeld dat we over iemand hebben wordt vaak sterk bepaald door zijn gedrag; we houden te weinig rekening met de kwetsbaarheden en de invloed daarvan op iemands doen en laten. We gaan dan te gemakkelijk voorbij aan de vraag hoe we kunnen voorkomen dat zijn kwetsbaarheden zijn leven overheersen.”

Het volgende voorbeeld wordt genoemd:

“Op grond van zijn uiterlijk kennen we iemand de mogelijkheden niet toe die hij wèl heeft. Bekend is het voorbeeld van de Engelse schrijver Joseph John Deacon (Joey). Hij is geboren met een ernstige lichamelijke handicap en verondersteld werd dat hij ook verstandelijk gehandicapt zou zijn. Hij werd opgenomen in een inrichting voor verstandelijk gehandicapte mensen, waar hij uiteindelijk iemand ontmoette die hem begreep en hem hielp zijn levensverhaal op te schrijven. Joey bleek een begaafde man met veel creativiteit.”

¹⁰ Bron: www.gentlelearning.nl

¹¹ Pouwel van de Siepkamp (2005) *Gentle teaching*, Uitgeverij Nelissen | Soest



Uit dit voorbeeld blijkt hoe makkelijk iemand onderschat wordt en dus niet de begeleiding krijgt die hij nodig heeft om zich veilig en geborgen te voelen. Mensen die geen affiniteit hebben met deze doelgroep zullen zich hier veel minder van bewust zijn dan de mensen die deze affiniteit wel hebben.

Een voorbeeld uit de praktijk:

Zelf werk ik, zoals gezegd, met mensen met een ernstig meervoudige beperking. De naam zegt het al; deze mensen hebben meerdere beperkingen. Dus niet alleen dat ene waar die voorbehouden- of risicovolle handeling voor nodig is. Deze zorgvragers hebben bijna allemaal een aangepast protocol omdat het standaard protocol niet werkbaar is bij die specifieke zorgvrager.

Zo zit er een zeer zwaar, zowel geestelijk als lichamelijk, beperkte zorgvrager op het AC waar ik werk. Deze zorgvrager heeft de mogelijkheid tot communiceren via een spraakcomputer, hier heeft hij echter wel even de tijd voor nodig. Vervolgens komt er iemand van de externe zorgverlening om hem zijn medicatie via de sonde te geven. Deze externe zorgverlener negeert de computer, als zij hierop wordt gewezen zegt zij tegen de zorgverlener die aan het werk is dat zij geen tijd heeft voor dat soort dingen en voert de handeling uit zonder contact te leggen met de zorgvrager. De zorgvrager is van slag, hij weet niet wat hem over komt maar heeft ook niet de mogelijkheid om hier iets mee te doen.

Ook in deze situatie wordt het kunnen van deze zorgvrager onderschat.

Deze zorgvrager heeft zich, voor zijn omstandigheden waar mogelijk, aangepast aan zijn situatie. Hij heeft niet de mogelijkheid om zelf te spreken maar kan zich verwoorden met behulp van een spraakcomputer, doordat deze computer genegeerd wordt, wordt er afbreuk gedaan aan de kwaliteit van leven van deze zorgvrager. Uit deze casus blijkt dat de externe zorgverlener niet handelde alsof zij affiniteit heeft met de doelgroep.

2.5 Gezondheid

Wat is gezondheid? En wie of wat bepaalt of jij gezond bent? In het dagelijks leven worden wij mensen dagelijks geconfronteerd met gezondheid in en door de media. Maar wanneer ben je nu eigenlijk gezond?

Gezondheid wordt door de grote meerderheid van Nederland gezien als een belangrijke waarde in het leven. De meest bekende definitie van gezondheid is die van de World Health Organization (WHO) uit 1948:

‘Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity’. In het Nederlandse gezondheidsbeleid is getracht deze definitie aan te scherpen (WVC, 1996) *‘Gezondheid is meer dan niet ziek zijn maar hoeft ook niet het hele welzijnspakket te omvatten. Het moet gezien worden als ‘een situatie van evenwicht die wordt bepaald door de omstandigheden waarin mensen verkeren en het vermogen dat zij zelf bezitten of zich met hulp van anderen kunnen verwerven om zich te verweren tegen verstoringen’.*¹²

In de praktijk betekent dit voor de mensen met wie ik werk dat zij zo min mogelijk last ervaren van hun beperking. Er moet een evenwicht zijn tussen wat zij fysiek kunnen en mentaal willen. Het gaat er om dat zij met, of misschien ondanks, hun beperking gewoon mens kunnen zijn.

Als zij hinder ondervinden, fysieke klachten hebben, waardoor zij niet instaat zijn de dingen te doen zoals zij gewend zijn te doen, zullen ze dit als ‘ziek’ bestempelen. De grenzen hiervoor zijn voor iedereen anders, net zoals uw en mijn grenzen anders zijn.

2.6 Conclusie

Hieruit blijkt dat dit evenwicht mist op het moment dat er iemand aan het bed verschijnt die geen affiniteit heeft met de doelgroep, niet weet hoe met de zorgvrager om te gaan. Wat wel en juist niet gezegd kan worden en veelal zelfs bang lijken te zijn voor de doelgroep.

Deze situaties zijn mede de aanleiding geweest voor het stellen van de hoofdvraag of de kwaliteit van zorg, zoals de Gemiva-SVG Groep deze noemt in haar visie en beleid, wordt gewaarborgd en of het daarbij wenselijk is om afhankelijk te zijn van externe organisaties?

Daarnaast vraag ik mij af of het wenselijk is dat de Gemiva-SVG Groep zich afhankelijk opstelt van andere organisaties waar het gaat om het leveren van de kwaliteit van zorg zoals zij deze voor ogen hebben in hun visie en beleid.

Vragen waar ik, door dit onderzoek, een antwoord op hoop te vinden.

¹² (Dr. C.W. Aakster & Dr. J.W. Groothoff, *medische sociologie*, Wolters-Noordhoff, Groninge/Houten 2003)

Hoofdstuk 3

Analyse van de interviews en persoonlijke gesprekken

3.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is aandacht besteed aan de opbouw, de aanleiding en de theorie van dit onderzoek. In dit hoofdstuk zal een analyse van de interviews en de persoonlijke gesprekken weergegeven worden. Vervolgens zullen hier conclusies aan verbonden worden.

3.2 De analyse van de interviews.

Voor deze interviews heb ik met vijf mensen een half gestructureerd interview gehouden. Aan een clustermanager, een locatiehoofd van een kinderdagcentrum (KDC) en een locatiehoofd van de Ambulante Dienst Kinderen (ADK), een trainer & toetser van de Gemiva-SVG Groep en aan een externe deskundige. Deze vijf mensen heb ik van te voren gevraagd of ik het gesprek mocht opnemen en ze hebben hier alle vijf toestemming voor gegeven. Van te voren heb ik deze mensen ook een verkorte onderzoeksopzet met daarin de probleemstelling, de hoofdvraag, deelvragen en doestelling van het onderzoek gemaild. Ook de vragen die ik vooraf had opgesteld heb ik hierbij meegestuurd. In een inleiding hierbij heb ik mijzelf voorgesteld en aangegeven dat ik n.a.v. de antwoorden op de vragen verder door wilde vragen.

Ik zal de vragen die ik aan alle vijf deze mensen heb gesteld hieronder behandelen en verkort de antwoorden weergeven. Vervolgens zal ik een conclusie schrijven over de gegeven antwoorden.

Vraag 1:

Wat is je eerste reactie hierop? (op de onderzoeksopzet zoals die is toegestuurd)

Clustermanager:

Vindt het heel goed dat ik hiermee aan de slag ga.

Locatiehoofd KDC.:

Heldere probleemstelling en herkenbaar vanuit de KDC kant en zeker voor de MCG groep.

Locatiehoofd ADK.:

Vindt het leuk dat ik voor dit onderwerp heb gekozen. Het is herkenbaar, zij heeft in 2007 geholpen met het opzetten van het hele beleid rondom het trainen en toetsen van medewerkers. Is toen ook op verschillende locaties geweest om te kijken hoe dit uiteindelijk geïmplementeerd is in de praktijk.



Trainer & toetser:

Toelichting is heel duidelijk, leuk dat je dit onderzoekt!

Doorvraag: Wat vind je daar zo leuk aan?

"In de praktijk kom ik dit veel tegen, aantal zaken gaan ook echt niet goed, dat kan veel beter." Het is niet fijn om afhankelijk te zijn van derden."

Externe deskundige:

Voorheen zeker herkenbaar. Heeft wel het idee dat er minder signalen zijn nu er meer mensen geschoold zijn binnen de Gemiva-SVG Groep.

Kan ook komen omdat ze meer afstand heeft omdat ze minder trainingen geeft.

Conclusie vraag 1:

Ik ben niet de enige die een vermoeden heeft dat het inzetten van externen voor de uitvoering van voorbehouden- en risicovolle handelingen niet altijd leidt tot de gewenste kwaliteit van zorg. De één is hier stilliger in dan de ander, maar dit vermoeden wordt zeker herkend. Een aantal geven ook aan blij te zijn met dit onderzoek en allen zijn benieuwd naar de resultaten.

Vraag 2:

Nu vraag ik mij af of de kwaliteit van zorg, zoals de Gemiva-SVG Groep deze noemt in haar visie en beleid, wordt gewaarborgd door een beroep te doen op deze externe organisaties, Wat zijn jouw gedachten hierover?

Heb jezelf ervaring met het inzetten van externe zorgverlening?

Clustermanager:

"Het probleem is echt, soms zijn er gewoon geen mensen die handelingen kunnen verrichten."

Momenteel worden er ook wel mensen van de ene locatie op de andere ingezet.

Clustermanager heeft niet direct met het de inzet van externen te maken in de zin van samenwerking met de externe zorgverlener maar wel met de gevolgen die dit uiteindelijk geeft. Personeel doet zijn beklag e.d.

Het inzetten van externe zorgverleners komt regelmatig voor binnen het cluster, krijgt hier ook de nodige verhalen van mee.

Locatiehoofd KDC.:

Het KDC kiest er voor om zelf geen externe zorgverleners in huis te halen, maar heel bewust om alle handelingen zelf te scholen. Dit kan ook omdat er een achterban van ouders is die een acute vraag kunnen opvangen.

"Dit is een bewuste keuze voor kwaliteit, de kinderen op het KDC zijn erg kwetsbaar het is dan niet wenselijk dat er vreemde mensen aan het bed komen."

Locatiehoofd ADK.:

“Als er een vraag komt voor een medische handeling waar ik geen mensen voor heb dan verwijs ik door naar een andere organisatie of ouders doen het eerst zelf.”

Daarna wordt er gestart met een snelle scholing, dit betekend binnen een maand. En dan kun je de handeling leveren.

Er zijn dus geen ervaringen met externe zorgverlening binnen het ADK (ambulante dienst kinderen). Ze kan zich de probleemstelling wel voorstellen.

Trainer & toetser:

“Ja zeker, het is niet iets wat komt aanwaaien maar iets wat al heel lang leeft.”

Verschillende ervaringen, ze legt de volgende casussen voor:

Een Zorgvrager met een ernstige verstandelijke beperking, veel last van epilepsie. Weigert al een tijd te eten en moest een sonde krijgen. Iemand van de externe zorgverlening kwam de sonde inbrengen. Deze man had totaal geen ervaring met de doelgroep. Nam niet de tijd om de zorgvrager op zijn gemak te stellen maar begon gelijk met uitstallen van de benodigdheden. Dit zorgde voor paniek bij de zorgvrager. De zorgvrager kon de instructies niet opvolgen en hier was geen aandacht voor. Het lukte uiteindelijk ook niet om de sonde in te brengen.

In deze situatie was er bewust voor gekozen om iemand van extern te laten komen zodat het stukje begeleiding niet werd ‘gelinkt’ met zulke ingrijpende dingen. Uiteindelijk heeft de begeleider toch zelf de handeling overgenomen omdat het zo sneu was voor de zorgvrager. Dit zou een goed voorbeeld zijn waarvoor mensen uit eigen organisatie, met affiniteit met de doelgroep, voor kunt laten komen.

Ook een jongeman die gekatheteriseerd moest worden, ’s avonds. Hier moest ook de externe zorgverlening voor komen. Het gaat hier om een jonge zorgvrager van een jaar of 14. Schaamte speelde dan ook een grote rol. Katheteriseren lukte niet, uiteindelijk is er een personeelslid van thuis gekomen om de handeling uit te voeren.

Externe deskundige:

Zoals gezegd voorheen meer dan nu. Maar denkt dat het nog te vaak voorkomt.

Conclusie vraag 2:

Binnen de organisatie zijn er dus locatiehoofden die er bewust voor kiezen om geen beroep op externen te doen maar dit op een andere manier, intern op te lossen. Als ik kijk naar de theorie over gezondheid dan gaat het er om dat iemand zo min mogelijk hinder ondervindt, uit de praktijksituaties blijkt dat deze personen wel hinder ondervinden.

Als ik kijk naar de theorie over kwaliteit van leven en de theorie over gentle teaching, dan gaat het er ook om dat iemand zich veilig en geborgen moet voelen om kwaliteit van leven te kunnen ervaren.

Op het moment dat er spraken is van angst en schaamte zal dit niet het geval zijn. De vraag blijft dan natuurlijk wel of, wanneer deze handeling door een interne wordt uitgevoerd, deze angst en schaamte weggenomen kunnen worden. Zelf ben ik van mening dat, wanneer iemand affiniteit heeft met de doelgroep hij de zorgvrager hier beter in zal kunnen begeleiden. De angst en de schaamte zullen dan minder zijn en er zal een grotere kwaliteit van leven kunnen worden ervaren.

Vraag 3:

Wat betekent het denk je voor een zorgvrager om door verschillende, voor de zorgvrager onbekende, zorgverleners zorg te krijgen?

Clustermanager:

"Het is geen wenselijke situatie."

Locatiehoofd KDC.:

"Een zorgvrager die al zoveel moeite heeft om de dag te snappen, daar moet je de tijd voor nemen om iemand te leren kennen en vertrouwen in je te hebben. Als je er dan voor kiest om steeds iemand anders, vaak toch in iemand zijn intieme zone zorg te laten verlenen, komt dit heel dicht bij. Het is dan van grote meerwaarde als de zorgvrager de zorgverlener kent." Dit heeft met affiniteit van de zorgverlener voor het kind te maken, hierdoor kan er een bepaald vertrouwen ontstaan, dit kan niet op het moment dat er steeds iemand anders komt.

Dit is voor het locatiehoofd en voor de kinderen geen optie. Er is een bewuste keuze gemaakt om hier geen gebruik van te maken.

Locatiehoofd ADK.:

"In de ambulante zorg gebeurt het ook wel dat niet altijd dezelfde persoon naar 1 zorgvrager gaat, soms wisselen verschillende zorgverleners elkaar af. Heel belangrijk is wel de affiniteit met de doelgroep, als een zorgverlener de tijd neemt die nodig is voor een zorgvrager en de tijd neemt voor de handeling hoeft dit niet altijd een probleem te zijn."

Trainer & toetser:

"Vreselijk voor de zorgvrager, zeker voor deze doelgroep." Lijkt haar sowieso niet prettig steeds iemand anders aan je lijf te hebben, maar deze doelgroep kun je het ook niet uitleggen. Vraagt ook specifieke aanpak en lang niet elke organisatie heeft kennis van deze doelgroep. *"Het kunstje kun je zo leren, maar dan de uitvoering nog."*

Externe deskundige:

Zij denkt dat het een groot verschil maakt of iemand ervaring heeft met de doelgroep. Denkt ook dat dit één van de redenen is voor het aanpakken van het beleid en het op de kaart zetten van de uitvoering van het beleid rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen *"Natuurlijk had dit ook met tijd en geld te maken maar zeker ook met affiniteit."*



Conclusie vraag 3:

Affiniteit wordt als belangrijk bestempeld. Het is niet wenselijk als er steeds andere mensen aan het bed komen maar soms kan dit niet anders. Heel belangrijk is dan de affiniteit met de doelgroep. Deze doelgroep vraagt een specifieke aanpak, deze specifieke aanpak moet 'eigen' zijn voor de zorgverlener. Als ik dan kijk naar de theorie van gentle teaching moet er eerst geïnvesteerd worden in een relatie, pas dan kan de zorgvrager zich veilig en geborgen voelen en dus kwaliteit van zorg ervaren.

Vraag 4:

Wat betekent het voor jezelf/ of zou het voor jezelf betekenen als zorgverlener om afhankelijk te zijn van een externe organisatie?

Clustermanager:

'Het voelt niet goed om een externe organisatie in te zetten, zeker niet binnen het kwaliteitskader dat we nu hebben binnen de Gemiva-SVG Groep.'

Locatiehoofd KDC.:

Er is voor gekozen om de medewerkers zelf te scholen, de medewerkers begrepen dit en vonden het leuk om iets extra's te leren.

Zij waren het er mee eens dat er voorkomen moest worden om een externe organisatie in te huren voor het uitvoeren van deze handelingen.

Locatiehoofd ADK.:

Binnen het ADK is hier geen sprake van.

Zij vindt dat als iemand volgens de wet BIG bevoegd en bekwaam is om een handeling uit te voeren diegene daar professioneel genoeg voor moet zijn om dat dan ook naar behoren te doen. Zij vindt dat je dit moet kunnen verwachten van een medewerker.

Trainer & toetser:

Dat iemand het kunstje wel kan maar niet kan omgaan met de zorgvragers.

"Dit is als begeleider heel lastig, je ziet dat het mis gaat en je kunt niet ingrijpen."

Ook dat er aan de persoonlijkheid v.d. zorgvrager voorbij wordt gegaan vindt zij lastig om mee te maken.

Externe deskundige:

Medewerkers zeggen geen vertrouwen te hebben in de wijkverpleging, zij zeggen dingen als: *"als ik soms zie hoe zij die handeling uitvoeren dan krijg je de neiging om ze weg te sturen want zo hebben wij de handeling niet aangeleerd gekregen. Dit doe je niet goed, niet volgens het protocol van de Gemiva."*

De externe deskundige vindt dit heel goed.

"Dan ben je bezig met kwaliteit van zorg."

**Conclusie vraag 4:**

Geen van de bevroagde is blij met de situatie zoals die nu is, het is niet wenselijk om afhankelijk te zijn van externen als het gaat om de kwaliteit van zorg, dus kwaliteit van leven van de zorgvragers.

Vervolganalyse van de interviews;**Vragen m.b.t. de functie of rol die iemand speelt binnen de organisatie**

Uit het interview met de **clustermanager** komt naar voren dat het belangrijk is om onderzoek te doen binnen de hele regio midden en niet alleen binnen locatie IJsselhage. Regio Noord is veel compacter, heeft grotere teams en ligt geografisch ook beter. Daarin is het op locatie Swetterhage wel gelukt om een oplossing te vinden. Het belangrijkste is dan ook dat er nu een eenduidige oplossing komt, niet iets voor één locatie maar iets voor de hele regio. Het mooiste zou zijn als het uiteindelijk bruikbaar is voor de hele Gemiva-SVG Groep.

Zij geeft aan dat het ook goed is dat het onderzoek uit mijzelf komt, dat het bij mij leeft. Er is een goede motivatie om tot een oplossing te komen. Ook vindt zij het goed dat ik beschrijf in de inleiding wat ik er voor mijzelf mee wil bereiken namelijk dat ik graag het verleden, mijn opleiding verpleegkunde, het heden, mijn opleiding SPH en de toekomst, mijn ambitie voor het management kan combineren in deze opdracht en zo mijn kwaliteiten kan laten zien.

Zij geeft ook aan dat het belangrijk is om het kwaliteitsaspect, de haalbaarheid en de kostenanalyse mee te nemen in het onderzoek.

Als dit goed in elkaar zit heeft het plan ook de meeste kans om uitgevoerd te gaan worden. Zij is nog niet overtuigd dat het goedkoper is, maar zegt: *'Soms mogen dingen ook duurder zijn als de kwaliteit dan wel gewaarborgd is'.*

Zij zegt ook het volgende: *'Ik denk dat Gemiva een organisatie is waar alles op de agenda gezet kan worden en dat er te allen tijde heel serieus naar gekeken wordt.'*

Tot slot geeft zij aan dat ze ervan overtuigd is dat er weleens door de vingers gekeken wordt als er niemand is die de handeling uit mag voeren en dat de handeling dan wordt uitgevoerd door iemand die dat niet mag en zou moeten doen. (Dus niet bevoegd en bekwaam is.)

Uit het interview met **locatiehoofd KDC**, locatiehoofd van KDC 'de walnoot', voorheen locatiehoofd op KDC 'Bloemendaal', komt naar voren dat hij eigenlijk vanaf het begin geen vertrouwen heeft in de externe zorgverlener. Hij heeft niet het risico genomen om het mis te laten gaan maar er bij voorbaat voor gekozen het eigen team te scholen. *"Dit is ook mogelijk op een KDC, er werken meerdere personeelsleden per dag en deze mensen blijven vaak ook een aantal jaren op de groep werken. Ook is er een kinderarts aan het KDC verbonden die deze mensen kan autoriseren"*.

Over de kosten heeft hij zich nooit druk gemaakt, externe zorg inkopen was gewoon geen optie. Wel heeft hij rekening met de kosten gehouden door een team in twee middagen, nadat de kinderen naar huis waren, te scholen zodat iedereen aan de scholing deel kon nemen en er geen extra medewerkers nodig waren om de groepen te draaien.



Uit het interview met **locatiehoofd ADK**, locatiehoofd van de ambulante dienst kinderen, kwam naar voren dat een ambulant medisch team ook binnen haar locatie inzetbaar zou zijn. Momenteel wordt daar teruggevallen op ouders of doorverwezen naar een andere organisatie als er niet voldaan kan worden aan de hulpvraag m.b.t. het uitvoeren van voorbehouden- en/of risicovolle handelingen.

Uit het interview met de **trainer & toetser** van de Gemiva-SVG Groep kwam naar voren dat protocollen niet altijd overeen komen met het standaard protocol van de externe zorgverlening. Soms kunnen handelingen niet gedaan worden volgens het standaard protocol omdat er sprake is van een complexe zorgvraag een zorgvrager heeft last van vergroeiingen of eenvoudigweg niet de mogelijkheid om rechtop te zitten. Dit geeft verwarring en maakt de kans op fouten groter.

Op mijn vraag: “Als trainer en toetser kom je met verschillende locaties in aanraking, heb je op één of meerder locaties wel eens mensen gesproken over de zorg die verleend wordt door externe organisaties en kun je hier iets over vertellen?”

Gaf zij het volgende antwoord:

“Ik heb, hoe verdrietig ook om te zeggen, nog nooit een goed verhaal gehoord.”

Zij geeft aan dat op elke training die zij geeft er negatieve ervaringen zijn met externe zorgverlening. De externe zorgverlening weet niet wat ze kunnen verwachten, heeft geen begrip voor zorgvragers en er is geen vaste tijd mee af te spreken. Vooral met diabetes patiënten is dit ook heel lastig.

Zorgvragers missen soms ook dagbesteding omdat een handeling thuis uitgevoerd moet worden, de externe zorgverlening is dan te laat en daardoor is de taxi al weg.

De ervaringen zijn overal hetzelfde, niet per externe organisatie of regio gebonden.

Soms kunnen ook zij geen mensen leveren, bijvoorbeeld voor het vervangen van een Mic-key.

Casus:

Een Mic-key katheter verwisselen is een handeling die betrekkelijk weinig voorkomt een vrij specifiek is voor de gehandicaptenzorg. Op het moment dat de externe zorgverlening werd gebeld om deze handeling uit te voeren kwamen ze met een neussonde aan en de mededeling dat ze een sonde kwamen verwisselen. Deze mevrouw had geen idee wat een Mic-key was of hoe dit eruit zag, laat staan hoe deze verwisseld zou moeten worden. Uiteindelijk is zij van thuis gekomen om deze handeling uit te voeren.

Tot slot zegt zij het volgende:

‘Gemiva staat er echt wel achter, het moet alleen wel haalbaar zijn!

Natuurlijk kost het geld, maar alles kost geld!’

Uit het interview met de **externe deskundige** blijkt dat zij zo'n 6 jaar geleden betrokken is geweest bij het opzetten van het hele beleid rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen. In de tussenliggende jaren is veel bereikt. Door het naleven van dit nieuwe beleid is de kwaliteit zeker verbeterd. Dit is aangetoond d.m.v. intern onderzoek en het behalen van het HKZ keurmerk.

Zij noemde wel als valkuil dat het ook wel een 'makkelijke' oplossing is voor locatiehoofden om het eigen team niet meer te scholen. Dit is natuurlijk niet de bedoeling en zal ik dan ook zeker meenemen en benoemen in het marketingplan.

3.3 Conclusie m.b.t. deze interviews

Alle bevroegden geven aan mijn vermoeden te herkennen, sommige zijn zeer stellig in hun mening en vinden dat het anders en beter moet. Als ik kijk naar de besproken theorie over gezondheid, kwaliteit van leven en gentle teaching, dan zou die kwaliteit ook beter moeten kunnen. De vraag blijft dan natuurlijk wel hóe! Er wordt aangegeven dat affiniteit het grootste gemis is. De 'Van Dale Online' geeft de volgende betekenis voor affiniteit; *"Verwantschap in geestelijk opzicht"*. Wanneer affiniteit aanwezig is, de zorgverlener zich dus verwant voelt met de zorgvrager zal deze zorgverlener beter begrijpen en 'aanvoelen' wat de zorgvrager nodig heeft. Hierdoor zal hij beter tegemoet kunnen komen aan de behoeften van de zorgvrager. Wanneer er wordt geïnvesteerd in deze relatie zal dit de kwaliteit van zorg kunnen vergroten. De zorgvrager zal zich dan eerder veilig en geliefd gaan voelen bij de zorgverlener.

De Gemiva-SVG Groep wordt gezien als een organisatie waar veel mogelijk is, waar de zorgvrager en de zorgverlener serieus genomen worden. Men is dan ook van mening dat zij zeker zullen openstaan voor dit onderzoek.

Beiden locatiehoofden geven aan het inzetten van externen geen optie te vinden voor hun doelgroep. Beiden hebben op hun locatie te maken met kwetsbare kinderen.

Zij hebben hier een eigen oplossing voor, er wordt door hen en door anderen aangegeven dat het fijn zou zijn als er één regeling binnen regio midden komt om het inzetten van externen te verminderen. Het is niet wenselijk om afhankelijk te zijn van anderen en ook niet dat iedere locatie een eigen manier bedenkt om deze afhankelijkheid te verminderen. Het zou fijn als er een eenduidige afspraak komt die voor alle betrokkenen een wenselijke situatie creëert.

3.4 Analyse van de persoonlijke gesprekken.

Aan een aantal mensen die zeer dicht betrokken zijn bij de zorgvrager (ouders, PB'ers en andere betrokkenen.) heb ik gevraagd naar hun mening over de invloed van een externe zorgverlener op de zorgvrager op de kwaliteit van zorg. Er is gesproken over wisselende ervaringen, maar unaniem over het feit dat zij liever hebben dat de Gemiva-SVG Groep deze zorg in eigen handen neemt.



Na doorvragen blijkt dat de gemiste affiniteit met de doelgroep het grootste knelpunt is volgend de bevroegde. Doordat de benadering te wensen over laat geeft dit veel spanning bij de zorgvrager en bij zijn omgeving.

Een voorbeeld van iemand die zeer nauw betrokken is bij een zorgvrager.

Deze zorgvrager heeft diabetes en moet hiervoor insuline ingespoten krijgen. Het gaat om een zorgvrager met moeilijk verstaanbaar gedrag die zeer gebaad is bij een vast dagprogramma, duidelijkheid en structuur. Spuiten van insuline wordt door deze zorgvrager als zeer vervelend ervaren en het is dan ook wel voorgekomen dat een externe zorgverlener te maken heeft gehad met agressie. Doordat deze medewerker niet weet hoe te reageren kan dit behoorlijk uit de hand lopen. De medewerkers van de externe zorgverlening horen de verhalen van elkaar aan en gaan al onzeker naar de zorgvrager toe, die onzekerheid geeft spanning bij de zorgvrager en de kans op agressie wordt groter. Momenteel is het zo dat de medewerkers van de externe zorgverlening loten om wie deze zorgvrager móet gaan prikken.

Als ik hier naar kijk met als uitgangspunt de theorie van gentle teaching dan is dit een voorbeeld van een situatie waarbij gesproken kan worden aan gebrek aan 'companionship'. De zorgvrager in dit voorbeeld ervaart deze veiligheid en verbondenheid niet. De situatie maakt deze zorgvrager angstig waardoor er agressie ontstaat.

Als ik kijk naar de theorie van kwaliteit van leven kan er gezegd worden dat doordat de affiniteit bij de zorgvrager en de companionship tussen zorgvrager en zorgverlener mist er sprake is van een verminderde kwaliteit van zorg. Want pas als er veiligheid en verbondenheid door de zorgvrager wordt ervaren kan er gesproken worden over kwaliteit van zorg, dus kwaliteit van leven.

3.5 Conclusie m.b.t. de persoonlijke gesprekken

Uit de persoonlijke gesprekken blijkt dat er knelpunten worden ervaren op het moment dat er externen worden ingezet voor het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen. Deze knelpunten hebben invloed op de kwaliteit van zorg voor de zorgvrager. Als ik de genoemde praktijksituaties verbindt aan de theorie bevestigt dit de theorie dat de knelpunten invloed hebben op de kwaliteit van zorg voor de zorgvrager.

Hoofdstuk 4

Het beleid van de Gemiva-SVG Groep

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wil ik het beleid van de Gemiva-SVG Groep behandelen. In dit beleid is de Wet-BIG geïmplementeerd, daarom zal ook deze wet in dit hoofdstuk worden behandeld.

4.2 De Wet-BIG

De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet-BIG) is de wet die waarin het handelen rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen is vastgelegd. Deze wet is opgenomen in het beleid van de Gemiva-SVG Groep

In de wet worden de volgende begrippen gedefinieerd:

- Voorbehouden handeling
- Zelfstandig en niet zelfstandig bevoegden
- Voorwaarden voor uitvoering door een niet zelfstandig bevoegden; bekwaam en bevoegd
- Risicovolle handeling

Voorbehouden handeling

De grondgedachte van de Wet BIG is dat in beginsel iedereen alle geneeskundige handelingen mag verrichten. Op die vrijheid maakt de wet echter uitzonderingen. Sommige handelingen zijn voorbehouden aan categorieën beroepsbeoefenaren die de wet bevoegd verklaart. Het betreft handelingen die een aanmerkelijk risico met zich meebrengen voor de gezondheid van de zorgvrager, als zij worden uitgevoerd door een ondeskundige.

Het verrichten van een voorbehouden handeling door een niet bevoegd verklaarde beroepsbeoefenaar levert een strafbaar feit op.

Zelfstandig en niet zelfstandig bevoegden

Voorbehouden handelingen mogen worden verricht door twee groepen beroepsbeoefenaren.

1. Zelfstandig bevoegden: artsen, tandartsen en verloskundigen.
2. Niet zelfstandig bevoegden: verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, operatieassistenten en radiologisch laboranten. Ook een beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg die daartoe een opdracht heeft gekregen en bekwaam is, is bevoegd om voorbehouden handelingen uit te voeren.

**Voorwaarden**

De Wet BIG stelt de volgende voorwaarden aan het uitvoeren van voorbehouden handelingen door niet-zelfstandig bevoegden:

- de niet zelfstandig bevoegde handelt in opdracht van een zelfstandig bevoegde arts
- de niet zelfstandig bevoegde handelt overeenkomstig de aanwijzingen van de zelfstandig bevoegde
- de niet zelfstandig bevoegde mag een voorbehouden handeling alleen uitvoeren als zowel hijzelf als de opdrachtgever redelijkerwijs mogen aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid om de opdracht naar behoren uit te voeren.
- de niet zelfstandig bevoegde mag alleen een handeling uitvoeren als er een uitvoeringsverzoek aanwezig is

Risicovolle handelingen:

Naast de voorbehouden handelingen volgens de wet BIG kunnen instellingen ook bepaalde handelingen als risicovol aanmerken. Dit zijn veelal handelingen die bij onbekwaam en onzorgvuldig handelen vrijwel zeker tot gezondheidsschade zullen leiden. Voor het uitvoeren van risicovolle handelingen is net als bij voorbehouden handelingen scholing en een bekwaamheidsverklaring verplicht.

4.3 Het beleid van de Gemiva-SVG Groep

Het beleid van de Gemiva-SVG Groep, rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen is te vinden in het kwaliteitshandboek en op het intranet van de organisatie hier staat het volgende geschreven;

'Het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen gebeurt conform de wet BIG.

Het is voor cliënten en hun gezondheid zeer belangrijk dat voorbehouden handelingen én risicovolle handelingen vakkundig en zorgvuldig uitgevoerd worden.

Gemiva-SVG Groep schoolt, toetst en registreert alle medewerkers voor zowel voorbehouden- als risicovolle handelingen op dezelfde wijze. Medewerkers zijn dan bevoegd en bekwaam om voorbehouden- én risicovolle handelingen te verrichten, volgens het beleid van de Gemiva-SVG Groep.

Voor een voorbehouden handeling is autorisatie door een arts verplicht

Medicatie uitzetten en toedienen is de meest voorkomende risicovolle handeling. We hanteren heldere afspraken over het omgaan met medicatie van cliënten. We hebben de werkwijze en verantwoordelijkheden rondom medicatieverstrekking en scholing apart vermeld.

Alle medewerkers, zowel de BIG geregistreerde verpleegkundigen als de anders opgeleide beroepsbeoefenaren werken volgens het vastgestelde beleid van de Gemiva-SVG Groep voordat zij een risicovolle- of voorbehouden handeling uitvoeren. Dan pas zijn zij volgens dit beleid, bevoegd en bekwaam. Van groot belang is dat betrokken medewerker zichzelf ook bevoegd en bekwaam acht.

Het niet bevoegd uitvoeren is strafbaar volgens de wet. Dit geldt voor zowel de medewerker die de handeling verricht als de leidinggevende die verantwoordelijk is.

Bevoegd.

Een medewerker is bevoegd om een voorbehouden- of risicovolle handeling uit te voeren als:

2. de medewerker hiervoor bekwaam is
3. hij de handeling in opdracht van een arts uitvoert en eventuele aanwijzingen van de opdrachtgever opvolgt op grond van het daarbij behorende 'Verzoek tot uitvoering medisch handelen'.
4. de medewerker voldoet aan de werkwijze van Gemiva-SVG Groep.

Bekwaam.

Een medewerker is bekwaam als hij over voldoende kennis en ervaring beschikt, en dat zelf ook zo ervaart, om de voorbehouden- of risicovolle handeling zelfstandig uit te voeren.

De medewerker voldoet aan de voorwaarden en werkwijze van Gemiva-SVG Groep.

Geldigheid van autorisatie van voorbehouden handeling en geldigheid van registratie van risicovolle handeling.

De autorisatie voor de voorbehouden handeling en de registratie voor de risicovolle handeling is drie jaar geldig, mits de betrokken medewerker deze handeling minimaal drie maal per jaar uitvoert.

De medewerkers met registraties en autorisaties van voor 2007 worden door het locatiehoofd bij het Educatief Centrum aangemeld voor scholing en toetsing.

De verlenging van de registratie voor risicovolle handelingen en van de autorisatie voor voorbehouden handelingen geldt alleen voor de medewerkers die zijn geschoold, geregistreerd en geautoriseerd zijn volgens de werkwijze, ingevoerd medio 2007.

Werkwijze toetsing na drie jaar:

- het locatiehoofd vraagt een toetsing aan bij het Educatief Centrum.
- Voorwaarde voor verlenging is dat de medewerker de handeling met een te verwachten frequentie van minimaal drie maal per jaar uitvoert.
- Bij een voldoende kan de autorisatie voor een voorbehouden handeling en de registratie van een risicovolle handeling worden verlengd.
- Het locatiehoofd vraagt de verlenging van de autorisatie aan bij de arts.
- Na ondertekening van de arts meldt het locatiehoofd digitaal bij het Educatief Centrum de autorisatie voor de voorbehouden handeling
- Het locatiehoofd archiveert het formulier autorisatie in het personeelsdossier van betrokken medewerker op de locatie.
- Het locatiehoofd meldt digitaal de registratie van de risicovolle handeling bij het Educatief Centrum

Wanneer de toetsing met een onvoldoende wordt beoordeeld, dient het locatiehoofd een nieuwe scholing aan te vragen.

Scholing en toetsing in voorbehouden- en risicovolle handelingen¹³

Scholing en toetsing worden verzorgd door:

- intern opgeleide trainers
- externe trainers.

Toetsing in de praktijk wordt verzorgd door:

- intern opgeleide toetsers
- intern opgeleide trainers, die ook kunnen toetsen
- externe trainers
- externe deskundigen.

Voorwaarden om intern opgeleide trainer te zijn:

- opleiding verpleegkundige of ziekenverzorgende of verzorgende niveau 3 IG met ervaring of bekwaamheidsverklaring van arts
- bezitten van didactische kwaliteiten
- aangemeld door het locatiehoofd voor de cursus Train de trainer
- Interne cursus Train de trainer gevolgd hebben
- interne trainers zijn verplicht om te werken volgens de afspraken en met de procedures en readers van Gemiva-SVG Groep.

Voorwaarden om intern opgeleide toetser te zijn:

- geautoriseerd voor voorbehouden handeling na scholing en toetsing volgens afspraken
- geregistreerd voor risicovolle handeling na scholing en toetsing volgens afspraken
- aangewezen door het locatiehoofd als toetser en opgegeven voor train de toetser
- scholing Train de toetser als ondersteuning gevolgd
- toetsen volgens vastgelegde procedure

Inzet van externe trainers:

- voor die voorbehouden- en risicovolle handelingen die zo weinig voorkomen of zo specialistisch zijn dat het opleiden van interne trainers niet gewenst is
- wanneer geen interne trainers beschikbaar zijn en de scholing met spoed verzorgd dient te worden
- externe trainers zijn verplicht om te werken volgens de afspraken en met de procedures en readers van Gemiva-SVG Groep
- externe trainers wordt verzocht vanuit hun gespecialiseerde vakgebied inhoudelijk feedback te geven op inhoud en werkwijze in scholing en toetsing.'

4.4 Bespreking van dit beleid.

In deze paragraaf wil ik het beleid van de Gemiva-SVG Groep bespreken aan de hand van praktijkvoorbeelden, verzamelde data en de theorie.

*"Het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen gebeurt conform de wet BIG. Het is voor cliënten en hun gezondheid zeer belangrijk dat voorbehouden handelingen én risicovolle handelingen vakkundig en zorgvuldig uitgevoerd worden."*¹⁴

¹³ De readers die gebruikt worden voor de (her)scholing en (her)toetsing zijn te verkrijgen via het Educatief Centrum.

¹⁴ Vet gedrukt door auteur.

Hier stelt de Gemiva-SVG Groep in het eigen beleid dat het van groot belang is voor de zorgvrager dat een handeling **zorgvuldig** en **vakkundig** wordt uitgevoerd.

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat dit niet (altijd) zorgvuldig en vakkundig gebeurt als er gebruik gemaakt wordt van een externe zorgverlener.

Daarnaast kan de vraag gesteld worden wat er onder vakkundig verstaan wordt. Als het om de zorgvrager zelf gaat, gaat het dus ook om de affiniteit met de doelgroep.

*“Alle medewerkers, zowel de BIG geregistreerde verpleegkundigen als de anders opgeleide beroepsbeoefenaren **werken volgens het vastgestelde beleid van de Gemiva-SVG Groep**¹⁵ voordat zij een risicovolle of voorbehouden- handeling uitvoeren. Dan pas zijn zij volgens dit beleid, bevoegd en bekwaam. Van groot belang is dat betrokken medewerker zichzelf ook bevoegd en bekwaam achten.*

Het niet bevoegd uitvoeren is strafbaar volgens de wet. Dit geldt voor zowel de medewerker die de handeling verricht als de leidinggevende die verantwoordelijk is”.

De vraag is, wie is er verantwoordelijk voor het inzetten van de externe zorgverlener? De leidinggevende doet hier tenslotte een beroep op. Is het dan zo dat we deze leidinggevende verantwoordelijk kunnen en mogen houden voor de daden van een externen. Een externen die niet is opgeleid volgens het beleid van de Gemiva-SVG Groep. Kunnen en mogen we van deze leidinggevende verwachten dat zij controleert of deze externen bevoegd en vooral bekwaam is om deze handeling uit te voeren, juist ook bekwaam voor deze specifieke doelgroep? Hoe kan zij dit dan beoordelen? Het is nogal wat om deze verantwoording op te leggen voor een situatie waar geen grip op is binnen de organisatie.

Het werken volgens het vast gestelde beleid van de Gemiva-SVG Groep kan niet gevraagd worden van externe inzet, hierdoor ontstaan o.a. de problemen met het persoonlijk protocol. Hier heeft de Gemiva-SVG Groep dan ook geen grip op. Externen medewerkers kunnen niet verplicht worden om dit persoonlijk protocol op te volgen. Ze kunnen en mogen dit dus weigeren.

“Bevoegd.

Een medewerker is bevoegd om een voorbehouden- of risicovolle handeling uit te voeren als:

1. *de medewerker hiervoor bekwaam is*
2. *hij de handeling in opdracht van een arts uitvoert en eventuele aanwijzingen van de opdrachtgever opvolgt op grond van het daarbij behorende 'Verzoek tot uitvoering medisch handelen'.*
3. ***de medewerker voldoet aan de werkwijze van Gemiva-SVG Groep.***¹⁶

“Bekwaam.

Een medewerker is bekwaam als hij over voldoende kennis en ervaring beschikt, en dat zelf ook zo ervaart, om de voorbehouden- of risicovolle handeling zelfstandig uit te voeren.

De medewerker voldoet aan de voorwaarden en werkwijze van Gemiva-SVG Groep.¹⁷

Geldigheid van autorisatie van voorbehouden handeling en geldigheid van registratie van risicovolle handeling.¹⁸

¹⁵ Vet gedrukt door auteur.

¹⁶ Vet gedrukt door auteur.

¹⁷ Vet gedrukt door auteur.

¹⁸ Vet gedrukt door auteur.

De Gemiva-SVG Groep heeft hier geen grip op als de zorg wordt uitbesteed. De vraag is ook of iemand over genoeg kennis en ervaring beschikt als hij geen ervaring en/of affiniteit met de doelgroep heeft.

Vervolgens heb ik een aantal mensen gevraagd een casus voor dit onderzoek te schrijven over hun ervaring met het inzetten van externe zorgverlening. Dit om een antwoord te vinden op mijn vraag: Is de kwaliteit van zorg, zoals de Gemiva-SVG Groep deze noemt in haar visie en beleid, gewaarborgd wanneer er een beroep wordt gedaan op externe organisaties.

Casus:

Op de groep waar ik werkzaam ben moest een zorgvrager gekatheteriseerd worden. Aangezien er op onze groep niemand binnen korte tijd de cursus kon gaan volgen kwam de externe zorgverlening deze zorg verlenen. Mijn ervaring hierbij is dat de externe zorgverlening te weinig ervaring heeft met het werken met mensen met een verstandelijke en lichamelijke beperking. Op het moment dat de handeling plaats ging vinden in de badkamer betekende dit dat er iemand van de externe zorgverlening in de badkamer was en nog iemand van de vaste begeleiding. Doordat er naar mijn idee te weinig kennis over deze doelgroep was bij de medewerker van de externe zorgverlening, merkte ik op dat moment dat dit veel onrust voor de zorgvrager gaf omdat er van haar dingen gevraagd werden die ze niet kon. Toen de externe zorgverlener de katheter in de vagina bracht wist ze eigenlijk niet waar ze moest zijn. Je zag dat de zorgvrager veel pijn had en onrustig werd. Nadat de medewerker een aantal dagen achter elkaar de zorg met betrekking tot het katheteriseren had verleend heb ik gebeld met de externe zorgverlening. Ik vond het niet verantwoord dat deze medewerker nog bij onze zorgvrager deze handeling kwam uitvoeren. Ik vond dit omdat ik zag dat de zorgvrager veel pijn had en haar blaas ook niet goed gelegeerd kon worden.

Judith van Ewijk, Persoonlijk Begeleider AC.

Ook in deze casus gaat het om het gemis aan affiniteit met de doelgroep, door dit gemis wordt een verminderde kwaliteit van zorg ervaren voor en door de zorgvrager.

Casus:

Op een activiteitencentrum (AC) binnen de lichamelijk gehandicapten sector was er een zorgvrager die een moeilijk in te stellen vorm van diabetes had. Om 12.00 uur, vlak voor het middageten, moest haar bloedsuiker worden bepaald en naar aanleiding van de waarde die hieruit voortvloeide werd bepaald hoeveel insuline ze toegediend moest krijgen. Hierna mocht zij pas eten. Deze handelingen werden verricht door een wijkverpleegkundige in dienst van de Vierstroom. Met enige regelmaat gebeurde het dat de wijkverpleegkundige later dan 12.00 uur kwam. Terwijl het voor deze zorgvrager erg belangrijk was dat de vaste tijden werden aangehouden en ze haar dieet secuur moest volgen.

Soms signaleerde begeleiding dat de zorgvrager dan een te lage bloedsuikerspiegel had, omdat ze er erg wit eruit zag en suf werd. Ze gaven haar dan dextrose en hoopten dat de wijkverpleegkundige niet te lang op zich zou laten wachten. Regelmatig werden er telefoontjes gepleegd om te vragen waar ze bleef. Als locatiehoofd merkte ik dat de begeleiding dit een spannende situatie vond vooral omdat ze de benodigde zorg niet zelf konden geven en afhankelijk waren van een ander.

Paola Scheurwater, Locatiehoofd AC IJsselhage.

In deze casus gaat het er vooral om dat het maken van een tijdsafspraken een belangrijke invloed heeft op de kwaliteit van zorg.

Mijn eigen vermoeden is mede ontstaan door het verschil in protocollen. Hier was in de casus van Marlies al iets over te lezen. Zelf wil ik hier ook nog een voorbeeld van een praktijksituatie aan toevoegen waar ik zelf mee te maken heb gehad.

Een voorbeeld uit mijn eigen ervaring:

Binnen AC IJsselhage heb ik gewerkt met een jonge vrouw met een Mic-key katheter. Een aansluiting op de maag voor het geven van sondevoeding en in dit geval ook medicatie. In het standaard protocol staat dat er eerst maagsap moet worden opgetrokken ter controle van deze katheter. Door de vergroeiing van de maag was dit echter niet mogelijk, op het moment dat er maagsap opgetrokken werd trok de katheter vacuüm. Dit stond specifiek in het persoonlijk protocol genoemd. Toch hebben een aantal medewerkers van de externe zorgverlening geweigerd om medicatie te geven.

Omdat er sprake is van een specifieke doelgroep met meerdere beperkingen kan niet elke handeling volgens het standaard protocol worden uitgevoerd. Er zijn dus zorgvragers met een persoonlijk protocol. Dit protocol wordt in de meeste gevallen opgesteld na behandeling door verpleegkundige of arts. Dan wel in het uitvoeringsverzoek, dan wel in een los advies.

Hoofdstuk 5

Antwoord op de deelvragen en de Hoofdvraag

5.1 Inleiding

In de twee voorgaande hoofdstukken is data verzameld om een antwoord te kunnen vinden op de deelvragen en daarmee op de hoofdvraag. In dit hoofdstuk zullen deze vragen worden besproken en beantwoord.

5.2 Deelvraag 1.

Wat verstaat de Gemiva-SVG Groep onder kwaliteit van zorg als het gaat over voorbehouden- en risicovolle handelingen?

De Gemiva-SVG Groep heeft een duidelijk beleid als het gaat over de uitvoering van voorbehouden- en risicovolle handelingen. Dit beleid is terug te vinden in het kwaliteitshandboek. Ten grondslag van dit beleid ligt de Wet-BIG.

Als er volgens het beleid rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen wordt gewerkt, is er sprake van kwaliteit van zorg rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen volgens de visie van de Gemiva-SVG Groep. Dit betekent dat de medewerker geschoold en getoetst moet zijn volgens het scholingsprogramma binnen de Gemiva-SVG Groep en dat iemand zich ook bekwaam moet voelen om de handeling uit te voeren.

5.3 Deelvraag 2

Wat is de invloed van externe zorg op de zorgvrager?

Dit is naar mijn mening de moeilijkste vraag van dit onderzoek. Want de doelgroep die ik heb onderzocht, waarvan het merendeel een ernstig meervoudige beperking heeft, kan zelf niet verwoorden wat dit met hen doet op zowel lichamelijk als emotioneel vlak. Wel blijkt uit de interviews en de persoonlijke gesprekken met mensen die zeer intensief samenwerken met deze doelgroep dat het inzetten van externe zorg een negatieve invloed heeft op de doelgroep. Een punt waar regelmatig tegen aan wordt gelopen, zo blijkt uit de analyse, is dat de affiniteit met de doelgroep ontbreekt. De externe zorgverlener weet niet hoe zij met de zorgvrager om moet gaan en dit heeft al meer dan eens voor ongewenste situaties gezorgd; de zorgvrager wordt niet met respect behandeld, de externe zorgverlener heeft geen idee hoe de handeling bij deze specifieke zorgvrager uitgevoerd moet worden wat tot missers leidt. Continuïteit kan niet geboden worden, er komt elke keer iemand anders die de handeling op haar eigen manier uitvoert. Dit is verwarrend voor de zorgvrager. Ook blijkt dat het soms moeilijk is om afspraken te maken en moet er maar al te vaak worden gewacht op de externe zorgverlener. Dit geeft onrust bij de zorgvrager. Als ik dan kijk naar de theorie van gentle teaching moet er eerst geïnvesteerd worden in een relatie, pas dan kan de zorgvrager zich veilig en geborgen voelen en dus kwaliteit van zorg ervaren.



5.4 Deelvraag 3.

Wat is de invloed van externe zorg op de zorgverlener?

Uit de interviews en casussen blijkt dat dit als belastend en vervelend wordt ervaren, het heeft invloed op de kwaliteit van zorg. Het is niet wenselijk om voor de kwaliteit van zorg voor de mensen waar de medewerker zich verantwoordelijk voor voelt, afhankelijk te zijn van anderen. De zorgverlener voelt een grote druk als zij moet toekijken en ziet dat de cliënt hier gespannen van wordt. Het heeft weerslag op de zorgverlener en op de rest van de groep.

5.6 Antwoord op de hoofdvraag

Uit deze verzamelde data en de antwoorden op de deelvragen wil ik de conclusie trekken dat het antwoord op mijn vraag; of de kwaliteit van zorg, zoals de Gemiva-SVG Groep deze noemt in haar visie en beleid, wordt gewaarborgd, nee is. Niet op het moment dat er een beroep wordt gedaan op externe organisaties. De kwaliteit wordt dan niet gewaarborgd. Niet volgens de visie en beleid en niet volgens de theorie van Gezondheid, kwaliteit van leven en gentle teaching.

Er worden drie belangrijke knelpunten genoemd namelijk:

1. Affiniteit met de doelgroep.
2. Het verschil in protocollen.
3. Het maken van tijdsafspraken.

Mijn tweede vraag; of het wenselijk is dat de Gemiva-SVG Groep zich afhankelijk opstelt van andere organisaties waar het gaat om het leveren van de kwaliteit van zorg zoals zij deze voor ogen hebben in hun visie en beleid, moet ik ook met nee beantwoorden. Omdat de kwaliteit niet kan worden gewaarborgd volgens de visie en het beleid van de Gemiva-SVG Groep wanneer zij afhankelijk zijn van externen. Het kan dus niet wenselijk zijn dat zij zich hierin afhankelijk opstellen. Niet vanuit het huidige kwaliteitskader, maar ook niet vanuit de visie en beleid.

Ik ben mij ervan bewust dat het in dit onderzoek veel nadruk ligt op wat er niet goed gaat bij het inzetten van externen. Natuurlijk zal het zo zijn dat er ook veel wel goed gaat, als dit niet het geval was dan zou dit nooit op deze manier in stand gehouden zijn door de Gemiva-SVG Groep.



Ook zullen er fouten gemaakt worden op het moment dat er medewerkers vanuit de Gemiva-SVG Groep zelf worden ingezet. Dit kan ook niet anders want het is en blijft mensenwerk. Door de Wet-BIG op te nemen in het beleid en omdat er strenge eisen worden gesteld aan het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen binnen de Gemiva-SVG Groep door scholing en toetsing verplicht te stellen, wordt de kans op fouten zo klein mogelijk gehouden. Op het moment dat er fouten gemaakt worden wordt hier serieus mee om gegaan. Dit kan ook omdat de Gemiva-SVG Groep zelf verantwoordelijk is voor deze situatie en hier dus ook grip op heeft.

Uit een onderzoek dat eerder is gedaan door de organisatie zelf, door degene die nu locatiehoofd is van het ADK, blijkt dat de kwaliteit van zorg, rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen is verbeterd en gewaarborgd door het opstellen van het nieuwe beleid met daarin de verplichting voor de medewerker om geschoold en getoetst te worden. Ook de externe deskundige geeft aan dat zij ziet dat de kwaliteit is verbeterd, zij hoort nu veel minder dan vroeger geruchten over dat het niet goed gaat.

Dit geeft dus aan dat de kwaliteit van zorg, als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen gewaarborgd is wanneer deze door de Gemiva-SVG Groep zelf worden uitgevoerd.

Zelf ben ik van mening dat, nu de Gemiva-SVG Groep zichzelf zo goed op de kaart heeft gezet als het gaat om beleid rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen, een beleid dat een bewuste keus is geweest, het ook belangrijk is om dit beleid te waarborgen.

Ik concludeer uit de resultaten van dit onderzoek dat het niet wenselijk is dat de Gemiva-SVG Groep zich afhankelijk opstelt van externen als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg, de kwaliteit waar de Gemiva-SVG Groep juist zoveel waarde aanhecht in visie en beleid.

Het antwoord op de hoofdvraag heeft dan ook tot nieuwe vragen geleid, vragen die ik in het volgende hoofdstuk wil bespreken en waarmee ik een vervolg wil geven aan dit onderzoek. Een vervolg is nodig omdat er nog niet is voldaan aan de gehele doelstelling. Uit het antwoord op de hoofdvraag blijkt namelijk dat, nu aan het eerste deel van de doelstelling voldaan is, het nodig blijkt om in te gaan op het tweede deel van de doelstelling: Advies uitbrengen voor verbetering zonder dat daarbij afbreuk gedaan wordt aan het financieel beleid en de visie van de Gemiva-SVG Groep, de kwaliteitseisen en wetgeving.



Deel 2

Hoofdstuk 6

Onderzoek naar mogelijkheden tot verbetering

6.1 Inleiding

Zoals uit de conclusie van het voorgaande hoofdstuk blijkt heeft dit alles geleid tot een nieuwe vraag, namelijk:

Hoe kan de kwaliteit van zorg rondom de voorbehouden- en risicovolle handelingen, binnen de Gemiva-SVG Groep, gewaarborgd worden wanneer er bekwaam personeel uitvalt of er een acute vraag is voor een voorbehouden- en/of risicovolle handeling waar het desbetreffende team niet voor geautoriseerd is zonder dat de kosten hiervoor expliciet stijgen?

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag wil ik een aantal mogelijke maatregelen op papier zetten en tegen elkaar afwegen. Deze maatregelen zal ik vervolgens toetsen aan gestelde randvoorwaarden om zo te proberen om een eenduidig antwoord te vinden op deze vraag.

In dit advies heb ik gekozen voor vijf maatregelen/hypotheses. Ik heb hier voor gekozen omdat ik vind dat er meerdere mogelijkheden zijn om een probleem op te lossen. Ik heb gekozen voor juist deze vijf maatregelen omdat mij dit mogelijke oplossingen leken voor de genoemde knelpunten. Door deze maatregelen te toetsen aan de vooraf gestelde randvoorwaarden heb ik een afweging kunnen maken van de door mij gestelde voor- en nadelen

Ik ben mij er van bewust dat het zo zou kunnen zijn dat de Raad van Bestuur hier een andere visie over heeft en/of vraagtekens zetten bij deze maatregelen. Het gaat hier dan ook om een advies, een advies gegeven vanuit mijn positie binnen de organisatie. Vanuit deze positie en vanuit mijn ontwikkelde visie heb ik de randvoorwaarden opgesteld, hierbij heb ik rekening gehouden met de belangen van de Gemiva-SVG Groep. Vanuit dit oogpunt heb ik ook de maatregelen opgesteld en uitgewerkt. Natuurlijk hoop ik wel dat de Raad van Bestuur dit advies serieus zal nemen en de in mijn ogen passende maatregel zal overwegen.

Door deze maatregelen tegen elkaar af te wegen en de voor- en nadelen tegen over elkaar te zetten denk ik de meest passende maatregel gevonden te hebben gezien vanuit mijn visie die aan alle randvoorwaarden voldoet. Namelijk het opzetten van een ambulante medische dienst voor het uitvoeren van die voorbehouden- en risicovolle handelingen die kan voldoen aan de vraag die ontstaat op het moment dat er sprake is van een acute vraag of het uitvallen van bekwaam personeel.

Bij het zoeken naar een verbetering van de kwaliteit van zorg als het gaat om de voorbehouden- en risicovolle handelingen moet er rekening worden gehouden met de volgende randvoorwaarden:

- Er moet (blijven) worden voldaan aan de eisen die de HKZ en de Wet-BIG stellen aan deze specifieke zorg.
- Het moet in overeenstemming zijn met de visie en passen binnen het beleid van de Gemiva-SVG Groep.
- Maatregelen moeten de kwaliteit en continuïteit aantoonbaar verbeteren.
- Het moet een duurzame oplossing zijn, een oplossing die in de toekomst ook rendabel en haalbaar is.

Deze randvoorwaarden heb ik samengevoegd in een doelstelling.

De doelstelling:

De kwaliteit van zorg, rondom een zorgvrager, als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen moet worden verbeterd zonder dat daarbij afbreuk gedaan wordt aan het financieel beleid en de visie van de Gemiva-SVG Groep, de kwaliteitseisen en wetgeving.

6.2 Mogelijke maatregelen (Hypothese):

1. zorgvragers met een zelfde medische hulpvraag worden op dezelfde groep geplaatst, waardoor je de voorbehouden en risicovolle handelingen clustert zodat de handeling vaker voorkomt en je dus meer mensen kunt autoriseren.
2. Er worden geen zorgvragers meer aangenomen met een heel specifieke medische zorgvraag, waardoor je door natuurlijk verloop uiteindelijk de handelingen die weinig voorkomen uitband.
3. De Gemiva-SVG Groep gaat meer medewerkers scholen.
4. De Gemiva-SVG Groep neemt (meer) verpleegkundigen in dienst, die als het nodig is bijspringen/ ingezet kunnen worden.
5. De Gemiva-SVG Groep stelt een eigen gespecialiseerd team samen, die kan inspringen als dit nodig is, een ambulante medische dienst. Maar ook kan personeel kan scholen en toetsen zodat er per direct op een acute vraag ingespeeld kan worden.

Beoordeling van de mogelijke maatregelen

Als we de genoemde 5 maatregelen toetsen aan de eerder gestelde randvoorwaarden dan ontstaat het volgende beeld:

Maatregel 1: *Het clusteren van zorgvragers op medische hulpvraag.*

Deze maatregel zou geld besparend kunnen zijn omdat je wel meer mensen per groep gaat autoriseren maar over het algemeen genomen minder mensen omdat de specifieke hulpvraag alleen op deze groep voorkomt.



Ook zal er meer continuïteit zijn doordat de zorgvrager niet steeds door verschillende mensen (van de externe zorgverlening of Gemiva-SVG Groep) geholpen zal worden, maar door de eigen begeleiding van de groep. Als we kijken naar de kwaliteit van zorg in zijn totaliteit zal deze verminderen, omdat er dan niet meer gekeken wordt naar de ontwikkeling van een zorgvrager en zijn hulpvragen bij een plaatsing. Dit is niet in overeenstemming met de visie. Ook zal een zorgvrager in veel gevallen langer moeten reizen omdat hij dan vanwege zijn medische zorgvraag maar op één plek terecht kan. Als ik kijk naar de theorie strookt dit ook niet met de theorie over gezondheid, het gaat er in die theorie om dat iemand ondanks zijn beperking 'gewoon' mens kan zijn onder de mensen. Hier kan geen spraken van zijn als iemand in een groep gezet wordt omdat de medische hulpvraag dan aansluit in plaats van dat er gekeken wordt waar iemand in zijn totale wel-bevinden het beste geplaatst kan worden. Pas dan is er sprake van kwaliteit van zorg.

Maatregel 2: *Door natuurlijk verloop de specifieke medische zorgvragen laten wegvallen.*

Dit zou veel geld kunnen besparen, omdat deze zorgvragers door hun specifieke zorgvraag veel geld kosten en je dan geen personeel meer hoeft te scholen voor deze handelingen. Deze maatregel komt niet overeen met de visie van de Gemiva-SVG Groep waarin staat dat zij een zorgvrager willen ondersteunen bij zijn specifieke hulpvraag. Daarnaast zou het de naam van de stichting niet ten goede komen als zij mensen weigeren om hun specifieke medische hulpvraag. Ook is dit geen oplossing voor een acute hulpvraag, als iemand met een sonde uit het ziekenhuis komt kun je moeilijk zeggen dat hij niet meer welkom is. De Gemiva-SVG Groep heeft een keuze gemaakt voor een beleid waarin juist deze specifieke zorgvraag een grote rol heeft gespeeld, deze maatregel gaat dus totaal niet samen met visie en beleid. Bij het ADK werken ze met een maatregel die het zelfde resultaat heeft, namelijk geen zorgvragers aannemen met een zorgvraag waar niet aan kan worden voldaan. Bij het ADK kan dat omdat het om een ambulante dienst gaat die bij de zorgverlener aan huis komt. Op het moment dat zij de zorg niet kunnen leveren wordt dit alsnog door een andere organisatie gedaan. Het verschil is dan dat de Gemiva-SVG Groep dan op dat moment niet verantwoordelijk is voor de uitvoering van deze handeling. De vraag blijft ook hier of dit wenselijk is? Zou het niet veel beter zijn als de Gemiva-SVG Groep wel in deze zorg kan voorzien?

Maatregel 3: *Meer medewerkers scholen*

Meer mensen scholen zal, zo vooronderstel ik, meer geld kosten. Bovendien kan dan moeilijker voldaan worden aan de eisen van de wet- BIG om bevoegd en bekwaam te blijven en dus aan de eisen van het eigen beleid. Wanneer er meer mensen zijn geschoold om een handeling uit te voeren zal het voor specifieke, kortdurende handelingen niet mogelijk zijn dat iedere geschoolde medewerker deze handeling 3 maal per jaar uitvoert om bekwaam en dus bevoegd te blijven. Het zal de kwaliteit en de continuïteit van de zorg wel te goede komen, maar het is geen oplossing voor de acute hulpvraag.



Door eigen mensen te scholen zal er wel affiniteit zijn met de doelgroep, er kan rekening gehouden worden met de persoonlijke protocollen en tijdsafspraken zijn niet meer nodig. De medewerker is immers toch al aan het werk en kan dus op elke gewenste tijd de handeling uitvoeren. Op KDC Bloemendaal is de keuze gemaakt om het op deze manier te doen. Wel was dit alleen mogelijk omdat er bij een acute vraag een beroep gedaan kon worden op de ouders van de kinderen. Alsnog een afhankelijke positie dus. Als ik kijk naar de duurzaamheid dan heb ik hier een aantal vraagtekens bij, als er veel wisseling in personeel is hoe zorg je er dan voor dat er toch voldoende personeel bevoegd en bekwaam is zonder dat de kosten hiervoor expliciet zullen stijgen.

Maatregel 4: *Verpleegkundigen aanstellen en inzetten.*

Dit zou een oplossing kunnen zijn, als er gekeken wordt na hoeveel tijd er nu wordt besteed aan medische zorg op een groep, en je laat deze zorg overnemen door een verpleegkundige, dan kan een deel van deze tijd gekort worden op het personeel van de groep en ingezet worden om een verpleegkundige in dienst te nemen. Je hoeft ook het personeel niet meer te scholen, waardoor er ook geld bespaard zal worden. Ook de kwaliteit zal gewaarborgd zijn omdat zij alle mensen zal leren kennen met hun specifieke zorgvraag. Het probleem blijft wel dat als zij uitvalt er geen vervanging is en dan is het probleem nog veel groter dan dat het was omdat je dan voor alle handelingen externe zorgverlening moet inschakelen. Dit probleem zou wel gedeeltelijk ondervangen kunnen worden door bijv. 3 parttime verpleegkundigen in dienst te nemen die dan van elkaar een back-up functie hebben. Hierdoor vermindert dan wel weer de continuïteit. Ook zal er veel expertise op de groepen verloren gaan waardoor het tijdig herkennen en onderkennen van een calamiteit in het gedrang zou kunnen komen. Ook legt dit een grote druk bij de verpleegkundige, als er bijv. bij meerdere zorgvragers op de zelfde tijd medicatie of voeding toegediend moet worden kan zij niet overal tegelijk zijn.

Maatregel 5: *ambulante medische dienst aanstellen en inzetten.*

Door een eigen ambulante medische dienst op te zetten binnen de organisatie, waarvoor je zelf mensen opleidt kun je de gewenste kwaliteit waarborgen. Dit omdat deze mensen werken vanuit de visie van de Gemiva-SVG Groep, je als voorwaarden voor de functie kunt stellen dat iemand affiniteit en ervaring met de doelgroep moet hebben en je deze mensen volgens je eigen beleid opleidt om de handelingen uit te voeren. Daarnaast kun je deze mensen inzetten om teams te scholen en te toetsen als dit nodig is waardoor dit veel sneller kan gebeuren dan nu het geval is. Hierdoor zal de continuïteit vergroot worden. Op den duur zullen, zo vooronderstel ik, de kosten niet expliciet stijgen omdat je geen gebruik meer hoeft te maken van de dure externe inzet. Je kunt de zorg veel efficiënter inplannen, omdat je niet meer afhankelijk bent van wanneer er een externe zorgverlener tijd heeft. Een nadeel is dat het pas op langere termijn inzetbaar zal zijn, want dit team moet van de grond af worden opgebouwd.

Voordeel is dan weer dat als het er eenmaal is en het loopt het op langere termijn veel zal opleveren, de kwaliteit en de continuïteit zullen omhoog gaan en de kosten zullen niet expliciet stijgen. Hiervoor zal er dan wel eerst geïnvesteerd moeten worden.

Randvoorwaarden → Maatregel ↓	kosten	Eisen HKZ/BIG	kwaliteit	duurzaamheid	Visie/ Beleid	Continuïteit
1. Clusteren van zorgvragers	+	+	-	+/-	-	+
2. Zorgbehoeftes laten wegvallen	+/-	+	+/-	+	-	+
3. meer scholen	-	+/-	+	+/-	+/-	+
4. verpleegkundige aanstellen	+/-	+	+/-	+	+	+/-
5. ambulante medische dienst	+	+	+	+	+	+

Figuur 1 beoordeling mogelijke maatregelen

- + = voldoet aan deze randvoorwaarden
- +/- = voldoet deels aan deze randvoorwaarden
- = voldoet niet aan deze randvoorwaarden

6.3 Conclusie:

Op basis van deze analyse is mijn conclusie dat maatregel 5 het beste aansluit bij de gestelde randvoorwaarden. Om er zeker van te zijn dat de kosten niet expliciet zullen stijgen zal een kostenanalyse nodig zijn.

Maatregel 4 voldoet aan bijna alle eisen van de gestelde randvoorwaarden, deze mogelijkheid wil ik dan ook niet meteen van tafel vegen. Om een beter inzicht te krijgen in deze maatregel zal verder onderzoek noodzakelijk zijn

In hoofdstuk 6 en 7 zal ik maatregel 4 en 5 nader onderzoeken, daarmee hoop ik tot een conclusie te komen welke maatregel, in mijn ogen, het beste advies is voor verbetering.

Hoofdstuk 7

Onderzoek naar maatregel 4

7.1 Inleiding

Om een beter inzicht te krijgen in deze maatregelen heb ik er voor gekozen om twee praktijkverpleegkundige op Swetterhage te interviewen. Swetterhage is een grote locatie in regio Noord van de Gemiva-SVG Groep. Deze locatie is geografisch heel compact waardoor er maar zeer zelden gebruik wordt gemaakt van externe inzet voor het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen. Sinds kort hebben ze op deze locatie een eigen vakgroep van praktijkverpleegkundigen. Een fenomeen dat nieuw is binnen de organisatie en nog niet bij andere locaties is geïmplementeerd. Nu vraag ik mij af of dit misschien een antwoord zou kunnen zijn op mijn vraag hoe de kwaliteit van zorg rondom de voorbehouden- en risicovolle handelingen, binnen de Gemiva-SVG Groep, gewaarborgd kan worden wanneer er bekwaam personeel uitvalt of er een acute vraag is voor een voorbehouden- en/of risicovolle handeling waar het desbetreffende team niet voor geautoriseerd is zonder dat de kosten hiervoor expliciet stijgen?

Om het begrip ‘Praktijkverpleegkundige’ te verduidelijken wil ik beginnen met een stukje theorie. Vervolgens zal ik ook hier de interviewvragen en de antwoorden beschrijven in een analyse en daar dan vervolgens een conclusie aan verbinden.

7.2 Praktijkverpleegkundige, de theorie

De functie van praktijkverpleegkundige maakt een opmars in Nederland. Zij wordt steeds vaker ingezet als ondersteuner van de huisarts, arts in verzorgings- en verpleeghuizen en ook bij de arts verstandelijk gehandicapten (AVG).

Uit een Engels onderzoek, met de titel ‘Primary care’, blijkt dat de inzet van een praktijkverpleegkundige de werkdruk van de arts niet vermindert maar dat de kwaliteit van zorg wel verbeterd is.¹⁹

7.3 Interview met de praktijkverpleegkundigen op Swetterhage.

Vraag 1

Wat is een praktijkverpleegkundige en hoe is deze functie ontstaan?

De functie is ontstaan vanuit behoeften.

Er zijn steeds meer ouderen zorgvragers met een specifieke, medisch gerichte zorgvraag. De Z-opleiding van voorheen bestaat niet meer, daardoor zijn er steeds minder medisch onderlegde zorgverleners.

¹⁹ Miranda G H Laurant, Rosella P M G Hermens, Jozé C C Braspenning, Bonnie Sibbald, Richard P T M Grol, *BMJ Journals (Primary care)*, 17 april 2004



Vervolgens kwam er een nieuw scholingsbeleid, als gevolg van de HKZ. Veel van de verpleegkundige die tot dan toe wel werkzaam waren binnen deze sector zijn weggegaan. Ook geeft deze functie de mogelijkheid tot stage plaatsen voor de HBO-V opleiding.

Het is begonnen met een functie op de poli, en aparte dienst op Swetterhage ter ondersteuning van de AVG (Arts Verstandelijk Gehandicapten). De taken binnen deze functie werden steeds verder uitgebreid. Doordat er te veel taken waren is dit uit elkaar getrokken en is er een vakgroep van praktijkverpleegkundigen ontstaan, binnen deze vakgroep zijn momenteel drie praktijkverpleegkundigen werkzaam.

De werkzaamheden zijn heel divers en bestaan o.a. uit adviseren welke cursus er gegeven moet worden voor welke handeling. Gaat nu nog wel eens mis dat mensen niet alle nodige cursussen hebben en dan vervolgens nog steeds de handeling niet kunnen uitvoeren.

Ook houdt de praktijkverpleegkundige verschillende vormen van spreekuur zoals een orenspreekuur, diabetesspreekuur, voetspreekuur en wondenspreekuur. Zij geeft tijdens dit spreekuur advies over behandeling en preventie. Een praktijkverpleegkundige is volgens de Wet-BIG niet zelfstandig bevoegd. Het starten van een nieuwe behandeling waar een voorbehouden en/of risicovolle handeling voor noodzakelijk is kan dus niet zonder opdracht, het uitvoeringsverzoek, van een arts. Ook fungeert zij als contactpersoon voor Bartimeus, gehooronderzoek en visus onderzoek.

De praktijkverpleegkundige heeft een korte lijn met de arts.

Triage voeren, wie ga je inzetten?

112 bellen, ga jezelf kijken, vraag je de arts om te kijken etc.

De praktijkverpleegkundige is de spil, zij zet het pad uit wat daarna uitgevoerd kan worden door de medewerker.

Vraag 2.

Is er een functieomschrijving en wat is dan de bijbehorende salarisschaal?

De functieomschrijving is gemaakt door één van de praktijkverpleegkundigen als afstudeeropdracht. Deze is vervolgens goedgekeurd door PO&O. De praktijkverpleegkundige is ingeschaald in schaal 50.

Vraag 3.

Hoe werkt de praktijkverpleegkundige? Op afspraak of op afroep? Alleen tijdens kantooruren of in wisseldienst?



De praktijkverpleegkundige werkt in principe van 9.00uur tot 17.00uur, in overleg kan wel een uitzondering gemaakt worden. Dringende vragen worden buiten de werktijden van de praktijkverpleegkundige overgenomen door de medische calamiteiten dienst.

Vraag 4.

Waarom een praktijkverpleegkundige en geen beroep op externe zorgverleners zoals de thuiszorg?

Thuiszorg is heel erg duur, dat willen we niet meer.

Daarnaast was er al een medische dienst op Swetterhage, deze dienst bestaat uit medewerkers die al werkzaam zijn binnen de Gemiva-SVG Groep en die van de groep weggeroepen kunnen worden op het moment van een calamiteit.

Het is momenteel zo dat er veel gebruik gemaakt wordt van de medische dienst, zoveel dat dit een probleem wordt voor de werkzaamheden op de groep waar deze medewerker aan het werk is.

Vraag 5.

Zou de praktijkverpleegkundige een oplossing kunnen zijn voor het geschetste probleem?

Voor een deel misschien wel, maar er moet eigenlijk meer onderscheid gemaakt worden. Dat is nu nog onduidelijk en moet nog verder naar gekeken worden.

In ziekenhuizen is de taakverdeling van verpleegkundige heel duidelijk; niveau 5 doet dit, niveau 3 en 4 dat.

De praktijkverpleegkundige kan gezien worden als niveau 5. Zij zet de lijnen uit, stelt bijv. in samenspraak met de arts het persoonlijke protocol op (wordt op Swetterhage verkort zorgplan genoemd).

Om de praktijkverpleegkundige ook de handelingen van de thuiszorg te laten vervangen is niet wenselijk, dit zou veel te duur worden ook.

Hiervoor zou prima de ambulante medische dienst, zoals omschreven, ingezet kunnen worden.

De praktijkverpleegkundige moet worden gezien als een staf medewerker, zij is de spil en zet de lijnen uit. Het team zelf zal onder de dienst BBO gaan vallen en zal moeten worden aangestuurd door een locatiehoofd.



7.4 Conclusie

Uit dit Interview blijkt dat de praktijkverpleegkundige niet gezien kan worden als antwoord op de vraag hoe de kwaliteit van zorg rondom de voorbehouden- en risicovolle handelingen, binnen de Gemiva-SVG Groep, gewaarborgd kan worden wanneer er bekwaam personeel uitvalt of er een acute vraag is voor een voorbehouden- en/of risicovolle handeling waar het desbetreffende team niet voor geautoriseerd is zonder dat de kosten hiervoor expliciet stijgen?

De praktijkverpleegkundige is in verhouding duur, haar inzetten i.p.v. een beroep te doen op externen zal dus waarschijnlijk niet aan de randvoorwaarden voldoen. De kosten zullen, zo vooronderstel ik, wel stijgen. Het inzetten van een verpleegkundige benoem ik ook al bij maatregel 4, hieruit blijkt ook dat dit geen oplossing is die aan alle randvoorwaarden voldoet.

De praktijkverpleegkundige zal wel een rol kunnen spelen in het opstellen van de persoonlijke protocollen, één van de punten waar nu knelpunten in ontstaan. Ook zou zij ingezet kunnen worden als adviseur en voor preventie maatregelen. O.a. door de spreekuren die zij kan houden. Daarnaast kan zij een adviserende rol hebben tussen de huisarts en de zorgvrager en/of zijn vertegenwoordiger, zeker op locaties waar de zorgvragers te maken hebben met een gewone huisartsenpraktijk waar geen AVG aanwezig is.

Het inzetten van de praktijkverpleegkundige zal dus zeker een meerwaarde hebben voor de kwaliteit van zorg. Door haar affiniteit met de zorgvrager kan zij de koppeling maken tussen de huisarts en de zorgvrager zodat de zorgvrager op zijn eigen niveau uitgelegd kan worden wat er gaat gebeuren. Eerder is al gebleken uit dit onderzoek dat affiniteit met de doelgroep een belangrijke kwaliteit is die noodzakelijk is voor het leveren van kwaliteit van zorg aan een kwetsbare doelgroep.

Hoofdstuk 8

Onderzoek naar maatregel 5

8.1 Inleiding

Maatregel 5 lijkt op dit moment het dichtste bij de wenselijke situatie te komen, de maatregel voldoet aan alle randvoorwaarden, de drie knelpunten waar tegen aan wordt gelopen kunnen worden verminderd. De Gemiva-SVG Groep kan zelf mensen inzetten, dus kan de affiniteit met de doelgroep toetsen. Ook de persoonlijke protocollen, zoals genoemd in het beleid kunnen worden gewaarborgd omdat deze mensen volgens dit beleid worden getraind en getoetst. Wel blijft het punt van de tijdsafspraken, ik kan op dit moment geen uitspraken doen of dat dit knelpunt opgelost kan worden door het inzetten van deze maatregel. Dit zal in de praktijk moeten blijken. Wel zal, doordat de Gemiva-SVG Groep dan zelf verantwoordelijk is voor het inzetten van deze zorg, meer rekening gehouden kunnen worden met het belang van het maken van tijdsgebonden afspraken. Een andere belangrijk punt van deze maatregel zijn de kosten, een randvoorwaarde is dat deze niet expliciet stijgen op het moment dat deze maatregel wordt ingezet. Om hier antwoord op te geven zal ik in dit hoofdstuk een kostenanalyse maken van de inzet van een ambulante medische dienst zoals beschreven in maatregel 5.

In dit hoofdstuk wil ik antwoord geven op de volgende vragen:

1. Hoeveel geeft de Gemiva-SVG Groep in regio midden jaarlijks uit aan medische zorg die wordt verleend door een externe zorgverlener?
2. Kan een ambulante medische dienst, zoals beschreven, worden ingezet zonder dat de kosten voor de uitvoering van de voorbehouden- en risicovolle handelingen expliciet stijgen?

Ten eerste zal ik iets schrijven over de verantwoording van de gebruikte gegevens, de gegevens waar deze analyse op is gebaseerd. Vervolgens zal ik ingaan op vraag 1, wat kost het nu? Daarna zal ik de kosten van de voorgestelde ambulante medische dienst op een rijtje zetten en deze verduidelijken in een schema en ik zal afsluiten met een conclusie waarin ik de tweede vraag zal beantwoorden.

8.2 Verantwoording van de gebruikte gegevens:

De gegevens die ik heb gebruikt voor deze analyse heb ik ontvangen van de Financiële administratie van de Gemiva-SVG groep, van de afdeling F&I. Deze kosten analyse is gebaseerd op een globale berekening van de gemaakte kosten in 2011 door de Vierstroom, een externe organisatie die kan worden ingehuurd voor het uitvoeren van voorbehouden- en/of risicovolle handelingen.

De Vierstroom is de organisatie waarmee in regio midden wordt samen gewerkt op het moment dat er geen bevoegd en bekwaam personeel aanwezig is. Deze kosten heb ik als



uitgangspunt genomen, het vermoeden is wel dat het om meer kosten gaat. Aangezien er op het moment dat de Vierstroom de gevraagde zorg niet kan leveren er ook gebruik gemaakt wordt van andere externe organisaties, hier heb ik echter geen gegevens van. De gegevens van de kosten van de medewerkers van de Gemiva-SVG Groep zijn afkomstig van de loonlijst van mijn opdrachtgever. Het gaat hier om gemiddelden en globale berekeningen. Een preciezere berekening is niet haalbaar, omdat er sprake is van variabele bedragen. Daar bedoel ik mee dat bijv. een medewerker die door de Gemiva-SVG Groep wordt ingezet en betaald in functieschaal 40 als zij net is begonnen in trede één van die schaal zit en als zij langer werkzaam is een hogere trede heeft. Hier ga ik dus uit van een gemiddelde.

8.3 Wat kost het nu?

Uit een globale berekening van de kosten die gemaakt zijn in 2011, voor het inzetten van externe organisatie de Vierstroom t.b.v. het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen, blijkt dat dit om ruim €70.000,00 gaat. Het gaat om 1000 uur zorg, het inzetten van een externe zorgverlener kost de Gemiva-SVG Groep dus €70,00 per uur.

Ter vergelijking:

Uit een gemiddelde berekening, voor het inzetten van een 'eigen' medewerker om deze handeling uit te voeren, blijkt het volgende: Een begeleider, in functieschaal 35, kost de Gemiva-SVG Groep gemiddeld €25,00 p/u. Als deze begeleider wordt ingezet voor 1000 uur zorg kost dit de Gemiva-SVG Groep €25.000,00. Een persoonlijk begeleider, ingeschaald op schaal 40, kost de Gemiva-SVG Groep gemiddeld €27,00 per uur. Als we deze medewerker inzetten om 1000 uur kost dit de Gemiva-SVG Groep €27.000,00.

8.4 Kosten ambulante medische dienst.

Natuurlijk kan het niet zo zwart wit tegen elkaar worden weggezet, als dit wel het geval zou zijn dan zou er helemaal geen probleem zijn. Het probleem ontstaat op het moment dat deze (persoonlijk) begeleider niet bevoegd en bekwaam is om de nodige zorg te verlenen.

Ook zal het niet haalbaar zijn om alleen voor die 1000 uur per jaar een medewerker in te zetten. Het gaat dan gemiddeld om zo'n 3 uur per dag. Daarbij blijft het probleem wat je doet bij een acute vraag of het uitvallen van bekwaam personeel. Voor het inzetten van die uren zal iemand bereikbaar moeten zijn, dit kan d.m.v. een bereikbaarheidsdienst. Deze bereikbaarheidsdienst wordt in hoofdstuk 7 van de CAO gehandicaptenzorg genoemd. Ik ga er vanuit dat aan de vraag kan worden voldaan met een bereikbaarheidsdienst van 7.00uur tot 23.00uur dus 16 uur per dag. Op deze inzet zal ik de berekeningen baseren. Zo ontstaat er een beeld van de te verwachten kosten. In mijn ogen is 24uurszorg niet direct nodig om het probleem op te lossen. De externen worden momenteel ook niet 24uur per dag ingezet en voor spoed kan er altijd een beroep worden gedaan op de HAP (Huisartsenpost) of SEH (Spoed Eisende Hulp).



Het zou zo kunnen zijn dat de Gemiva-SVG Groep een andere mening heeft over het aantal uren dat zal worden ingezet, zoals gezegd is dit een globale berekening om de kosten enigszins inzichtelijk te maken. Het gaat er in deze berekening om inzichtelijk te maken of de kosten expliciet stijgen op het moment dat eigen medewerkers, in een bereikbaarheidsdienst, worden ingezet voor het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen in plaats van het inzetten van een externe organisatie. Voordat er tot een definitief besluit genomen kan worden wil ik adviseren om iemand met meer financieel inzicht binnen de organisatie een definitieve berekening te laten maken op het moment dat duidelijk is hoe de uitvoering van het plan er uiteindelijk uit zal komen te zien.

Kosten bereikbaarheidsdienst

Voor een bereikbaarheidsdienst krijgt de medewerker geen vergoeding in geld maar in tijd, zo staat in de CAO gehandicaptenzorg. Er worden 3 tarieven genoemd:

- Voor ieder uur bereikbaarheid op erkende feestdagen krijg je 3/18 (ongeveer 10 minuten) verlof.
- Voor ieder uur bereikbaarheid in het weekend krijg je 2/18 (iets minder dan 7 minuten) verlof.
- Voor ieder uur bereikbaarheid op overige dagen krijg je 1/18 (iets meer dan 3 minuten) verlof.

Uiteindelijk komt dit er op neer dat de verlofdagen door de Gemiva-SVG Groep betaald moeten worden d.m.v. het inzetten van een collega begeleider of invalkracht. Stel dat deze medewerker in schaal 35 betaald wordt (zoals de meeste begeleiders binnen de Gemiva-SVG Groep), dan kost de Gemiva-SVG Groep dit gemiddeld €25,00 per uur.

Als we er vanuit gaan dat het inzetten van een collega of invalkracht niet haalbaar is, omdat we te maken hebben met een andere dienst of omdat deze medewerker niet elders in de organisatie ook werkzaam is kan er wellicht toch voor gekozen worden om deze uren uit te betalen. Dit heeft te maken met de beslissingen die hierover genomen worden, dit is niet aan mij. Als ik kijk naar de verdeling van salarisschalen ga ik er in deze berekening vanuit dat een medewerker in de ambulante medische dienst schaal 35 of schaal 40 betaald zal worden. Ook dit is iets wat ik natuurlijk niet kan bepalen en zal aandacht vragen op het moment dat er voor wordt gekozen om dit plan te gaan uitvoeren. In deze berekening is het belangrijk dat ik een uitgangspunt heb. Ik baseer de keuze voor schaal 35/40 op de salarissen van de medewerkers die als begeleider of persoonlijk begeleider werkzaam zijn binnen de Gemiva-SVG Groep. Deze medewerkers voeren ook voorbehouden- en risicovolle handelingen uit op de locatie waar zij werken, mits zij hiervoor bevoegd en bekwaam zijn natuurlijk.



Zoals gezegd, een medewerker in schaal 35 kost de Gemiva-SVG Groep €25,00 p/u en een medewerker in schaal 40 kost de Gemiva-SVG Groep €27,00 p/u. Voor deze berekeningen zal ik uitgaan van het gemiddelden, dus €26,00 p/u. Ook deze cijfers zijn gebaseerd op globale gemiddelden. De gegevens zijn afkomstig van de loonlijst van mijn opdrachtgever. Zij werkt op een locatie waar de onregelmatigheidstoeslag van toepassing is, deze is dus ook meegenomen in deze bedragen. Ook hier geldt dat mijn kwaliteiten niet bij financiën liggen, anders had ik wellicht ook een ander vak gekozen. Het gaat om een uitgangspunt voor deze berekeningen om inzichtelijk te krijgen of er expliciet verschil zit in de te verwachten kosten ten opzichten van de kosten nu.

De berekening van de verlofuren:

Ik heb er voor gekozen de 3 uur ingezette tijd hier niet in mee te berekenen. Ik vooronderstel dat de inzet in schoolvakantie hoger zal zijn omdat er dan meer medewerkers op vakantie zijn, dus vast personeel uitvalt. In deze vakanties vallen ook een aantal feestdagen, het is dus moeilijk om daar een precieze berekening van te maken. Het uiteindelijk uit te geven bedrag zal dus misschien iets hoger komen te liggen, door nu geen rekening te houden met de ingezette uren zal dit verschil uiteindelijk kleiner zijn.

Dit verhoudt zich op jaarbasis tot:

- 253 werkdagen per jaar á 16 uur per dag en daarvan 1/18 aan vrije tijd
= 225 uur compensatie per jaar
- 102 weekenddagen per jaar á 16 uur per dag en daarvan 2/18 aan vrije tijd
= 181 uur compensatie
- 10 feestdagen per jaar á 16 uur per dag en daarvan 3/18 aan vrije tijd
= 27 uur compensatie.

Totaal 433 uur per jaar

Als deze uren zullen worden opgevuld met een begeleider zoals hierboven beschreven. Kosten á €25,00 per uur, kost dit de Gemiva-SVG Groep dus **€10.825,00 per jaar.**

Gaan we er vanuit dat deze uren toch uitbetaald gaan worden á het gemiddelde van €26,00 per uur kost dit **€11.258,00 per jaar.**



Kosten daadwerkelijke inzet

Daarnaast wordt op het moment dat de medewerker in bereikbaarheidsdienst wordt opgeroepen, de medewerker ook vergoed in vrije tijd gelijk aan het uren dat daadwerkelijk is gewerkt. Daar bovenop vindt een geldelijke beloning plaats, deze beloning bestaat uit een percentage van het uurloon. Hiervoor worden de volgende tarieven gehanteerd:

- 25% voor de gewerkte uren op een doordeweekse dag tussen 6.00uur en 22.00uur voor de eerste 5 gewerkte uren in 7 dagen, alle overige uren worden met 50% vergoed.
- 50% voor de gewerkte uren op doordeweekse dagen tussen 22.00uur en 6.00uur.
- 75% op zaterdag tot 18.00uur en op vrije dagen
- 100% voor gewerkte uren op zaterdag vanaf 18.00uur, op zon- en feestdagen tussen 0.00uur en 24.00uur en op 24 en 31 december tussen 18.00uur en 24.00uur.

Voor deze berekening wordt uitgegaan van tenminste een half uur, te vermeerderen met de eventuele reistijd.

Dit betekent dat er voor de 1000 gewerkte uren ook 1000 uur vrije tijd wordt verrekend, hiervoor moet dus een vervanger 1000uur worden ingezet á €25,00 per uur = **€25.000,00 per jaar**. Ingeval van uitbetaling komt dit op 1000 uur á €26,00 per uur is **€26.000,00 per jaar**

Berekening daadwerkelijk gewerkte uren:

Daar bovenop komt de geldelijke beloning aan de bereikbaarheidsdienst in de genoemde tarieven (uitgaande van €26,00 p/u). Dit verhoudt zich per jaar tot:

- 50 zondagen (1^e paas- en pinksterdag zijn feestdagen) á €2.925,00
- 52 zaterdagen á €2.028,00
- 10 feestdagen á €780,00
- 253 doordeweekse dagen á €4.933,50

Totaal €10.666,50 per jaar.

Scholing van medewerkers bereikbaarheidsdienst:

Als we het hebben over voorbehouden- en risicovolle handelingen Binnen de Gemiva-SVG Groep gaat het om 21 handelingen. Ik vooronderstel dat deze in 10 cursusdagen van 6 uur kunnen worden geschoold. Als ik er voor de berekening vanuit ga dat er 4 mensen worden geschoold in alle handelingen á €26,00 per uur en 1 trainer (schaal 50) á €30,00 per uur komt dit neer op **€8.040,00**. Zelf denk ik niet dat het om zo veel kosten gaat, aangezien ik er vanuit ga dat er mensen zijn die al geschoold zijn voor (een deel van) de handelingen. Volgens de CAO mag je in 28 dagen 7 bereikbaarheidsdiensten draaien, 4 mensen zou dus voldoende moeten zijn om dit rooster mee te vullen.

De berekeningen op een rij.

Kostensoort	Specificatie	tarief	aantal	Totaal per jaar
Externe organisatie kosten 2011	"Huidig budget"	€70,00 p/u	1000 uur p/j	€70.000,00
	.			
Bereikbaarheidsdienst	Verlofuren	€26,00p/u	433 uur p/j	€11.258,00 -
Huidige inzet	Kosten per uur	€26,00 p/u	1000 uur p/j	€26.000,00 -
Geldelijke beloning bereikbaarheidsdienst	Kosten per uur. (gemiddeld a.d.h.v. berekend percentage CAO.)	€26,00 p/u	3 uur inzet per dag.	€10.666,50 -
Scholingen voorbehouden- en risicovolle handelingen.	4 medewerkers en 1 trainer.	€26,00 p/u	300uur (10 dagen van 6 uur X 5 mensen)	€8.040,00 -
uitkomst:				€14.035,50 =

Figuur 2. uitwerking van de kostenanalyse



8.5 Conclusie

Zoals eerder aangegeven gaat het om een globale berekening met globale cijfers gebaseerd op aannamen en vooronderstellingen. Dit kan mijns inziens op het moment ook niet anders omdat deze dienst nog niet bestaat. Er zijn geen beslissingen genomen over hoe deze dienst er daadwerkelijk uit zal komen te zien, deze beslissingen zal de Gemiva-SVG Groep moeten nemen op het moment dat zij kiezen voor de uitvoering van dit plan. Bepaalde feiten zijn nog niet bekend, feiten die meegenomen zouden moeten worden in deze berekening. Een definitieve uitspraak over de te verwachten kosten kan ik dan ook niet doen.

Het doel van deze berekeningen is dan ook om een antwoord te kunnen geven op de vraag zullen de kosten expliciet stijgen op het moment dat de zorg voor voorbehouden- en risicovolle handelingen in eigen handen wordt genomen?

Als ik de optelsom maak voor het inzetten voor een ambulante medische dienst zoals ik hem nu heb beschreven komt dit op een uitgaven van €55.964,50. Daarnaast moet er nog rekening worden gehouden met kosten van planning, salaris-administratie e.d.

Uit de globale analyse van de huidige kosten blijkt dat de Gemiva-SVG Groep in 2011 tenminste €70.000,00 heeft uitgegeven aan externe zorg t.b.v. het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen.

Op basis van deze berekeningen en analyse vooronderstel ik dat de kosten níet expliciet zullen stijgen op het moment dat de zorg voor voorbehouden- en risicovolle handelingen in eigen handen wordt genomen. Ik vooronderstel dat wanneer er wordt gekozen voor een ambulante medische dienst, zoals beschreven, de uitvoering hiervan tenminste budget neutraal zal kunnen zijn.

Hoofdstuk 9

Conclusies en aanbevelingen

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik de conclusies en aanbevelingen beschrijven van mijn onderzoek. Ik zal dit doen naar aanleiding van de analyse van de interviews, persoonlijke gesprekken en casussen, de kostenanalyse en het literatuuronderzoek. Vervolgens zal ik kort mijn aanbevelingen noemen, deze zijn verder uitgewerkt in het marketingplan.

9.2 Conclusie n.a.v. de praktijkanalyse

Er worden drie knelpunten genoemd n.a.v. het inzetten van externen voor het uitvoeren van voorbehouden- en risicovolle handelingen. Namelijk:

1. Affiniteit met de doelgroep.
2. Het verschil in protocollen.
3. Het maken van tijdsafspraken.

Deze knelpunten worden verschillende lagen van de organisatie herkend en erkend. Er wordt aangegeven dat het niet wenselijk is om binnen het huidige kwaliteitskader afhankelijk te zijn van externen als het gaat om het leveren van kwaliteit van zorg. Het inzetten van een ambulante medische dienst zou een maatregel kunnen zijn om deze knelpunten te verminderen en/of op te lossen en voldoet aan de gestelde randvoorwaarden.

9.3 Conclusie n.a.v. de kostenanalyse

De Gemiva-SVG Groep is een bedrijf. Een bedrijf waar het, of we dat nu leuk vinden of niet, om cijfers draait. In de randvoorwaarden heb gesteld dat de kosten niet expliciet mogen stijgen bij het komen tot een passende maatregel. Om deze reden heb ik dan ook een kostenanalyse gemaakt. Uit deze kostenanalyse blijkt het volgende:

Momenteel wordt er €70.000,00 uitgegeven aan het inzetten van een externe organisatie op het moment dat er geen bevoegd en bekwaam personeel inzetbaar is om de nodige voorbehouden- en/of risicovolle handeling uit te voeren.

De kosten lijken niet expliciet te zullen stijgen op het moment dat er gekozen wordt voor het inzetten van een interne, ambulante medische dienst om deze handelingen uit te voeren.

9.4 Conclusies n.a.v. het literatuuronderzoek

Er kan gezegd worden dat er, door het inzetten van personeel dat geen affiniteit met de doelgroep heeft, minder kwaliteit van leven wordt ervaren door de zorgverlener. Het inzetten van een praktijkverpleegkundige leidt tot meer kwaliteit van zorg, dus een betere kwaliteit van leven.



9.5 Betrouwbaarheid en geldigheid van het onderzoek.

Door meerdere technieken van dataverzameling te combineren is er sprake van de methodische triangulatieaanpak. Dit verhoogt de externe geldigheid van de analyse, interpretaties en uitkomsten.

Voor de interviews heb ik gebruik gemaakt van gedeeltelijk gestructureerde vragenlijsten, bij elk interview kwamen een aantal standaardvragen voor die ik in de analyse met elkaar kon vergelijken. Door voor mijzelf de mogelijkheid in te bouwen om door te vragen op bepaalde antwoorden kon ik dieper ingaan op de stof en zo kreeg ik een duidelijker beeld van de visie van deze personen.

Ik heb voor interviewen gekozen omdat ik mensen in verschillende lagen van de organisatie wilde bevragen, met verschillende achtergronden, functies en ervaringen. Een enquête zou mij minder informatie hebben gegeven. Ik heb wel overwogen om een enquête op de werkvloer te houden, maar uit ervaring weet ik ook dat lang niet iedereen hier op zit te wachten. Het zou dan ook veel tijd kosten om te zorgen dat ik alle enquêtes weer terug zou krijgen. Ik heb er daarom voor gekozen om op verschillende locaties medewerkers te vragen naar hun ervaringen met externe zorgverleners die worden ingezet bij voorbehouden- en risicovolle handelingen. Doordat ik kon doorvragen op deze antwoorden heb ik naar mijn mening dieper kunnen ingaan op het onderwerp. Een aantal van deze ervaringen heb ik als voorbeeld gebruikt in de analyses. Ik ben me ervan bewust dat deze methode minder betrouwbaar is omdat het niet gecontroleerd kan worden, er is namelijk geen bewijs van. Om dit deel van het onderzoek meer betrouwbaar te maken heb ik ook een aantal van deze medewerkers gevraagd om zelf een casus te schrijven over hun ervaring met externe zorgverlening, deze casussen zijn toegevoegd aan het onderzoek. Aan de andere kant ben ik van mening dat iedereen binnen de organisatie deze vraag kan stellen en er zo snel genoeg achter is dat deze analyse klopt.

Interne geldigheid

De gekozen manier van dataverzameling is naar mijn mening de meest geschikte manier om een geldig antwoord te vinden op de vraagstelling. Het gaf mij de mogelijkheid om te onderzoeken of de kwaliteit van zorg, zoals de Gemiva-SVG Groep deze noemt in haar visie en beleid, wordt gewaarborgd als het gaat om de uitvoering van voorbehouden en risicovolle handelingen wanneer deze handelingen worden uitbesteed aan externe organisaties. Door gebruik te maken van verschillende manieren van dataverzameling is een eenzijdige benadering van het probleem voorkomen. Door te kiezen voor interviews, korte gesprekken en uiteindelijk een kostenanalyse is er zowel sprake van een kwalitatief onderzoek als van een kwantitatief onderzoek. Dit verhoogt de betrouwbaarheid en de geldigheid.

**Externe geldigheid**

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in regio midden van de Gemiva-SVG Groep. Ik heb niet onderzocht of in andere regio's dezelfde problemen worden ervaren, dit omdat dat voor dit onderzoek een te groot gebied zou worden. Regio Zuid heeft deels een andere doelgroep en Regio Noord is meer gecentraliseerd. Hierdoor kan het inzetten van externe organisaties beperkt worden doordat dit met eigen personeel te ondervangen is. Daarnaast wordt er in Regio Noord gebruik gemaakt van een medische calamiteitendienst en drie praktijkverpleegkundigen. Dit onderzoek is dan ook niet generaliseerbaar m.b.t. de andere regio's. Wel blijkt uiteindelijk uit dit onderzoek dat het vooral om affiniteit gaat met de doelgroep. Het zou goed kunnen zijn dat in de sector lichamelijke gehandicaptenzorg, zoals in regio Zuid, het ook om affiniteit gaat. Alleen zal hier een andere affiniteit gevraagd worden dan in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Voor Regio Noord zou het mogelijk ook een werkbare maatregel kunnen zijn omdat ze daar aangeven dat het niet ideaal is dat de medische dienst zoals zij dit nu kennen steeds van de groep af moeten. Bij een ambulante dienst zou dit niet meer van toepassing zijn.

9.6 Aanbevelingen

In het marketingplan is het inzetten van de ambulante medische dienst verder uitgewerkt, ik wil deze dienst van harte aanbevelen bij de Gemiva-SVG Groep het zal de kwaliteit van zorg zeker ten goede komen.

Daarnaast, Ik zal hier ook kort op terug komen in het marketingplan, wil ik de praktijkverpleegkundige aanbevelen. Zij zal mogelijk garant kunnen staan voor een verbetering van de kwaliteit van zorg.



Evaluatie

Vanaf het begin van de opdracht stond voor mij het onderwerp van het onderzoek vast, ik zag het als een enorm leuke uitdaging om nu eindelijk echt met de knelpunten waar ik op mijn werk tegenaan liep aan de gang te gaan. Het brainstormen over hoe dit idee dan precies vorm zou krijgen heb ik als leerzaam ervaren. Het plan van verschillende kanten bekijken en verschillende mogelijkheden ontdekken en onderzoeken heeft mijn kijk op de knelpunten zeker verruimd. Het heeft mij inzicht gegeven in het feit dat zo'n knelpunt niet één, twee, drie op te lossen is, juist dit gaf mij dan ook weer de drive om door te gaan met het onderzoek.

Het schrijven van de onderzoeksopzet en de probleemstelling vond ik lastig maar leerzaam. Hoe verwoord je een plan, hoe zet je dingen concreet op papier als je overborrelt van enthousiasme, waar begin je en wanneer ben je tevreden. Gelukkig bleek de onderzoeksopzet voldoende concreet te zijn om een 'GO' te krijgen voor het onderzoek en kreeg ik ook, op basis van een deel van deze opzet, toestemming van de Raad van Bestuur om aan de gang te gaan met het onderzoek.

En ja, dan gaat het echt beginnen, dan moet je jezelf gaan bewijzen. Want blijkt dat idee, waar jezelf zo enthousiast over bent, wel zo'n goed idee? Zit je er niet ontzettend naast met je vooronderstellingen en komt het er op neer dat het een mooi idee is, maar onrealistisch? En zal het dan uiteindelijk onderop de plank belanden? Vragen die hebben gezorgd voor onzekerheid, maar die ook leiden tot een drive om de antwoorden te vinden en tot een haalbare oplossing te komen.

Zelf ben ik dan ook heel tevreden met het onderzoek en ben ik van mening dat er een mooi product is ontstaan waar de Gemiva-SVG Groep mee verder kan.

Dan zit het werk er opeens op. Dat wat het laatste halfjaar constant aanwezig is geweest in je leven. Dat waar je keihard voor hebt gewerkt, is klaar. Het moment is bereikt waar het voor mij ophoudt en ik het moet over laten aan anderen wat er mee gaat gebeuren. De vragen beginnen weer, kan ik de Raad van Bestuur overtuigen? Kloppen de berekeningen of heb ik een grote kostenpost over het hoofd gezien? Zullen zij net zo enthousiast zijn als dat ik ben?

Wat mij nu rest is het marketingplan presenteren en van harte aanbevelen bij de Raad van Bestuur!



Ik heb er alle vertrouwen in. Want wie wordt er nu niet blij van meer kwaliteit? Meer kwaliteit voor die mensen waar het in onze organisatie om draait?

Ik ben er trots op dat ik voor de Gemiva-SVG Groep mag werken, een organisatie waarvan ik de visie deel, een organisatie die zich goed op de kaart heeft staan als het gaat om beleid rondom voorbehouden- en risicovolle handelingen. Een organisatie waarbij het draait om kwaliteit van leven, juist voor hen die zelf geen grip hebben op hun levenskwaliteit. Ik ben er trots op dat ik kan bijdragen aan het verbeteren van die levenskwaliteit. Daarom hoop ik ook dat de Gemiva-SVG Groep trots zal zijn op mij, mijn onderzoek en marketingplan serieus neemt en achter het eigen beleid zal gaan staan en zal kiezen voor een verbetering van levenskwaliteit van de zorgvragers en die zorgvragers een verbeterde levenskwaliteit zal bieden.

Literatuurlijst

Boeken:

Dr. C.W. Aakster, Dr. J.W. Groothoff (1998) *Medische sociologie*, Wolters Noordhoff (5^e druk)
In dit boek worden enkele internationale zorgsystemen met elkaar vergeleken. Huisarts, ziekenhuis en thuiszorg komen daarbij aan bod, evenals de zorgverlening aan gehandicapten, alternatieve vormen van hulpverlening, verslavingszorg en de rol van de medische technologie.

Henny Boeije (2006) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*, Boom onderwijs (3^e druk)
Een stappenmodel voor de systematische analyse van gegevens in kwalitatief onderzoek.

Janny de Boer en Laura Doornbos (2010) *Marketing voor non-profit-organisaties*, Bohn Stafleu van Loghum (4^e druk)
Een volledige marketingcyclus van analyse tot operationeel plan.

Britt Fontaine (2005) *De palncyclus in het sociaal-agogisch werk*, Bohn Stafleu van Loghum.
Een basismethodiek over alle stappen die een sociaal-pedagogisch hulpverlener moet nemen om verantwoord te handelen.

G.H. van Gemert, R.B. Minderaa (1997) *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*, Gorcum b.v. (5^e druk)
Een naslagwerk voor hulpverleners in de gehandicaptenzorg.

Roel Grit, Marco Gerritsma, (2007) *Competent adviseren*, Noordhoff Uitgevers.

Marian Ter Haar (2009) *Professionals in de beleidsarena*, Van Gorcum (4^e druk)
Een basisboek over beleid.

Riny Jans (2010) *Het schrijven van beleidsadviezen*, Uitgeverij Nelissen (6^e druk)
Een boek met handvatten voor het schrijven van een beleidsadvies.

Hans van Keken (2006) *Voor het onderzoek*, Boom onderwijs (2^e druk)
Een boek over het formuleren van de probleemstelling.

Pouwel van de Siepkamp (2005) *Gentle teaching*, Uitgeverij Nelissen I Soest
Een weg van hoop voor mensen met bijzonderen kwetsbaarheden.



Jan Steyaert, Tineke van Biggelaar, Johan Peels (2010) *De bijziendheid van Evidence based practice*, Uitgeverij SWP Amsterdam.

Een boek over de inhoud en de relevantie van evidence based practice en over de bijziendheid van die benadering.

Dorothea Timmers-Huigens (1997) *Mogelijkheden voor verstandelijk gehandicapten*, Reed business information (4^e druk)

Voor de medewerkers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten is het soms niet gemakkelijk aan te sluiten bij de mogelijkheden die er wél zijn, wanneer de mogelijkheden die er niet zijn nadrukkelijk meer aandacht lijken te vragen.

Nel verhoeven (2010) *Wat is onderzoek*, Boom onderwijs (3^e druk)

Een heldere inleiding in methoden en technieken van onderzoek.

Readers:

Kwaliteitshandboek, hoofdstuk lijfgebonden zorg en medische vragen, voorbehouden- en risicovolle handelingen, beleid

Reader Wet BIG

Reader Train de trainer

CAO Gehandicaptenzorg

Deze readers zijn terug te vinden op de site van het educatief centrum van de Gemiva-SVG Groep en te verkrijgen via dit educatief centrum.

Internet:

De site van de Gemiva-SVG Groep

<http://www.gemiva-svg.nl/43148/Organisatie-Zorgvisie.html> (30-10-2011)

Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector.

<http://www.hkz.nl/content/view/1514/1351/> (10-06-2011)

wet BIG

[http://www.st-ab.nl/wetten/0645 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg Wet BIG.htm](http://www.st-ab.nl/wetten/0645%20Wet%20op%20de%20beroepen%20in%20de%20individuele%20gezondheidszorg%20Wet%20BIG.htm) (10-06-2011)

<http://www.btsg.nl/infobulletin/wetten/wet-big.html> (18-3-2012)

Internetplatform voor mensen met EMG en hun verwanten



<http://www.emgplatform.nl/menu/EMG.html> (3 maart 2012)

Informatie over gentle teaching.

<http://www.gentleteaching.nl/> (10-04-2012)

Index Bruto nationaal geluk.

http://www.nwo.nl/nwohome.nsf/pages/NWOA_7U6B57 (13-1-2012)

Kwaliteit van leven.

<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/kwaliteitvanleven.htm> (14-1-2012)

Een website voor praktijkverpleegkundigen.

<http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/39354-nu-nieuw-de-praktijkverpleegkundige-ondersteuner.html> (18 maart 2012)

Online woordenboek, de Van Dale:

<http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=affiniteit&lang=nn> (24-4-2012)

Artikel:

Miranda G H Laurant, Rosella P M G Hermens, Jozé C C Braspenning, Bonnie Sibbald, Richard P T M Grol, *BMJ Journals (Primary care)*, 17 april 2004