

oktober
2011

jaargang 35

www.oeng-bsl.nl



Speel, en gij zult gezond worden



Wmo als kans voor de samenleving



Werkplekcleren: studenten en praktijkopleiders aan het woord!



Van de werkvloer: 'Vrijwel alle deelnemers doen nu een niveau 3-opleiding'



Geef ze een veiligheidsbril!



Wanneer bent u een goede docent?



**Toolkit:
De bureaucratie overstijgen**



Bewust kiezen voor een vervolgopleiding



De implementatiecoach



Agenda, nieuws en recensies



ZORG

WELZIEN

SPORT

EFFICIËNTER INRICHTEN BPV ? BEOORDELEN ? BEROEPSGERICHT OPLEIDEN ?

Worstel jij ook weleens met:

- Het begeleiden van studenten?
- De informatie die je krijgt van roc's?
- De bpv-structuur in jouw instelling?

Dan kan Calibris misschien iets voor jouw instelling betekenen. Calibris is het kenniscentrum voor leren in de praktijk in Zorg, Welzijn en Sport. We erkennen leerbedrijven en stellen kwalificaties vast. Maar in het verlengde van die wettelijke taken doen we nog veel meer. Wij zijn er om beroepsonderwijs en beroepspraktijk soepel op elkaar te laten aansluiten. In de breedste zin van het woord.

Vraag ernaar bij je praktijkopleider of neem een kijkje op de website: www.calibris.nl



• KENNISCENTRUM VOOR LEREN IN DE PRAKTIJK IN ZORG, WELZIEN EN SPORT



Uitgever: Wijnand van Dijk
Hoofdredactie: Henk Ritzen
Redactie: Ineke van Aken, Jan Mistrat Haarhuis, Joke van der Meer, Aart Pool, Carolien Sino
Gastredacteur: Ans Grotendorst
Eindredacteur: Bert Jansen
 Vormgeving: PAD Producties, Hengelo
Omslagfoto: Roel Pieper
Internet: www.OenG.bsl.nl
Redactiesecretariaat en -adres:
 Benecke Professional Media,
 Arena Boulevard 61 – 75, 1101 DL Amsterdam
 Tel. (020) 715 0614, redactie@benecke.nl,
 www.benecke.nl
Vormgeving: PAD Producties, Hengelo

Abonnementen

Onderwijs en gezondheidszorg verschijnt 7 keer per jaar als tijdschrift en 6 keer per jaar als e-mail-nieuwsbrief. Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Abonnementenadministratie

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Tel. (030) 638 37 36, fax (030) 638 39 99
 Internet: www.bsl.nl

Abonnementsprijzen

(incl. btw en verzend- & administratiekosten)

Particulier: € 62,95

Student: € 31,48 (max. 2 jaar)

Instelling: € 98,95 (50% korting op elk tweede en volgend abonnement)

Losse nummers: € 15,95

Kijk op de website voor prijsinformatie over de online uitgave van Onderwijs & gezondheidszorg.

Adreswijziging

Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswijziging met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum of de wijziging door te geven via www.bsl.nl.

Beëindiging abonnement

Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk of via www.bsl.nl en dient uiterlijk twee maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

Advertenties

Cross Advertising, Westerkade 2,
 3116 GJ Schiedam, Tel. 010 742 10 23
 gezondheidszorg@crossadvertising.nl

Publicatievoorwaarden

Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de standaardpublicatievoorwaarden van Benecke van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen..

Auteursrecht

Behoudens de door de wet gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden vervoerd en/of openbaar gemaakt zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.

I N H O U D

2 Redactioneel

2 Nieuws

3 Speel, en jij zult gezond worden

Toepassing van games biedt volop mogelijkheden voor patiënten.



7 Werkplekleren: studenten en praktijkopleiders aan het woord!

Hoe verbeter je de beroepspraktijkvorming voor studenten en hoe ervaren praktijkopleiders het leerproces van hun mbo-studenten? Verslag van een praktijkonderzoek.



9 Geef ze een veiligheidsbril!

Suggesties hoe toekomstige beroepsbeoefenaren in de zorg competenties aan kunnen leren om veilig te werken.



13 Van de werkvloer: 'Vrijwel alle deelnemers doen nu een niveau 3-opleiding'.

Project Welslagen: mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt klaarstomen voor een zorg- en/of welzijnsopleiding op niveau 3. Interview met twee betrokkenen.



1 Toolkit: De bureaucratie overstijgen

Handreiking voor het leren herkennen van bureaucratie en menselijke waarden.



15 Wmo als kans voor de samenleving

Een studiereis naar Zweden om te zien hoe de lokale overheid aldaar taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning uitvoert.



19 Bewust kiezen voor een vervolgopleiding

'Onderwijs in de praktijk' wil meewerken aan de uitdaging om in de toekomst voldoende verzorgenden te behouden voor de zorg.



22 Wanneer bent u een goede docent?

Verslag van de EARLI Conferentie voor Onderzoek in Lereren en Instructie te Exeter.



24 De Implementatiecoach

Verpleegkundigen en verzorgenden leren in een coachingstraject hoe zij een hoofdrol kunnen spelen bij het implementeren van richtlijnen in de care.



27 Agenda en Recensie

Er is meer te beleven



Daaraan moest ik denken toen ik de balans opmaakte na het lezen van de bijdragen in dit nummer. We zijn in Nederland druk met de herordening van onze zorg en dan is het goed om ook eens wat verder te kijken dan ons eigen land. Een inspirerend en onderhoudend verslag van een WMO-studiereis naar Zweden maakt duidelijk dat het doorschuiven van zorgtaken naar gemeenten ook voordelen kan hebben. Voordelen bieden ook diverse games in de gezondheidszorg. Meestal sta je daar niet direct bij stil maar ervaringen met gaming in de gezondheidszorg leveren verrassende resultaten. Patiënten met brandwonden 'lijden' minder pijn wanneer de patiënt geconfronteerd wordt met sneeuw en koude via een spel of beelden. Mogelijk versterkt de associatie met koude, ijs en sneeuw het effect. Je moet er maar opkomen maar eigenlijk zeer voor de hand liggend. Er valt ook nog heel wat te be-

leven met veiligheid. Wist u dat er jaarlijks 30.000 patiënten schade oplopen in ziekenhuizen en dat daarvan 1.750 mensen overlijden? Daar is nog veel winst te behalen. Veilig werken is blijkbaar nog een stiefkindje in de opleidingen. In het artikel 'Geef ze een veiligheidsbril' worden suggesties gegeven hoe men veiligheid in de zorg kan aanpakken in de opleiding. Ten behoeve van een goede kwaliteit binnen de zorg verschijnen regelmatig nieuwe richtlijnen. Een volgende stap daarbij is de implementatie ervan. In De Implementatiecoach treft u een beschrijving aan van een coachingstraject zoals dat uitgevoerd wordt ten aanzien van Depressie bij Dementie. Het geeft aan hoe voortrekkers een belangrijke rol kunnen hebben. Ook de rubriek Praktijkonderzoek biedt een verslag van een zogenaamd doorbraakproject: Werkpleklers; casus ROC van Twente. Daarbij komen praktijkopleiders en studenten aan het woord. Saillant detail in het onderzoek is dat alle respondenten naar voren brengen dat betrokkenheid fundamenteel is. Studenten hebben daar behoefte aan. Betrokkenheid maakt je tot een goede docent. Daarover gaat ook het verslag van de EARLI Conferentie 2011 te Exeter met een beschrijving van een vijftal variabelen, dat ervoor zorgt dat je een goede docent bent. Hierop aansluitend maak ik graag van de gelegenheid gebruik om ons mederedactielid Joke van der Meer geluk te wensen met haar uitverkiezing als beste medewerker 2011 van de HAN te Nijmegen. Voor haar beslist een hele belevenis. Proficiat!

Jan Mistrate Haarhuis

NIUWS

Basiccijfers Jeugd laten mbo-vacatures zien

Colo en UWV WERKbedrijf publiceerden de nieuwe Basiccijfers Jeugd. Hierin zijn voor het eerst alle mbo-vacatures van de afgelopen vier maanden in beeld gebracht.

In de afgelopen vier maanden verschenen ruim 80.000 vacatures op internet. De kenniscentra koppelden deze aan beroepen die herkenbaar zijn voor bedrijfsleven en beroeps-onderwijs. De sectoren economisch-administratief, detailhandel, techniek en zorg bieden de meeste mbo-vacatures aan.

Jeugdwerkloosheid daalt flink
Van augustus 2010 tot augus-

tus 2011 is het aantal werkzoekende jongeren met 6.330 personen afgenomen. Een daling van 11%. In augustus 2011 zijn er 48.873 jongeren werkloos en op zoek naar een baan. De verschillen tussen de arbeidsmarktregio's zijn groot.

Mobiliteit stagiaires varieert sterk

Ongeveer 70% van alle mbo-deelnemers loopt stage in de eigen regio. Dit verschilt wel aanzienlijk per regio. In Friesland, Twente en Zuid-Limburg blijft meer dan 80% in de eigen regio terwijl dat in Midden-Holland en Zaanstreek/Waterland minder dan 60% is. (Bron Colo)

Waar vind ik informatie over de kwaliteit van opleidingen in het hoger onderwijs?

In de databank van de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) staan de opleidingen die voldoen aan de wettelijk gestelde basiskwaliteit. Verder vindt u informatie over de kwaliteit van opleidingen in het hoger onderwijs (hogescholen en universiteiten) op de websites Studiekeuze123 en Studiekeuzeinformatie. Uitgeverij HOP geeft jaarlijks een aantal keuzegidsen uit waarin de gegevens van de genoemde websites worden gepresenteerd.

(Bron: OCW, den Haag)

Speel, en gij zult gezond worden

Gamen, gezondheidszorg en onderwijs

De begrippen ‘gamen’ en ‘gezondheid’ vormen voor de meeste mensen geen vanzelfsprekende combinatie. We worden immers, vooral via de media, vaker geconfronteerd met de problematische kant van het gamen: verslaving, zich uit het sociale leven terugtrekkende jongeren, gewelddadigheid, schrikbarende schulden. Maar er is ook een andere kant waarmee het de moeite waard is om studenten, leerlingen en werkers in het onderwijs en de gezondheidszorg te confronteren. Die andere kant is dat het toepassen van games in de gezondheidszorg volop mogelijkheden biedt.

Op basis van literatuurstudie, het bijwonen van conferenties, research op het web, bezoeken aan organisaties die zich met dit thema bezig houden, en gesprekken met deskundigen laten wij hieronder een aantal veelbelovende projecten zien. We denken dat het belangrijk is docenten en studenten te confronteren met de mogelijkheden van games in de gezondheidszorg, al was het maar om ze al in een vroeg stadium na te laten denken over dit jonge fenomeen en ze handvaten te bieden om tijdens stages vragen te kunnen stellen over hoe het met deze ontwikkelingen in de betreffende instelling is gesteld.

■ Revalideren met directe feedback

In het Sheba Medical Center in Tel Aviv, Israël, onderzoekt dr. Itzhak Siev-Ner hoe je patiënten kunt laten revalideren met behulp van games. Patiënten met mankementen aan het bewegingsapparaat nemen in dit onderzoek plaats op een schijf van ruim twee meter doorsnede. Dankzij kleine motoren kan de schijf alle kanten op draaien en kantelen. Over het lichaam van de patiënt zijn sensoren geplakt die de spieractiviteit meten. Op een groot scherm ziet de patiënt het eigen spierstelsel: groen gekleurde spieren zijn actief, rode inactief. De begeleidende arts kijkt mee. Hij of zij beoordeelt welke inactieve spieren actief moeten worden bij bepaalde bewegingen. Vervolgens wordt op het scherm een game gestart, die is afgestemd op de te trainen spieren. De patiënt moet bijvoorbeeld ballen wegslaan door ernaartoe te bewegen. Het is allemaal virtueel: de ballen worden getoond op het scherm, de bewegingen van de patiënt worden met infraroodcamera's opgepikt en vertaald naar bewegingen in het spel.

De resultaten van deze methodiek zijn verbluffend: patiënten revalideren aanzienlijk sneller dan met de traditionele methodiek. Volgens Siev-Ner is daar een aantal redenen voor. Ten eerste krijgen zowel de patiënt als de begeleidende arts via het beeldscherm *realtime* beeldinformatie over het bewegingsapparaat. Zo kan direct gecorrigeerd en heel gericht geoefend worden. De patiënt kan bovendien beter aangeven wat hij of zij voelt bij bepaalde bewegingen, zonder precies alle namen van de spieren te hoeven kennen. De spelvorm maakt

Erno Mijland en Herm Kisjes *

het oefenen minder belastend, leuker zelfs. De patiënt is daarom meer ontspannen bezig, raakt minder snel verveeld en houdt de oefeningen langer vol.

Serious games zijn spelen om de speler een bepaald leerdoel te laten bereiken. Entertainment games zijn in eerste instantie bedoeld om de speler ontspanning te bezorgen.

■ Versterking zelfmanagement

Als je de elementen uit games, zoals competitie, puzzels oplossen en opdrachten uitvoeren, uitdaging en beloning combineert met de nieuwste technologieën gaat er een wereld aan mogelijkheden open. De kracht van games is dat ze afleiden van de vaak saaie, pijnlijke of vervelende (be)handelingen. Ze kunnen ook helpen bij acceptatie van de aandoening of bij een meer positieve benadering ervan. Sommige games veranderen de houding in een richting die bijdraagt aan meer gewenst gedrag, andere leiden tot het beter omgaan met de beperking of aandoening, bijvoorbeeld door trouwer en zorgvuldiger medicijngebruik.

Het feit dat de patiënt veel zelfstandig bezig is, verandert de rol van de behandelaar en van de patiënt. In bepaalde situaties kan dat leiden tot kostenbesparingen. Een be-

handelaar kan gemakkelijker meerdere patiënten tegelijk begeleiden of de patiënt alleen laten oefenen/spelen. Bij de patiënt kan het zelfstandig bezig zijn met een game het gevoel van autonomie vergroten en zijn self-efficacy versterken. We weten uit onderzoek dat zelfmanagement juist hierdoor versterkt wordt. En dat is belangrijk voor mensen die langdurig met beperkingen moeten leven. Dit principe is een centraal gegeven in opleidingen voor hulpverleners. We gaan hieronder aan de hand van concrete voorbeelden wat dieper in op enkele specifieke functies van games in de gezondheidszorg.

■ Oog-hand-coördinatie

De link tussen gamen en gezondheidszorg is niet nieuw. Een van de eerste concrete toepassingen had betrekking op de vaardigheid van artsen. Onderzoek wees uit dat het spelen van games een goede training kan zijn voor een betere oog-hand-coördinatie bij chirurgen. Om dit te bereiken speelden artsen in opleiding aanvankelijk vooral de commerciële entertainment games, ook wel Commercial Of The Shelf (COTS) genoemd, maar tegenwoordig hebben ze de beschikking over geavanceerde serious games. Deze 'Dokter Bibbers voor professionals' helpen gericht de fijne motoriek te oefenen die nodig is voor het uitvoeren van een operatie. Waarom zou je ook niet zoiets ontwikkelen voor studenten verpleegkunde en studenten fysiotherapie?

■ Afleiden van pijn

Patiënten met brandwonden ervaren veel pijn tijdens hun behandeling. De 'virtual reality' game SnowWorld is ontwikkeld om patiënten af te leiden terwijl de behandeling plaatsvindt. Via een speciale helm krijgt de patiënt 3D-beelden van een sneeuwlandschap en geluidseffecten. In het spel kunnen onder andere sneeuwballen gegooid worden. Doordat het systeem de patiënt afsluit van de buitenwereld en de game veel aandacht vraagt, ervaart de patiënt minder pijn. Mogelijk versterkt de associatie met koude, ijs en sneeuw het effect.

■ Afleiden van saaie oefeningen

Als het gaat om fysiotherapie hoeven de oplossingen niet altijd even high tech te zijn als bij het onderzoek in Tel Aviv. Een voorbeeld van een laagdrempelig in te zetten toepassing is het Nederlandse product Silverfit, waarbij revaliderende ouderen bewegingen oefenen aan de hand van eenvoudige spellen en puzzels. De bewegingen van hun lichaam worden gedetecteerd door een 3D-infraroodcamera en direct vertaald naar bewegingen in het spel dat op een monitor getoond wordt. In een stapspel moet de speler op een matrix van 3 bij 3 velden stappen om te voorkomen dat mollen uit hun hol kruipen. Onderzoek wijst uit dat ouderen die met Silverfit oefenen eerder hun doelen halen én meer bereiken.

Een ander product is Sensamove dat vooral over balans gaat. Sensoren in een kussen, een stoel of een ronde plaat meten hoe de cliënt zit of staat. Oefeningen om de balans te verbeteren worden gedaan in spelvorm. Door je gewicht te verplaatsen, kantel je een doolhof met een knikker, die uiteindelijk in een putje terecht moet komen. Het product wordt vooral ingezet in het kader van revalidatie, maar kan ook uitstekend gebruikt worden voor preventie, zoals het verbeteren van de houding van computerwerkers.

Ook bestaande, commerciële games kunnen in dit kader ingezet worden. Revalidatiecentrum De Hoogstraat gebruikt bijvoorbeeld de Wii





en de Nintendo DS om jonge revalidanten uit te dagen meer aandacht te besteden aan hun oefeningen. Er wordt zoveel mogelijk een passende game bij de hulpvraag gezocht. Een jongen met een slecht bewegende arm kreeg het spel Guitar Hero om te oefenen. De motivatie was groot en na enige tijd bleek de arm opvallend beter te functioneren (Janssen et al, 2010).

Het principe wordt ook toegepast bij de revalidatie van militairen met amputaties. Lopen op een kunstbeen wordt geoefend door te wandelen op een interactieve loopband. Het oppervlak kan obstakels en hellingen simuleren. Die komen overeen met het (virtuele) terrein dat de patiënt op een groot beeldscherm voor zich ziet.

■ **Acceptatie, adaptatie en therapietrouw**

Spelenderwijs meer te weten komen over je ziekte of aandoening is een ander effect van games, waar ondertussen de nodige ervaringen mee zijn gedaan. Zo is Mission Possible een game voor jonge diabetici. Het spel leert ze omgaan met hun ziekte, het leven met medicijnen en het continu moeten monitoren van hun bloedwaarden. Het idee is: je hebt het en je komt er nooit meer vanaf, maar hoe kun je toch een zo aangenaam mogelijk leven leiden met deze aandoening.

Roxxi is de hoofdpersoon in de 'first person shooter' game Re-Mission. Ze reist door een ziek lichaam en schiet kankercellen stuk. Re-Mission - afgeleid van de medische term die aanduidt dat het lichaam 'schoon' is van kankercellen - is een initiatief van de Amerikaanse Pam Omidyar, financier en oprichter van HopeLab en van dr. Pamela Kato, die tot voor kort werkzaam was als onderzoeker van het Kenniscentrum Patiëntveiligheid van het Universitair Medisch Centrum in Utrecht. De game is ontwikkeld in de Verenigde Staten. In 2008 publiceerde Kato de onderzoeksresultaten naar het effect van de game op jongeren die bezig zijn met een chemotherapie.

Jonge kankerpatiënten die het spel hadden gespeeld, bleken beter te begrijpen wat er in hun lichaam gebeurt en trouwer in hun medicijngebruik dan hun lotgenoten uit de controlegroep die het spel niet hadden gespeeld (Kato et al, 2008).

■ **Controle vergroten door feedback**

Journey of Wild Divine is een game om te leren mediteren en daarmee tot rust te komen. De game werkt met biofeedback. Sensoren die je aan je vingertoppen klikt, meten je hartslag, die je door succesvol te spelen naar beneden kunt brengen. De game vertelt je direct hoe goed je het doet. Het spel leert zo hoe je stress beter kunt hanteren. Vergelijkbaar is een game die wordt geleverd bij een pakket voor het meten van de mate van hartcoherentie. Via een sensor die aan de oorlel geklemd kan worden, wordt de hartslag gemeten. De software geeft vervolgens informatie over de hartcoherentie. Een hoge mate van hartcoherentie is een signaal voor ontspannen zijn; bij een lage hartcoherentie is er sprake van stress of – bij sporters – een mate van overtraint zijn. Je hartcoherentie kun je verhogen door gerichte oefeningen te doen met concentratie en positieve gedachten. De effecten kunnen door de gebruiker afgelezen worden uit een wat droge diagram, maar ook door een spel te spelen. Zo kan de gebruiker een luchtballon laten opstijgen

door een hogere hartcoherentie bij zichzelf te bewerkstelligen. Hoe hoger de hartcoherentie, hoe hoger de luchtballon. Ook hier: directe feedback op het functioneren van het eigen lichaam.

■ Conclusie en discussie

Het inzetten van games in de gezondheidszorg lijkt een veelbelovende ontwikkeling. Maar in de meeste instellingen staat het gebruik nog in de kinderschoenen. Ook de aandacht hiervoor in het onderwijs is nog minimaal. Wij denken dat dit relatief nieuwe vakgebied de komende jaren een grote vlucht zal nemen. Evenals met domotica (onder andere 'zorg op afstand') en andere ict-ontwikkelingen zal de industrie gaan investeren als het gebruik toeneemt en grootschaliger wordt.

Geavanceerde sensoren, intelligente software en levensechtere beelden en geluiden, onder andere in 3D, bieden steeds meer mogelijkheden om heel gericht, maar op een meer ontspannen manier, patiënten te begeleiden.

Voor het onderwijs is het belangrijk om deze ontwikkelingen niet te missen. Studenten en leerlingen moeten immers worden voorbereid op een zich ontwikkelende gezondheidszorg. Lectoren, docenten en studenten zouden kunnen deelnemen aan onderzoeken en projecten. Nieuwe technologieën in combinatie met het snel voortschrijdende inzicht in de medische wetenschap biedt nieuwe mogelijkheden voor effectieve, efficiënte en patiëntvriendelijke behandelingsmethodes met behulp van games. Onderzoek is nog beperkt beschikbaar. Dat geldt zeker voor het onderzoek naar de langetermijneffecten van games. Dit betekent dat er nog veel werk te verzetten is in de praktijk, in het onderwijs en in onderzoek. Met name meer veralgemeenseerbare conclusies over de benodigde condities bij de inzet van games en voor welke patiënten, gehandicapten, chronisch zieken of revalidanten bepaalde methoden wel geschikt zijn en welke niet, kunnen nog niet getrokken worden.

* Over de auteurs

Erno Mijland (1966) is deskundige op het gebied van de invloed van technologie op leven en leren, met name van jongeren. Als



zelfstandig trainer, schrijver en adviseur helpt hij met name organisaties in onderwijs en zorg.

Herm Kisjes (1966) is werkzaam in een zelfstandige praktijk voor mensen met verslavingsproblemen waaronder internet- en gameverslaving, geeft trainingen en werkt onder andere in opdracht van SolutionS en Fontys Hogescholen.

Kisjes en Mijland werken samen in Beter Gamem. Beter Gamem houdt zich bezig met de mogelijkheden van games in onderwijs, zorg en opvoeding en met programma's voor gezond gamem. Meer informatie: www.betergamen.nl.

Literatuur

- Janssen, J., Ermers, J., Michielsen, A. & Ketelaar, M. (2010). Gamem in de kinderrevalidatie. *Tijdschrift Fysiotherapie*, 16-20.
- Kato, P. M., Cole, S. W., Bradlyn, A. S. & Pollock, B. (2008). A video game improves behavioral outcomes in adolescents and young adults with cancer: a randomized trial. *Pediatrics* 122, e305-e317.
- Kisjes, H. & Mijland, E. (2009). *It's all in the gamem: gamem is geweldig, gamem geeft problemen*. Middelbeers: Innodoks.
- Kisjes, H. & Mijland, E. (2011). *Gamem en autisme*. Middelbeers: Innodoks.

www.betergamen.nl

Op www.betergamen.nl staan overzichten met links naar lopende onderzoeksprogramma's, zoals Game research for training and entertainment (GATE) dat vanuit de Universiteit Utrecht is geïnitieerd. De website biedt verder veel informatie over onder andere educatieve gamem, zelfrapportageformulieren voor gamemde jongeren en hun ouders, formulieren bij de door Beter Gamem ontwikkelde 'Toolkit Gezond Gamem' en literatuur- en begrippenlijsten.

Praktijkonderzoek

In de rubriek praktijkonderzoek presenteren onderzoekers uit de hbo-lectoraten, docenten of studenten hun onderzoeksresultaten. De resultaten leveren een bijdrage aan innovatie van de zorg- en onderwijspraktijk en dragen bij aan verbetering van de beroeps- en onderwijsontwikkeling van docenten en zorgverleners.

Werkplekieren: studenten en praktijkopleiders aan het woord!

Arlicia Gecer en Jwan Shamoon

Hoe verbeter je de beroepspraktijkvorming voor studenten en hoe ervaren praktijkopleiders het leerproces van hun mbo-studenten? Binnen het doorbraakproject 'Werkplekieren; casus ROC van Twente' hebben studenten en praktijkopleiders hun mening gegeven. In dit onderzoeksverslag worden methode en resultaten samengevat weergegeven.

Inleiding

Het onderzoek waarover wordt gerapporteerd, is een deelonderzoek van het doorbraakproject 'Werkplekieren'; een landelijk initiatief waaraan door ROC Leiden, ROC Zadkine, ROC Eindhoven, ROC Midden Nederland, ROC van Twente en Politieacademie wordt deelgenomen. In het deelonderzoek van het ROC van Twente zijn de ervaringen van Twentse studenten en praktijkopleiders onderzocht. In dit artikel worden de resultaten van het Twents deelonderzoek beschreven. De onderzoeksvraag luidt: hoe ervaren studenten en praktijkopleiders die deelnemen aan het doorbraakproject hun beroepspraktijkvorming (bpv)?

Doelen en theoretisch kader

Doelstelling van dit onderzoek is (1) inzicht krijgen in de ervaringen van studenten tijdens hun beroepspraktijkvorming en (2) op basis hiervan verbeteringen aanbrengen. Het theoretisch kader is gebaseerd op Billet (2000; 2001; 2002; 2008). Het gaat om 'affordance': de aspecten van de werkplek die zorgen dat de student wordt uitgedaagd om tot actie te komen. En om 'agency': het vermogen van individuen om door hun acties verschil te maken (Giddens, 1984). Het feit dat studenten invloed uitoefenen tijdens de bpv is afhankelijk van de mate waarop studenten doelgericht en subjectief keuzes maken en beslissingen nemen. Zo is de ene student meer gericht op prestaties in het werk en de andere student meer op leren en ontwikkelen. Uiteindelijk bepaalt de student zelf op welke manier hij participeert in de bpv, hoe hij gebruik maakt van ondersteuning of begeleiding en wat hij daarvan leert (Billett, 2000, 2001).

Methode

Bij 24 studenten zijn zeven groepsinterviews afgenomen en bij twee praktijkopleiders een individueel interview. Totaal negen interviews. De studenten waren afkomstig van de mbo-opleidingen Informatie Dienstverlening (n=5) beroepsbegeleidende leerweg; Onderwijsassistent (n=7) beroepsopleidende leerweg; Middenkader Engineering (n=12) beroepsopleidende leerweg. De praktijkopleiders waren verbonden aan de mbo-opleiding Onderwijsassistent (n=1) en Middenkader Engineering (n=1). Alhoewel geen studenten verzorging/verpleging aan de groepsinterviews hebben deelgenomen, kunnen docenten van de zorgopleidingen leren van de resultaten uit dit onderzoek. De groepsinterviews zijn afgenomen door een ervaren docent gespecialiseerd in

communicatie en in werkplekieren. De interviews zijn digitaal opgenomen en getranscribeerd. Op basis van een geconceptualiseerde vragenlijst zijn de transcripten gecodeerd. Validiteit wordt gewaarborgd door de begrippenlogica in de vragenlijst, de schriftelijke rapportages die door de onderzoekers in het lectoraat zijn besproken en de afstemming van de resultaten met de projectonderzoeker. Interne betrouwbaarheid vindt plaats door coderingen, de inter-rater betrouwbaarheden en selectie van fragmenten op basis van de codering in de transcripten.

Data-analyse

Ten behoeve van de data-analyse is gebruik gemaakt van een gecodeerde vragenlijst met 32 items (analysemodel) die uit acht subschalen (afhankelijke variabelen) bestaat: (1) plaatsing; (2) voorbereiding; (3) afstemming verwachtingen student; (4) communicatie met de student; (5) afstemming praktijk en theorie; (6) begeleiding van de student; (7) studieloopbaanbegeleiding; (8) beoordeling. De vragen gehanteerd bij studenten van de beroepsopleidende leerweg zijn voor de studenten van de beroepsbegeleidende leerweg (volwassenen) aangepast. De interviews zijn door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd op een 5-punts Likertschaal. De inter-rater betrouwbaarheden zijn te zien in tabel 1.

Tabel 1 Inter-rater betrouwbaarheden door beoordelaars x en y

Opleiding en cohort studenten	rx _y
IDV-studenten 2009	0.72
OA-studenten gemengde leerjaren 2009	0.83
ME-studenten 2010	0.77
ME derdejaarsstudenten 2010	0.80
ME eerstejaarsstudenten 2010	0.80*
ME derdejaarsstudenten 2011	0.88
OA studenten gemengde leerjaren 2011	0.55
ME Praktijkopleider bedrijf in Oldenzaal 2010	0.59
OA Praktijkopleider Almelo 2010	0.72
*negatieve lineaire samenhang tussen x en y	

De meningen van de beide beoordelaars komen redelijk tot goed overeen. De meningen van de beoordelaars op de scores van 'ME eerstejaarsstudenten 2010' zijn negatief lineair: de scores van beoordelaar y tenderen dan naar een lagere waarde als de scores van beoordelaar x hoger worden.

■ Bevindingen

Ten aanzien van de variabele 'plaatsing' van de student op de werkplek is in 2011 ten opzichte van 2009 vooruitgang geboekt. Student: "Je moet zelf opbellen om een afspraak te maken met je stagebedrijf. Dat was goed, daardoor kwam je direct in contact met de mensen waarmee je in contact moest zijn." De plaatsing van een student heeft invloed op de gehele stageperiode en voor een groot deel voor de toekomst van de student. De 'voorbereiding' van de student vindt mondeling plaats. Studenten willen ook met de inzet van sociale media voorbereid worden op hun stage; zij voelen zich eerder geprikkeld om een videofilmje te kijken dan dat zij zich door een berg papier moeten worstelen. Een student zei hierover: "Misschien dat een videofilmje op de site meer duidelijkheid zou geven, huidige filmpjes vertellen meer over het beroepsbeeld en minder over de opleiding."

De variabele 'afstemming verwachtingen student' gaat over de communicatie van verwachtingen tussen student – docent, opleiding – student en student – praktijkopleider. In het algemeen reageren praktijkopleiders negatief over de afstemming. Praktijkopleiders geven aan dat er behoefte is aan een gesprek voorafgaand aan de stageperiode. In dit gesprek worden opdrachten en leerdoelen besproken, maar ook hun verwachtingen. Door niet te communiceren ontstaan onduidelijkheden, bijvoorbeeld: "Veel onduidelijkheid tot aan eind van de module. Het was mij in het begin helemaal niet duidelijk wat ik moest doen. Hoe kon ik het aan mijn praktijkopleider uitleggen?" De variabele 'communicatie met student' omvat onderwerpen als bereikbaarheid van de opleiding/bpv-docent, schriftelijke informatie, organisatie en inhoud bpv-bezoeken, contact tussen opleiding en leerbedrijf en student. Vaak hebben praktijkopleiders geen beeld van de opleiding. Student: "Ik wilde een opdracht inleveren en dan duurt het een paar dagen voordat je iets hoort. Ze reageren altijd wel, maar erg laat. Soms wel drie weken later. Er kan niet gebeld worden, alleen maar mailen." Studenten zijn over het algemeen negatief over de bereikbaarheid van de opleiding en docent. Meer betrokkenheid door de docent wordt door studenten gewaardeerd.

De afstemming 'praktijk en theorie' is voor studenten en praktijkopleiders onduidelijk. De theorie wordt veel te laat aangeboden, waardoor studenten zich onvoldoende kunnen voorbereiden op het werk in de praktijk. Studenten hebben behoefte aan meer praktijkgerichte vakken. Vaak missen docenten zelfs de nodige praktijkervaring om kennis goed over te dragen.

De 'begeleiding' is volgens de studenten niet optimaal.



Foto: Roel Pieper

Gesprekken tussen docent en praktijkopleider aan het begin van de opleiding vinden niet structureel plaats. Behalve het bedrijfsbezoek, wordt doorgaans geen contact onderhouden. Studenten ervaren weinig betrokkenheid en persoonlijke interesse van docenten tijdens de stage. Mailen of bellen wordt zeer gewaardeerd. Een praktijkopleider: "Als een student aangeeft dat het niet goed gaat, dan onderneemt de docent vaak geen actie. Dat moet je zelf maar oplossen". De aandacht die de docent heeft voor de studieloopbaan wordt door de student als slecht ervaren. Studenten hebben behoefte aan individuele loopbaangesprekken, waarin de leer- en carrièredoelen besproken worden. Stimuleer studenten door simpel te zeggen: "Dat is leuk of goed, dat moet je doen".

De 'beoordeling' van studenten kan worden verbeterd! Een competentiemeter is bijvoorbeeld een bron van verwarring, te meer omdat veel competenties bij andere proeven al getoetst worden. Ook wordt de beoordeling niet mondeling beargumenteerd, waardoor studenten niet gemotiveerd worden. Student: "Het beoordelingsformulier is een kwestie van invullen geworden. Het goed invullen staat centraal. Wat het precies betekent en wat ermee gedaan moet worden, is onduidelijk."

■ Slot

Een centraal onderwerp dat alle respondenten naar voren brengen, is het thema betrokkenheid. Dat wil zeggen dat docenten studenten aandacht geven, door meer te communiceren zowel vooraf als tijdens de bpv. Studenten begrijpen dat een docent onder tijdsdruk staat, maar simpelweg mailen of telefoneren laat al betrokkenheid zien en biedt de aandacht die een student nodig heeft. Het initiatief moet van de docent komen; een student gaat zelf niet bellen als geen betrokkenheid wordt getoond. Kleine verbeteringen met grote gevolgen!

Referenties

- Billett, S. (2000). Co-participation at work: knowing and working knowledge. Paper presented at the Productive learning at work, University of Technology Sydney, New South Wales, Australia.
- Billett, S. (2001). Co-Participation: Affordance and Engagement at Work. In: *New Directions for Adult And Continuing Education*, 92(1), 63-72.
- Billett, S. (2002). Critiquing workplace learning discourses: Participation and continuity at work. In: *Studies in the Education of Adults*, 34(1), 56-67.
- Billett, S. (2008). Constituting the workplace curriculum. In P.C. Murphy & R. McCormack (Red.), *Knowledge and Practice: Presentations and Identities* (pp. 61-73). London: Sage Publications, Open University.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society. Outline of the theory of structuration*. Cambridge, UK: Polity Press.

* Over de auteurs

Arlicia Gecer en Jwan Shamoan zijn vierdejaarsstudenten Management, Economie en Recht van Hogeschool Saxion en verrichten onderzoek binnen het lectoraat 'Onderwijsarrangementen in maatschappelijke context'.

Geef ze een veiligheidsbril!

Patiëntveiligheid in onderwijs aan zorgprofessionals van de toekomst

Jaarlijks lopen 30.000 patiënten schade op in Nederlandse ziekenhuizen. Hiervan overlijden 1.750 patiënten. De kosten liggen rond één procent van de gezamenlijke ziekenhuisbudgetten. Ongeveer veertig procent van de schade had voorkomen kunnen worden. Zorgprofessionals krijgen in hun opleiding nauwelijks competenties aangeboden om veilig te leren werken. Pas na hun afstuderen leren zij dat zij fouten maken, wat de gevolgen daarvan zijn en wat zij zelf kunnen doen om veilige zorg te leveren. Het is nodig om toekomstige beroepsbeoefenaren in de zorg competenties aan te leren om veilig te werken. Ik geef suggesties hoe men dat kan aanpakken in de opleiding.

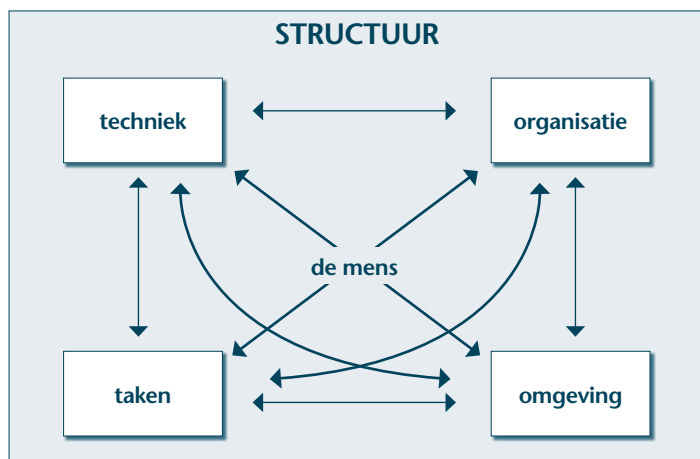
Karien den Ridder *

Casus: slaapmedicatie

Een 79-jarige patiënt in het ziekenhuis valt 's ochtends in de badkamer en breekt zijn heup. Zijn kamergenoot meldt dat de patiënt die ochtend na het ontbijt erg suf werd na het innemen van zijn ochtendmedicatie. Een verpleegkundige onderzoekt de situatie. De patiënt blijkt die ochtend zijn slaapmedicatie van de avond ervoor te hebben ingenomen. Het team neemt maatregelen om soortgelijke incidenten in de toekomst te voorkomen.¹

■ To err is human

Vanaf 1999 is het onderwerp Patiëntveiligheid voor het eerst internationaal onder de aandacht gebracht in het boek *'To err is human, building a safer health care system'*. De schade ten gevolge van onveilige zorg is volgens dit rapport onvoorstelbaar groot. Zo heeft dit rapport bijgedragen aan wereldwijde aandacht voor patiëntveiligheid. Systeembenadering (zie kader) werd als mogelijke oplossing geïntroduceerd voor het veiliger maken van de gezondheidszorg.



Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS)
the University of Wisconsin / Madison USA

Systeembenadering en SEIPS-model

Bij systeembenadering is het uitgangspunt dat de gezondheidszorg een systeem is, net zoals het vervoer (spoorwegen), productiesystemen (fabrieken) etc. De gezondheidszorg is een zeer hoog complex systeem met veel risico's. Het systeem bestaat uit meerdere processen waarin mensen werken met verschillende achtergronden, opleidingen en taken. Allen zouden dus patiëntveiligheid in hun opleiding moeten krijgen. De meeste incidenten in de zorg worden niet veroorzaakt doordat iemand onoplettend of slordig is, maar omdat het systeem waarin die persoon werkt, fouten als het ware uitlokt. Als het systeem zo ontworpen is dat er rekening gehouden wordt met de mogelijkheden en tekortkomingen van mensen, zou dat de veiligheid aanzienlijk verhogen. Het SEIPS-model is een goed hulpmiddel om studenten de dynamiek van de systeembenadering uit te leggen en te laten ervaren.

Het SEIPS-model is een ordeningssysteem voor menselijk handelen. De prestatie van het menselijk handelen wordt beïnvloed door vier onderdelen: Organisatie, Taak, Techniek, Omgeving. Deze vier onderdelen hebben een dynamische invloed op elkaar.

Bron van het schema: Carayon et al., 2006.

Vertaald en overgenomen met toestemming van de auteur.

■ Veiligheidsprogramma

Vanaf 2002 staat Patiëntveiligheid ook in de Nederlandse politiek op de agenda. In eerste instantie gericht op de zorg in de Nederlandse ziekenhuizen, maar inmiddels ook in de huisartsengeneeskunde, GGZ en andere geledingen van de gezondheidszorg. Volgens het begrippenkader wordt met Patiëntveiligheid bedoeld: 'Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem². Het gaat dus om de onbedoelde schade die een patiënt oploopt in het zorgproces zoals schade die niet het (logische) gevolg is van zijn ziekte of van het vooraf bekende en goed afgewogen risico van een behandeling zoals complicaties. De afgelopen jaren halen misers in de gezondheidszorg bijna wekelijks het (landelijk) nieuws. Toen de cijfers van het NIVEL-EMGO onderzoek (2007) lieten zien dat er meer slachtoffers vallen in de Nederlandse ziekenhuizen dan in het verkeer, vond de politiek dat er iets moest gebeuren.

In 2007 is het Veiligheidsprogramma 'voorkom schade, werk veilig' in Nederlandse ziekenhuizen gepresenteerd met als doel een reductie van vijftig procent van onbedoelde schade in vijf jaar, door (1) elk ziekenhuis een Veiligheids Management Systeem (VMS) te laten implementeren en (2) op tien inhoudelijke aandachtsgebieden potentiële vermijdbare schade te voorkomen (zie www.vmszorg.nl). In het Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' (2007), heeft de overheid vooral gefocust op de zorgprofessionals die aan het werk zijn in de Nederlandse ziekenhuizen. De toekomstige zorgprofessionals werden echter over het hoofd gezien. Enerzijds werden zij niet expliciet in het rapport genoemd en anderzijds werden zorgopleidingen niet gevraagd patiëntveiligheid in hun opleidingen op te nemen. Het gevolg daarvan is dat afgestudeerde zorgprofessionals niet weten hoe het komt dat zij fouten maken, risicovolle omstandigheden niet herkennen en niet geleerd hebben wat zij zelf kunnen doen om veilig te werken. Zij leren dat pas als zij aan het werk zijn met alle gevolgen van dien, bijvoorbeeld: schade aan patiënten; hoge kosten; groot afbreukrisico van de jonge professional.

■ Patiëntveiligheid herkennen

Vaak wordt patiëntveiligheid in opleidingen



Foto: Chris Timmers, UMC Utrecht

Een hulpmiddel om geconcentreerd en zonder storingen medicatie klaar te kunnen maken.

onder de noemer kwaliteitszorg geschaard. Het lijkt vanzelfsprekend om te veronderstellen dat het met de patiëntveiligheid dan ook wel goed zal komen. Kwaliteitszorg is nu eenmaal effectief, efficiënt én veilig. Vraag je aan studenten wat volgens hen veilig werken is, dan antwoorden zij: 'Het volgen van protocollen, goed opletten, bij twijfel vragen en melden als je een fout maakt.' Geen slechte antwoorden maar onvoldoende om veilig werken te garanderen.

Een veiligheidsbril biedt meer! Studenten die patiëntveiligheidsonderwijs in hun opleiding hebben gekregen, zijn in staat een bijdrage te leveren aan een cultuur op de afdeling waar fouten besproken worden, zodat ervan geleerd kan worden. Dat komt omdat zij begrijpen waarom mensen fouten maken en zij weten dat deze tot incidenten kunnen leiden waardoor schade voor de patiënt en de organisatie ontstaat. Ze hebben toepasbare kennis van systeembenadering en Human Factors die hen helpen om risico's in zorgprocessen te onderkennen. Studenten met patiëntveiligheid in hun portfolio kunnen aangeven welke zorgsituaties risico's opleveren en welke factoren de kwaliteit van zorg belemmeren. Verder zijn de studenten zich bewust van mechanismen bij zichzelf en anderen die maken dat er onveilig gewerkt wordt (bijvoorbeeld elkaar voortdurend storen – zie foto). Mag je toekomstige zorgprofessionals patiëntveiligheid onthouden? Zou het niet wenselijk zijn hen in de opleiding te leren wat veilig werken is, zodat zij onveiligheid kunnen herkennen en weten wat zij zelf kunnen doen?

■ Patiëntveiligheid in de opleiding

Om patiëntveiligheid in het curriculum van de zorg- en verpleegkundige opleidingen te integreren kan een aparte leerlijn worden ontwikkeld. Met behulp van presentaties, trainingen en workshops kan een aantal onderwerpen aan de orde komen. Praktische opdrachten

(bijvoorbeeld tijdens de stage) kunnen gebruikt worden om patiëntveiligheid te vertalen naar beroepscompetenties. Zo'n onderwerp kan voor studenten van niveau 1 tot en met 5 betekenisvol worden aangeboden. Patiëntveilige zorg richt zich op alle zorgprofessionals in een zorgorganisatie. Medewerkers met verschillende taken, achtergronden en opleidingen werken samen om een bepaald zorgproces te kunnen uitvoeren. De volgende onderwerpen zijn van belang.

Wat is patiëntveiligheid?

Waarom is patiëntveiligheid een belangrijk onderwerp in de zorg? Hoe groot is het probleem (sense of urgency)? Wat is het verschil tussen systeembenadering en individuele benadering en welke consequenties heeft dat voor de veiligheid bij het melden van incidenten en de afdelingscultuur? Degenen die al in de zorg werken of stage lopen hebben ongetwijfeld ook voorbeelden van situaties waarbij zij zich afvragen of de veiligheid in het geding is.

Human Factors

Om te kunnen begrijpen waardoor menselijke fouten ontstaan, is kennis over Human Factors (HF) onontbeerlijk. Iedere zorgprofessional zou moeten leren dat fouten ontstaan door menselijke beperkingen op cognitief, fysiek en emotioneel vlak. Van belang is om in een veilige onderwijssituatie te ervaren welke beperkingen mensen hebben en welke omstandigheden het maken van fouten uitlokken. De WHO adviseert bijvoorbeeld om extra alert te zijn bij HALT-omstandigheden. HALT staat voor Hungry, Angry, Late, Tired. Het is wenselijk om een dergelijke (gemoeds)toestand bij jezelf en collega's te onderkennen en je te realiseren dat er risico's ontstaan bij het uitvoeren van een taak. Ervaren dat anderen dezelfde beperkingen hebben en dat fouten maken niet 'dom' is, levert het inzicht op dat ook toekomstige collega's hetzelfde kan overkomen. Kennis over Human Factors is van belang om systeembenadering beter te begrijpen en incidenten en zorgprocessen te kunnen analyseren. Het speelt ook een rol bij het bedenken van kwaliteitsverbeteringen. Voor onderwijs over Human Factors en systeembenadering is het SEIPS-model (System Engineering Initiative for Patient Safety) uitermate geschikt als hulpmiddel, getuige de volgende casus.

Casus: valkastjes

Nadia vertelt: 'Op mijn verpleegafdeling is het al een paar keer vorgekomen dat patiënten bij het uit bed stappen zich aan het nachtkastje vastgrijpen om steun te zoeken. Steeds blijken de nachtkastjes niet op de rem te staan. Gevolg: vallen, blauwe plekken. Het was wachten op botbreuken. De leidinggevende was erg boos en heeft op alle nachtkastjes briefjes geplakt dat we niet moeten vergeten de remmen erop te zetten. In elke dienst worden we gewaarschuwd vooral erop te letten dat collega's het niet vergeten. Vorige week is meneer de B. met zijn nachtkastje gevallen. Gevolg, een polsbreuk. Degene die hem die dag verzorgde, zegt dat ze niet meer weet of ze de remmen erop heeft gezet. Moeten ze haar ontslaan? Ze werkt daar al 25 jaar! Wat kun je hieraan doen?'

■ Discussie

Er ontspint zich een discussie tussen de studenten. De meeste studenten herkennen het probleem en gaan aan de slag met de analyse. Het uitgangspunt is dat er geen sprake is van onachtzaamheid,

onwetendheid en dat niemand van de verzorgsters opzettelijk heeft verzuimd de remmen vast te zetten. Verder zijn allen het erover eens dat het plakken van briefjes geen zin heeft.

Het SEIPS-model wordt ingezet. Met die kennis van Human Factors wordt het nachtkastje (techniek/materiaal) bekeken op ontwerp en gebruiksgemak. Dit scoort onvoldoende. De studenten zijn het erover eens dat het scheppen van een veilige situatie tot hun taak behoort. Zij bekijken wat de verzorgsters moeten doen om de kastjes fysiek op de rem te kunnen zetten (mens). Dit blijkt lastig door de manier waarop de remmen onder de kastjes zijn gemonteerd en het schoeisel (Crocs) dat zij dragen. De omgeving wordt onder de loep genomen. Er wordt stevig gediscussieerd over de indeling van de kamer, de wensen van de patiënt (kastje dichtbij) en de mogelijkheden om andere hulpmiddelen die de patiënt gebruikt op te stellen. Tot slot wordt het team (organisatie) bekeken. Is het team zich voldoende bewust van de risico's? Als laatste bekijken de studenten de organisatie in zijn geheel. Waarom zijn deze kastjes gekozen? Pas als de analyse voltooid is, wordt er nagedacht over mogelijke oplossingen (out of the box denken). Andere hulpmiddelen worden bekeken die veiliger zijn om het bed te verlaten. De consequenties daarvan worden besproken. Tot slot maken de studenten een lijstje met zaken die zij verder willen uitzoeken zoals een antwoord op de vraag 'Zijn er veiliger kastjes?'

■ Training

Studenten worden getraind in het retrospectief analyseren van incidenten. Niet zozeer om uitputtende analyses te maken, maar om inzicht te krijgen in het ontstaan van incidenten, waardoor systeembenadering en HF nog beter inzichtelijk wordt. Datzelfde geldt ook voor het prospectief analyseren van kleine zorgprocessen. Dit levert niet alleen inzicht op in de complexiteit daarvan, maar ook de ervaring dat er veel gewerkt wordt met aannames over de manier waarop anderen hun werk doen en over hoe zaken geregeld zijn. Het geeft ook inzicht in de gevolgen van fouten aan het begin van een proces.

Casus: aanname

Jeltje (verpleegkundige in opleiding) brengt meneer B, een 73-jarige man die cytostatica krijgt en een urinekatheter

heeft, voor onderzoek naar de röntgenafdeling. Na haar vertrek begint zijn katheterzak te lekken; er vormt zich een flinke plas op de vloer. Jeltjes leidinggevende heeft een 'pittig' gesprek met haar als zij dit hoort. Jeltje wordt onzorgvuldig werken verweten, omdat ze de zak niet heeft leeggemaakt voor vertrek. Jeltje nam aan dat de zak leeg was, omdat de vochtbalans om 07.00 uur afgesloten was en bij de overdracht gezegd is dat meneer B. al klaarlag om naar het onderzoek gebracht te worden.

Andere onderwerpen voor de opleiding zijn de rol van de patiënt en juridische aspecten gezien vanuit veiligheidsperspectief. Casuïstiek voorleggen die ingaat op de juridische kaders van patiëntveiligheid, zoals het meewerken aan incidentonderzoek helpt om wetgeving praktisch toepasbaar te maken in toekomstige werksituaties.

Casus: niet informeren?

Bij de overdracht van de verkoeververpleegkundige aan de afdelingsverpleegkundige wordt gemeld dat een patiënt twee redonse drains heeft die nog niet productief zijn. Een uur later blijken ze nog steeds niet productief. Bij controle van de drains, potten en lijnen blijken ze afgeklemd te zijn. Voorzichtig worden de klemmen verwijderd waardoor de drains kunnen aflopen. De chirurg die de operatie heeft gedaan, zegt dat de patiënt niet op de hoogte gebracht hoeft te worden van deze stomme fout.

Tot slot zou het onderwerp samenwerken in een team aan de orde kunnen komen. Succesvolle veiligheid voor patiënten is afhankelijk van de samenwerking tussen verschillende disciplines. Samen leren van fouten en missers levert een belangrijke bijdrage aan een veiligheidscultuur. In ziekenhuizen worden steeds vaker teams getraind in samenwerken, bijvoorbeeld voor acute situaties (spoedeisende hulp, verloskamer, acute psychiatrie). Het kan studenten helpen om te ervaren hoe zij zich presenteren bij een stressvolle taak. Een eye-opener kan zijn om te leren hoe je beter kunt communiceren bij een telefonische hulpvraag, bijvoorbeeld met behulp van de SBARR-methode. Deze methode staat voor Situation (situatie), Background (behandeling), Assessment (analyse), Recommendation (respons) en Readback (re-

peteer). Deze methode doet recht aan het gegeven dat artsen anders zijn opgeleid dan verpleegkundigen en daardoor ook de gegeven informatie anders zullen interpreteren.

■ Initiatieven en ontwikkelingen

In 2009 hebben de Hogeschool van Utrecht en het Universitair Medisch Centrum Utrecht de handen ineen geslagen om een begin te maken met patiëntveiligheid in het onderwijs aan verpleegkundigen. Er is gestart met een Keuzecursus Patiëntveiligheid die bij de studenten enthousiasme en veiligheidsbewustzijn teweeg heeft gebracht. Begin 2011 is de Academie Gezondheidszorg Utrecht (AGUtrecht) opgericht en houdt een projectgroep zich bezig met het ontwikkelen en adviseren van leerlijnen Patiëntveiligheid voor alle opleidingen. Momenteel wordt onderzocht of docentenscholingen en onderwijsmaterialen ook landelijk toegankelijk gemaakt kunnen worden. Informatie hierover kunt u opvragen bij de auteur van dit artikel.

Met dank aan drs. Inge Pool en drs. Tineke Aantjes, UMC Utrecht.

Internationaal

Internationaal spreekt de WHO zich nadrukkelijk uit over het aanbieden van patiëntveiligheid in de opleiding van toekomstige zorgprofessionals. Er is materiaal ontwikkeld dat gebruikt kan worden als aanzet voor het ontwikkelen van programma's voor educatie van zittende en toekomstige zorgprofessionals. In 2008 werd de EUNetPAS (European Union Network for Patient Safety) opgericht. Een van de speerpunten is de structurering van opleiding en training in patiëntveiligheid. De Open School van de IHI (Institute for Healthcare Improvement) heeft een online patient safety curriculum.

* Over de auteur

Karien den Ridder is senioropleider, trainer, adviseur op het gebied van patiëntveiligheid bij de Directie Onderwijs en Opleidingen, Opleidingscentrum, UMC Utrecht. Mail: k.denridder@umcutrecht.nl.

Noten

- 1 De casuïstiek die beschreven staat, is gebaseerd op waargebeurde incidenten in verschillende ziekenhuizen of instellingen. Omwille van de privacy is de casuïstiek geanonimiseerd en aangepast.
- 2 www.onderzoekpatientveiligheid.nl/begrippenkader.htm

Literatuur

- Carayon, P. (Ed.) (2007). *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- European Union Network for Patient Safety. *A general guide for education and training*. Geraadpleegd in augustus 2011.
- Howard, J.N. (2010). The missing link: dedicated patient safety education within top ranked US nursing school curricula. *The Journal for Patient Safety*.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (Eds.) (2000). *To err is human: building a safer health care system*. Washington DC, Institute of medicine: The National Academy Press.
- NIVEL (2007). *Onbedoelde schade in ziekenhuizen*. Nivel-Emgo.
- Ridder, K. den, Tuitert, Y., Tuijn, Y. van der & Bon, A. van (2010). *Patiëntveiligheid voor verpleegkundigen: JIJ maakt het verschil*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV), Orde van Medisch Specialisten, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V & VN) & Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) (2007). *Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig in de Nederlandse ziekenhuizen'*. Utrecht
- Vollenbroek, J. (2003). *Leren van fouten*. Baarn: Nelissen.
- Wakefield, A. & Attree, M., a.o. (2005). Patient safety: do nursing and medical curricula address this theme? *Nurse Education Today*.
- WHO (2010). *Patient safety curriculum guide*. Geneva: World Health Organization. Web: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/index.html>. Geraadpleegd in augustus 2011.

Van de werkvloer

‘Vrijwel alle deelnemers doen nu een niveau 3-opleiding’

In de regio West-Brabant is in de periode januari 2010-juni 2011 het project Welslagen uitgevoerd. Het doel? Mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt klaarstomen voor een zorg- en/of welzijnsopleiding op niveau 3. Twee betrokkenen bliken terug: Christel Terwijn, coördinator praktijkopleidingen binnen zorgorganisatie Surplus, en Thea Verhoeven, bedrijfsadviseur bij Calibris. ‘Het is een goede aanpak gebleken.’

 **Femke van den Berg***

Waarom dit project?

Terwijn: ‘De sector zorg en welzijn heeft al een aantal jaren moeite om aan werknemers te komen. Tegelijkertijd weten we dat er mensen in de kaartenbakken van het UWV zitten die misschien best goede collega’s kunnen worden. Maar zij hebben wel extra begeleiding nodig. Bijvoorbeeld omdat ze onvoldoende vooropleiding hebben, niet goed Nederlands spreken, een fysieke of psychische beperking hebben of door omstandigheden nooit een opleiding maakten.’

Verhoeven: ‘De tekorten in de zorg zijn in West-Brabant opgepikt en hierdoor is het project Welslagen ontstaan. De vraag van de werkgever staat hierin centraal. Zeven grote werkgevers in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg en kinderopvang hebben samen met ROC West Brabant, gemeenten, Calibris en het UWV WERKbedrijf een toeleidingstraject ontwikkeld naar een niveau 3 bbl-opleiding. Het Ministerie van VWS en Calibris hebben het project financieel ondersteund. Ook de provincie Brabant heeft bijgedragen.’

Hoe zijn geschikte kandidaten gevonden?

Verhoeven: ‘De adviseurs van het Servicepunt Zorg en Welzijn

West-Brabant – een samenwerkingsverband van het UWV WERKbedrijf, werkgevers en gemeenten – hebben de werving en selectie van kandidaten op zich genomen. Ze zochten vooral naar gemotiveerde mensen: mannen en vrouwen, jong en oud en met heel verschillende achtergronden. Deze kandidaten werden eerst getest op taal- en leervermogen alvorens bij de werkgever op gesprek te gaan. De tests werden afgenomen door het roc en Taalvakwerk, specialisten in arbeidsgerichte training in de Nederlandse taal.’

Terwijn: ‘Vervolgens voerden de kandidaten gesprekken met de werkgevers. Die gingen vooral over wederzijdse verwachtingen. Voor een werkgever is het bijvoorbeeld belangrijk om te weten of een kandidaat onregelmatige diensten kan draaien. Klikte het met de werkgever, dan kon het toeleidingstraject starten.’

Hoe zag het toeleidingstraject eruit?

Verhoeven: ‘Voor het toeleidingstraject is een speciaal onderwijsprogramma ontwikkeld. De deelnemers liepen twintig weken lang minimaal 24 uur per week stage. Daarnaast volgden ze een dag per week lessen op het roc. In die lessen kwamen algemene competenties aan bod, zoals: nemen van verantwoordelijkheid, tonen van empathie, nakomen van afspraken, bejegening van zorgvragers, collegialiteit. Gedurende deze twintig weken behielden kandidaten hun uitkering.’

Terwijn: ‘In deze periode kwamen de deelnemers erachter of zij werk, privé en studeren konden combineren. Waar liepen ze

Foto's: beschikbaar gesteld door Thea Verhoeven



Uitreiking van de certificaten van het project Welslagen West-Brabant op 14-07-2011.



nog tegenaan? Was dat op te lossen met begeleiding op maat? De werkgever benuttede deze weken om te zien of de deelnemer bij de organisatie paste en of er voldoende ontwikkelmogelijkheden waren. Wilden beide partijen na twintig weken met elkaar verder, dan kreeg de deelnemer een leerarbeidsovereenkomst en stroomde hij/zij in het reguliere bbl-traject in. Het bbl-traject duurt vervolgens nog 2,5 tot 3,5 jaar, afhankelijk van de instelling en opleiding waarvoor is gekozen. De deelnemer werkt tussen de 20 en 32 uur per week en ontvangt een salaris, net zoals de deelnemers aan de reguliere bbl-opleidingen. Maar hij moet dan ook aan dezelfde eisen voldoen.'

Door wie werden de kandidaten begeleid?

Verhoeven: 'Voor het Welslagen-project is in samenwerking met alle partijen een begeleidingsmodel ontwikkeld. Alle deelnemers spraken wekelijks een uur met een eigen jobcoach van een reïntegratiebureau. Daarnaast had iedereen ook een UWV-coach en een studieloopbaanbegeleider vanuit school. En natuurlijk een praktijkbegeleider op de werkvloer. Dit noemen we de begeleiders uit de eerste schil.'

Terwijn: 'Deelnemers met specifieke problemen konden bovendien een beroep doen op begeleiders uit de zogeheten tweede en derde schil van het roc, UWV WERKbedrijf en de werkgever. Voor de tweede schil waren dat onder meer: vertrouwenspersoon, opleidingsfunctionaris, uitkeringsbegeleider. En in de derde schil: bedrijfsarts, onafhankelijk arbeidsadviseur en schuldhulpverlener. De gedachte achter dit uitgebreide begeleidingsmodel is dat iedere deelnemer een beroep moet kunnen doen op de begeleiding die hij nodig heeft. Immers: niet iedereen heeft dezelfde ondersteuning nodig. Zo kan een kandidaat met bijvoorbeeld dia-



betes af en toe om de tafel gaan met de bedrijfsarts, terwijl een kandidaat zonder medische beperkingen de bedrijfsarts nooit ziet.'

Hoe zijn de resultaten van Welslagen?

Verhoeven: 'Uitstekend! Het doel was om veertig mensen te begeleiden naar een bbl-opleiding, niveau 3. Dat is zo goed als gehaald: 39 deelnemers zijn doorgestroomd. Hoe het succes te verklaren is? Voor een deel door de goede screening van de kandidaten die aan het toeleidingstraject voorafging. Daardoor wisten we al vóór de start dat zij een goede kans maakten om dit traject succesvol af te ronden. Verder heeft de individuele begeleiding van de deelnemers sterk bijgedragen aan het succes van het project. Net zoals de samenwerking tussen verschillende partijen: onderwijs, ondernemers en overheid. Bovendien hebben de werkgevers deze kandidaten daadwerkelijk een kans gegeven.'

Terwijn: 'Deels uit eigenbelang, want goede verzorgenden zijn nu eenmaal niet makkelijk te vinden. Maar ook uit maatschappelijk oogpunt is het belangrijk om mensen die langs de kant staan, toch weer bij het arbeidsproces te betrekken. Persoonlijk vind ik het heel mooi dat we deze mensen aan werk kunnen helpen.'

De proefperiode is voorbij. Hoe gaat het nu verder?

Verhoeven: 'In september gaat er opnieuw een toeleidingstraject van start in West-Brabant. Maar ook in andere regio's gaat het project beginnen. In september starten Zeeland en Eindhoven. In Dordrecht is men bezig met het voortraject. En Rotterdam en Utrecht hebben belangstelling getoond. Al deze regio's kunnen gebruikmaken van instrumenten en producten die wij hebben ontwikkeld en die in de praktijk zijn getest. Bijvoorbeeld: een samenwerkingsconvenant, een draaiboek, een sectorbreed startprofiel, een procedure voor werving, selectie en plaatsing, een competentieprofiel voor de drie begeleidingsrollen, instrumenten voor monitoring van de deelnemers, instrumenten voor de evaluatie van het traject en een pre-communicatieplan. Wel zal er overal opnieuw naar financiële middelen gezocht moeten worden. Nu de ontwikkelsubsidies van VWS en Calibris wegvallen, wordt cofinanciering belangrijker en moeten er andere 'potjes' aangesproken worden. Ik heb er vertrouwen in dat dit wel lukt. Het project Welslagen heeft zijn bestaansrecht immers wel bewezen.'

*** Over de auteur**

Femke van den Berg is freelancejournalist



Toolkit



Onderwijs en gezondheidszorg is het toonaangevende vakblad voor opleiders in de gezondheidszorg. Het is voor u als professional van belang op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen op didactisch gebied in de gezondheidszorg. Regelmatig zal de redactie in de rubriek Toolkit dan ook handreikingen aanbieden, waarin nieuwe inzichten in leervormen, werkmethoden of vaardigheden onder de aandacht worden gebracht.

De bureaucratie overstijgen

Het leren analyseren van de werkomgeving en eigen neigingen

In deel 1 van de toolkit ligt de nadruk op het leren herkennen van bureaucratische en menselijke waarden. In deel 2 ligt de nadruk op het verwerven van competenties om het eigen handelen en de situatie zo veel mogelijk te beïnvloeden richting menselijke waarden.

 **Aart Pool ***

■ Inleiding

Studenten leren zowel op Mbo- als op Hbo-niveau hun beroep op school en in de praktijk. Het werkelijk ervaren – en daarvan leren – van wat het van iemand vraagt om met compassie voor anderen te zorgen die van jou afhankelijk zijn, leert iemand in de praktijk. Daar wordt hij immers geconfronteerd met de context waarbinnen hij zijn voornemens, en wat hem is voorgehouden als goed en het in theorie geleerde waar moet maken. Meer dan nu gebruikelijk is, moet de praktijkcultuur een leeromgeving zijn waar voortdurend kritisch wordt gekeken naar het gezamenlijke professionele handelen. Verpleegkundigen begeleiden en coachen studenten en beginnende verpleegkundigen (VBOC – AVVV, 2006). Of studenten stage lopen of een leerwerktraject doorlopen, allen worden geconfronteerd met een werkomgeving waar bureaucratische kaders de overhand hebben.

In de huidige tijd wordt bureaucratie geassocieerd met doorgeslagen regelgeving. In organisatie-theorieën en managementtheorieën worden bureaucratische organisaties vaak tegenover professionele organisaties gezet. Bureaucratie heeft dus enerzijds te maken met de relatie staat en burgers en anderzijds met de organiseringsprincipes van organisaties zoals instellingen voor verpleging en verzorging.

Naast deze bureaucratische kaders heeft de professional te maken met patiënten en hun familieleden die vanuit een sociaal en beleevingskader reageren, en collega-professionals en -docenten, die professionele kaders hantieren. Het maakt daarbij geen verschil of het zorg bij ziekte, ADL-ondersteuning of HDL-ondersteuning betreft. De professional handelt dus in een onzekere situatie vanwege de veelheid van belangen die strijdig kunnen zijn met elkaar. Dit vraagt dat er in de opleidingspraktijk ex-

tra aandacht wordt geschonken aan de vraag wat hiervan de consequenties zijn voor jonge mensen die zich in een ontwikkelingsfase in hun leven bevinden, waarin zij ook een morele identiteit ontwikkelen en bezig zijn zich te vormen in een beroep.

Daarom is een belangrijke vraag hoe de student of leerling in het leerproces morele en communicatieve competenties kan versterken en ontwikkelen, die hem in staat stellen de bureaucratie te overstijgen.

■ Doelen

Het doel van deze toolkit is een aanzet geven voor een onderwijsmodule waarmee docenten en praktijkbegeleiders tijdens een stage of leerwerkperiode, studenten en leerlingen kunnen helpen competenties te verwerven waarmee zij een bureaucratische zorg herkennen en leren deze te overstijgen.

■ Doelgroepen

Deze toolkit is geschreven voor docenten werkzaam in het middelbare en hoger beroepsonderwijs én voor praktijkopleiders en werkbegeleiders in de zorginstellingen, die studenten begeleiden tijdens de stages en leerwerktrajecten.

■ Achtergrond

Mijnheer Jansen is twee weken geleden opgenomen in een verpleeghuis als gevolg van de diagnose Parkinsonisme en Lewy-body-dementie. Er is veel verdriet en boosheid over de opname bij de echtgenote en kinderen; ook zijn er veel vragen over hoe de opname is verlopen. De antwoorden op de vragen zijn voor alle betrokkenen schokkend. Mijnheer heeft volgens arts en zorgcoördinator zorgzwaartepakket 5,

het hoogste wat iemand met zijn diagnose kan krijgen volgens de arts. Hierdoor heeft hij recht op 1.200 minuten zorg per week, de rest is wonen. Dat betekent dat er 900 minuten zorg te kort zouden zijn in een week, voor wat de familie aan zorg verwacht en de eerstverantwoordelijke zorgverlener zou willen geven. De vraag spitst zich toe op incontinentie. De familiewens is dat mijnheer overdag droog blijft door hem op tijd naar het toilet te helpen en dat hij ook 's nachts enkele malen naar het toilet wordt geholpen. Bij incontinentie geeft het zorgzwaartepakket 5 onvoldoende minuten om hem meerdere keren naar het toilet te brengen en zpp 5 geeft ook onvoldoende geld voor een dikke luier. Dus moet hij het met een dunne luier doen. Anders moet de familie de dikke luier zelf kopen, is de redenering binnen de instelling. Voor bedtijd wordt een zelfde type antwoord gegeven: er wordt met de familie afgesproken dat hij om 23 uur naar bed mag en dit wordt in het zorgplan opgenomen. Maar er wordt niet verteld dat na 21 uur geen zorg meer gegeven kan worden in de huiskamer. Ook nu is het antwoord dubbelzinnig. Enerzijds omvat het een sociaal aspect: mijnheer of familie mogen zelf kiezen voor 23 uur. Anderzijds omvat het een onuitgesproken bureaucratisch aspect: gezien het zorgzwaartepakket en de personeelsbezetting moet hij zichzelf redden tussen 21 uur en het tijdstip van naar bed gaan. Het gevolg was dat mijnheer op een dag in de huiskamer liggend op de vloer gevonden werd.

Dit voorbeeld illustreert een zaak waarover maatschappelijk veel commotie is. Het laat zien dat professionals zijn klem komen te zitten tussen de eisen van mondige, individuele burgers enerzijds en die van marktgerichte en grootschalige instellingen anderzijds (Tonkens, 2003). Het illustreert ook wat de WRR schrijft: wat de cliënten betreft, wordt in de huidige wet- en regelgeving de vorm van inspraak en medezeggenschap nauwkeurig geregeld. De ervaring leert dat inspraak en medezeggenschap een doel op zichzelf zijn geworden, waarbij de kans op ritualisering groot is. En het toont aan wat professor Meurs schrijft. In Nederland worden onder het mom van vernieuwing keer op keer stelselwijzigingen op systeemniveau doorgevoerd. Bij nadere beschouwing blijken de zogenaamde vernieuwingen de verpakking te zijn van reorganisaties waaraan een driedelig geloof ten grondslag ligt:

1. de samenleving is maakbaar
2. veranderingen kunnen van bovenaf op systeemniveau worden ingevoerd
3. die systeemaanpak leidt tot verandering van gedrag op het niveau van het primaire proces. (Meurs, Volkskrant, 4 febr. 2006). Terecht stelt Meurs dat het hier geloof betreft; de feiten wijzen immers anders uit

Studenten en leerlingen worden op alle niveaus met deze tegenstelling tussen geloof en werkelijkheid geconfron-

teerd. Dat roept de vraag op hoe zij op die schok worden voorbereid. Wat wordt hen op school en in de praktijk geleerd over hoe zij hierop moeten of kunnen reageren? Wat denkt en zegt een stagiaire als in een instelling een collega zegt dat de luier bij mevrouw nog niet vernieuwd kan worden, omdat er een gewoonte in huis bestaat dat de luier een bepaald gewicht bereikt moet hebben, wil de patiënt voor een droge luier in aanmerking komen. Wat doen docenten en stagebegeleiders met dergelijke uitspraken? Het is onvoldoende om studenten te leren dat zorg op evidenties gebaseerd moet zijn of dat presentie het criterium zou zijn voor zorg.

Kunnen onderscheiden waar het om gaat

Om de dagelijkse zorg te kunnen begrijpen en beschrijven is het nodig dat we achter de formele regels en verder dan de professionele en bureaucratische concepten kijken. Het is niet eenvoudig om concepten los te laten en de waarneming en het denken te trainen om de werkelijkheid van de patiënt en de zorgverlener te zien zoals deze wordt ervaren, in plaats van tevreden zijn met een schijn van werkelijkheid. Door elkaar na te praten en de maatschappelijke en sectorale hypes te volgen, bestaat de neiging om de werkelijkheid daarmee zo sterk te kleuren dat men ziet wat men wil zien. Een grote opdracht is studenten en leerlingen te helpen verder te kijken. Veel taal wordt in de sector zorg en welzijn gebruikt, zonder de woorden te expliciteren. Bijna als vanzelfsprekend wordt aangenomen dat de ander in een gesprek hetzelfde onder de begrippen verstaat. Maar wat wordt bijvoorbeeld bedoeld met begrippen als: klant, vraaggericht, klantgericht, het gaat toch om de patiënt, de klant mag het zeggen, et cetera.

Opdracht 1

Een eerste opdracht is de student in artikelen en boeken of via Google de woorden klant, patiënt, zorgvrager, vraagsturing en cliëntgerichtheid uiteen te laten rafelen, en de verschillende omschrijvingen met elkaar te laten vergelijken.

Vervolgens moet de student tenminste vijf tools gebruiken om te leren de bureaucratie te overstijgen. Deel 1 richt zich op de tools 1 en 2; deel 2 richt zich op tools 4 en 5:

1. Herkennen van bureaucratische contexten en persoonlijke neigingen naar bureaucratie (deel 1)
2. Eigen normatieve kader expliciteren (deel 1)
3. Zorgaanpak bepalen (deel 2)
4. Krachten voor en tegen de eigen oplossing onderzoeken (deel 2)
5. Eigen zoektocht met collega, docent of begeleider bespreken (deel 2)

1 Herkennen van bureaucratische contexten en neigingen in de zorg

In de huidige maatschappij wordt veel geloof gehecht aan wat in deze toolkit *contractuele relaties* worden ge-

noemd. Bij een contractuele relatie ligt de prioriteit bij het - al dan niet papieren - contract dat zorgaanbieder en zorgvrager met elkaar sluiten. Het lijkt dan alsof het gaat om twee partners die een gezamenlijk wederzijds belang hebben. Die twee belangen zouden elkaar in evenwicht houden. Daarom lijkt de relatie stabiel en kan aan een zelfde doel worden gewerkt. De gevolgen van deze opvatting zien we in de zorgsector als alles wordt verwacht van zorgplannen, zorgleefplannen, regels en formulieren. De contractuele afspraken en onderdelen kunnen correct en juist ingevuld zijn, maar dat zegt nog weinig over wat er in bed of aan tafel of in huis gebeurt. De contractuele relatie is in feite verbonden met het secundaire proces (waar het vooral gaat over de organisatie van zorg). Terwijl de werkelijke dagelijkse zorghandelingen zijn verbonden met een professionele relatie en het primaire proces vormen. Als de contractuele relatie de professionele relatie verdringt, wat een gevolg kan zijn van doorgeslagen bureaucratie dan ligt machtsmisbruik op de loer. Hoe dat kan, laat een praktijkvoorbeeld zien:

'Mevrouw we hebben afgesproken [wat betekent: vastgelegd of gedictieerd] dat ik u alleen help als u van te voren de badspullen klaar legt. U doet dat niet, dus stop ik'.

Uit deze praktijksituatie kan worden afgeleid dat deze verpleegkundige bureaucratische principes de bovenaan laat voeren. Tijdens een reflectiebespreking gaf zij als argument voor haar gedrag dat mevrouw zelf kon kiezen en dat in hun organisatie dergelijke afspraken gemaakt waren, waar zij zich aan hield. Zij heeft een aantal minuten voor deze patiënt gereserveerd. Daarbinnen past niet dat zij andere handelingen verricht dan binnen de minutenzorg in een team is vastgesteld.

Daarom is de eerste taak het onderzoeken en het herkennen van bureaucratische contexten en professionele contexten in de organisatie of op de afdeling en bureaucratische neigingen bij zichzelf en bij collega's.

Perspectief op:	Menselijke waarde	Bureaucratie
patiënt:	patiënt die zorg behoeft	klant die kan kiezen
zorg:	is gezamenlijk proces, waarbij het verschil tussen een contractuele relatie en een professionele relatie wordt gehanteerd	is product, waarbij de handelingen worden uitgedrukt in minuten en externe normen
zorgorganisatie:	zorgproces stuurt organisatie	organisatie stuurt zorgproces
team:	samenwerkende pro-actieve professionals	groep werknemers in dezelfde setting
professionaliteit:	passieve en actieve verantwoordelijk voor eigen gedrag	aangepast aan normen van organisatie
kwaliteit:	volgens interne en externe normen	volgens externe normen

Opdracht 2

De student of leerling krijgt als opdracht haar stageafdeling of leerafdeling gedurende enkele weken te obser-

veren en haar observaties uit te schrijven. Daarvoor gebruikt zij de matrix met de categorieën: *perspectief op, menselijke waarde en bureaucratie.*

Daarvoor doordenkt en bediscussieert zij van te voren in een groep onder begeleiding van docent of praktijkbegeleider observatiepunten, die zijn afgeleid van de begrippen uit de matrix. Zij stelt een lijst van deze punten op en vult om de drie dagen deze lijst in.

Na afloop van de afgesproken periode maakt de student haar eigen profiel van de afdeling. Tijdens de leer- gesprekken worden de profielen van de studenten uit de groep vergeleken en besproken. Een handige manier hiervoor is het gebruik maken van een scorelijst, waarbij de student op basis van haar bijgehouden observatielijst voor ieder onderdeel een waardering aankruist. Het gebruik van de scorelijst maakt het mogelijk om de resultaten niet absoluut maar relatief weer te geven. Waarmee meer recht gedaan wordt aan student, professionals en afdelingen.

PERSPECTIEF: 1 2 3 4 5
Menselijke waarde ————— Bureaucratie

PATIËNT: 1 2 3 4 5
Menselijke waarde ————— Bureaucratie

ZORG: 1 2 3 4 5
Menselijke waarde ————— Bureaucratie

ZORGORGANISATIE: 1 2 3 4 5
Menselijke waarde ————— Bureaucratie

TEAM: 1 2 3 4 5
Menselijke waarde ————— Bureaucratie

PROFESSIONALITEIT: 1 2 3 4 5
Menselijke waarde ————— Bureaucratie

KWALITEIT: 1 2 3 4 5
Menselijke waarde ————— Bureaucratie

2. Eigen normatieve kader expliciteren

Van verpleegkundigen en verzorgenden wordt verwacht dat zij:

- Zich beschikbaar stellen voor de patiënt.
- Tegemoet komen aan de noden en behoeften van patiënten.
- Zich telkens op verschillende manieren verdiepen in de betekenis van ziek zijn en leven met een handicap.
- Zich telkens weer verdiepen in verschillende opvattingen over het lichaam: het doorleefde lichaam en het disfunctionerende lichaam.
- Accepteren dat de relatie patiënt en verpleegkundige een persoonlijke relatie is die gegrond is in het leven met een ziekte.
- Telkens een onderscheid maken tussen genezen en helen en zorgend handelen en niet-zorgend handelen.

- Werken volgens de professionele standaarden en normen.
- Op de juiste wijze omgaan met de spanning die kan ontstaan tussen de eisen die aan haar gesteld worden.
- Vanuit een team individuele zorg kunnen bieden.
- Afwegingen met betrekking tot moreel en technisch handelen kunnen beargumenteren en verantwoorden.

Dat alles vraagt dat de student/leerling de begrippen waarden en normen op een juiste manier kan gebruiken. En het vraagt een grote mate van zelfbewustzijn, zelfkennis en zelfsturing. Een organisatievorm als Buurtzorg Nederland laat zien waartoe het kan leiden als professionals worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid en zelfstandigheid, ongeacht hun opleidingsniveau. Om haar eigen intenties te onderzoeken, kan de student zichzelf regelmatig de volgende vragen stellen en mogelijk de antwoorden bespreken met collega's:

Foto: Roel Pieper



Opdracht 3

- Wat vond ik essentieel in mijn beroep voordat ik aan de opleiding begon?
- Waarom wil ik van zorgen mijn beroep maken?
- Wat is er over gebleven van wat ik me had voorgesteld voordat ik aan de opleiding/stage begon?
- Waarom accepteer ik dat?

Als de student zich een globaal beeld heeft gevormd van wat ze zelf belangrijk vindt, kan ze dat verdiepen en toepassen op haar stage of leerwerkplek, door de volgende vragen te beantwoorden. Een handige manier hiervoor is het gebruik maken van een scorelijst, waarbij de student op basis van haar bijgehouden observatielijst voor ieder onderdeel een waardering aankruist. Het gebruik van de scorelijst maakt het mogelijk om de resultaten niet absoluut maar relatief weer te geven. Waarmee meer recht gedaan wordt aan student, professionals en afdelingen.

Opdracht 4

Ik stel mij helemaal beschikbaar voor de patiënt of bewoner

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik kom volledig tegemoet aan de noden en behoeften van patiënten

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik verdiep mij in de ziektes, handicaps en beperkingen door te lezen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik heb een echte zorgrelatie met de patiënt of bewoner

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik weet wanneer mijn handelen zorgend is en wanneer niet

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik weet wanneer mijn handelen op genezing gericht moet zijn

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik werk volgens professionele standaarden en normen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik ken de spanning tussen belangen van de patiënt, eigen belangen, belangen van het team, belangen van de organisatie

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik kan met tegengestelde belangen omgaan zonder dat de patiënt de dupe wordt

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ik kan een onderscheid maken tussen morele aspecten en technische aspecten bij beslissingen voor mijn zorg

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Tot slot: tot zover zijn de tools gericht op het verwerven van inzicht. In de volgende O&G wordt een toolkit gepresenteerd die de studenten helpt tot het gewenste handelen te komen.

* Over de auteur

Dr. Aart Pool is redacteur van *Onderwijs en gezondheidszorg*.

Literatuur

- VBOC – AVVV (2006). *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*. Utrecht: 2006.
- Have, H.A.M.J. ten. (1999). Interpretatie in de praktijk. Klinische ethiek en de prudente zorgverlener. Wils, J.P. (red.). Ethiek en hermeneutiek. Leende: Damon,
- Pool, A & Mast, J. (2011). *Eerst buurten, dan zorgen*. Den-Haag: LEMMA.
- Meurs, P. (2006). Hoe kunnen we de kwaliteit van de publieke dienstverlening verbeteren? Professionaliteit, dienstbaar management en goede voorbeelden! Volkskrant.
- Tonkens E. (2003). Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Utrecht: NIZW.

Wmo als kans voor de samenleving

Studiereis Zweden

In het voorjaar van dit jaar organiseerde het Nederlands Instituut voor Studiereizen een studiereis naar Zweden met de pakkende titel 'Wmo als kans voor de samenleving'. Het doel van de reis was kennismaken met de wijze waarop in Zweden de lokale overheid taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) uitvoert. De deelnemers lieten zich informeren over hoe men daar met de Wmo omgaat en verwierven zo een blik op de toekomst. Naast verzorgenden, verpleegkundigen en welzijnswerkers waren de deelnemers aan de reis opvallend vaak wethouders en beleidsambtenaren die zich bezighouden met het boeiende werkkterrein van de Wmo.

Geralien Holsbrink-Engels *

■ Wetten

De Wmo is in Zweden geregeld in verschillende wetten. De belangrijkste voor de Wmo zijn een drietal wetten. De eerste wet 'The Social Services Act' (Zweedse afkorting is SoL) regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid en het gemeentelijke takenpakket op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, zorg en welzijn ten opzichte van de inwoners en specifieke groepen binnen de gemeentegrenzen. De wet regelt de rechten op financiële en sociale ondersteuning vanuit de gemeente. Het is aan de inwoners zelf om na vrije keuze van dit aanbod gebruik te maken (autonomie van de burgers). De burger ontvangt de ondersteuning van de gemeente na een expliciet verzoek, dus niet automatisch.

De tweede wet is 'The Health and Medical Act' (Zweedse afkorting is HSL) waarbij de gemeente de zorg voor burgers in de gemeente dient te organiseren tot aan het verpleegstersniveau (met name wijkverpleging). Tenslotte 'The Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments' (Zweedse afkorting is LSS). Deze Zweedse wet regelt de ondersteuning en service aan mensen met een beperking (zowel ouderen als gehandicapten). Daarnaast zijn er nog 'The Care of Young Persons Act' en 'The Care of Alcohol and Drugs Abusers Special Provisions Act'.

■ Gezondheidszorg in Zweden

De gezondheidszorg in Zweden staat op een kwalitatief hoog niveau en is op onderdelen heel anders georganiseerd dan de zorg in Nederland. De gezondheidszorg is toegankelijk voor alle inwoners van Zweden. Voorop staat dat iedereen toegang heeft tot dezelfde zorg. Het systeem is overzichtelijk en de kosten zijn laag, al betaalt ieder individu naar draagkracht bij via de gemeentebelasting (daarover straks meer). Er zijn dus geen maandelijkse premies die aan zorgverzekeraars worden betaald. Men heeft echter wel een beperkt eigen risico van maximaal 900 kronen (is ongeveer 100 euro) per jaar.

Ouderenzorg is het speerpunt van het beleid voor de komende jaren. Meer dan vijf procent van de Zweden is 80 jaar of ouder. Daarmee heeft het land het hoogste percentage tachtigplussers van heel Europa.

De aanwezigheid van mantelzorg is geen beperkende factor voor de hoeveelheid te ontvangen zorg.

■ Gedecentraliseerd.

De studiereis begon in het Gemeentehuis van Västerås. Tijdens deze ochtend werd door Eva Sahlén, de directeur van de 'Social Services Committees', een presentatie gegeven over de wetgeving in Zweden en het 'Wmo'-beleid in de gemeente Västerås. Het systeem van de Zweedse gezondheidszorg is gedecentraliseerd en kent drie niveaus: landelijk, regionaal en lokaal.

Landelijk

Op centraal niveau kent men het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken (Socialdepartementet) en het Centraal Bestuur voor Gezondheid en Welzijn (Socialstyrelsen). Hun rol bestaat onder meer uit het maken van wetgeving, het uitvaardigen van richtlijnen en supervisie op het terrein van kwaliteit en toegankelijkheid. Socialstyrelsen is ook verantwoordelijk voor de erkenning van buitenlandse diploma's in de gezondheidszorg.

Regionaal

De provinciale besturen (Landsting), die bestaan uit gekozen politici, zijn verantwoordelijk voor de financiële en operationele zaken binnen de gezondheidszorg in hun regio. De primaire opgave is om de inwoners te voorzien van gezondheidszorg, van de gespecialiseerde zorg in universitaire ziekenhuizen tot de primaire zorg in lokale gezondheidscentra in de regio. Ongeveer 90 procent van alle ge-

zondheidszorg wordt geleverd door openbare aanbieders. De laatste jaren is er echter een trend dat men meer zorg uitbesteed aan particuliere zorgaanbieders, aanbieders die eigendom zijn van de provincie of samenwerkingsverbanden.

Lokaal

De centra voor gezondheidszorg (Vårdcentral), waar er circa duizend van zijn in Zweden, vormen de basis van de Zweedse gezondheidszorg. De meeste Zweden hebben geen vaste huisarts, maar bezoeken een dienstdoende arts in het gezondheidscentrum (vårdcentral) in hun gemeente. De districtsverpleegkundige (distriktssjuksköterska) speelt tevens een belangrijke rol in het opvangen van patiënten en het uitvoeren van basishandelingen. In de meeste gevallen werken in een vårdcentral twee tot zes artsen samen in een team van onder meer verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen en medisch secretaresses. Voor een bezoek aan een medisch specialist heeft men een verwijzing van een arts nodig. Fysiotherapie en ergotherapie zijn in de meeste provincies echter vrij en onbeperkt toegankelijk.

In Zweden vallen alle personen boven de 65 jaar en personen met een ongeneeslijke ziekte onder de gemeentelijke gezondheidszorg. Anderen vallen onder verantwoordelijkheid van Landstinget (regionaal niveau). Met andere woorden: zolang er nog sprake is van mogelijke genezing, valt men onder de gezondheidszorg van Landstinget. Is genezing niet meer mogelijk, dan valt men onder de gemeentelijke zorg. De gemeentes zijn integraal verantwoordelijk voor de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en delen van de geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg vindt men onder meer in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg.

■ Opvallend verschil in Wmo-beleid

Het Wmo-beleid is in Zweden decentraal georganiseerd en veel meer politiek gekleurd dan in Nederland doordat de lokale overheden de rol vervullen van opdrachtgever en financier van de zorg. In de sociale commissie voor onder andere ouderenbeleid, gehandicaptenzorg, individuele- en familieondersteuning wordt het activiteitenplan vastgesteld door lokale politici in samenspraak met de plaatselijke professionals. De plaatselijke betrokkenheid bij de zorg en welzijn is hierdoor groot. De vaakgenoemde kloof tussen politiek en burger bij het te voeren beleid

is mede hierdoor in Zweden kleiner dan in Nederland. Doordat de Zweedse inwoners altijd en in eerste instantie belasting betalen aan de gemeente en de provincie waarin zij wonen (80% van het totale bedrag), is de politieke betrokkenheid van burgers groot bij de besluitvorming over de besteding van deze belastinggelden in sociale commissies van de gemeenten. In deze sociale commissies wordt decentraal bepaald welke activiteiten voor welke doelgroepen in de gemeente van het 'belastinggeld' worden ontplooid.

Bij de invoering van de Wmo in Nederland vormt het Zweedse model een belangrijke inspiratiebron en tegelijkertijd wordt het model slechts gedeeltelijk geïmplementeerd en opgevolgd. De lokale overheid in Nederland vervult net als in Zweden de rol van opdrachtgever en in toenemende mate de rol van financier van de zorg. Zij is echter niet verantwoordelijk voor het innen van de landelijke belastingen van de Nederlandse burgers. Kortom, een essentieel element van inspraak en burgerkracht in het Zweedse systeem, namelijk het decentrale beleid ten aanzien van de belastingen, wordt in Nederland (nog) niet overgenomen. Dit is een gemiste kans om de burger bij de politiek rondom zorg en welzijn te betrekken. De constructie voor inspraak van burgers is met en via Wmo-raden in het Zweedse stelsel dan ook niet nodig.

Västerås stad maakt gebruik van een 'koper-provider' model in de ouderenzorg, sociale dienst, scholen, kinderopvang en cultuur. Dit impliceert een duidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering. De politiek is verantwoordelijk welke diensten worden aangeboden en worden ingekocht. De gegunde instellingen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering.

■ ICT en ouderenzorg

Een deel van de studiereis staat in het teken van de grote nadruk die de Zweedse overheid legt op de ontwikkeling en het gebruik van ICT en digitalisering binnen de zorg en ondersteuning, vooral voor ouderen. Tal van verschillende projecten zijn de laatste jaren opgestart. De gemeente Västerås geldt als een van de voorlopers in Zweden op dit vlak. In 2006 heeft het Zweedse parlement gekozen voor een e-healthstrategie die is gericht op het ontwikkelen van een landelijke ICT-infrastructuur en het toegankelijk maken van informatie en diensten voor burgers. In 2010 is de strategie aangepast, waarbij de focus meer is komen te liggen op proces en kwaliteit dan op de ontwikkeling van technologie. Daarnaast heeft een uitbreiding plaatsgevonden naar langdurige zorg en welzijn. Ook in de nieuwe strategie streeft men ernaar de patiënt centraal te stellen. Beleidsmakers krijgen verder betere hulpmiddelen in handen om de gezondheidszorg te plannen en te ontwikkelen. Verschillende nationale en Europese projecten met mooie namen zoals VIKTIG, ACTION en GAPET passeren de revue. Een sprekende zorg-robot in huis en een robothond tegen eenzaamheid lijkt ons allen wel iets.

■ Minder vrijwilligers in de zorg

Tijdens de reis zijn ook een aantal parallelbezoeken afgelegd die zich op specifieke thema's richten. Bij deze bezoeken hebben we mogen zien hoe mensen met een beperking volwaardig mens mogen zijn. De mens staat centraal en niet de beperking. Grootschalige voorzieningen of instellingen in Zweden bestaan niet meer sinds de negentiger jaren en kleinschalige woonvormen zijn opgekomen. De reguliere zorg voor ouderen en mensen met beperkingen lijkt niet zoveel

Foto: beschikbaar gesteld door de auteur



te verschillen met Nederland. Wel is opvallend dat het Nederlandse Wmo-thema 'de mix tussen en aansluiting van formele en informele zorg' in Zweden minder lijkt te spelen. De zorg in Zweden wordt uitsluitend door professionals (betaalde opgeleide medewerkers) uitgevoerd. De serieuze pogingen van gemeenten in Nederland om te komen tot kanteling waarbij professionals die niet-medische zorg geven, deze zorg gaan delegeren aan vrijwilligers zien we in Zweden niet. We zijn geen professionals tegen gekomen die bijvoorbeeld de vrijwilligers coachen in huisbezoeken of kleding kopen zoals wel het geval is in de ouderenzorg en/of gehandicaptenzorg in Nederland. De samenwerking tussen formele en informele hulp is in Zweden beperkt.

■ ProAros

Op donderdag en vrijdag bezochten wij ProAros, de gemeentelijke aanbieder van diensten, waaronder zorg, en Attendo Care, een particuliere zorgaanbieder. ProAros is een grote werkgever. Zij heeft ongeveer 8.000 medewerkers in meer dan 130 units en een jaarlijkse omzet van ongeveer SEK 3,3 miljard per jaar. ProAros is actief in verschillende sectoren:

- Schoolse activiteiten (waaronder peuterspeelzaal, kinderopvang en BSO)
- Volksgezondheid en Sociale Zorg
- Individu en gezin
- Cultuur, vrijetijdsbesteding en preventie

In Nederland is het tot nu toe meestal nog ondenkbaar om één aanbieder van allerlei verschillende (sociale) diensten binnen één gemeente te hebben. ProAros biedt in een onderscheiden unit zorg voor mensen met een psychiatrische aandoening, in een andere

ProAros unit culturele activiteiten en zorgt in weer aparte units voor het basisonderwijs. Door al deze gemeentelijke voorzieningen en diensten bij één non-profit instelling onder te brengen, is het eenvoudiger om bijvoorbeeld de employability van personeel te vergroten en gebruik te maken van dezelfde materiële voorzieningen. Bijvoorbeeld, we zijn tussen de middag gaan eten in het Herrgårdets servicehus waar zowel schoolkinderen als ouderen hun warme maaltijd gebruiken. Een keukenstaf werkt voor verschillende doelgroepen in plaats van dat voor verschillende doelgroepen aparte instellingen en aparte keukeneenheden bestaan.

■ Voor en- nadeel invoering Wmo

De gezondheidszorg in Zweden heeft nu ruim twintig jaar ervaring met de Wmo waarbij de gemeentelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor maatschappelijke ondersteuning inclusief langdurige zorg zijn verankerd in wetten. De verantwoordelijkheden van de verschillende actoren is duidelijk vastgelegd (standaardisatie). De burger met een hulpvraag kan in de gemeente bij één loket terecht voor verpleging (thuiszorg), huisvesting (woningaanpassingen), vervoer en re-integratie. In het boven-

Wmo-onderwerp	Zweden	Nederland
Doel	Verbeteren van de kwaliteit	Kleiner beroep op professionele zorg
Prioriteit	Ouderenzorg	Versillend Wmo-beleid geformuleerd per gemeente
Burger	Meer regie in eigen leven, zelf keuzes maken	Meer regie in eigen leven, zelf keuzes maken
Nieuwe initiatieven	Meer gebruik van technologie	Divers
Invloed politieke besluitvorming op maatschappelijke ondersteuning per gemeente	Zeer groot via sociale commissies, elke vier jaar gemeenteverkiezingen	Beperkt, vooral via Wmo-raad per gemeente
Maatschappelijke inzet (informele zorg, vrijwilligers)	Meer informele zorg verbetert kwaliteit van leven en leidt tot dezelfde hoeveelheid professionele zorg	Meer informele zorg leidt tot minder professionele zorg
Bejegening	Vraaggestuurd en op maat	Vraaggestuurd en op maat
Organisatie van de zorg en welzijn	Een stichting voor schoolse activiteiten, volksgezondheid en sociale zorg, individu en gezin, cultuur, vrijetijdsbesteding en preventie is mogelijk.	Aparte verenigingen en stichtingen
Woonvoorzieningen	uitsluitend kleinschalig	Klein en grootschalig
Kosten zorg en welzijn	Gefinancierd door gemeentelijke belastingen	Gefinancierd door nationale belastingen & zorgverzekeraars

staande worden de belangrijkste overeenkomsten en verschillen samengevat.

Het grootste gevaar van decentralisatie van zorg onder de Wmo is waarschijnlijk het gebrek aan specifieke deskundigheid. Welke mogelijkheden blijven er bestaan voor instellingen/aanbieders van zorg om hun personeel te laten ondersteunen door specialisten bijvoorbeeld op gebied van psychiatrie, verstandelijke beperking en/of ouderenzorg? Wanneer zullen gemeenten specialisten inschakelen? Als de deskundigheid beneden een zeker niveau is gezakt, is er ook geen vraag meer naar deskundigheid.

De studiereis maakt duidelijk dat de invoering van de Wmo deuren opent naar een nieuwe manier van zorg aanbieden. Het versterken van de zorgtaak door de gemeente heeft voordelen. De gemeente heeft de mogelijkheid om de maatschappelijke par-

ticipatie van mensen met beperkingen effectief aan te pakken. Alle zorgaanbieders gaan op den duur onder dezelfde gemeentelijke regie vallen. De gemeente, in Zweden de sociale commissies, wordt de regisseur van ketens voor zorg en ondersteuning, gericht op maatschappelijke participatie. Zorg is per persoon duur. Door een betere gemeentelijke logistiek kun je de kosten reduceren. De gemeenten hebben vanuit hun centrale rol de mogelijkheid gekregen om de afstemming en de samenwerking van zorg te verbeteren.

De gemeenten krijgen de bevoegdheden die bij deze rol horen. Hier toe behoort de mogelijkheid om verzekeraars en zorgaanbieders daar waar nodig ter verantwoording te roepen. Zij krijgt ook de verantwoordelijkheid over de beoordeling van indicaties en over de zorgtoewijzing. In de toekomst zal blijken of deze voordelen ook in Nederland kunnen worden gerealiseerd. De gemeenten zullen, mits ze voldoende middelen ontvangen, hun nieuwe rol moeten waarmaken.

* Over de auteur

Dr. Gerialien Holsbrink-Engels is lector Community Care & Youth in het Kenniscentrum Gezondheid, Welzijn & Technologie van Saxion in Enschede.

Bewust kiezen voor een vervolgopleiding

Opleiden van VMBO-zorg naar MBO-zorg (niveau 2)

Recentelijk bezocht minister Van Bijsterveldt een praktijkschool voor VMBO in Parkstad Heerlen. Zij benoemde het belang voor een leerling om op kleinschalig niveau vorm te geven aan het doorgaan van de ene opleiding in de andere. Dicht bij de leerling staan en dicht bij de leerling zijn ontwikkeling volgen. Dit is onder andere mogelijk door een bijpassende vorm te vinden van leren en werken in de beroepspraktijk. Het project 'Onderwijs in de praktijk' is hier een voorbeeld van.

Thea Verstappen, Erik van Rossum, Charlotte Dobbelstein, Bert Kusters*

Sinds enkele jaren zijn binnen Sevagram, een grote aanbieder van ouderenzorg in de regio Heerlen, zeven zorgafdelingen, waaronder een Zorginnovatiecentrum (ZIC), leerafdeling geworden. Dit betekent dat voor de leerlingen en studenten leren en zorgen gecombineerd worden en dat zij op de afdeling begeleid worden door de verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden, ook wel de vaste medewerkers en/of werkbegeleiders genoemd. De leerlingen volgen hun opleiding bij het Sophianum- of het Emmacollege (VMBO), de studenten volgen hun opleiding bij het Arcus College (ROC) voor MBO of bij de Hogeschool Zuyd voor het HBO.

Van de zeven leerafdelingen vormen sinds mei 2009, vier leerafdelingen het project 'Onderwijs in de praktijk'. Dit project wordt gesubsidieerd door het Platform Hoger Beroepsonderwijs (HBPO) en loopt tot mei 2012. Uniek aan de leerafdelingen in dit project is dat vierdejaars leerlingen van het VMBO basis en kader, een aaneengesloten periode stage lopen bij de ondersteunende diensten van de leerafdeling. Belangrijke doelstellingen voor de stages zijn:

1. dat er minder uitval van deelnemers is aan het begin van de MBO-opleiding
2. dat afgestudeerden van een beroepsopleiding (MBO en HBO) behouden blijven voor de ouderenzorg
3. dat méér afgestudeerden kiezen voor de ouderenzorg
4. dat vanuit het VMBO meer leerlingen kiezen voor een beroepsopleiding in de zorg

Hoe de stage voor de VMBO-leerlingen vorm krijgt en welke positieve gevolgen dit kan hebben voor de persoonlijke ontwikkeling lichten wij in dit artikel toe. De gegevens in dit artikel zijn niet direct wetenschappelijk van oorsprong, maar vooral gebaseerd op ervaringen vanuit proces-evaluaties. Hiertoe zijn interviews en observaties uitgevoerd en documenten geanalyseerd.

De leerafdeling

Een leerafdeling is een authentieke werkomgeving waarin een groep leerlingen en studenten alle voor de beroepsuitoefening typerende

werkprocessen uitvoert en verantwoordelijk is voor de uitvoering ervan, met als doel het beroep te leren. De vaste medewerkers zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van het werk (Havekes & Drenth 2005). Eén van de belangrijkste succeservaringen binnen het project is het feit dat leerlingen en studenten van de zorgopleidingen in staat blijken om (onder professionele begeleiding) de afdeling zelfstandig te runnen. Waarbij er in de volle breedte een beroep wordt gedaan op hun competenties als beginnend beroepsbeoefenaar. Op dit moment is het nog niet zover dat de leerlingen en studenten volledig zelfstandig de zorg organiseren. Enerzijds liggen hier oorzaken bij de leerlingen en studenten, anderzijds vindt er een 'loslatenproces' plaats bij de vaste medewerkers.

De inzet van leerlingen en studenten van niveau 2 t/m 5 in gezamenlijkheid op één leerafdeling, heeft een positief effect op het leren van en met elkaar. Binnen de leerafdeling wordt steeds meer gewerkt aan peer coaching waarbij de vaste medewerkers deze coaching begeleiden. De vierdejaars VMBO-leerlingen worden ingezet bij de ondersteunende diensten waaronder bijvoorbeeld de voedingsdienst. Een stageperiode van twaalf weken en dan twee vaste dagen per week geeft deze leerlingen een beeld van de dagelijkse activiteiten in een zorginstelling. De continuïteit in de stage helpt om dit beeld helderder te krijgen en vooral ook of de leerling zich een toekomst in de zorg kan voorstellen. Op de leerafdeling werken en leren leerlin-

gen en studenten vanuit leervragen die zij tijdens het binnenschoolse deel van de opleiding formuleren. Omgekeerd kunnen er leervragen vanuit de praktijk (buitenschools) meegenomen worden naar de opleiding om verder te bespreken en er op te reflecteren.

■ Het 'loslatenproces' van de werkbegeleiders

De verandering van leerprocessen, van begeleidend volgen naar coachend aansturen, is een bewustwordingsproces bij de werkbegeleiders dat zich stap voor stap positief ontwikkelt. Voorbeelden hiervan zijn de eerder genoemde peer coaching (leren onder en van elkaar) en het leerdoel van een ouderejaars leerling/student om als eerstverantwoordelijke de dienst te laten aansturen. Deze begeleidingsprocessen worden nu al meer gecoacht vanuit het denk- en leerproces van de leerling.

De vaste medewerkers vragen hier om meer tools in handen te krijgen zodat zij nog meer vanuit competentieontwikkeling van de leerlingen en studenten kunnen begeleiden. Zo is een afdeling momenteel gestart met intervisie bij de vaste medewerkers. Een andere afdeling denkt na over het invoeren van een leerlingenbespreking zonder de leerlingen erbij te vragen. Om te leren en te werken vanuit het werkende en lerende zorgconcept, kunnen de initiatieven van de medewerkers als uitgangspunt dienen voor verdere verdieping in coachen op competentieontwikkeling.

■ Het leer/zorgconcept

Het leer/werkconcept, ontstaan vanuit de oprichting van het ZIC bij Sevagram in 2004, is voor alle vier de afdelingen binnen 'Onderwijs in de praktijk' tot nu toe succesvol gebleken. De samenwerkende partners (o.a. Sevagram, Arcus College en Hogeschool Zuyd) willen het concept verdiepen en verbreden. De verbreding die binnen 'Onderwijs in de praktijk' wordt gezocht, is meerdere afdelingen leerafdeling te laten zijn. Verdieping wordt gezocht in de professionalisering van werkbegeleiders, praktijkopleiders en begeleidend docenten – onder andere zoals hierboven beschreven. De verdieping wordt óók gezocht in een nog intensievere participatie van leerlingen van het VMBO.

Aan de VMBO-leerlingen wordt de mogelijkheid geboden om een realistisch opleidings- en beroepsbeeld te krijgen met betrekking tot de zorg. De stage start bij de ondersteunende diensten. Wanneer een leerling inte-

resse heeft in de zorg, mag de leerling af en toe meekijken hoe zorg gegeven wordt. Op deze wijze kan de interesse voor zorg ontwikkeld worden waardoor de leerling mogelijk kiest voor een beroep in de zorg. Reflecteren op ervaren zorgsituaties is vervolgens een belangrijke activiteit om voor deze leerling helder te krijgen of hij/zij dit nu daadwerkelijk zou willen.

■ 'Onderwijs in de praktijk' niet één maar vier leerafdelingen

Binnen de vier leerafdelingen worden de VMBO-leerlingen, de studenten vanuit MBO (BOL en BBL) en duaal HBO (1e en 2e jaars en duaal), begeleid door de vaste medewerkers. Docenten van het VMBO en MBO begeleiden de leerlingen en studenten ook en zijn enkele dagdelen per week op de afdeling aanwezig. De praktijkopleiders van Sevagram maken tevens deel uit van de begeleiding van leerlingen en studenten en zij coachen de werkbegeleiders (vaste medewerkers). De praktijkopleider is de schakel tussen de opleiding en de praktijk. Er vindt structureel (wekelijks) overleg plaats tussen docenten, praktijkopleiders en werkbegeleiders over doorlopende leerlijnen en doorlopende zorglijnen. De manier van competentiegericht leren, zoals op de opleidingen aangeboden wordt, wordt zoveel als kan buitenschools voortgezet.

■ Doorlopende leerlijn VMBO-MBO

Een leerlijn geeft voor een bepaald leergebied aan hoe leerlingen van een bepaald beginniveau tot de kerndoelen komen. Vaak is er sprake van meerdere tussendoelen. Bij leerlijnen kan een onderscheid gemaakt worden tussen lineaire leerlijnen en concentrische leerlijnen (Thijs & Van den Akker 2009). In het eerste geval worden bepaalde kennis en vaardigheden voorondersteld voor het verwerven van de volgende. Bij concentrische leerlijnen gaat het om een en dezelfde of gelijksoortige benaderingswijze in toenemend complexe taken. Voor doorlopende leerlijnen zijn doorstroomprogramma's nodig. Op dit moment wordt intensief nagedacht over hoe een VMBO-leerling, die geïnteresseerd is in de zorg, sneller zou kunnen doorstromen naar niveau 3.

Vanuit het Emmacollege lopen de leerlingen gedurende twaalf weken twee dagen per week stage. Vanuit het Sophianumcollege is dit zes weken en twee dagen per week. Alle leerlingen hebben gekozen voor een stage Zorg en Welzijn. Het wekelijks terugkomen op de stageplaats zorgt er voor dat er continuïteit in leren plaatsvindt én dat er aandacht kan zijn voor andere activiteiten dan enkel de opdrachten van school. Een voorbeeld hiervan is dat de leerling naast het bezoeken van de kapsalon met een bewoner ook mag helpen in de zorg. Op deze wijze kan er méér interesse ontstaan om na het VMBO te kiezen voor een opleiding in de zorg.

Zowel op de afdeling als op school is belangrijk dat de leerling kan vertellen over zijn ervaringen. En vervolgens is belangrijk dat de ervaringen van de leerling vervolgd krijgen in het binden van de leerling aan de afdeling. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door de leerling vakantiewerk aan te bieden in de zomerperiode

Uniek aan deze vorm van stagelopen is, dat de leerling op de afdeling begeleid wordt door een docent van de VMBO-school. En deze docent onderwijst en begeleidt de leerling óók op school, waar vervolgens besproken kan worden wat de leerling in de toekomst wil gaan worden. Naast de docent VMBO is er op de afdeling óók een docent MBO. De leerling die stage loopt, kan op deze wijze al kennis maken met het MBO en zal binnen de leerafdeling óók samenwerken met



de MBO-helpende (niveau 2) en de MBO-verzorgende (niveau 3). In een realistische en contextrijke oriëntatie op de ouderenzorg, kan de leerling een veel bewustere keuze maken voor een vervolgopleiding in de zorg.

■ Voortgang

Op dit moment zijn de vier leerafdelingen ruim anderhalf jaar operationeel. De leerlingen VMBO en studenten MBO zijn enthousiast. Vooral de extra tijd aan begeleiding ervaren zij als zeer welkom. De grote hoeveelheid leerlingen en studenten maakt dat de dagindeling strak gehouden dient te worden. Er zijn nog niet voldoende handvatten (vaardigheden op competentieontwikkeling) ontwikkeld voor de werkbegeleiders om, naast de activiteiten van de dag, een casusbespreking te houden of een reflectie te geven op een uitgevoerde handeling volgens de cirkel van Korthagen. Werkbegeleiders merken dat ze creatiever worden in hun denken en handelen. Wanneer er veel studenten en leerlingen op de afdeling zijn, is er de verantwoordelijkheid om een ieder aan het werk te houden. Het 'loslaten' van die verantwoordelijkheid en deze als het ware overdragen op de leerlingen en studenten, ervaren de meeste werkbegeleiders als een moeilijke vaardigheid die tijd nodig heeft om onder de knie te krijgen.

Samenvattend

Het project 'Onderwijs in de praktijk' wil meewerken aan de uitdaging om in de toekomst voldoende verzorgenden te behouden voor de zorg. Een leerafdeling biedt de mogelijkheid om VMBO-leerlingen te interesseren voor de zorg. Wanneer de leerling deze interesse laat blijken, zou de mogelijkheid er moeten zijn om de leerling daadwerkelijk te binden en te blijven boeien voor werken in de ouderenzorg. Aanbeveling hierbij is dat gedurende de periode waarin de leerling stage loopt, er wekelijks op school gelegenheid is te kunnen vertellen over ervaringen. Samen met leeftijdgenoten die op dat moment vermoedelijk dezelfde ervaringen opdoen. Wanneer de leerling vervolgens kiest voor de zorg, is er de vraag of de lengte voor het op-

leiden in de zorg korter zou kunnen zijn. De leerling heeft immers al kennis gemaakt met zorg, zijn interesse getoond en competenties ontwikkeld. De ontwikkelde (eerder verworven) competenties zouden hiervoor het bewijs kunnen zijn.

* Over de auteurs

Thea Verstappen MEd, is onderzoeker in het project 'Onderwijs in de praktijk' met als aandachtsgebied het uitvoeren van de procesevaluatie gedurende het project. Zij is werkzaam bij de Hogeschool Zuyd en coördinator differentiatie HBO Verpleegkunde

Erik van Rossum is bijzonder lector Zorginnovaties voor kwetsbare ouderen aan de Hogeschool Zuyd (kenniskringen Autonomie en Participatie van chronisch zieken en Technologie in de Zorg).

Charlotte Dobbels (Sevagram) is projectleider 'Onderwijs in de praktijk'.

Bert Kusters (Arcus College) is projectleider 'Onderwijs in de praktijk'.

Literatuur

- Havekes, R. & Drenth, H. (2005). *De leerwerkplaats: samen leren in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Interne rapportage project 'Onderwijs in de praktijk' (2010). *Focusinterviews opleiders, leerlingen en studenten*. Heerlen.
- Interne rapportage project 'Onderwijs in de praktijk' (2010). *'Onderwijs in de praktijk': tussenrapportage*. Heerlen.
- Interne rapportage project 'Onderwijs in de praktijk' (2011). *Focusinterviews Werkbegeleiders*. Heerlen.
- Munstermann, H. & Hermans, V. (2010). *Doorgaande leerlijnen: een complexe uitdaging*. Tijdschrift Onderwijsinnovatie, Open Universiteit.
- Thijs, A. & Akker, J. van den (2009). *Leerplan in ontwikkeling*. Enschede: SLO.

Wanneer bent u een goede docent?

Verslag van de EARLI Conferentie 2011 te Exeter

Van 30 augustus tot 3 september 2011 vond de 14e tweejaarlijkse EARLI Conferentie voor Onderzoek op het gebied van Leren en Instructie in Exeter plaats. De EARLI (European Association on Learning and Instruction) is een gemeenschap van onderzoekers die zich met onderwijskundige, leerpsychologische en methodische vraagstukken bezighouden. Dagelijks werden drie sessies met vier presentaties gegeven, afgewisseld met een keuze uit een keynote-spreker. Een verslag van deze conferentie.

Henk Ritzen *

■ EARLI

De EARLI is een internationaal platform van onderzoekers met als doel het bevorderen van onderzoek op het gebied van leren en instructie. Bijna 2000 leden uit 56 landen wisselen binnen het platform systematisch hun kennis en onderzoeksresultaten uit, bespreken ideeën over onderzoek, nodigen elkaar uit voor internationale en interdisciplinaire samenwerking en publiceren hun onderzoeksbevindingen in boeken en tijdschriften. In dit verslag een impressie van het congres, drie korte samenvattingen van keynotes en links naar samenvattingen en tips.

■ Gastheer

Gastheer van deze conferentie is de universiteit van Exeter, waarvan de campus prachtig is gelegen aan de rand van de stad in (en op!) de karakteristieke heuvels van het mooie Devon. Lopen dus, van de ene naar de andere presentatie, 'hill up' of 'hill down' en na alle hersengymnastiek alleen spierpijn in de benen!

De thema's liepen uiteen van de ontwikkeling van docenten, vakdidactiek, onderwijs-technologie tot onderwerpen als docent-student interactie, zelfregulatie, motivatie en begeleiding. De theoretische invalshoeken varieerden daarbij van sociologische en psychologische tot meer technologische. En dat alles samengevat onder het thema: Education for a Global Networked Society. Interessant zijn de volgende drie keynotes: Gert Biesta, Maarten Vansteenkiste en Mien Segers.

■ Gert Biesta

De eerste keynote was van Gert Biesta, een Nederlander in Engelse dienst. Biesta, werkzaam bij de universiteit van Stirling, ging in zijn verhaal in op de rol en verantwoordelijkheid van het onderwijs m.b.t. die zogenaamde Global Networked Society. Na een wat langere inleiding kwam hij tot een aantal uitspraken die vooral de bedoeling hadden iedereen in de zaal aan het denken te zetten. Volgens Biesta dient het onderwijs, en ook het onderwijsonderzoek, niet alleen reactief te zijn ten aanzien van wereldwijde ontwikkelingen. Hij verwacht van het onderwijs een kritische en verantwoordelijke rol als het gaat om de 'bijdrage' die onderwijs levert aan de zogenaamde 'global networked society'. Volgens Biesta wordt die samenleving sterk bepaald door economische drijfveren en principes en zou een slaafse navolging door het onderwijs te eenzijdig zijn. Hij spreekt in dat verband van een 'democratische tekortkoming' van het hedendaagse onderwijs. Onderwijs dient de eigen kritische, verantwoordelijke houding ook over te brengen op de jeugd door naast kwalificatie en socialisatie ook te werken aan wat Biesta 'subjectificatie' noemt. Biesta beschouwt subjectificatie als de uniciteit van ieder individueel menselijk wezen. Hij plaatst het begrip tegenover socialisatie en stelt dat het onderwijs zich ook meer los moet maken van de samenleving om het individuele aspect te kunnen benadrukken. Biesta's antwoorden op vragen uit de zaal na afloop maken duidelijk dat dit zeker geen eenvoudige opdracht voor het onderwijs is.

■ Maarten Vansteenkiste

Een tweede interessante keynote werd gegeven door de Belgische onderzoeker Maarten Vansteenkiste, als hoogleraar verbonden aan de vakgroep 'Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie' van de Universiteit van Gent. Ondanks zijn betrekkelijk jonge leeftijd, heeft Vansteenkiste door middel van een groot aantal publicaties al veel bijgedragen aan de inzichten m.b.t. menselijke motivatie en vooral die van studenten. Vansteenkiste is zelf een 'leerling' uit de school van Deci, een van de grondleggers van de 'self determination theory'. En aan zijn eigen motivatie schort er niets, getuige zijn wetenschappelijke productie en de gedrevenheid waarmee hij zijn verhaal



brengt. De belangrijkste inzichten die hij in een indrukwekkende presentatie van ongeveer een uur naar voren haalde, zijn te plaatsen op het snijvlak van extrinsieke en intrinsieke motivatie (het traditionele onderscheid). Op basis van basisbehoeften -autonomie, verbondenheid en competentie-, (re)ageren jongeren heel verschillend, afhankelijk van hoe het 'moeten' en het 'willen' met elkaar samenvallen, in balans zijn of om voorrang strijden. Vansteenkiste maakt een onderscheid tussen gecontroleerde motivatie en autonome motivatie. Gecontroleerde motivatie bestaat uit externe dwang (straf, beloning, verwachting) en prikkels (schaamte, schuld, zelfwaarde). Autonome motivatie bestaat uit zelfverantwoordelijkheid (persoonlijke relevantie, betekenisvolheid) en gedrevenheid (plezier, passie, interesse). De inzichten uit verschillende onderzoeken geven veel aanknopingspunten voor veel gehoorde discussiepunten in mbo en hbo ten aanzien van onderwerpen als structurering en zelfregulering. Vansteenkiste is geen pleitbezorger voor volledige autonomie voor studenten, maar zijn onderzoek laat zien dat eenzijdige dwang en controle de motivatie negatief beïnvloeden. Hij pleit voor meer doordachte vormen van structurering en sturing, waarbij veel eigenlijk al afhangt van het alledaags taalgebruik van docenten in de omgang met hun studenten.

■ Mien Segers

Een derde keynote is van Mien Segers, hoogleraar Universiteit van Maastricht (Educational Research and Development, School of Business and Economics en verbonden aan het Centre of Learning in Organisations van de Universiteit Leiden). Haar onderwerp is het oprekken van grenzen tussen wetenschappelijke disciplines. Een belangrijke wetenschappelijke vraag is of het domein van leren en instructie de grenzen van het onderzoek en van wetenschapsdomeinen kan oprekken? Mien Segers gaat in haar keynote uit van recente resultaten uit het onderzoek naar 'peer assessment' en 'teamlernen' en constateert dat in studies op het gebied van HRM overeenkomsten zijn met leren en instructie uit het leerpsychologisch en onderwijskundig domein. Vooral de vele vormen van coöperatief leren die zowel in het onderwijs als binnen teams plaatsvinden bieden dezelfde resultaten. Zij stelt dat de grenzen in de wetenschap niet worden gecreëerd door het systeem, maar door de onderzoekers zelf. Tijdens de discussie refereert Segers naar de problematiek van voortijdig schoolverlaten (vsv). Binnen vsv wordt te weinig gebruik gemaakt van onderzoeksmethoden die de effecten van interventies meten. Veel subsidie wordt gebruikt om individuele leerlingen preventief te begeleiden. Rekken we de grenzen van het vsv-beleid op

naar het domein van de gezondheidszorg waar evidence based wordt gewerkt, dan kunnen effecten van vsv-interventies die door de overheid worden gesubsidieerd, beter worden vastgesteld. Hierdoor wordt het leervermogen van scholen vergroot en zijn de resultaten uitwisselbaar!

■ Afsluitende tips!

Alle samenvattingen van symposia, papers en posters kunt u downloaden via http://www.earli2011.org/nqcontent.cfm?a_id=487 Een aanrader voor alle docenten die een professionaliseringstraject, een bachelor, of master opleiding volgen en zich willen oriënteren op de laatste stand van zaken op het gebied van onderzoek en theorievorming binnen het domein 'leren en instructie'.

Alle keynotes kunnen worden bekeken op http://elac.ex.ac.uk:8080/earli_elgg/pg/pages/view/4796/keynote-details

Tenslotte, welke variabelen zorgen ervoor dat u een goede docent bent?

1. U onderhoudt met uw studenten een goed contact.
2. U kunt uw onderwijs goed organiseren.
3. U bent empathisch.
4. U neemt goede sociale initiatieven.
5. U bent assertief!

Mocht u meer willen weten zoek in de congresbundel de paper van Michele Notari.

Referenties

- Notari, M. (2011). Individual and group level expressions of social skills as predictors of satisfaction & performance. Paper presented EARLI 2011, Exeter UK.

* Over de auteur

Henk Ritzen is hoofdredacteur van *Onderwijs en gezondheidszorg* Met dank aan Paulo Moeckotte, Annette van Liere en Jolien van Uden, allen werkzaam in het ROC van Twente.

De Implementatiecoach

Ondersteuning bij richtlijnen in de care

Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen een hoofdrol spelen bij het implementeren van richtlijnen in de care. In het coachingstraject 'De Implementatiecoach' leren zij hoe ze deze rol kunnen vervullen. Het LEVV ontwikkelde het coachingstraject en het NIVEL verzorgde een evaluatie. Het traject lijkt zeer geschikt voor het implementeren van richtlijnen; verpleegkundigen en verzorgenden zijn erg enthousiast. Wij beschrijven de opzet van het coachingstraject, zoals toegepast voor de richtlijn 'Depressie bij Dementie'. Het traject is ook voor de invoering van andere richtlijnen in de care in te zetten.

Renate Verkaik, Claudia Schröder-Baars, Myriam Crijns, Anneke Francke *

Afgelopen decennium zijn er verschillende richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden verschenen. Implementatie van de richtlijnen binnen zorginstellingen is de volgende stap. Uit het promotie-onderzoek van Verkaik (2009) bleek onder meer dat voortrekkers een belangrijke rol bij de implementatie kunnen spelen. De definitie van een voortrekkers is in dit geval 'iemand die respect en aanzien geniet binnen een afdeling/organisatie en de invoering van de richtlijn als een persoonlijk doel stelt'. Deze rol kan onder meer gespeeld worden door verpleegkundigen en verzorgenden. Zij hebben daarbij wel ondersteuning nodig, bijvoorbeeld aan de hand van het coachingstraject 'De implementatiecoach' ontwikkeld bij het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging LEVV (sinds 2011 gefuseerd met V&VN) door Holleman (2008).

■ Het coachingstraject

Het coachingstraject duurt vijf maanden en bestaat uit drie plenaire bijeenkomsten waarbij ook andere voortrekkers aanwezig zijn, en uit tussentijdse individuele coaching. De periode tussen de eerste twee bijeenkomsten bedraagt twee maanden; de periode tussen de tweede en derde bijeenkomst drie maanden. De eerste twee bijeenkomsten zijn faciliterend van aard terwijl bijeenkomst drie als 'Community of Practice' wordt ingezet: kennis en ervaringen binnen de groep worden gedeeld en verdiept.

Binnen de bijeenkomsten worden afwisselende leerstrategieën gebruikt: leren van eigen ervaringen, leren van en met elkaar en leren van en met experts. De bijeenkomsten zijn (inter)actief en sluiten aan bij het gemiddelde opleidingsniveau en bij de leerstijl van de verpleegkundigen en verzorgenden. In onderstaande tabel wordt de opbouw van het coachingstraject beknopt weergegeven.



Opbouw van het coachingstraject

Bijeenkomst I (4 uur): toelichting richtlijn en contextanalyse	<ol style="list-style-type: none"> 1 Kennismaking a.d.h.v. een meegebracht voorwerp dat voor de voortrekkers symbool staat voor de richtlijn 2 Toelichting richtlijn en bijbehorende materialen 3 Toelichting contextanalyse: uitleg over het in kaart brengen van de werkomgeving om inzicht te krijgen in factoren die de implementatie van de richtlijn kunnen beïnvloeden 4 Mindmap: in kaart brengen welke disciplines bij de implementatie van de richtlijn betrokken zijn en wat daarbij hun rollen zijn
Tussen bijeenkomst I en II (2 maanden): uitvoeren contextanalyse	Uitvoeren contextanalyse: samen met collega's van verschillende betrokken disciplines in kaart brengen welke factoren binnen de organisatie de implementatie positief en negatief kunnen beïnvloeden.
Bijeenkomst II (4 uur): implementatieadviezen	<ol style="list-style-type: none"> 1 De voortrekkers ontvangen implementatieadviezen op maat, gebaseerd op de uitgevoerde contextanalyses 2 Adviezen over communicatie en samenwerking met collega's bij de richtlijnimplementatie 3 Adviezen van deskundigen over implementatie en toepassing van de richtlijn
Tussen bijeenkomst II en III (3 maanden): implementatie en toepassing richtlijn	<ol style="list-style-type: none"> 1 Informeren en committeren collega's 2 Aansluiten bij bestaande gerelateerde instrumenten en protocollen 3 Richtlijn toepassen bij klein aantal bewoners 4 Organisatie klinische les 5 E-mail en telefonisch contact met trainer van het coachingstraject 6 Bijhouden ervaringen implementatieactiviteiten en -ervaringen in logboek
Bijeenkomst III (3 uur): delen opgedane kennis en inzichten	<ol style="list-style-type: none"> 1 De voortrekkers delen kennis, inzichten, leeropbrengsten en dilemma's 2 Vervolgstappen voor implementatie van de richtlijn

■ Evaluatie

Het NIVEL voerde een evaluatie uit van het coachingstraject 'De Implementatiecoach', zoals dat door V&VN werd aangeboden. Het coachingstraject werd doorlopen aan de hand van de richtlijn 'Depressie bij Dementie' (NIVEL/Waerthove, 2004a,b; www.venvn.nl). Deelnemers aan het geëvalueerde coachingstraject waren tien voortrekkers vanuit vijf verschillende verpleeghuizen: vier verpleegkundigen, vijf verzorgenden en een SPH'er. Van hen hadden er twee de functie van afdelingshoofd en één die van teamleider. De voortrekkers werkten, op een van hen na, op kleinschalige verpleeghuisafdelingen (maximaal tien bewoners). De voortrekkers werden of door de teamleiders gevraagd om het coachingstraject te volgen of hadden zich zelf aangeboden. Voor de evaluatie werd aan het eind van de derde bijeenkomst een groepsinterview met de voortrekkers gehouden; individueel vulden zij een vragenlijst in. Primair doel was het evalueren van het coachingstraject en het komen tot eventuele verbeterpunten.

Interview

Uit het interview blijkt dat negen van de tien voortrekkers het coachingstraject met goed gevolg hebben afgelegd: zij hebben het traject gevolgd en veel van de aangedragen implementatieactiviteiten ingezet. Zeven voortrekkers zetten de implementatie 'bottom-up' in: door te starten met het toepassen van de richtlijn bij een select aantal bewoners, samen met direct betrokken zorgverleners. Twee van de ne-

gen, beiden teamleider, hanteerden een meer 'top-down' strategie: zij startten met integratie van de richtlijn in de bestaande zorgprotocollen en overlegden met het hoger management over implementatie van de richtlijn organisatiebreed. Beide strategieën leken succesvol. Een van de voortrekkers was met de implementatie van de richtlijn gestopt, omdat er tijdens het coachingstraject volgens eigen zeggen geen bewoners aanwezig waren met depressie bij dementie.

Het coachingstraject werd door de voortrekkers positief beoordeeld. Zij gaven in het interview aan het een zeer praktische werkwijze te vinden. Ook beoordeelden ze de materialen die ze in het coachingstraject aangereikt kregen als duidelijk, waaronder de implementatieadviezen specifiek voor hun locatie. Het e-mailcontact vanuit V&VN hielp hen bij de les te blijven. De lengte van het coachingstraject was ook goed. Naar hun mening hadden ze een goede start met de implementatie gemaakt en konden ze nu zelf

verder. Sommigen vonden het wel prettig als ze door de trainer van V&VN na een aantal maanden nog eens benaderd zouden worden met de vraag hoe het nu gaat. Zo nodig zouden zij nog advies willen ontvangen.

Wat volgens de voortrekkers wel verbetering behoefde, was het creëren van betrokkenheid bij teamleiders/leidinggevendenden. Voor het geëvalueerde traject tekenden teamleiders/leidinggevendenden een formulier, waarmee zij aangaven de voortrekkers bij de implementatie van de richtlijn te steunen. Een aantal had vervolgens echter niets gedaan, waardoor sommige voortrekkers het idee hadden er alleen voor te staan. De voortrekkers stelden daarom voor om in toekomstige coachings-trajecten een eerste bijeenkomst te organiseren voor alleen de leidinggevendenden, of voor leidinggevendenden en voortrekkers samen, om hun betrokkenheid te vergroten en hun rol bij het creëren van de randvoorwaarden voor succesvolle implementatie te verduidelijken.

Vragenlijsten

Na het groepsinterview vulden de acht aanwezige voortrekkers nog een individuele vragenlijst in. Het gemiddelde rapportcijfer dat de voortrekkers aan het coachingstraject gaven, was een 7,6. Het hoogste rapportcijfer was een 8 en het laagste een 7. Zeven van de acht voortrekkers zouden het coachingstraject zeker aanbevelen aan collega's, één voortrekkers misschien.

Uit de vragenlijsten bleek verder dat vijf van de acht voortrekkers de haalbaarheid van de richtlijnimplementatie als goed beoordeelden, twee als voldoende en een als matig. Degenen die de haalbaarheid als voldoende of matig inschatten, wezen erop dat de leidinggevendenden voor randvoorwaarden moeten zorgen. Als dit gebeurt, dan schatten zij de haalbaarheid in als goed. Dit komt overeen met hetgeen de voortrekkers in het interview noemden.

De voortrekkers gaven in de vragenlijst ook aan in hoeverre onderdelen van het coachingstraject hen ondersteund hebben bij het implementeren van de richtlijn. Zij konden daarbij kiezen uit de antwoorden 'niet', 'nauwelijks', 'enigszins', 'behoorlijk' en 'in sterke mate'. Alle voortrekkers vonden dat de bijeenkomsten hen in sterke mate of behoorlijk hadden ondersteund bij het implementeren van de richtlijn. Over de specifieke onderdelen van de bijeenkomsten oordeelden zij over het algemeen ook zeer positief.



Al had het bijhouden van het logboek voor de meeste voortrekkers weinig toegevoegd.

Conclusies

Het coachingstraject 'De Implementatiecoach' bleek een geschikte wijze om verpleegkundige en verzorgende voortrekkers te ondersteunen bij het implementeren van de richtlijn 'Depressie bij Dementie' in verpleeghuizen. De voortrekkers beoordeelden het coachingstraject positief en gaven aan een goede start te hebben gemaakt met de implementatie van de richtlijn. Het belangrijkste verbeterpunt was het nauwer betrekken van de direct leidinggevendenden van de voortrekkers. Dit kan door de eerste bijeenkomst aan te passen en te richten op zowel de voortrekkers als hun leidinggevendenden. V&VN heeft het coachingstraject 'De implementatiecoach' inmiddels op bovenstaand punt aangepast.

Een beschrijving van het coachingstraject en bijbehorende materialen zijn vrij beschikbaar (en te downloaden van www.venvn.nl of www.zorgvoorbeter.nl), zodat bijvoorbeeld praktijkopleiders het coachingstraject zelf kunnen uitvoeren binnen hun eigen organisatie. Vanuit V&VN is het coachingstraject inmiddels ook ingezet voor implementatie van de richtlijnen 'Urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen' en 'Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie'. De ervaringen zijn ook daarbij positief. Het coachingstraject 'De implementatiecoach' lijkt dus tevens geschikt om andere richtlijnen in verpleeghuizen, en ook in verzorgingshuizen en de thuiszorg, te implementeren.

Dank

Evaluatie van het coachingstraject werd mogelijk gemaakt door subsidie vanuit het ZonMW programma Zorg voor Beter.

Literatuur

- Holleman, G. (2008). *LEVV Werkmodel Implementatie*. Utrecht: LEVV.
- NIVEL/Waerthove (2004a). *Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. Richtlijn voor verzorgenden*. Utrecht: NIVEL.
- NIVEL/Waerthove (2004b). *Richtlijnen voor verzorgenden: het begeleiden van mensen met dementie die depressief of apathisch zijn. Achtergrond, doel en verantwoording*. Utrecht: NIVEL.
- Verkaik, R. (2009). *Depression in dementia. Development and testing of a nursing guideline*. Proefschrift. Utrecht: NIVEL.

* Over de auteurs

Dr. Renate Verkaik is psycholoog en onderzoeker bij het NIVEL.

Ir. Claudia Schröder-Baars is adviseur beroepsontwikkeling V&VN.

Drs. Myriam Crijns is adviseur beroepsontwikkeling V&VN.

Prof. dr. Anneke L. Francke is programmaleider verpleging & verzorging NIVEL evenals hoogleraar Verpleging en Verzorging in de laatste levensfase EMGO+/VUmc.



AGENDA

14 november 2011

Congres kijk op sterven; Medisch-, verpleegkundig- en patiëntenperspectief

Palliatieve zorg wordt vanuit een aantal verschillende invalshoeken besproken tijdens het congres Kijk op sterven. Het is een praktisch congres waarin de geschets- te ontwikkelingen worden vertaald naar de directe dagelijkse zorg. In het ochtend- programma wordt een aantal informa- tieve lezingen gepresenteerd, waarbij de kijk op sterven onder meer wordt belicht vanuit het perspectief van de neurologi- sche en oncologische patiënt. 's Middags ligt het accent op de communicatie met de patiënt vanuit het perspectief van ver- schillende sterfstijlen. Hoe ga je als zorg- verlener om met de verschillende wensen en communicatiestijlen van je patiënt?

Ook is er aandacht voor reflectie op je eigen rol van zorgverlener. Hoe ga je om met geraaktheid en hoe bewaak je je eigen grenzen?
Utrecht 220 - 245 euro

Organisatie Bohn Stafleu van Loghum
030-6383638
congressen@bsl.nl
www.bsl.nl/kijkopsterven

14 november 2011

Themabijeenkomst

Werken in de beroepskolom zorg en welzijn

Tijdens deze scholingsdag staat de vraag centraal: hoe realiseren we in de regio een goede aansluiting vmbo-mbo? Hoe krijgen we als vmbo en mbo voldoende zicht op elkaar? Wat kan ons helpen onderwijskundige drempels weg te halen? Hoe helpen we onze leerlingen de goede loopbaankeuzes te maken? Met de 5 sleutels voor effectief innoveren in de hand komt u tot een krachtig plan van aanpak

Doelgroep: management, coördinatoren, docenten
Amersfoort
185 euro
www.consortiumbo.nl

15 november 2011

Het dementiecongres Ede

In toenemende mate zullen Nederlandse zorgverleners gecon- fronteerd worden met dit ingrijpende ziekteproces. Op het De- mentiecongres worden inzichten en oplossingen gepresenteerd waar jij als zorgprofessional mee aan de slag kan.

Organisatie: Reed Business, Events Gezondheidszorg
020-5159608
eventsgezondheidszorg@reedbusiness.nl
www.reedbusinessevents.nl

RECENSIE

The shallows

How the internet is changing the way we read, think and remember.

Auteur: Nicholas Carr

ISBN: 9780393339758

Pag.: 280

Uitgever: Atlantic Books, London

Jaar: 2010

Maakt Google ons dom?

Angst en onbehagen voor de moderniteit is van alle tijden. Het historisch pessimisme kent een lange traditie¹. Zo'n slordige 24 eeuwen geleden betreurde, naar ver- luidt, de wijsgeer Socrates de komst van het boek. De lezer, zo veronderstelde hij, vertrouwt blindelings op de verzameling symbolen in het boek en aldus vestigt het vergeten zich in de ziel. De mens kon be-

ter teksten uit zijn hoofd leren dan die toe te vertrouwen aan pa- pier. De geschiedenis toont bij herhaling de vrees van de mens voor alles wat nieuw is. Het nieuwe holt niet alleen het vertrouw- de uit en ondermijnt het, maar mondt zelfs uit in ziekte en ver- lies van menselijke vermogens. Zo was, volgens de vooraanstaan- de arts George Beard, de neerslachtige nervositeit waaraan velen uit de Angelsaksische gegoede middenklasse eind 19e eeuw leden, het product van de voortschrijdende industrialisatie en het geme- chaniseerde grootstedse leven met haar wervelwind van treinen en telegrammen en met haar hebzucht en hunkering naar vulgair plezier.

En nu, na aanvankelijke onbegrensde bewieroking, zijn ook onze iconen van de moderniteit, zoals internet, aan de beurt bekriti- seerd te worden. Het feit dat de nieuwe i-Pad 2 100 gram lichter is dan zijn nu al hopeloos verouderde voorganger en maar liefst 4,6 millimeter slanker verblindt niet iedereen meer. Meer en meer worden er kanttekeningen geplaatst bij de toepassingen en geva- ren van moderne communicatiemiddelen zoals cyberspace crimi-

RECENSIE

naliteit, het gebrek aan privacy en de effecten van de integratie van computers in het onderwijs. Zo zijn er al Amerikaanse scholen die laptops uit de klas weren, omdat niet is gebleken dat ze bijdragen aan betere resultaten van de leerlingen. Een doorwrochte, substantiële kritiek komt van Nicholas Carr, een Amerikaans auteur die schrijft over de relatie tussen technologie en cultuur.

■ Van diepzeeduikers tot waterskiërs

In *The Shallows*, één van de ruim 300 nieuwe titels die er per week op de Nederlandse markt verschijnen – de computer heeft het boek nog niet weggevaagd - borduurt Carr voort op een eerder door hem gepubliceerd baanbrekend artikel: Is Google making us stupid?² Centraal in zijn kritische, erudiete beschouwing staat het idee dat het wereldwijde web daadwerkelijk de architectuur van onze hersenen verandert. Onze hersenen zijn op basis van binnenkomende informatie vanuit de omgeving en binnen genetisch bepaalde grenzen, een systeem in wording (den Boer, 2003)³. Hersenen en omgeving zijn verwickeld in een dialoog en als gevolg daarvan kunnen de hersenen veranderen. Deze plasticiteit kan gunstige effecten hebben, bijvoorbeeld als gevolg van leren, maar kan ook ongunstige effecten hebben, bijvoorbeeld als het brein teveel is blootgesteld aan langdurige stress. Carr is van mening dat het internet met haar kakafonie aan stimuli onze hersenen in ongunstige zin beïnvloedt. We worden er namelijk oppervlakkige en ongeconcentreerde denkers van. Waar we, in de metafoer van Carr, ooit diepzeeduikers waren, zijn we nu waterskiërs die over de oppervlakte van een onmetelijke data-oceaan scheren. Daarmee hebben we aandacht en geconcentreerde diepgang ingeruild voor impulsieve vluchtigheid. Internet smooit ook nog eens de creativiteit en introduceert een tijdperk van knippen en plakken, digitale collages, samples en scripties die zijn samengesteld uit Wikipedia-teksten. Het betoog wordt onderbouwd door bevindingen van het hedendaagse hersenonderzoek, al treft Carr het verwijt dat hij ietwat selectief heeft geshopt en dat we nu niet kunnen weten wat datzelfde onderzoek over pakweg tien jaar voor ons in petto heeft.

■ Afleidingsmachine

Waarom worden we vluchtige denkers? Omdat internet ons voortdurend afleidt. Wanneer we op de laptop of tablet lezen, worden we continu op de hoogte gehouden van binnenstromende e-mails, duiken er irritante pop-ups op, staan in teksten vaak hyperlinks afgedrukt die uitnodigen van de inhoud af te dwalen en worden we verleid om met de hinkstapsprong associatief informatie te vergaren. Terwijl we dat doen, zijn de zoekmachines in staat ons internetgedrag gedetailleerd in kaart te brengen voor hun commerciële doeleinden. Ook niet onbelangrijk: hoe langer je surft, hoe groter de kans dat er impulsief een online aankoop wordt gedaan.

Naast de vervlakkende werking van de onafgebroken af- en verleiding wijst Carr op een ander gevaar. De mens gebruikt al eeuwenlang de techniek om zaken uit te besteden. Het kleitablet was een mogelijkheid om tegelijk ons geheugen uit te breiden en om ons fysieke geheugen te ontlasten. De rekenmachine verlost ons van de staartdelingen. Zo is het ook met computers, alleen op een oneindig grotere schaal. We kunnen informatie buiten ons eigen geheugen vastleggen op harde schijven of via cloud computing, waarbij zelfs de (persoonlijke) data niet langer fysiek aanwezig zijn op de eigen computer maar zich ergens in een door derden beheerd computernetwerk bevinden. Naast problemen op het vlak van privacy ziet Carr een fundamenteel probleem met het uitbesteden van onze geheugeninhouden. Data opgeslagen in de eigen hersenen voegt zich in een uitdijend neurale netwerk. Synthese van reeds bestaande en nieuwe informatie uit dat netwerk kan resulteren in nieuwe én creatieve inzichten. De paradox is dat we steeds meer informatie buiten onszelf opslaan waardoor we steeds meer vergeten, omdat ons brein niet in de gelegenheid is de informatie te bewerken en zinvol te verbinden met andere geheugeninhouden.

Moeten we ons voorbereiden op dommere studenten of moeten we terugkeren naar pen, papier en boek? De toekomst zal moeten uitwijzen of de door Carr geschetste ontwikkelingen werkelijk schadelijk zijn. Misschien zijn de cerebrale veranderingen niet alleen een reactie op de wijzigende omstandigheden, maar veroorzaken die ook mede. Hersenen en omgeving zijn innig verstrengeld in een dynamische 'pas de deux' en zijn tegelijkertijd oorzaak en gevolg. Wie zich in afwachting van de toekomst wil vermaken en wil nadenken over de invloed van de digitale technologie op studenten en docenten, heeft met het boek van Carr een intrigerend werk in handen.

Rob Keukens
Hogeschool Arnhem en Nijmegen

ⁱ Heijden, C. van. *Een kleine geschiedenis van bijna niets*. Amsterdam 2011.

ⁱⁱ <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2008/07/is-google-making-us-stupid/6868/>

ⁱⁱⁱ Boer, J. den. *Neurofilosofie*. Amsterdam 2003

Voor kinderen met een angststoornis

Dit prentenboek is geschreven voor kinderen tot twaalf jaar die last hebben van een angststoornis of die een leeftijdgenoot kennen met een angststoornis. Het kind leert zo waar zijn angst vandaan komt en wat je er aan kunt doen.

Een absolute aanrader voor psychologen, orthopedagogen en professionals in de jeugdzorg die hier in hun praktijk mee te maken krijgen. Ook ouders en scholen kunnen dit boekje gebruiken bij de uitleg van het onderwerp angststoornis aan kinderen.



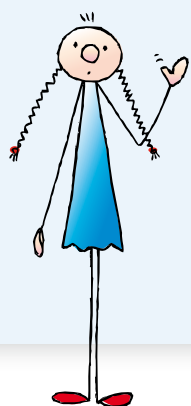
Als je steeds bang bent
Angst bij kinderen; hoe zit dat?
M. Vos | ISBN 9789031385447

Koop nu
beide boeken
en ontvang
€ 7,50
Korting

Voor kinderen met een depressie

Door het verhaal van Kiki in dit prentenboek begrijpen kinderen beter wat een depressie is en wat je er aan kunt doen.

Als je nergens meer zin in hebt
Depressie bij kinderen: hoe zit dat?
M. Vos | ISBN 9789031373314



Jij zorgt voor zoveel mensen...

Wij zorgen voor jou!

V&VN, dé beroepsvereniging van zorgprofessionals, biedt je:

- veel specialistische vakinformatie
- praktijkgerichte bijscholing dicht bij huis
- fikse kortingen op congressen en publicaties
- ondersteuning in je loopbaan
- inschrijving in het Kwaliteitsregister V&V

... en veel meer. Kijk snel op www.venvn.nl en word lid

van de grootste beroepsvereniging van Nederland.

meer dan 40
specialisaties
onder één dak!

Samen zorgen we ervoor!

v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals