

Lectorale rede

Zo doen we dat...

Best Practice in Gezondheidszorg en Welzijn



Mini-symposium Gezondheid & Welzijn

Lectorale redes:
prof. dr. Joy Notter
dr. Gerialien Holsbrink

SAXION
Hogescholen

Inhoud

Koos Stomp, Gezond en Wel: een voorwoord	pag. 3
Frans Pol, Het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn: welkomstwoord	pag. 6
Lectorale redes	
1 Joy Notter, Zo doen we dat... in de kenniskring	pag. 10
2 Geralien Holsbrink, Zo doen we dat... Best Practice in Gezondheidszorg en Welzijn	pag. 21
Lezing vertegenwoordiger werkveld	
3 Inez Sales, Kennis delen is vermeerderen: samenwerking praktijk en onderwijs	pag. 36
Lezingen leden kenniskring	
4 Hilde de Vocht, Zo doen we dat... in de gezondheidszorg: palliatieve zorg als aandachtsgebied van de kenniskring Gezondheid & Welzijn	pag. 38
5 Truus Spijker, Zo doen we dat... in de gezondheidszorg: van theorie naar praktijk	pag. 44
6 Ria Lohuis, Zo doen we dat... in welzijn: de rol van onderzoek als basis voor Best Practice	pag. 48
7 Jack de Swart, Zo doen we dat... in welzijn: de methode Kleine Schaars: via gelijkwaardigheid naar zelfbepaling	pag. 53
Algemene informatie	pag. 57

Gezond en Wel: een voorwoord

door Koos Stomp

Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn

Een beetje sprookje besluit met de woorden “en ze leefden nog lang en gelukkig...”. En een lekker spannend kinderboek wil nog wel eens eindigen met de mededeling dat de held of de deugnieten “gezond en wel” weer thuiskwamen. Ook enquêtes tonen het aan: gezond en wel zijn is ons hoogste goed. De eisen die we aan gezondheid en welzijn stellen zijn dan ook niet mis. Er moet aandacht zijn voor de persoonlijke situatie (vraagsturing, ketenzorg), we willen onmiddellijk geholpen worden en niet via teveel loketten, en de jongste inzichten die we op internet tegenkomen moeten al in het pakket van de hulpverlener opgenomen zijn. En het mag niet teveel kosten en we willen wel oud worden maar niet oud zijn...

Het (media)beeld is gezond en wel en als er iets mis is komen fysiotherapeuten, sociaal werkers en verpleegkundigen in het geweer. Hogescholen, waaronder Saxion Hogescholen, leiden deze functionarissen op. Zij doen dat door kennis en vaardigheden (competenties) te laten verwerven. De samenleving stelt de hierboven genoemde eisen en verlangt ‘best practice’. Maar wat is de beste aanpak en hoe weet je

dat? Pas na onderzoek kun je ‘evidence based’ werken. De overheid ziet hier ook het belang van in getuige het besluit dat hogescholen lectoren kunnen aanstellen. Lectoren en docenten (kenniskringen), die samenwerken met het werkveld om te achterhalen wat in een gegeven situatie de beste aanpak is. Best Practice dus.

Bij de Saxion Hogescholen hebben de afdelingen Health en Social Work besloten om rond drie lectoren en twee kenniskringen een Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn op te zetten. Dit Kenniscentrum ondersteunt het onderwijs voor bachelor en masterstudenten, voert met het werkveld onderzoek uit en legt de resultaten daarvan vast in publicaties. Zo bevordert het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn mede de kwaliteit van leven, gezond en wel leven.

Onderzoek en onderwijs

Regionalisering is binnen gezondheidszorg en welzijn al een aantal jaren leidend principe (regiovisie, zorgkantoren). Het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn en de daarbij betrokken opleidingen bestrijken een geïntegreerd gebied van gezondheidszorg en welzijn in Twente, de Achterhoek en de Stedendriehoek

(Deventer, Zutphen, Apeldoorn). Bundeling van krachten levert een wederzijdse versterking op en komt de samenwerking met het omringende veld ten goede. Daarnaast zijn er veel internationale contacten zoals de samenwerking met de University of Central England in Birmingham.

Onderzoek

De opdracht van het lectoraat / kenniskring binnen het Kenniscentrum is kennisvermeerdering en kenniscirculatie. Het Kenniscentrum wil dit bereiken door te kijken naar interventies die de kwaliteit van het werk in de praktijk verbeteren. Dit vraagt dus intensieve afstemming met het werkveld (de cliënten en cliëntsystemen met hun zorg- en hulpvragen en de ontwikkelde interventiestrategieën binnen de instellingen). Onderzoek, best practice en evidence based practice zijn daarbij sleutelbegrippen.

Via het concept van BPU's (best practice units) intensiveren we de relatie tussen hoger onderwijs, toegepast onderzoek en beroepenveld. Het onderzoek levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep doordat het lectoraat / kenniskring de praktijk van buiten de hogeschool naar binnen brengt en wat binnen de hogeschool gebeurt (zoals de kennis over toegepast onderzoek) naar de praktijk.

Onderwijs

Het Kenniscentrum werkt ook samen met de opleidingen op het gebied van health en social work, bijvoorbeeld door de professionalisering van docenten of het betrekken van studenten bij projecten. De betreffende bacheloropleidingen zijn:

- HBOV (opleiding tot verpleegkundige, voltijd, deeltijd en duaal, zowel in Deventer als in Enschede)
- MGZ-GGZ (opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige, deeltijd)
- Kaderopleiding (opleiding tot operationeel manager in de gezondheidszorg, deeltijd)
- SPH (voltijd en deeltijd, opleiding tot sociaal pedagogisch hulpverlener, ook een variant voor Duitstalige studenten: Sozialpedagogik)
- MWD (voltijd en deeltijd, opleiding tot maatschappelijk werk en dienstverlening)

De masteropleidingen:

- Master of Arts Health Care and Social Work (opleiding voor werkers uit de gezondheidszorg of welzijn, deeltijd)
- Master Advanced Nursing Practice (opleiding tot nurse practitioner, aangeboden in samenwerking met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, deeltijd).

Zo doen we dat...

Op 23 april 2004 hebben twee lectoren een lectorale rede en vier leden van de kenniskring een inleiding gehouden met de titel 'Zo doen we dat...' en met verschillende ondertitels. Dit gebeurde in het kader van een minisymposium in het Muziekcentrum van Enschede. Namens het werkveld sprak Inez Sales over de samenwerking tussen praktijk en onderwijs. In deze uitgave zijn de verschillende presentaties opgenomen. Ook wordt aanvullende praktische informatie gegeven.

De medewerkers van het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn hopen dat de inhoud van deze uitgave aanleiding zal zijn voor reacties en verdere samenwerking met de instellingen voor gezondheidszorg en welzijn.



Koos Stomp is operationeel manager van het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn (tel 053 4871559; j.stomp@saxion.nl)

Het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn: welkomstwoord

door Frans Pol

Dames en Heren,

U allen, van harte welkom op ons Minisymposium georganiseerd door het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn van Saxion Hogescholen. Mijn naam is Frans Pol en ik vind het een eer u als voorzitter van het Kenniscentrum welkom te mogen heten en vandaag uw dagvoorzitter te zijn.

Het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn is het resultaat van een samenwerking van de volgende academies en instituten van Saxion Hogescholen: de Academie Mens en Maatschappij, de Academie Gezondheidszorg Enschede, de Academie Gezondheidszorg te Deventer en het Instituut voor Paramedische Studies. In het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn ondergebracht en eveneens het Lectoraat Fysiotherapie en Paramedische Beroepen. Bovendien zijn inmiddels een twaalf Kenniskringen daarin ondergebracht en de twee masteropleidingen Health Care and Social Work en Advanced Nurse Practice. Vanuit dit Kenniscentrum wordt intensief samengewerkt met diverse organisa-

ties op het terrein van Gezondheid en Welzijn.

Een speciaal welkom voor de familie en genodigde collega's van de twee lectoren prof. dr. Joy Notter en dr. Gerialien Holsbrink. It's an honour and also a pleasure to welcome our colleagues from The University of Central England, Birmingham. We are very pleased with the cooperation between the UCE and Saxion Hogescholen and we believe that the opportunity to share knowledge and expertise will have benefits for both organisations. I wish you all a very pleasant stay here in Enschede and I hope you enjoy the afternoon.

Ook speciaal welkom aan alle externe gasten. Het is voor ons van grote waarde zo vele geïnteresseerden te ontmoeten omdat juist daarin de kracht ligt van ons Kenniscentrum: de ontmoeting waarin wij met velen kennis willen delen.

Dit leidt tot de vraag wat wij vandaag kunnen verwachten. U heeft allen een uitnodiging ontvangen met de pakkende titel "Zo doen wij dat"! Het geheel staat in het teken van de officiële installatie van onze twee

lectoren prof. dr. Joy Notter en dr. Gerialien Holsbrink. Voor de pauze van het mini-symposium hebben wij vijf sprekers: als eerste is dit mevr. Inez Sales MHA, lid van de Raad van Bestuur van Carint en tevens lid van onze Raad van Advies. Zij zal u informeren over interessante ontwikkelingen op het terrein van de samenwerking tussen Praktijk en Onderwijs met als titel "Kennis delen is vermeerderen". Daarna komen twee blokpresentaties met in het eerste blok drs. Hilde de Vocht en drs. Truus Spijker over het Thema "Zo doen wij dat... in de Gezondheidszorg". Het tweede blok wordt ingevuld door ir. Ria Lohuis en drs. Jack de Swart met het thema "Zo doen wij dat... in Welzijn". De bijdragen van deze leden van de kenniskring zijn bedoeld als inleiding op de twee lectorale redes.

Na de pauze vindt de officiële installatie plaats door Wim Boomkamp, lid van de Raad van Bestuur van Saxion Hogescholen waarna prof. dr. Joy Notter en dr. Gerialien Holsbrink hun Lectorale rede zullen uitspreken. Wij sluiten af met een borrel omdat dit natuurlijk een feestelijke gebeurtenis is.

Het thema luidt:

Zó doen wij dat!
Zo **doèn** wij dat!
Zo doen **wij** dat!
Zo doen wij **dàt!**

Ik wens u allen een genoeglijk en leerzaam Symposium

Drs. Frans G.M. Pol is directeur van het (te vormen) cluster Health van Saxion Hogescholen en voorzitter van het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn



Lectorale redes

1 Zo doen we dat... in de Kenniskring

door Joy Notter

Saxion Hogescholen has a commitment to the development of, and provision of, ketenzorg or seamless care, and therefore any initiative to further either education or practice has to be developed within this concept. Inherent within this approach is the recognition of, and acceptance of, the need to use 'best possible' evidence in the design and implementation of health and social care packages. In consequence, both practitioners and educators need to acquire the critical appraisal skills and research awareness necessary for them to increase the evidence for (and hence effectiveness of) their interventions.

Saxion Hogescholen has (like other Hogescholen in the Netherlands) established key posts and structures to provide support for both staff and students, thus there is a kenniscentrum Gezondheid en Welzijn (containing two kenniskringen). This has been designed to facilitate internal sharing and communication, and develop external links with service providers, practitioners and users. One kenniskring, is focused on Physiotherapy and Paramedische Studies (with Lector dr. Frits Oosterveld), and the other on Gezondheid en Welzijn, and it is upon the work of this second kenniskring that this mini-symposium

and lectorale rede has focused. For the kenniskring to fulfil its role in enabling the kenniscentrum to reach its agreed targets, it needs a core of key staff, each of whom have specific expertise to contribute. By definition ketenzorg or seamless care needs to be multidisciplinary (George,2000; Finch 2000) to enable the patient or client to progress easily through the various medical, nursing and/or social processes and procedures that arise as a result or illness or social problems. For maximum effectiveness, the staff in the kenniskring need to reflect this multidisciplinary and bring to the group a range of different professional and/or clinical backgrounds.

Staff in the Kenniskring

In addition to the two lectoren who come from very different backgrounds,(one primarily from social work, and the other nursing and community health) there is Inge Geerink, an administrator whose main role is to provide administrative support for the other staff in the kenniskring. Jack de Swart, formerly a social worker, and social work manager, who teaches mainly organisational management runs one of the core research units for the Masters programme. Hilde de Vocht, a psychologist, and docent, also runs one of the units on the

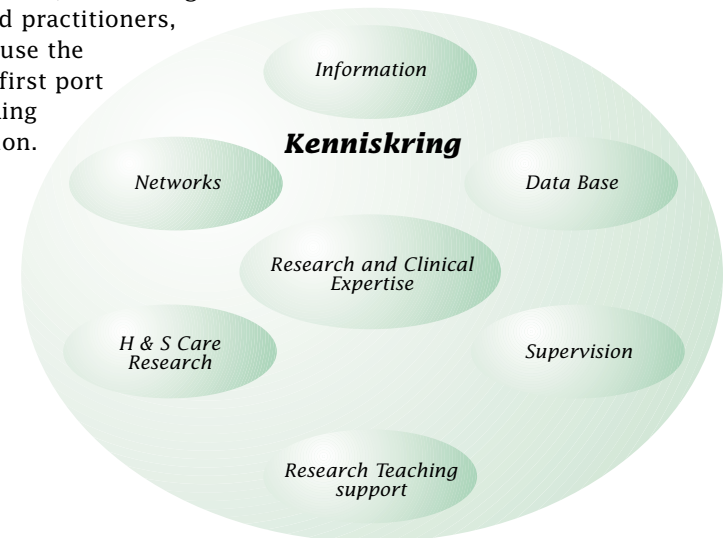
Masters programme, has a keen interest in palliative care, and is developing resources to support research in this field. Ria Lohuis is an expert in nutrition, health promotion and health education, who also plays a key role in the development of research curricula for both bachelors and masters nursing students. Truus Spijker is a nurse, social worker, and anthropologist, with nationally recognised expertise in nursing and palliative care. Koos Stomp a manager, and project leader for the Masters programmes, has the task of coordination and management for the kenniscentrum, and for the kenniskring Gezondheid en Welzijn.

Structure and Activities

With the staff established, a range of different activities, were identified with the aim that staff, and through them students and practitioners, would ultimately use the kenniskring as a 'first port of call' when seeking support or direction.

An infrastructure was needed such that all staff could contribute, whilst at the same time extending their own knowledge and expertise. The success of this type of venture is dependent upon the leadership style chosen. Leadership involves recognising the need for change, identifying the direction, communicating the vision, and then empowering associates to achieve (Pencheon and Koh 2000). It can be argued that for complex activities and organisations, no one method is adequate, but that of the six approaches described by Goleman (2000) a mix of four of the styles (authoritative, democratic, affiliative and coaching –see table 1) should be used, with the main emphasis being on the last three, and authoritative leadership only used to in the early stages of planning.

Figure 1
Activities of the Kenniskring



Leadership styles

1. Coercive leaders demand immediate compliance
2. Authoritative leaders mobilise people towards a vision
3. Affiliative leaders create emotional bonds and harmony
4. Democratic leaders build consensus through participation
5. Pace setting leaders expect excellence and direction
6. Coaching leaders develop people for the future

Table 1
Leaderships Styles from Goleman 2000; Pencheon and Koh 2000

Therefore, the traditional 'linear' or hierarchical structure (Thompson 2000) for managing the kenniskring was rejected as it would work only with an authoritative approach. Instead an integrated approach (figure 2: the arrows symbolise shared expertise) was chosen and it was decided that to prevent a hierarchical structure developing in the future neither of the lectoren should act as chairman, instead the member with the most appropriate skills (Koos Stomp) should assume this role.

The kenniskring members are a team where the whole emphasis is on sharing, not just of ideas and expertise, but through democratic leadership examining and re-examining the procedures used by team members and ensuring that they reflect both the

vision and values of the group (Pendleton and King 2002). The presentations by the team were chosen to illustrate activities undertaken by the kenniskring. The two palliative care presentations demonstrate the use of an academic review to support partnership with practice and an opportunity for students to undertake research within a safe environment. Research education, training and practice are key roles for all staff in the kenniskring, and the second pair of presentations give an overview of initiatives within Saxion, and an example of research in practice. These types of activities together with the establishment of Best Practice Units, (described in the other part of the lectorale rede) have been identified by the team as directly or indirectly impacting on the quality of care provided, and through that, on the development of ketenzorg (or seamless care).

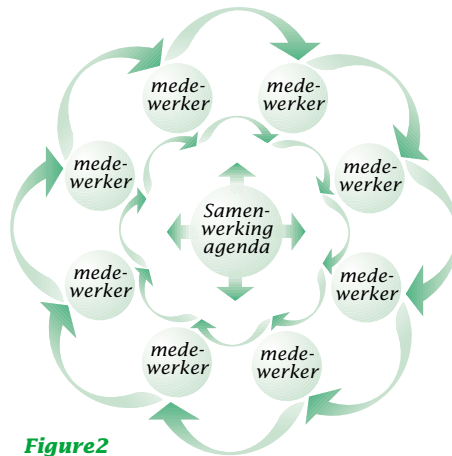


Figure 2
Integrated working within the Kenniskring

Quality of Life and Health

The main aim of ketenzorg is improved quality of life, but no matter how good the care, it cannot be fully effective unless patients or clients understand the processes and treatments that they undergo, and can communicate their hopes and expectations to professionals (Marinker 2000). However, in medicine, dominating the 20th century was a focus on the biochemical origins and pathophysiology of disease which led to medical inquiry reducing individuals to diseases or cases, rather than people with a disease (Roter, 2000). In consequence, until relatively recently it was generally accepted that the medical (or surgical) consultant owned the knowledge and was the best arbiter of how much information should be shared, firstly with colleagues in the professional team and secondly, very much secondly, with the patient (Marinker 2000). Care was paternalistic in nature, with the emphasis on medicine as the key player with other services separate and subordinate. The move towards patient autonomy and informed choice (Roter 2000) has led to increased recognition of the need for integrated care with different professionals working together to minimise duplication and prevent gaps in care.

In social work the picture is no clearer, with Cavicchia (1996) suggesting

although there is an emphasis on client centred care, and programmes of social care, these frequently neglect health, and health promotion, reacting to problems rather than seeking to prevent them. Changing demography together with changes in societal attitudes and increasing demands inevitably affect service responses, leading to prioritisation and a system that is, with minimal additional resources, struggling to deliver services across an ever changing remit. Much of the available literature highlights problems or suggests reforms for care programmes, and there is a wealth of retrospective literature reviewing instances where problems arose, or where there were gaps in service provision. However, whilst such reports tend to indicate what the desired outcomes of social care interventions should be, and there are numerous theoretical models, there are limited examples of models or strategies that have been tried and tested, and proven successful in a variety of differing social contexts. These may well exist, but are known only to those using them, or to close colleagues.

Therefore, the starting point for both health and social care has to be a thorough inventory and understanding of the current position and patterns of practice. Although in theory this sounds straightforward,

the reality is somewhat different. It is accepted that all service providers can supply a list of the type of activities each undertakes, but, as Elkan et al (1999) point out, this does not really describe what they do, or how they do it. Although there is some descriptive evidence demonstrating a degree of effectiveness, in many instances, as Notter (1992) points out, the lack of documentation limits both recognition and understanding of roles and function.

Similarly, and a challenge for those aiming to assess outcomes against quality of life, there is still too little empirical research that 'attempts to define those qualities that make life and survival valuable' (Drummond, 2000; Bowling, 1997:6). Although the term is used by lay public and professionals, there is no agreed consensus or definition. This may be because in the western world fit healthy people take their life and lifestyle for granted, quality of life only becomes an issue when it is adversely affected by illness, disease or social dysfunction, (Muldoon, Barger, Flory and Manuck, 1998). Therefore not only do definitions vary, but different individuals will perceive different factors as important and will have different standards for judging, (Campbell, Wood and Kelly, 1999). Also, much of the available research although described as assessing quality of life,

either assesses the impact of illness (and treatment) on life, an approach based on negative outcomes, on change as a result of illness rather than on a positive assessment or view of life, or the professionally perceived outcomes of service provision. The recognition that quality of life is multi-dimensionable has led to the development of a multitude of assessment systems, models and questionnaires. Some are designed to be used alone, some in combination with others, but they all have in common the collection of information on various domains or dimensions in order to quantify the findings into a numerical format that can be compiled into a standardised result. Despite considerable criticism, for the some groups, they are still seen as more acceptable than the more holistic and less quantifiable accounts based on individual experience (Ahmedzai, 1997).

For most people the most crucial aspects of quality of life are relationships, their own health, the health of significant others (particularly partners and/or children) and finances or standard of living (Bowling 1996). This poses yet another problem for assessing the outcomes of care provision, there is no easy or simple way to describe health, and discussions reveal conflicting and moralistic views. Anderson et al (1997) cite example after example where definitions of

health could not be given, but where the impact or outcomes of illness was clearly evident. Researchers may start out to consider health and health beliefs, but end by switching to consider accounts of loss of health (Radley and Billig, 1996). Beliefs and ideas about health, although appearing individualistic are in fact developed from family and societal norms, so that experiences of health and illness are personal, but concepts of health and illness are learned by drawing on the accumulated cultural norms (Drummond 2000). This suggests that individuals construct their state of health as part of their ongoing identity, as an essential part of everyday life. In giving accounts of their health, as well as describing their experiences individuals are also, (because of the moral nature of health beliefs) describing themselves to others.

Best possible care, leading to best possible quality of life occurs when practitioners work with patients and clients in the light of these descriptions to develop and implement services that fit within individual patterns and practices. An approach supported by the policy of the Dutch government who point out that care planners need to ensure that the autonomy and the self determination of the client group are seen as paramount, together with respect for the individual and

support to enable the individual to maintain control over their own life for as long as possible (Vliegenthart 2002). They stress that clients' wants and needs should be used in the development of care packages.

Although most professionals would now accept this approach as appropriate, the challenge for health and social care workers in a time of financial restraint is to deal with clients and cultural diversity in a constructive manner (Verkuyten, 2004), and finding examples of such practice is not easy. It is perhaps not surprising that busy practitioners have found it difficult to find ways to demonstrate how they utilise their understanding of these complex issues within health and social care services. Yet the development of ketenzorg is dependent on knowledge and understanding of these issues being incorporated into care. Without explicit recognition, there may be high quality care, but it will reflect the health and social beliefs of the care providers not the recipients, and while it may impact on disease progression, and/or practical social needs, it may not impact on, or improve perceived quality of life for the patient or client, and their family.

Partnerships in Practice

Practitioners must start to document and share examples both of good practice, and of initiatives that fail.

One of the key advantages of ketenzorg, is that it brings together a wide range of professionals with differing perspectives, creating a multi-disciplinary team with increased sharing of knowledge and expertise which can be channelled into developing improved (and cost effective) care plans and initiatives. However, it is evident that even where practitioners are moving towards integrated care packages, publishing their work remains low down on their agenda, and ways need to be developed to encourage practitioners to take the next step and publicly share their approaches. Increased documentation and measured outcomes can be facilitated through partnerships and ventures such as those presented by the other members of the kenniskring. The role of research in developing an evidence base for practice is well understood, but practical examples of how Best Practice Units work are not so clear. Previous experience with such units has shown that they not only enable practitioners to implement evidence based practice, but help them to develop their knowledge and skills to the extent where they can carry out research and develop their own evidence for practice.

To give an example, one community based unit in Birmingham was started to try to help staff cope with working in one of the most deprived areas in the U.K., with few resour-

ces, and where only one member of staff had been in post more than six months. The average stay for staff was three to four months, and in the previous year more than 12 members of staff had 'come and gone'. The result was little or no continuity of care, poor morale and a desperate need to improve the services provided. The new group of staff had ideas, but really were unsure where to start. Over the five years of the project, both services and staff progressed far beyond initial expectations, to become a nationally recognised centre visited by ministers and overseas health professionals as well as other community staff.

As a starting point, an inventory was made of current services, of what staff felt worked and what didn't work, and then prioritised. To focus on just one of their activities, there was a clinic for screening and checking babies and children under two years, this was described as chaos, resulting in screaming children, fraught and impatient mothers and exhausted staff. It was decided to treat this as a 'mini project' and to carry out a participant observation of the clinic. Accordingly, one member of staff armed with notebook and tape recorder placed herself in the middle of the clinic. She was appalled at what she actually saw, there was no clear reception area, there were no toys for children to play with, there were no containers

for mothers to put outdoor clothes in, there were limited seats, and mothers, children and staff spent considerable time moving round the clinic from person to person clutching armfuls of belongings and trying to restrain clearly bored children. The noise was horrendous and unceasing.

The result of the participant observation was a major change in the lay out of the clinic, a reception area was established, and the clinic divided into different sections. Once registered, mothers were directed to the appropriate waiting area, each of which had a play area, a range of toys, plenty of seats, and baskets for belongings. The time of arrival was noted and a clerk monitored waiting time. There were also random client satisfaction forms, given to the mothers on arrival and collected when they left. Administered by the clerk, no other member of staff knew who had been given an evaluation form, although the results were shared with the whole team. Within two months, they were running a service where to their surprise the numbers attending kept increasing, but waiting time decreased. Mothers were more relaxed and children no longer bored and irritable, played with the provided toys and were much easier to assess. The final outcome was that with help and 'ghost writing' the team were encouraged to

publish the process in a nursing journal.

There are many more examples of what they achieved, they organised 'women's days in the local community centre where they helped their clients present traditional crafts and activities and added in health promotion activities and preventive screening. They took part in national initiatives, such as 'no smoking' days. They became expert in cajoling money from drug companies and arranged days out for families who had never left the city, they ran



Figure 3
Information for Clients

groups for most ages, a particularly successful group for older people even led to the start of a newsletter. They developed their own packs of information for families, (which included job descriptions) starting with hand drawn pictures (see figure 3) and progressing to a much more glossy format over time.

Initial Report of Clinic Outcomes

Total number seen	197
Number referred on	34
Referred to:	
GP	1
SCMO*	2
Optician	15
Aural Clinic	13
Enuresis Clinic	2
Dentist	1

Improved Format for Presentation

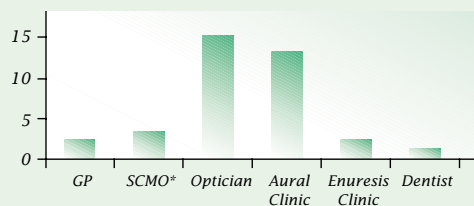


Table 2

Changes in Presentation Skills.

* = Senior Clinical Medical Officer

They worked in partnership with social workers and schools, on projects preparing disadvantaged children for school, and were able to demonstrate an increase in concentration span in the children participating. Their presentation skills increased considerably, (see table 2) a key issue in sharing findings with others and they published articles on much of their work.

During this time, the staff too began to change, wanting to develop themselves, and by completion of the project, several had extended their academic as well as their practice skills, one had a master of science, one a postgraduate diploma, two had first degrees, and three had gained diplomas. However, perhaps the most dramatic change was in the clinic administrator, who having studied at evening classes, was seconded onto a leadership course, and then to work as a researcher at UCE, during this time she completed her masters programme. She became the first woman on the U.K. National Hindu Council and now works for the Department of Health.

Conclusion

The mini-symposium and the lecture redun can only give an overview of the nature and extend of the ways in which staff in the kenniskring work. The examples from developing best practice give an idea of the benefits of partnerships between education and practice. We hope that together we have been able to demonstrate to you the importance that we place on developing such partnerships with practitioners and care providers as we work towards the development of ketenzorg, and through that to enhanced quality of life.

References

- Ahmedzai, S. H. 1997 *Models of quality of life measurement in palliative care*. Fifth Congress of the European Association of Palliative Care, London
- Anderson, J.M., Dyck, I., Lynam, J. (1997) Health care professionals and women speaking: Constraints in everyday life and the management of chronic illness. *Health 1* (1) 57-80
- Bowling, A. (1997) *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham, O.U. Press.
- Campbell C., Wood R., Kelly M. (1999) *Social Capital and Health*. London, Health Education Authority.

Cavichhia, J. (1996) *The training Dimension. A report to the Health of the Nation* London, unpublished

Elkan R., Kendrick D., Hewitt M., Robinson J.J.A., Tolley K., Blair M., Dewey M., Williams D., Brummell K. 2000 *The Effectiveness of Domiciliary Visiting: A Systematic Review of International Studies and a Selective Review of the British Literature* London, DoH

Drummond, N. (2000) Quality of life with asthma: the existential and the aesthetic. *Sociology of Health and Illness* 22 (2): 235 253

Finch, J. (2000) Interprofessional education and teamworking: a view from the education providers *British Medical Journal* 321: 1138-40

George, C. (2000) *Teamworking in Medicine*. London, General Medical Council

Goleman, D. (2000) Leadership that gets results *Harvard Business Review* march-April: 78-90

Marinker, M. (2000) The medium and the message. *Patient Education and Counselling* 41: 117-125

Muldoon, M.F., Barger, S.D., Flory, J.D., & Manuck, S.B. (1998) What are quality of life measurements measuring. *British Medical Journal* 3 16 542-545

Notter, J (1992) Using Evaluation to Support the Generic Role. *Health Visitor Journal*. Nov.1992 p.414-7

Pencheon, D., Koh, Y.M. (2000) Leadership and motivation *British Medical Journal* *Claasified* July: 1-3

Pendleton, D., King, J. (2002) Values and leadership *British Medical Journal* 325:1352-5

Roter, D. (2000) the enduring and evolving nature of patient-physician relationship. *Patient Education and Counselling* 39: 5-15

Thompson, M.D. (2000) Gender, leadership, orientation, and effectiveness: testing the theoretical models of bolman and Deal and Quinn. *Sex roles; A Journal of Research* June: 1-18

Radley, A., Billig, M. (1996) Accounts of health and illness: Dilemmas and representations. *Sociology of Health and Illness* 18 (2) 220-240

Verkuyten, M. (2004) Everyday ways of thinking about multiculturalism *Ethnicities* 4(1):53-74



Prof. dr. Joy Notter is verpleegkundige en 'health visitor'. Zij studeerde sociologie en research methods aan Surrey University. Ze promoveerde aan de University Wales, College of Medicine. Vanaf 2001 is ze hoogle- raar Health en Community Care aan de University of Central England, Birmingham. Haar voornaamste onderzoeksactiviteiten liggen op het gebied van kwaliteit van leven, met name chronisch zieken, en cultuur- specifieke / transculturele zorg. Zij is lector Gezondheid en Welzijn bij Saxion Hogescholen sinds maart 2003. (tel 053 4871559, j.notter@saxion.nl)

2 Zo doen we dat... Best Practice Units in Gezondheidszorg en Welzijn

door Gerialien Holsbrink

1. Inleiding

Samen met het beroepenveld zijn we vanuit het lectoraat en kenniskring Gezondheid & Welzijn bezig met het oprichten van Best Practice Units, ook wel proeftuinen of werkplaatsen genoemd. Mensen uit de praktijk gaan met elkaar oplossingen zoeken voor knelpunten in de zorg-, hulp- en dienstverlening. De zorg-, hulp- en dienstverlening bevindt zich in een dynamische (maatschappelijke) omgeving waarin de aanleiding ligt om grondig de kernpunten van de zorg-, hulp- en dienstverlening te heroverwegen. In de afgelopen decennia hebben de meeste instellingen / non-profitorganisaties dat al regelmatig gedaan, maar zeker in de komende jaren zal de zorg-, hulp- en dienstverlening belangrijke verdere veranderingen ondergaan. De veranderingen betreffen zowel de inhoud als de vorm van de zorg-, hulp- en dienstverlening. In de beleidsplannen staat vrijwel altijd dat vraagge- richt werken, zorg op maat, keten- zorg en competentieontwikkeling belangrijk zijn, maar uit de gereali- seerde zorg-, hulp- en dienstverle- ning blijken deze vaak minder aanwezig.

Te weinig is het uitvoeren van onderzoek bij het veranderen als hulpmiddel ingezet. De beroepsprak- tijk laat zich en zou zich steeds meer moeten laten leiden door erva- ringen opgedaan in best practices en daarbij geformuleerde standaarden. Het wordt van steeds groter belang om effectieve manieren te vinden om deze bevindingen uit best practi- ces geschikt te maken en in te zet- ten in andere hulp- en dienstverle- ningssituaties. Door samen Best Practices Units (BPU's) te ontwikke- len ontstaat een spannende zoek- tocht. Een centrale vraag daarbij is hoe de op onderzoek gebaseerde praktijkkennis in de eigen situatie gestalte kan krijgen? Daarnaast is het van belang dat de kennis veel meer wordt gedeeld rondom kans- rijke ervaringen die worden opge- daan in de praktijksituatie.

In het eerste deel van deze rede zal het begrip best practice en best practice units worden omschreven (paragraaf 2). Vervolgens wordt in paragraaf 3 het consensusmodel geïntroduceerd dat een raamwerk is voor een methodologie ofwel een leer van werkwijzen voor het hande- len in een BPU. Enkele voorbeelden van BPU in oprichting worden

besproken in paragraaf 4. Op enkele slotopmerkingen ten aanzien van het opzetten van BPU wordt in paragraaf 5 ingegaan.

2. Wat is een Best Practice Unit?

De begrippen best practice, best practice unit, kwaliteit van leven worden niet altijd helder omschreven. De verwarring ontstaat doordat de begrippen momenteel veelvuldig opduiken en niet alleen in non-profit organisaties, maar evenzeer binnen commerciële sectoren (Amin, Cohendet, 2000). Ook binnen overheidsinstanties, zorgverzekeraars, patiënten- en cliëntenplatforms worden de begrippen in meer dan één betekenis gebruikt. Zorg-, hulp- en dienstverleners zouden hun werk moeten inrichten volgens de principes van best practice en daarop afgerekend moeten kunnen worden. Het werk zou inzichtelijk, doelmatig, transparant en meetbaar moeten zijn.

Er is niet één algemeen geaccepteerde definitie van best practice voorhanden. Binnen de context van een zorg-, hulp- en dienstverleningsorganisatie kan best practice als volgt omschreven worden:

De adaptatie en ontwikkeling van ideeën, strategieën en methoden op een wijze die de aangeboden zorg-, hulp- of dienstverlening meetbaar verbetert en die continue voor het beschikbare geld de beste zorg-, hulp- /dienstverlening waarborgt en garandeert.

Vaak wordt de term “best practice” als synoniem gebruikt voor het begrip “lessons learned”, waarbij lessons learned staat voor de beste aanpak in een gegeven situatie. In de meeste organisaties wordt op de een of andere wijze wel gebruik gemaakt van dit principe door middel van bijvoorbeeld intervisie, consultatie en coaching. Het verschil met “best practice” zit dan in de mate waarin en de striktheid waarmee de aanpak geëvalueerd en dus “bewezen effectief” is. “Outcomes” kunnen op deze wijze beschreven en gelegitimeerd worden. Om best practice vorm te geven in de praktijk van alledag is het nodig om een goede notie te ontwikkelen en een grotere bewustwording van wat best practice is in de context van de organisatie waarbinnen gewerkt wordt. Bovendien moeten kansen worden geïdentificeerd voor verbetering van de praktijk.

De Best Practice Units (BPU's) die worden opgezet zijn bedoeld om de zorg-, hulp- en dienstverlening in de praktijk steeds verder te verbeteren. Het gaat om een systematische manier van werken waarin het beroepenveld samenwerkt met het lectoraat en kenniskring. In deze werkplaatsen of proeftuinen in de praktijk gaat het om de ontwikkeling, verspreiding en implementatie van kennis die bijdraagt aan een betere kwaliteit van de zorg-, hulp- en dienstverlening van een BPU en de praktijkvoering in het algemeen.

Kwaliteit van zorg, hulp- en dienstverlening heeft alles te maken met de kwaliteit van het bestaan. Zij is groter naarmate, met behulp van de zorg, hulp- en dienstverlening, de kwaliteit van het bestaan kan worden verhoogd. Door middel van het opzetten van BPU's wordt getracht om de relatie tussen hoger onderwijs, toegepast onderzoek en beroepenveld te intensiveren. Het gaat om onderzoek doen dat een bijdrage levert aan de professionalisering van beroepen in zorg & welzijn.

In een BPU werken het beroepenveld en hogeschool op regioniveau samen. In de werkplaatsen in de praktijk worden kennis en ervaringen uitgewisseld, innovaties ondersteund en vindt (praktijk-)onderzoek plaats. Betrokkenen uit het beroepenveld, studenten en medewerkers van Saxion Hogescholen en andere partners, zoals instituten voor wetenschappelijk en beroepsonderwijs en specifieke bedrijven, zowel nationaal als internationaal, kunnen bij BPU worden betrokken. Aan elke BPU wordt een facilitator verbonden.

De primaire rol van de facilitator bestaat uit het coachen, het ondersteunen en stimuleren van de competentieontwikkeling van de medewerkers in de BPU opdat het doel, het vergroten en versterken van de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening van een BPU, wordt gerealiseerd. Het coachen van de facilitator

richt zich op het ontwikkelen van een op onderzoek gebaseerde praktijk. Dit kan door middel van scholing, het ontwikkelen van een op onderzoek gebaseerde praktijk en verantwoorden van hetgeen gebeurt in de praktijk.

De *scholing* kan zich bijvoorbeeld richten op hoe, op welke wijze, en wanneer toegepast onderzoek in de praktijk kan worden opgezet? Welke mogelijkheden zijn er op het gebied van onderzoeksmethodologie, welke strategieën bestaan er voor interne audits en evaluatie? Hoe worden onderzoeksprojecten ontwikkeld en geïmplementeerd, hoe worden schrijfvaardigheden om te publiceren ontwikkeld?

Mogelijke activiteiten om een op *onderzoek gebaseerde praktijk te ontwikkelen* zijn het reviewen en ondersteunen van de bestaande praktijk, het stimuleren van discussie over het theoretisch kader en de modellen voor zorg-, hulp- en dienstverlening, het stimuleren van het gebruik van methoden voor audits en evaluaties, hulp bij het ontwikkelen en vaststellen van normen voor de praktijk, het faciliteren van betrokkenheid van de cliënt en cliëntensysteem bij de zorg-, hulp en dienstverlening, en het optreden als een klankbord voor ideeën. Tenslotte kan de facilitator ingezet worden bij het *verantwoorden van hetgeen in de praktijk gebeurt (zgn kennisdelen)*. Te denken valt aan

hulp bij het schrijven van een heldere documentatie van de activiteiten zoals het beschrijven van protocollen en standaarden. De facilitator kan een rol vervullen bij het verspreiden van de praktijkervaring en praktijkkennis, hulp bij publicatie in tijdschriften, netwerken en deelnemen aan nationale en internationale conferenties. Het lijkt allemaal vanzelfsprekend maar in de praktijk en de hektiek van alledag is er te weinig tijd en aandacht voor.

Redenen om voor een BPU te kiezen zijn:

- Het is een kans om systematisch sterke en zwakke punten en verbeterpunten in kaart te brengen.
- Het vormt een intern en extern beoordelingskader.
- Feiten zijn bepalend en niet meningen of opvattingen / ideologie.
- Kwaliteit wordt tastbaar.
- Een rapportage brengt overzicht en samenhang in versnipperde acties.
- Bij herhaling is voortgangscontrole mogelijk.
- Organisaties of organisatieonderdelen kunnen met elkaar worden vergeleken.

Het uiteindelijke doel van een BPU is om de ontwikkeling, verspreiding en implementatie van kennis te vergroten die bijdraagt aan het steeds verder verbeteren van de zorg-, hulp- en dienstverlening. Om verbeterin-

gen te realiseren is het nodig om veranderingen aan te brengen. Het aanbrengen van veranderingen is een proces dat georganiseerd moet worden. Uiteindelijk moeten de veranderingen geïntegreerd worden in het normale werkpatroon van betrokkenen in de BPU en / of ingebed zijn in de organisatie. Hierbij zijn de volgende aspecten van belang: verantwoordelijkheden definiëren, lerende organisatie en het werken met plannen.

Voor een gedegen opzet en uitvoering van een Best Practice Unit is het definiëren van verantwoordelijkheden van belang. Essentieel is dat duidelijk wordt afgesproken wie waarvoor verantwoordelijk is.

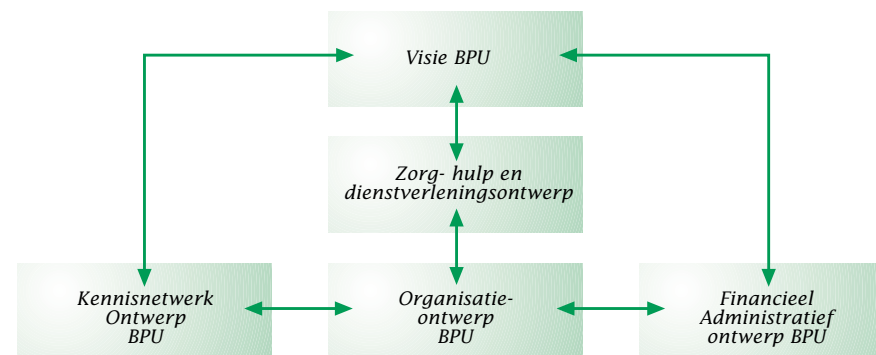
Vervolgens dient er ook naar gehandeld te worden. Met andere woorden, de uitvoering dient plaats te vinden conform de definiëring en de opzet. Hiervoor is nodig dat er draagvlak wordt gecreëerd en over het resultaat wordt gecommuniceerd. Om het draagvlak te creëren is het bijvoorbeeld van essentieel belang dat alle medewerkers meedoen in de BPU. Zij dienen nauw betrokken te zijn het opzetten van de BPU, geraadpleegd over de haalbaarheid, bij het verzamelen van gegevens en het bepalen welke gegevens worden verzameld. Ook de cliënten- en cliëntsystemen dienen geïnformeerd te worden over de resultaten.

Verandering vereist het doormaken van een leerproces. De betrokkenen bij een BPU moeten competenties verwerven en hun probleemoplossend vermogen zal verstrekt moeten worden (Burk, 2000). Dit kost tijd, energie en enthousiasme van het team. Leiderschap, management, collegiale samenwerking vormen daarvoor onmisbare ingrediënten. Dit vraagt om een lerende organisatie (Wenger, 1998a, 1998b). Lerende organisaties worden gekenmerkt doordat ze op zoek zijn naar mogelijkheden om hun functioneren te verbeteren. Binnen de gegeven randvoorwaarden zijn ze actief bezig met het streven naar vernieuwing. In het plan beschrijft de BPU welke strategische en tactische doelen de BPU wil bereiken.

Het plan zegt iets over:

- De visie van de BPU op de ontwikkelingen in beroep en samenleving;
- De kwaliteit van de BPU uitgedrukt in normen;
- De kwaliteit van de organisatie en management;
- De kwaliteit van het kennisnetwerk;
- De inzet van financiële middelen

Deze vijf vragen kunnen in figuur 1 worden vertaald in vijf taakgebieden: visie, zorg-, hulp en dienstverleningsontwerp, organisatieontwerp, kennisnetwerkontwerp en financieel/ administratief ontwerp.



Figuur 1
Taakgebieden in een plan voor een Best Practice Unit

3. Consensusmethode

De consensusmethode, die in deze rede wordt geïntroduceerd, biedt een model om zorg-, hulp- en dienstverleners te helpen de voorgestelde innovatie/vernieuwingen te accepteren, adapteren en te implementeren in hun unieke zorg-, hulp- en dienstverlenings situatie. De consensusmethode is een model dat kan worden gebruikt om de transfer van kennis te faciliteren van onderzoek naar de beroepspraktijk en visa versa (Dixon, McFarlane, Hornby, & McNary, 1999). In deze rede bespreek ik hoe de consensusmethode door het lectoraat en kenniskring Gezondheid & Welzijn wordt ingezet als instrument om samen te werken in de Best Practice Unit. De medewerkers van de BPU richten zich op de inhoud en dus op de kennisontwikkeling en de toepassing ervan in hun eigen situatie. Vanuit de consensusmethode kijken wij vanuit het lectoraat en kenniskring *hoe die inhoud tot stand komt*. Wat is er voor nodig om nieuwe kennis te ontwikkelen en toe te passen in de beroepspraktijk?

Het consensusmodel kan theoretisch worden verbonden met actiemodellen binnen organisatieontwikkelingstheorieën (French & Bell, 1999) en actieonderzoek (Stebbins & Snow, 1982; French, 1969). Elk van deze modellen is gebaseerd op de notie dat verandering, ongeacht of dit is in een organisatie, systeem of

gemeenschap, samenwerking vereist van alle betrokken partijen. Centraal staat het idee dat verandering wordt gezien als een mogelijkheid in plaats van een bedreiging. Wanneer alle betrokken partijen het eens zijn over de te na te streven doelen en over de planning, is de groep productiever, effectiever en succesvoller in het bereiken van deze doelen.

Consensus kan worden opgevat als gemeenzaamheid (de Ruijter, 1983). Het begrip gemeenzaamheid krijgt pas gestalte wanneer er sprake is van wederzijds vertrouwen. Het werken met de consensusmethode in een best practice unit kan dus niet slechts vanuit de opvatting van de hulpverlener worden bepaald, maar berust op een wederkerig relatie tussen professional en cliënt. De sleutel tot de consensusmethode is dat de facilitator volhardt in zijn rol en blijft aanmoedigen dat er aan de gemeenzaamheid tussen professional en cliënt- en cliëntstelsel wordt gewerkt. Het vergroten van het vertrouwen en onderlinge ondersteuning kan alleen in open communicatie over de sterke en aandachtspunten bij het veranderingsproces.

De consensusmethode kan worden gebruikt in best practice units, waar het gaat om geplande verandering (Rosenstock, Olenec, & Wagner, 1998). Het proces begint meestal aan de top van de hiërarchische structuur van de organisatie. De eerste

vragen / gegevens komen van het management. Daarna wordt gesproken met de betrokkenen van een toekomstige Best Practice Unit. Als de BPU officieel is begonnen, zijn alle bijeenkomsten open voor alle betrokkenen bij de BPU.

Het is belangrijk dat de facilitator telkens benadrukt dat de ontwikkelde activiteiten in de BPU in handen zijn van de betrokkenen bij de BPU rekening houdend met de kennis en expertise van de betrokkenen. Hun medewerking en inzet is nodig om de agenda van de BPU vorm te geven. Flexibiliteit is een essentieel element voor een succesvolle BPU. Het respecteren en waarderen van elkaars inzet en diversiteit is van belang.

Hiervoor is de context geschetst waarin de zgn. consensusmethode, zoals dat binnen het lectoraat en kenniskring Gezondheid & Welzijn wordt gehanteerd. In het consensusmodel, dat hierna wordt besproken, wordt een aantal fasen onderscheiden, die soms in enkele deelfasen worden onderverdeeld.

Fase 1: Identificatie van het praktijkprobleem en haar begrenzing

De eerste stap, en een van de meest kritische onderdelen voor het ontwikkelen van een BPU, is het beschrijven van de centrale vraagstelling. Voor welk praktijkprobleem

in de BPU bestaat de grootste behoefte aan verbeteringen? Bij de identificatie van het praktijkprobleem, waarvoor verbeteringen ontworpen en ontwikkeld gaan worden, is het van belang het praktijkprobleem te formuleren in termen van een discrepantie tussen de actuele en de na te streven, gewenste en verbeterde situatie. Hiertoe is een beschrijving van de huidige en de gewenste situatie nodig. De beschrijving van de huidige situatie krijgt vaak de vorm van een nul-meting zodat vervolgonderzoek hierop kan voortbouwen.

Daarnaast moet het praktijkprobleem zo volledig mogelijk beschreven worden in termen van achterliggende oorzaken omdat deze het vertrekpunt vormen voor het zoeken naar verbeteringen. Hierbij is het belangrijk om de symptomen en oorzaken goed te scheiden.

De identificatie van het praktijkprobleem start meestal met een beschrijving van alle componenten en facetten zoals die worden gezien door de individuele deelnemers. De volgende stap is om feedback te geven aan alle deelnemers en verder te werken aan consensus over de groepsinterpretatie van het praktijkprobleem. Een andere activiteit in deze fase is het benoemen van de grenzen en beperkingen. Informatie moet worden verzameld over kritische facto-

ren in de praktijksituatie, over de rol die de diverse betrokkenen spelen in het verbeterproces en over de randvoorwaarden bijvoorbeeld ten aanzien van menskracht, tijd en middelen.

De identificatie van het praktijkprobleem en haar begrenzing leveren tezamen de voorlopige criteria op waaraan mogelijke verbeteringen moeten voldoen. Op grond van deze identificatie wordt beslist of aan welke verbeteringen van het praktijkprobleem zal worden gewerkt en zo ja, wie daarbij wordt betrokken. In dat geval zullen in een actieplan de taken en verantwoordelijkheden van de diverse betrokkenen moeten worden aangegeven en in een tijdschema moeten worden vastgelegd. Het actieplan bevat de volgende onderdelen:

- Welke aspecten worden verbeterd?
- Op welke wijze wordt dit gerealiseerd (plan)?
- Wie gaat de (verbeter-)actie inzetten?
- Wie evalueert of de actie ook het beoogde effect heeft gehad?

Methoden om open communicatie over deze onderwerpen te bewerkstelligen zijn onder andere het organiseren van vergaderingen, vragenlijsten, deskresearch (documentenanalyse), interviews, panel-discussies, observaties en focusgroeponderzoek. In de eerste fase is het belangrijk dat een adequate vertegenwoordiging van alle betrokken

partijen worden geraadpleegd. Groepsdiscussie gericht op het bereiken van consensus worden gevoerd rondom de identificatie van het praktijkprobleem en haar begrenzing. Door deze activiteiten wordt de gevoelde verantwoordelijkheid door individuen en de groep binnen de BPU vergroot. De betrokkenen in een BPU worden hierdoor enthousiaster voor hetgeen in de BPU gebeurt. Door alle betrokkenen al vanaf de identificatie van het praktijkprobleem te betrekken bij het verbeterproces, wordt de implementatie van de uiteindelijke verbeteringen in feite al bij de eerste fase ingezet. Dit zal de kans op een succesvolle implementatie vergroten.

Fase 2: Competentieontwikkelingsactiviteiten

In de fase van de competentieontwikkelingsactiviteiten, uitgaande van het werkplan, participeren en werken de betrokkenen van de BPU aan de voorgenomen verbeteringen in hun eigen situatie. Te denken valt aan scholing, training on the job, iets nieuws uitproberen, trail and error, opdoen van positieve en negatieve leerervaringen. De competentieontwikkelingsactiviteiten sluiten aan bij identificatie van het praktijkprobleem om van de huidige situatie naar de gewenste situatie te komen. De competentieontwikkelingsactiviteiten worden ontwikkeld om de betrokkenen van een BPU te laten

ervaren wat de verbeteringen concreet voor de beroepspraktijk inhouden zowel voor de werkprocessen alsmede voor hun gedrag.

Kenmerkende activiteiten in deze fase zijn het genereren van alternatieve verbetervoorstellen, het vergelijken en evalueren van deze alternatieven, leidend tot de keuze van het meest belovende verbeterbeleid. In deze fase wordt gezocht naar bruikbare elementen uit de theorie en naar praktische ervaringsgegevens die in de BPU situatie kunnen worden toegepast (Marshall, Solomon & Steber, 2001). Het vraagt een voortdurende wisselwerking tussen theorie en praktijk en creativiteit in het bedenken, combineren en toepassen van uiteenlopende zaken. Het is geen eenvoudig proces omdat in de praktijk vaak veel “storende” factoren de toepasbaarheid van de theorie in de praktijk belemmeren. Deze afstand tussen theorie en praktijk maakt het vaak moeilijk de uitkomst van de toepassingen van kennis in een concrete BPU situatie te voorspellen. Het is mede hierdoor dat de consensusmethode een iteratief karakter heeft ofwel een zgn. terugkoppelingscyclus kent.

Een andere activiteit in deze fase is het *formatief* evalueren van afgesproken (verbeter-)acties. Alle competentieontwikkelingsactiviteiten kennen een evaluatiecomponent die feedback geeft van de betrokkenen

over het beoogde effect. Hiertoe kunnen evaluatie-instrumenten worden ontwikkeld zodat kan worden vastgesteld of de actie voldoet, dan wel of aanpassingen noodzakelijk zijn. Deze zgn. terugkoppelingscyclus zal meestal één of meer keren moeten worden doorlopen voordat kan worden vastgesteld dat de verbeteracties acceptabel zijn voor de betrokkenen in de BPU. Het moment van effectieve verbeteracties is bereikt als de betrokkenen van mening zijn dat het niet nodig is om nog verdere verbeteringen aan te brengen omdat de afwijking van gewenste situatie beschreven in fase I uiterst gering is. Het is letterlijk niet meer de moeite waard.

De facilitator handhaaft zijn rol en moedigt de deelnemers in de BPU aan om de leiding in de verschillende competentieontwikkelingsactiviteiten te nemen.

Fase 3: Bereiken van consensus

Het doel van de derde fase van de consensusmethode is het bereiken van consensus met de betrokkenen bij de BPU over de installatie ofwel de “officiële nesteling”, van de oplossing van het praktijkprobleem in de praktijksituatie. De installatie kan dus worden beschouwd als de afronding van de implementatieactiviteiten die al bij de eerste fase zijn ingezet. De nadruk ligt hierbij op het officieel inrichten en definitief aanpassen van de praktijksituatie

volgens de ingeslagen weg die leidt tot het bereiken van de afgesproken doelen. Ook in deze fase vinden evaluatieactiviteiten plaats. Deze hebben vooral een *summatief* karakter. Het is verder noodzakelijk een geïmplementeerde oplossing te onderhouden. Dit houdt in dat regelmatig wordt nagegaan in hoeverre bijstellingen gewenst zijn (zgn. “maintaining”). Dit proces is een vorm van continue kwaliteitszorg die bij voorkeur door de betrokkenen zelf moet worden uitgevoerd. Onderzoek naar bereikte resultaten kan daarbij een hulpmiddel zijn.

Betrokkenen bij de BPU die veel tijd hebben gestoken in de competentieontwikkelingsactiviteiten van fase 2 zijn overtuigd geraakt van de waarde van de ontwikkelde activiteiten. Veel activiteiten kunnen worden getransformeerd en geïntegreerd in het normale werkpatroon van betrokkenen in de BPU en / of zijn ingebed in de organisatie.

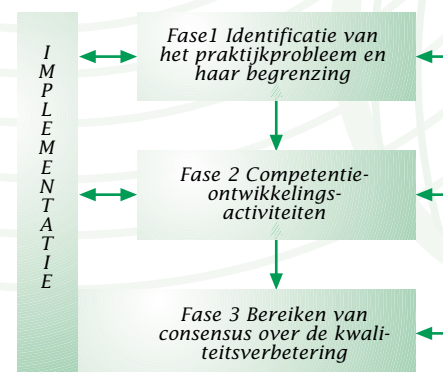
De consensusmethode kent een gefaseerde aanpak: (1) identificatie van het praktijkprobleem en haar begrenzing, (2) competentieontwikkelingsactiviteiten en (3) het bereiken van consensus. Figuur 2 beschrijft de hoofdfasen van de consensusmethode.

Samenvattend kunnen we stellen dat de methode een operationalisering beoogt te geven van wat er moet

gebeuren in een Best Practice Unit om de kennisontwikkeling met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de praktijkvoering te realiseren. De methode heeft dus een soort checklistfunctie.

De belangrijkste kenmerken zijn:

- De kernactiviteit is het proces van systematisch *verbeteren* op basis van consensus.
- De nadruk ligt op *creativiteit* omdat bruikbare verbeteringen nog niet bestaan en dus “uitgevonden” moeten worden.
- De situaties waarmee betrokkenen in een BPU worden geconfronteerd zijn in het algemeen zo *complex* dat een één of andere vorm van systematisch methodologie nodig is om de gewenste doelen te bereiken.
- Een nadrukkelijke plaats wordt ingeruimd voor *evaluatie- en terugkoppelingsactiviteiten* om het cyclische karakter van de consensusmethode te borgen. Het verzamelen van informatie en/of data is hierbij onontbeerlijk.
- Het doel is de ontwikkeling, verspreiding en implementatie van kennis die bijdraagt aan een *betere kwaliteit* van zorg-, hulp- en dienstverlening aan cliënten in het beroepenveld.



Figuur 2
De consensusmethode

4. Toepassingen van het consensusmodel in BPU's

Kort wil ik enkele Best Practice Units in het domein van Social Work de revue laten passeren. Deze Best Practice Units zijn of worden op dit moment ontwikkeld door het lectoraat en kenniskring Gezondheid & Welzijn in samenwerking met het beroepenveld.

Het eerste voorbeeld betreft de Best Practice Unit “Tweckelveld” dat onlangs is gestart. In deze BPU, in samenwerking met de RIWB Twente, staat centraal de vraag naar kennisontwikkeling omtrent de invoering en implementatie van een nieuwe methodiek in woonbegeleiding aan mensen met langdurige problemen van psychische, psychosociale of psychiatrisch aard. De meer theoretische gearde opbrengst zal tot uiting komen in beargumenteerde

en gespecificeerde uitspraken over de kenmerken waaraan de invoering van een nieuwe methodiek, die in een bepaalde context wordt ontwikkeld, moet voldoen om ook op andere woonlocaties van de RIWB Twente tot bevredigende implementatie te komen.

De meer praktische opbrengt betreft het verschaffen van concrete procesinformatie aan het Tweckelveldteam omtrent de voortgang van de invoering en implementatie van de methodiek Kleine Schaars. Aan de BPU worden een facilitator en bachelorstudenten gekoppeld. Zij houden bij wat er in de BPU gebeurt. Wat zijn belangrijke momenten in het proces? Wanneer ontstond het gevoel dat er iets verandert? De woonbegeleiders van het Tweckelveldteam worden daartoe regelmatig geïnterviewd. Op die manier kijken we samen wat kansrijke aanpakken zijn. Daarnaast wordt kennis ontwikkeld omtrent het uitvoeren van tevredenheidsonderzoek bij cliënten.

Het tweede voorbeeld is ontleend aan het terrein van vraaggestuurde zorg. In samenwerking met Jarabee, jeugdzorg in Twente, wordt een BPU gestart rondom de regionale unit Almelo. In deze regionale unit gaat Jarabee daadwerkelijk klantgestuurde zorg realiseren. De hulpverleners in team Almelo werken concreet in de praktijk maar moeten nieuwe concepten ontwikkelen omtrent vraaggestuurde zorg om zo tot

nieuwe kennis komen. Het lectoraat en kenniskring gaan deze BPU volgen om de kennisontwikkeling te bestuderen en de effecten van de ontwikkelingen te onderzoeken.

Het laatste voorbeeld betreft een drietal Best Practice Units die in ontwikkeling zijn in samenwerking met de Stichting Aveleijn. De BPU's hebben betrekking op verschillende vraagstellingen die om oplossingen en verbeteringen vragen. In de BPU "Agressie" is het doel om na te gaan op welke manier hulpverleners beter kunnen omgaan met agressie-incidenten. De BPU "Methodiek Ondersteunings- en ontwikkelingsplannen" onderzoekt de invoering van een nieuwe methodiek die de werkwijze en verantwoordelijkheden regelt rondom het ondersteuningsproces van een individuele cliënt. De BPU "Teamsamenstelling" richt zich op onderzoek naar de samenhang tussen competentieprofielen van medewerkers en de gewenste teamsamenstelling.

Hierbij spreek ik de wens uit dat samen met het beroepenveld subsidianten worden gevonden die bereid zijn toegepast onderzoek gericht op het beantwoorden van dit type vraagstellingen en kennisontwikkeling (mede) te financieren.

5. Slotopmerkingen

In dit eerste deel van onze rede heb ik één van de centrale ideeën in het lectoraat en kenniskring Gezondheid & Welzijn, namelijk Best Practice en Best Practice Unit gedefinieerd en uitgewerkt. Ook heb ik getracht aan te geven op welke wijze wij willen samenwerken met mensen uit het beroepenveld om nieuwe concepten te ontwikkelen, om tot nieuwe liefst op onderzoek gebaseerde praktijkkennis te komen.

Het opzetten van Best Practice Units zal dus geen doel op zichzelf zijn. BPU's zijn instrumentele middelen bij het zoeken naar oplossingen van vraagstukken die leven in en afkomstig zijn uit het beroepenveld. In het lectoraat en de kenniskring Gezondheid & Welzijn leeft de overtuiging dat het ontwikkelen van op onderzoek gebaseerde praktijken kennis bijdraagt tot verhoging van de kwaliteit van oplossingen die in BPU's voor een belangrijk aantal praktijkproblemen worden ontwikkeld. Hierbij is er een uitgesproken aandacht voor alle betrokkenen bij een BPU en voor ethisch en gewetensvol handelen bij het hanteren van methoden en technieken.

De gedachten uiteengezet in deze rede vormen een momentopname in het denken over op onderzoek gebaseerde praktijkkennis en BPU. Veel van hetgeen is opgemerkt wordt

de komende jaren verder uitgewerkt op basis van onderzoek en discussie. Ik heb de overtuiging dat het lectoraat en de kenniskring Gezondheid & Welzijn, mits ze kritisch en gewetensvol de eigen ideeënontwikkeling blijft begeleiden en openstaat voor ontwikkelingen elders, een goede weg heeft ingeslagen. In haar zoektocht heeft het lectoraat en kenniskring Gezondheid & Welzijn in samenwerking met het beroepenveld een unieke kans om een eigen bijdrage te leveren aan de ontwikkeling en professionalisering van het domein van Gezondheid en Welzijn, niet alleen in Nederland maar ook daarbuiten.

Referenties

Amin, A., & Cohendet, P. (2000). Organisational Learning and Governance Through Embedded Practices, *Journal of Management and Governance*, 4, 93-116.

Burk, M. (2000). Communities of Practice. *Public roads*, 5, 18-21.

Dixon, L., McFarlane, W., Hornby, H., & McNary, S. (1999). Dissemination of Family psychoeducation: The Importance of Consensus Building. *Schizophrenia Research*, 36(1-3), 339.

Fetterman, D.M., (2002). Empowerment Evaluation: Building Communities of Practice and Culture of Learning. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 89-102.

French, W.(1969). Organization Development: Objectives, Assumptions and Strategies. *California Management Review*, XII(2), 23-34.

French, W., & Bell, C. (1999). *Organizational Development: Behavioral Science Interventions for Organization Improvement* (6th ed.) Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Marshall, T. Solomon, P., & Steber, S. (2001). Implementing Best Practice Models by using a Consensus-building Process. *Administration and Policy in Mental Health*, 29(2), 105-116.

Rosenstock, L., Olenec, C., & Wagner, G. (1998). The National Occupational Research Agenda: A Model of Broader Stakeholder Input into Priority Setting. *American Journal of Public Health*, 88(3), 353-356.

Stebbins, M., & Snow, C. (1982). Processes and Payoffs of Programmatic Action Research. *Journal of Applied Behavioral Research*, 18(1), 69-86.

Ruyter, P. de (1983). De bronvermelding bij de pedagogisch hulpverlening aan het gezin. In: J. van Weelden (red.), *Onvoltooid of nooit begonnen?* Deel 1. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Wenger, E. (1998a). Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity. *Cambridge: University Press.*

Wenger, E. (1998b). Practice, Learning, Meaning, Identity. *Training*, 34(2), 38-29.



*Dr. Gerialien Holsbrink studeerde pedagogiek met het bijvak interdisciplinaire onderwijskunde aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Zij was werkzaam als orthopedagoge in de kinderrevalidatie, de schoolbegeleidingsdienst en de sociaal pedagogische dienst. Vanaf 1989 tot 2000 was zij werkzaam als universitaire docente bij de Universiteit Twente. In 1998 is zij gepromoveerd. Sinds 2000 is zij werkzaam bij Saxion Hogescholen. Naast lector is zij manager onderwijsontwikkeling en kwaliteitszorg van de Academie Mens en Maatschappij.
(tel 053 4871862,
g.a.holsbrink@saxion.nl)*



Lezing vertegenwoordiger werkveld

3 Kennis delen is vermeerderen: samenwerking praktijk en onderwijs

door Inez Sales

De lezing van Inez Sales MHA treft u aan op de website van het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn:
www.saxion.nl/kenniscentrum-genw

Inez Sales MHA is lid van de Raad van Bestuur van CARINT en lid van de Raad van Advies Master of Arts Health Care and Social Work / Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn, Saxion Hogescholen.



Lezingen leden Kenniskring

4 Zo doen we dat... in de gezondheidszorg Palliatieve zorg als aandachtsgebied van de kenniskring Gezondheid & Welzijn

door Hilde de Vocht

Aan mij de eer om als eerste lid van de kenniskring Gezondheid & Welzijn het woord tot u te mogen richten. Mijn naam is Hilde de Vocht en ik beschouw het als een voorrecht deel uit te maken van de kenniskring die rondom de lectoren Joy Notter en Gerialien Holsbrink gevormd is. Eén van de aandachtsgebieden van de kenniskring Gezondheid & Welzijn is het terrein van de palliatieve zorg. Saxion Hogescholen heeft al een zekere traditie op dit gebied opgebouwd. Zo herinnert een aantal van u zich misschien nog het symposium met als titel 'They just fade away', gehouden op 19 juni 1998 hier te Enschede. In samenwerking met een aantal gewaardeerde instituten werd dit symposium door de Academie Gezondheidszorg (toen nog Academie Verpleegkunde) georganiseerd. Het symposium besteedde aandacht aan nationale en internationale ontwikkelingen op het terrein van palliatieve zorg en mocht daarbij vele binnen- en buitenlandse gasten ontvangen. Als tastbaar resultaat leverde het symposium een tot op de dag van vandaag lezenswaardig symposiumverslag op. In 2000 verscheen het boek 'De praktijk van palliatieve zorg', van de

hand van onder andere Truus Spijker die zo meteen het woord tot u zal richten. Hiermee werd andermaal vanuit de Saxionkoker een bijdrage geleverd aan het terrein van de palliatieve zorg.

Begrippen en afbakening

'Zo doen we dat...' is het thema van deze dag. Hierbij zal het onderwerp 'best practice' diverse keren aan de orde komen. Als je praat over 'best practice' heb je het ook over werken op basis van wetenschappelijke uitgangspunten en onderzoeksresultaten, een belangrijk aandachtspunt voor de kenniskring. Daar hoort dus ook een duidelijke definiëring van begrippen en een afbakening van terreinen bij. Waar hebben we het over als we praten over palliatieve zorg? Een veel gehanteerde definitie is die van de World Health Organization (1990):

"Palliative care is the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best possible quality of life for patients and their families".

De definitie op zich lijkt duidelijk genoeg, maar het is toch niet altijd zo eenvoudig om het begrip 'palliatieve zorg' af te bakenen van andere concepten. Soms bestaat er bijvoorbeeld verwarring over het verschil tussen 'palliatieve zorg' en 'terminale zorg'. Terminale zorg is echter een onderdeel van palliatieve zorg. Het is palliatieve zorg in de laatste fase van het leven. Het Netwerk Palliatieve Terminale zorg Nederland (1999) spreekt van terminale zorg als de levensverwachting minder is dan drie maanden. Andere auteurs zeggen dat er sprake is van terminale zorg als het gaat om zorg in de laatste paar weken, bijvoorbeeld maximaal zes (van der Wiel, 1999), of zelfs dagen van iemands leven. Tegenwoordig wordt in dit verband vaak gesproken over 'kortdurende palliatieve terminale zorg', zoals die bijvoorbeeld geboden wordt in de units bij verpleeg- en verzorgingshuizen, de zelfstandige hospices en de bijna-thuis-huizen.

Waar palliatieve zorg overgaat in palliatieve terminale zorg is al niet eenvoudig te bepalen, maar een wellicht nog moeilijker te bepalen grens is de grens die aangeeft waar palliatieve zorg begint. Letterlijke hantering van de definitie van de WHO impliceert dat palliatieve zorg ook betrekking heeft op alle chronisch zieken vanaf het moment dat hun diagnose gesteld wordt. Een kenmerk van chronische aandoeningen

is immers dat ze 'not responsive to curative treatment' zijn. Toch klopt het voor velen gevoelsmatig niet om te stellen dat iemand die nog wel 40 jaar kan leven met zijn Multiple Sclerose of Diabetes Mellitus een ontvanger van palliatieve zorg zou moeten zijn, al zal men het er wel over eens zijn dat ook in deze situaties een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven een nastrevenswaardig doel is.

De ene auteur zegt dus 'ook mensen met een chronische ziekte als ALS, MS of ernstig hart- en longfalen hebben palliatieve zorg nodig' maar geeft hierbij wel aan dat het gaat om personen in de laatste fase van een zieketraject (van Osselen-Riem, 2000). De ander zegt dat vele aspecten van palliatieve zorg ook toepasbaar zijn in eerdere stadia van het ziekteproces (WHO, 1990), hiermee het moment waarop daadwerkelijk gesproken kan gaan worden van palliatieve zorg in het ongewisse latend. Overigens is dit geen zuiver academische kwestie, want de verwarring rond deze begrippen leidt ertoe dat men ook in de praktijk nogal eens langs elkaar heen praat. Palliatieve zorg laat zich dus niet zomaar in een strak afgepast wetenschappelijk hokje laat zetten. Ik kom hier aan het eind van mijn betoog nog even op terug.

Onderzoek in Nederland

'Zo doen we dat...' Een volgend goed wetenschappelijk uitgangspunt is dat wanneer je je op een bepaald gebied wilt gaan richten je eerst in kaart brengt wat voor onderzoek er op dat gebied al uitgevoerd is. Eén van de eerste vragen die ik van Joy Notter kreeg was dan ook het uitvoeren van een 'systematic literature review' op het gebied van palliatieve zorg in Nederland met als richtlijn te kijken naar de laatste 5 jaar.

Al gauw kwam ik er achter dat het meest natuurlijke beginpunt van deze ontdekkingsreis ligt bij de publicatie *Palliatieve zorg in Nederland: een inventarisatiestudie naar palliatieve zorg, deskundigheidsbevordering en zorg voor zorgenden* uit 1997. Dit is de publicatie die hoort bij het eerste deel van het programma 'Palliatieve zorg in de terminale fase' van ZorgOnderzoek Nederland, tegenwoordig Zon Mw geheten. Dit met forse overheidssubsidies ondersteunde programma vormt de ruggengraat van het onderzoek op het gebied van palliatieve zorg in Nederland van de afgelopen periode. De tweede fase van dit programma leverde de scenariostudie *Palliatieve zorg vandaag en morgen – feiten, opvattingen en scenario's* op. In deze studie wordt aangetoond dat de vraag naar palliatieve zorg tot het jaar 2015 met ongeveer 20% zal stijgen. Experts die zich over de

schat aan onderzoeksgegevens hebben gebogen pleiten in dit verband voor regionale netwerkvorming, zorgcoördinatie, transmuralisering en een multidisciplinaire benadering. Via een testfase van regionale netwerken palliatieve zorg en de oprichting van consultatieteams palliatieve zorg lijken de aspecten waar de experts voor pleitten inmiddels gewaarborgd in de afdelingen palliatieve zorg van de Integrale Kankercentra. De door toenmalig minister Borst zo gewenste landelijke dekking is hiermee een feit. Wel is misschien de tijd rijp voor een naamsverandering van de Integrale Kankercentra, om uitdrukking te geven aan de verbreding van de doelgroep: ongeveer eenderde van de patiënten die aan een niet-acute aandoening overlijdt is géén kankerpatiënt maar sterft aan doodsoorzaken als longaandoeningen, hartfalen en diabetes (van Noord, Jongejan & van Bokhoven, 2003). In de derde fase van het programma heeft ZON de focus gericht op kleinschalige lokale projecten waarbij kwaliteit van zorg vanuit de patiënt centraal staat. Het programma bevindt zich in een afrondende fase.

Al met al vormt het onderzoek in het kader van het programma 'Palliatieve zorg in de terminale fase' de hoofdmoot van onderzoek op dit gebied in Nederland. Dit neemt echter niet weg dat daarnaast ook veel

interessant onderzoek over palliatieve zorg is gepubliceerd, waaronder een aantal boeiende dissertaties. Het voert op dit moment te ver om een nadere uitwerking van mijn systematische literatuurstudie te presenteren, bovendien is hij nog 'under construction' om maar weer eens een goed Nederlands woord te gebruiken. De bedoeling is dat dit overzicht voor de zomer klaar is voor publicatie, dus te zijner tijd kunt u er desgewenst uitgebreid kennis van nemen.

Evidence based practice

Tot slot moet mij nog het volgende van het hart. Ik ben absoluut voorstander van werken op basis van op wetenschappelijk verantwoorde wijze verkregen informatie. Dit kan leiden tot een evidence-based practice. Hierbij wordt veelal de effectiviteit van bepaalde interventies en hulpvormen onderzocht om te bepalen welke interventies en hulpvormen wel en niet toegepast zouden moeten worden. Echter, uit wetenschappelijk onderzoek blijkt ook dat de 'werkzaamheid' van een bepaalde vorm van hulpverlening uiteindelijk maar voor een klein deel (zo'n 15%) bepaald wordt door de toegepaste interventie of hulpvorm en voor zo'n 85% door de zogenaamde 'algemene factoren'. Bij nadere beschouwing blijken deze 'algemene factoren' voor een groot deel te bestaan uit de bejegening van de zorg- of hulpver-

lener en de kwaliteit van de relatie die hij of zij met een zorgvrager opbouwt (Hubble, Duncan & Miller, 1999; Van den Steege, 2003).

Er bestaat voor mij dus ook zoiets als 'practice-based evidence', en dat zijn de ervaringsfeiten die tot een bepaalde manier van handelen leiden en die zich soms in het schemergebied van de intuïtie van ervaren verpleegkundigen, artsen en paramedici bevinden. Het strikt toepassen van een wetenschappelijk als 'effectief' gekwalificeerde methode lijkt dus géén garantie voor een goed resultaat. In het streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven is de menselijke factor zeker zo belangrijk als de toegepaste interventie, en dit lijkt mij absoluut van toepassing op het gebied van de palliatieve zorg. Zo blijkt ook uit het grote ontwikkelingsproject dat Prismant in verzorgingshuizen uitvoert dat palliatieve zorg naast de medische techniek toch vooral ook een zaak is van aandacht en attitude (ZON, 2001). Hierbij zal belevingsgerichtheid nadrukkelijk aandacht moeten krijgen. Overigens wordt in recente publicaties op het gebied van evidence-based practice deze visie ook uitgedragen (zie bijvoorbeeld Cox, de Louw, Verhoef & Kuiper, 2004).

Dus: 'evidence-based practice' in combinatie met 'practice-based evidence' kan leiden tot een 'best practice'. Hiermee wil ik een lans breken voor een intensieve samenwerking met en een vruchtbare kruisbestuiving tussen werkers in de praktijk en werkers van de kenniskring. Samen kunnen we bouwen aan een 'best practice' op het gebied van palliatieve zorg.

Ter illustratie zal Truus Spijker nu een voorbeeld geven van een project waarin de samenwerking tussen de kenniskring en de beroepspraktijk naar voren komt.

Literatuur:

Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J. , & Kuiper, C. (2004). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Utrecht: Lemma.

Francke, A.L., Persoon, A., Temmink, D., & Kerkstra, A. (1997). *Palliatieve zorg in Nederland: een inventarisatiestudie naar palliatieve zorg, deskundigheidsbevordering en zorg voor zorgenden*. Utrecht: NIVEL.

Francke, A.L., & Willems, D.L. (2000). *Palliatieve zorg vandaag en morgen. Feiten, opvattingen en scenario's*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (eds.) (1999). *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington DC: American Psychological Association.

Noord, K. van, Jongejan, B., & Bokhoven, R. van (2003). Vorming afdelingen palliatieve zorg vordert gestaag. *Pallium, april/mei 2003*, 22-25.

NPTN (2000). *Concept: Netwerk Palliatief Terminale Zorg Nederland; Meerjarenwerkplan 2000-2004 en werkplan 2000*. Bunnik: Netwerk Palliatieve Terminale Zorg Nederland.

Osselen-Riem, J. van, Nijs, E. de, & Dijk, B. van (red.) (2000). *Theorie en praktijk van de palliatieve zorg*. Utrecht: Lemma.

Spijker, G.J.H., & Laarman, M.J.B. (red.) (1998). *They just fade away – symposiumverslag palliatieve zorg*. Utrecht: Lemma.

Spijker, G.J.H., & Laarman, M.J.B. (red.) (2000). *De praktijk van palliatieve zorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Steege, M. van der (2003). *Gewoon goed hulpverleners*. Utrecht: NIZW.

Wiel, Y. van der (1999). Palliatieve Zorg. In A. Pool, & J. Lambregts (red.), *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken* (pp. 303-310). Utrecht: Lemma.

World Health Organization (1990). *Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee*. Genève: World Health Organization.

ZorgOnderzoek Nederland (2001). Het ZON-programma: een overzicht van de stand van zaken. *Pallium*, juni/juli 2001, 33-36.



Drs. Hilde de Vocht studeerde psychologie aan de Universiteit Utrecht en is nu als docent verbonden aan de Academie Gezondheidszorg van Saxion Hogescholen. Binnen de kenniskring Gezondheid en Welzijn heeft zij als aandachtsgebied de palliatieve zorg.
(tel 0570 663619,
h.m.devocht@saxion.nl)

5 Zo doen we dat... in de gezondheidszorg

Van theorie naar praktijk

door Truus Spijker

*“Die niet regt en weet
den gront van haar bedrijf,
is staeg een slappe gans
en noyt een handig wijf.”*

Jacob Cats
Verzamelde werken, 1688

“Niets is praktischer dan een goede theorie” is een veel gebezigde uitdrukking die de essentie weergeeft van goed onderzoek. Zicht krijgen op effecten van interventies in de praktijk van alledag ten behoeve van een optimale zorg- en hulpverlening, ontwikkeling, uitwisseling en toepassing van kennis - best practice - zijn belangrijke doelstellingen die de Kenniskring Gezondheid en Welzijn nastreeft. Aansluitend aan de presentatie van Hilde de Vocht wil ik u een voorbeeld geven van een onderzoeksproject op het terrein van de palliatieve zorg waaraan praktijk en onderwijs gezamenlijk vorm en inhoud geven.

Subcutane pijnbestrijding bij palliatieve patiënten

De aanleiding tot het onderzoek is een alerte huisarts die constateert dat pijnbestrijding in de palliatieve fase onder zijn collegae zeer verschillend wordt ingevuld. Zelf een voorstander van een subcutane pijnbestrijding in deze fase vraagt hij

zich af wat de kwaliteit en tevredenheid is van toegepaste interventies ten aanzien van pijnbestrijding bij patiënt en naasten enerzijds en bij hulpverleners anderzijds. Een meer omvattende vraag die hierachter ligt heeft te maken met kritische successen faalfactoren bij het invoeren van subcutane pijnbestrijding in de eerste lijn. Het betreft hier twee deelonderzoeken die met elkaar verband houden, maar ieder hun eigen onderzoeksaanpak vragen.

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijk onderzoeksproject veelomvattend is als we kijken naar de benodigde expertise, tijd en middelen. Een eerste vraag om onderzoek wordt zelden zo helder geformuleerd dat op grond hiervan zonder meer een onderzoek kan worden ingericht. Hier komen dan ook de andere partners om de hoek. Het Medisch Technoteam in de betreffende regio dat in een directe relatie staat tot de huisartsen binnen de eerste lijn en dat een groot deel van deze interventies voor haar rekening neemt, is geïnteresseerd en zegt zijn medewerking toe. Ook het Integraal Kankercentrum is gezien haar doelstelling - optimalisering van de kwaliteit van zorg binnen de oncologie - een belangrijke partner in het geheel. Het Integraal Kankercentrum

neemt contact op met de Hogeschool met een vraag om medewerking: kunnen studenten ingezet worden om delen van het onderzoek voor hun rekening te nemen? De vraag komt terecht bij het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn van Saxion Hogescholen.

Bruggen bouwen

De gevraagde medewerking past binnen de strategie van het Kenniscentrum om in samenwerking met de praktijk projecten aan te pakken. Het kan zoals in dit geval een vraag om toegepast onderzoek zijn, maar ook met andere vragen kan een beroep gedaan worden op de expertise en de faciliteiten die het Kenniscentrum tot zijn beschikking heeft. Een belangrijke doelstelling van het Kenniscentrum is de kloof die er bestaat tussen theorie en praktijk zo veel mogelijk te dichten. Of met andere woorden: de integratie tussen praktijk en theorie te bevorderen. Het project subcutane pijnbestrijding bij palliatieve patiënten in samenwerking met werkers uit de eerste lijn en het Integraal Kankercentrum, biedt de mogelijkheid om hier invulling aan te geven. Transfer en uitwisseling tussen praktijk en onderwijs zijn in het belang van beide. Het inzetten van studenten biedt voor hen een extra mogelijkheid om in een reële, maar wel veilige praktijksetting onderzoekservaring op te doen met de bijbehorende verantwoordelijkheid en zeggenschap. Op deze wijze kunnen de toekomstige werkers hun vaardighe-

den en expertise ontwikkelen en uitbreiden.

Een wijze van samenwerking met praktijkinstellingen

De rol van het Kenniscentrum in een dergelijk project bestaat uit facilitering, begeleiding en deels uitvoering en verslaglegging van het onderzoek. Het betreffende onderzoek zal geplaatst worden binnen internationale onderzoekskaders op dit terrein. Er wordt in een aangepaste vorm gebruik gemaakt van de door Irene Higginsons ontwikkelde vragenlijst - “Stas Interview Schedule For Patients” - waarbij Stas staat voor Support Team Assessment Schedule. De meerwaarde hiervan is dat de bevindingen van het onderzoek geplaatst kunnen worden en vergeleken met internationaal onderzoek dat gedaan is op dit terrein. Hiermee wordt de regionale strekking overstegen.

De wijze van samenwerken in dit project bestaat uit het inrichten van een Stuurgroep bestaande uit de participanten in het onderzoeksproject: huisarts, Medisch Technoteam, Integraal Kankercentrum, Kenniscentrum Gezondheid en Welzijn. Bij deze Stuurgroep komt de eindverantwoordelijkheid te liggen voor het totale onderzoeksproject. De regie is en blijft in handen van het Integraal Kankercentrum. Twee studenten van de masteropleiding Health Care and Social Work zullen in het kader van hun studie, hun meesterproef, ieder een deelonder-

zoek uitvoeren en daarvan verslag uitbrengen. Voor de ethische implicaties zal het onderzoeksproject door een ethische commissie beoordeeld worden.

Win - win

Met de samenwerking binnen dit soort projecten wordt door de Kenniskring Gezondheid & Welzijn een win - win situatie beoogd. Nog even de voordelen op een rij. Een gezamenlijke aanpak van praktijkvraagstukken biedt meerwaarde door de verschillende inbreng en kennis van de participanten te benutten. Door de betrokken partijen wordt een bijdrage geleverd aan het creëren van best practice. De uitkomsten van het onderzoek leveren een bijdrage aan een optimalisering van de kwaliteit van zorg- en hulpverlening op basis van evidence. De praktijk creëert mede zo zijn eigen evidentie: interventies die bewezen effectief zijn. Hierdoor kunnen de best haalbare interventies in een gegeven situatie uitgevoerd worden: dat wil zeggen vraaggericht, doelmatig, effectief en efficiënt. De zo noodzakelijke integratie en transfer van kennis tussen theorie en praktijk wordt bevorderd. Verder wordt studenten de mogelijkheid geboden om hun vaardigheden en expertise te ontwikkelen en uit te breiden zodat zij in staat zijn als werkers adequaat invulling te geven aan de functie die zij nu misschien reeds bekleden of in de toekomst zullen gaan vervullen. De leden van de Kenniskring doen ervaring op en

ontwikkelen expertise die zij opnieuw gebruiken om het onderwijs af te stemmen op de vragen die gesteld worden aan de toekomstige beroepsbeoefenaren.

Best practice: context, tijd en plaats gebonden

Ik begon met geschiedenis - Jacob Cats - en ik wil er graag mee eindigen. Niet met Jacob Cats, maar met zuster Melk. Ik wil u een voorbeeld geven van wat gezien werd als best practice in palliatieve zorg in een andere tijd en binnen een andere context. Allereerst moet opgemerkt worden dat de term palliatieve zorg als zodanig niet gehanteerd werd in die tijd. In de oudere handboeken voor verpleegkunde zo rond de eeuwwisseling (1880 - 1920) was terminale zorg of zoals men het toen verwoordde, de hulp aan stervenden, überhaupt geen item. Het onderwerp komt in de handboeken die in die tijd vooral geschreven waren door artsen niet voor. De onderstaande twee citaten zijn te vinden in "De praktijk der Ziekenverpleging". In de jaren dertig, veertig van de vorige eeuw een gezaghebbend handboek waar generaties verplegenden mee opgroeiden. In het hoofdstuk "Nachtdienst en hulp aan stervenden" - op zich een combinatie die opmerkelijk is - geeft zuster Melk de gedragscode weer waaraan verplegenden zich te houden hebben. Stilte in de nachtdienst en niet wapperen met gesteven roken, het woord overlaten aan de dokter en doorgaan met behandelen:

"Als een zieke u ooit, rechtstreeks of niet, vraagt of gij denkt, dat zijn einde nadert, wees dan op uw hoede en verwijs uw patiënt naar den dokter. De meningen, over het al of niet wenselijke van een dergelijke inlichting, lopen ver uiteén... wij laten deze beslissing aan den geneesheer, die de verantwoording voor het leven en welzijn van den zieke draagt."
1947:307

"...en zelfs als patiënt u vraagt, hem niet meer in te spuiten, als de familie u smeekt hem niet meer te plagen, ook als het u zelf iedere keer een overwinning kost, het voorschrift uit te voeren, dan moet ge toch hiermee doorgaan. Want - 'de wonderen zijn de wereld nog niet uit', er komen nog altijd verrassende genezingen voor! Houd u aan die gedachte vast, als het gehoorzamen u zwaar valt en bedenk, dat een kostbaar mensenvleven niet door verkeerd gerichte gevoeligheid verloren mag gaan."
1947:308

Best practice altijd context-, tijd- en plaatsgebonden. En u ziet: "theorieën zijn als lapjes stof, op een dag zijn ze versleten." Bovenstaande illustratie leert dat een continue en interdependente relatie tussen praktijk, onderwijs en onderzoek een noodzakelijke voorwaarde is om in een cyclisch proces best practice vorm en inhoud te geven. Dit alles om de consument, de cliënt of de patiënt een kwalitatief hoogwaardige zorg- en hulpverlening te kunnen bieden.

Literatuur

Higginson, Irene. J, et al (1993) *Support Team Assessment Schedule for Patients and Carers (modified)*

Melk, Zr. H.A. (1947) *De praktijk der ziekenverpleging*. 3de druk, Gorinchem, J. Noorduijn en Zoon N.V.



Drs. Truus Spijker is verpleegkundige en sociaal werker, ze studeerde antropologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Zij is programmamanager van de masteropleidingen Gezondheid en Welzijn. Binnen het Kenniscentrum werkt zij nauw samen met de lectoren met als aandachtsgebieden cultuurspecifieke / transculturele zorg en palliatieve zorg.
(tel 0741671, g.j.h.spijker@saxion.nl)

6 Zo doen we dat... in welzijn

De rol van onderzoek als basis voor Best Practice

door Ria Lohuis

Het belang van onderzoek voor de professionele praktijk wordt al vele decennia in de wetenschappelijke literatuur onderschreven. Sterker nog; in 1981 schreef de Britse Jenny Hunt, een verpleegkundig onderzoeker, dat de zinsnede 'nursing should become a research-based profession' een cliché was geworden (Hunt, 1981). Sindsdien is er veel gebeurd. De in Hunts ogen versleten uitdrukking is weer een sprekend en hoogst actueel gegeven geworden. In het streven naar de ontwikkeling van 'best practices' in de welzijns- en gezondheidszorg geldt toegepast onderzoek als een noodzakelijke voorwaarde.

De basis voor het ontwikkelen en in stand houden van 'best practices' binnen gezondheid en welzijn is het beschikken over voldoende kennis en vaardigheden op het terrein van onderzoek. In het krachtenveld van onderwijs, onderzoek en beroepspraktijk heeft dit gegeven betrekking op zowel studenten en docenten van de BAMA-opleidingen, als op werkers in het veld. De verwachting is dat het simultaan focussen op deze doelgroepen het meest effectief zal zijn. Het lectoraat en de kenniskring hebben, en daarin zijn we vrijwel uniek in het land, bewust gekozen

om het vergroten van onderzoeksvaardigheden als speerpunt in hun doelstelling op te nemen. (Holsbrink, Notter & Spijker, 2003) Het bereiken van deze specifieke doelstelling wordt enerzijds binnen de onderwijssituatie, anderzijds in het werkveld gerealiseerd.

Onderwijs

Binnen onze opleidingen zijn we onlangs gestart met een inventariserend onderzoek naar de invulling van de onderzoekscomponent in de curricula van de studierichtingen van Gezondheid en Welzijn (Academies Verpleegkunde, Academie Mens en Maatschappij en Instituut voor Paramedische Studies). Naast aandacht voor inhoud, niveau, studielast en begeleiding door zowel docenten als het werkveld, wordt ook geïnventariseerd in hoeverre er aandacht is voor de ethische aspecten van onderzoek. Immers, al in 1964 werd door de World Medical Association de Verklaring van Helsinki opgesteld, algemeen erkend als het basisdocument op het gebied van ethiek in biomedisch onderzoek. In deze Verklaring zijn richtlijnen en gedragscodes voor research governance vastgelegd, waarbij grote nadruk gelegd wordt op ethische

verantwoording van onderzoek en de bescherming van onderzoekspopulaties. Deze richtlijnen stellen eisen aan de protocollen voor het indienen van onderzoeksvorstellen en onderzoeksprojecten; verder waarborgen ze de integriteit van de onderzoekspopulatie, de onderzoekers en de begeleiders van het onderzoek (CIOMS, 2002). Het is vanzelfsprekend dat Helsinki ook van toepassing is op studenten en docenten in het hoger onderwijs. Een ethische commissie zal op termijn een rol spelen in de onderzoeksprotocollen van de studenten.

In het inventariserend onderzoek proberen we door middel van documentenanalyse en gestructureerde interviews met betrokken docenten een goed beeld te krijgen van de huidige aanpak. De resultaten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt bij het gezamenlijk ontwikkelen van een onderzoekslijn in de betrokken opleidingen. Binnen de Saxion Hogescholen is door het Expertisecentrum Onderwijsinnovatie in een startnotitie uitgewerkt wat de gemeenschappelijke basis kan zijn waarop diverse toepassingen van onderzoek geënt kunnen worden. Het einddoel is dat onderzoekscompetenties waaraan afgestudeerden van de bachelor- en de masteropleidingen dienen te voldoen in een gezamenlijk gedragen beleidsdocument worden vastgelegd (Hendriks, 2004).

Studenten

Bij de onderzoeksvaardigheden van de gemiddelde bachelorstudent zijn kritische kanttekeningen te plaatsen. Onderzoeksmethodologisch gesproken ligt er een uitdaging voor de studenten. Zij zullen meer bagage mee moeten brengen om praktijkonderzoek aan de hand van gangbare criteria op te zetten en uit te voeren. Met name praktische onderzoeksvaardigheden, zoals de formulering en operationalisering van vraagstellingen en observatie-, interview- en enquêtetekniken moeten meer accent krijgen in hun opleiding. Een concreet voorbeeld hiervan is de dit jaar voor alle studiejaar van de Academie Gezondheidszorg Enschede ingezette leerlijn informatievaardigheden in samenwerking met het studielandschap. Integratie van informatievaardigheden met onderzoeksvaardigheden is de volgende stap. Een belangrijke factor hierbij is het scheppen van een onderzoeksklimaat waarin het aankweken van wetenschappelijke nieuwsgierigheid, een positieve studieattitude en een reflectieve houding ten aanzien van onderzoek de boventoon voeren.

Het is evident dat de lectoren gezondheid en welzijn een meerwaarde vertegenwoordigen voor de gewenste onderzoekskennis en –ervaring in onze opleidingen. In deze context past ook het Handboek Onderzoek dat door de

lectoren en de leden van de kenniskring ontwikkeld wordt voor de bachelor- en masterstudenten. Verder hebben de lectoren gezamenlijk een Leergang Onderzoek ontwikkeld voor docenten van de betrokken academies.

Bij deze scholing gaat het vooral om kennisverwerving en vaardigheidstraining op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast worden op verzoek bijscholing en supervisietrainingen gegeven aan docenten van de bachelor- en de masteropleidingen.

Beroepenveld

Er is veel onderzoek gedaan naar attitude en gedrag van verpleegkundigen ten aanzien van 'research-based nursing' met name in de Angelsaksische landen. In de jaren negentig werd in Amerika een onderzoeksinstrument ontworpen om de weerstand van verpleegkundigen tegen het gebruik van onderzoeksgegevens in de praktijk te meten. Dit leverde de barrière-vragenlijst op. Deze vragenlijst telt 28 items over 4 vormen van barrières: afkeer bij de verpleegkundige zelf, belemmeringen in de werksituatie, weerstand tegen onderzoek en problemen met de presentatie van de resultaten van onderzoek. Deze barrièreschaal is in diverse onderzoeken in Groot-Brittannië gebruikt. Naast werkgerelateerde barrières, zoals gebrek aan tijd en gebrek aan autoriteit, wordt het gebrek aan ken-

nis van onderzoeksmethoden regelmatig genoemd (Walsh, 1997, Hicks 1995, Mc Kenna, Ashton & Keeney, 2004). We mogen deze resultaten natuurlijk niet ongegrond extrapoleren; wel nodigt het uit om deze enquête ook in Nederland bij welzijnswerkers en verpleegkundigen af te nemen.

Uit een recent in ons land gehouden panelonderzoek onder 400 verpleegkundigen, werkzaam in algemene ziekenhuizen, de psychiatrie, de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap en de thuiszorg, blijkt dat 61% van de verpleegkundigen met een HBO-opleiding het gebruik van verplegingswetenschappelijk onderzoek in de praktijk belangrijk vindt. Slechts 30% van de HBO-opgeleiden zegt in de praktijk ook daadwerkelijk gebruik te maken van resultaten uit (verplegings) wetenschappelijk onderzoek. Markant is vervolgens dat 63% van de HBO-opgeleide verpleegkundigen aangeeft geen behoefte te hebben aan bijscholing in het gebruik van (verplegings)wetenschappelijk onderzoek in de praktijk (Speet, Francke & Veer, de. 2003). De auteurs van dit onderzoek wijzen met name naar hogescholen en andere opleidingsinstituten om scholingsbeleid op dit terrein te ontwikkelen. Wij bevestigen deze onderzoekers in hun conclusies; we zijn met dit beleid volop bezig.

Over de randvoorwaardelijke sfeer waarin dit proces tot rendement moet leiden kunnen vele wensen geformuleerd worden. Centraal staat dat de adequate ontwikkeling van best-practice units gebaat is bij gemotiveerde, innovatiegezinde studenten en docenten die in een krachtige leeromgeving hun onderzoekcompetenties uitbouwen en versterken. Lectoren en de kenniskring zijn in de positie en hebben de capaciteit om een dergelijk proces te faciliteren, door informatie, door publicaties, door scholing, door coaching.

Een grotere bewustwording van het belang van onderzoeksvaardigheden bij verpleegkundigen en hun leidinggevenden, kan een wezenlijke impuls krijgen door het opzetten van de best practice afdelingen, waar zowel voor beroepsbeoefenaars, begeleiders als studenten plaats is om ervaring op te doen met onderzoek. Concreet kan dit betekenen dat studenten ter plekke hun vaardigheden ten aanzien van b.v. observaties en interviews kunnen vergroten.

Ik ben begonnen te refereren aan Hunts vaststelling bijna 25 jaar geleden dat de uitspraak 'nursing should become a research-based profession' een cliché was geworden. Niets is deprimerender dan een cliché. Ons doel voor nu en straks is ervoor

te zorgen dat 'research-based practice' in gezondheids- en welzijnszorg ons blijft inspireren om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren

Literatuur

CIOMS (2002), *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS

Funk S.G., Champagne M.T., Wiese A.R. & Tornquist E.T. (1991) Barriers to using research finding in practice: the clinicians perspective. *Applied Nursing Research* 4, 90-95

Hendriks P.J.M. (2004), *Onderzoek in het HBO. Startnotitie*. Enschede: Saxion Hogescholen

Hicks C. (1995), The shortfall in published research: a study of nurse's research and publication activities. *Journal of Advanced Nursing* 21, 594-604

Holsbrink G., Notter J., & Spijker T. (2003) Concept Activiteitenplan 2004 Lectoraat en kenniskring Zorg en Welzijn. Enschede: Saxion Hogescholen.

Hunt J.(1981), Indicators for nursing practice: the use of research findings. *Journal of Advanced Nursing* 6, 189-194.

Mc Kenna H.P., Ashton S., & Keeney S. (2004) Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 45(2) 178-189

Speet M, Francke A.L., & Veer A.E.J. de (2003) Vooral HBO-verpleegkundigen hechten waarde aan wetenschappelijk onderzoek *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* nr. 12

Walsh M. (1997) Perceptions of barriers to implementing research. *Nursing Standard* 11, 34-37



Ir. Ria Lohuis studeerde humane voeding aan de universiteit Wageningen. Momenteel is zij werkzaam als docent gezondheidskunde en onderzoeksmethodiek bij de Academie Gezondheidszorg van Saxion Hogescholen. Binnen de kenniskring Gezondheid & Welzijn heeft zij als aandachtsgebieden preventie en gezondheidsvoorlichting. (tel 053 4871554, h.a.g.m.lohuis@saxion.nl)

7 Zo doen we dat... in welzijn

De methode Kleine Schaars: via gelijkwaardigheid naar zelfbepaling

door Jack de Swart

Ik vertel u over een samenwerking die is ontstaan tussen de kenniskring Gezondheid & Welzijn en de RIBW Twente. Deze samenwerking is opgezet als een Best Practice Unit. De aanleiding om deze Best Practice Unit te starten ligt in het voornemen van de RIBW Twente om, voor de gehele organisatie een nieuwe methodiek in te voeren. Er is gekozen voor de methode Kleine Schaars (via gelijkwaardigheid naar zelfbepaling). De methodiek wordt in een pilot binnen twee afdelingen van RIBW Twente ingevoerd. Ik zal nu kort ingaan op de vragen “wat is de RIBW Twente” en “wat houdt de methode Kleine Schaars in”. Vervolgens zal ik kort bespreken welke twee onderzoekslijnen er zijn uitgezet binnen de Best Practice Unit.

Stichting RIBW Twente staat voor Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen in Twente. De stichting biedt woonbegeleiding aan mensen met langdurige problemen van psychische, psychosociale of psychiatrische aard. RIBW Twente biedt begeleiding en ondersteuning in het dagelijks leven, aan mensen vanaf 16 jaar.

De RIBW Twente heeft ervoor gekozen om met de methode Kleine Schaars te gaan werken. Alvorens er tot invoering binnen de gehele organisatie wordt overgegaan zal er een pilot gedraaid worden bij twee locaties. Deze locaties (ongeveer 10 medewerkers per locatie) hebben in maart 2004 een training gehad in de methode Kleine Schaars. De Best Practice Unit is opgezet in samenwerking met de afdeling Twekkelerveld in Enschede.

De methode Kleine Schaars

De methode Kleine Schaars, via gelijkwaardigheid naar zelfbepaling, is begin jaren '90 ontwikkeld door Willem Kleine Schaars als hoofd van het toenmalige gezinsvervangende tehuis de Blokhorst in Zwolle. Het doel van de methode is om de zelfbepaling van de cliënt te bevorderen. Volgens Kleine Schaars (2000) zijn er twee valkuilen die de zelfbepaling van de cliënt in de weg kunnen staan. Enerzijds is dat betutteling, waarbij de begeleider teveel geneigd is om beslissingen voor de cliënt te nemen. Anderzijds bestaat in de begeleiding van mensen met een (verstandelijke) beperking het gevaar van overvragen.

Met overvragen wordt bedoeld dat cliënten zelf beslissingen moeten nemen op gebieden waar ze dat zelf niet kunnen. De kern van de methode is dat de begeleiding voor elke cliënt in tweeën is gesplitst. Iedere bewoner heeft een zaakwaarnemer, degene die de cliënt stuurt, kaders stelt en begrenst, en een procesbegeleider. De procesbegeleider helpt de cliënt bij het verwoorden van de eigen wensen en behoeften. Daarnaast bespreekt de procesbegeleider zijn bevindingen met de zaakwaarnemer met als doel dat de zaakwaarnemer meer en beter rekening kan houden met de wensen en behoeften van de cliënt. (Kleine Schaars 1993)

Het doel van de werkwijze is om de juiste balans te vinden tussen over- en ondervragen. Volgens Kleine Schaars (2000) is een bijkomend voordeel van deze methodiek dat medewerkers beter ingezet kunnen worden op hun persoonlijke kwaliteiten. De ene begeleider zal zich prettiger voelen en meer kwaliteiten kunnen inzetten als zaakwaarnemer, de ander wellicht als procesbegeleider. Ook heeft de methode volgens Kleine Schaars (2000) het bijkomende (positieve) effect dat de openheid in het team wordt vergroot. Doordat zowel de zaakwaarnemer als de procesbegeleider open zijn over hun activiteiten met de cliënt, wordt voor de begeleiders zelf, de overige team-

leden en de cliënt verhelderd welke doelstellingen worden nagestreefd en welke belemmeringen opgelost kunnen worden.

Aan het begin van de invoering van de methode krijgen de begeleiders een 3-daagse training aangeboden. Vervolgens wordt er gedurende een nader te bepalen tijd een halfjaarlijkse terugkombijeenkomst afgesproken. De methode Kleine Schaars schrijft echter niet voor op welke manier de methode dient te worden geïmplementeerd. Belangrijk is dat er een bottom-up proces plaatsvindt, waarbij de initiatieven van de medewerkers centraal staan. De implementatie van de methode begint bij de basis. De stem van de cliënt is daarbij van groot belang. De methode impliceert derhalve een procesmatige invoering, die dient aan te sluiten bij de wensen en de mogelijkheden van de cliënten en de medewerkers.

Onderzoekslijnen BPU

Binnen de best practice unit hebben we twee onderzoekslijnen uitgezet. De eerste onderzoekslijn heeft als doel het beschrijven van het proces van implementatie. Omdat proces van invoering van de methode Kleine Schaars niet is vastgelegd en niet wordt voorgeschreven willen we in dit onderzoek nagaan hoe dit proces bij de afdeling Tweekelerveld van de RIBW Twente verloopt. We willen derhalve beschrijven hoe de

methode Kleine Schaars wordt ingevoerd binnen de eenheid Tweekelerveld.

Voor de RIBW als geheel is het van belang om te weten hoe de invoering van de methode Kleine Schaars verloopt binnen de pilot bij de afdeling Tweekelerveld. Hierdoor krijgt het management van de RIBW inzicht in het proces dat gepaard gaat bij de invoering. Daarnaast krijgt het team van de afdeling Tweekelerveld zelf inzicht in hoe het proces is verlopen.

Inzicht in het invoeringsproces is een noodzakelijke voorwaarde om de juiste afspraken te maken, voorwaarden te creëren en bijstellingen af te spreken.

Als onderzoeksmethode hebben we gekozen voor een casestudy. Een casestudy is een onderzoeksstrategie waarbij slechts een voorbeeld, of hooguit enkele voorbeelden, van een sociaal verschijnsel intensief bestudeerd worden. Met intensief onderzoek wordt bedoeld dat het ontstaan, de veranderingen en de complexe structuur van een verschijnsel bestudeerd wordt. (Swanborn 2003). Daarbij wordt aan een groot aantal variabelen tegelijk aandacht besteed. Het verschijnsel dat in dit onderzoek in de belangstelling staat is dus de invoering van de methode Kleine Schaars bij de afdeling Tweekelerveld van de RIBW

Twente. Via periodieke interviews met de medewerkers van de afdeling wordt het proces van invoering van de methode Kleine Schaars in beeld gebracht. Interviews zullen, met alle medewerkers van de afdeling Tweekelerveld worden gehouden in de komende maanden.

De tweede onderzoekslijn betreft het volgen van de tevredenheid van de cliënten binnen de RIBW Twente sinds de invoering van de methode Kleine Schaars. Het doel van dit onderzoek is dat de mate van tevredenheid van de cliënten van de RIBW Twente op het gebied van zelfbepaling te volgen. Tevens heeft het onderzoek tot doel het onderzoeksinstrument dat binnen de RIBW gebruikt wordt te toetsen, te verbeteren en verder te ontwikkelen, zodat het geschikt is om de tevredenheid met betrekking tot de zelfbepaling van de cliënten te meten. De vraagstelling daarbij is: "In hoeverre zijn de cliënten van de afdeling Tweekelerveld tevreden over de begeleiding die zij ontvangen van de begeleiders". Als subvraag hanteren we daarbij: "Is het onderzoeksinstrument om de tevredenheid van de cliënten binnen RIBW Twente te meten, geschikt om de tevredenheid op het gebied van zelfbepaling te meten".

Er zal in eerste instantie een documentenanalyse plaatsvinden op

basis van bestaand materiaal (tevredenheidmetingen en mogelijk andere documenten). Hierdoor willen we komen tot een beschrijving van de uitgangssituatie met betrekking tot de tevredenheid van de cliënten binnen de RIBW Twente. Het tevredenheidonderzoek zal de komende periode met een zekere regelmaat worden herhaald.

U kunt de ontwikkelingen van deze beste practice unit de komende tijd volgen op onze website:
www.saxion.nl/kenniscentrum-genw.

Literatuur

Gennep, Ad, van. (2000) Emancipatie van de zwaksten in de samenleving. *Over paradigma's van verstandelijke handicap*. Amsterdam, Boom.

Kleine Schaars, W. (1993), *Groeien naar gelijkwaardigheid*, Nelissen Soest

Kleine Schaars, W. (2000), *Via gelijkwaardigheid naar zelfbepaling*, Nelissen Soest.
www.ribwtwente.nl

Swanborn, P.G., (2003), *Case-study's, wat, wanneer en hoe?* Amsterdam, Boom.



Drs. Jack de Swart is docent organisatie en beleid bij de Academie Mens en Maatschappij voor de bachelor- en de masteropleidingen. Binnen de kenniskring Gezondheid & Welzijn verdiept hij zich in het thema prestatie management binnen gezondheidszorg en welzijn.
(tel 053 4871883,
j.j.w.deswart@saxion.nl)

Algemene informatie

Organisatie

Het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn valt onder de kennisdomeinen **Health** (directeur drs. Frans Pol) en **Social Work** (directeur Wim Slingerland). Bij deze domeinen horen de bacheloropleidingen Fysiotherapie, HBOV, Maatschappelijk Werk, Podotherapie en SPH. Daarnaast zijn er twee masteropleidingen (Health Care and Social Work en Advanced Nursing Practice). Meer masteropleidingen of uitstroomprofielen zijn in ontwikkeling.

Het operationeel management van het Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn berust bij:

- Inge Geerink, managementondersteuning
tel 0570 663683
e-mail: g.g.m.geerink@saxion.nl



- Koos Stomp, organisatie en beheer
tel 053 4871559
e-mail: j.stomp@saxion.nl

Het Kenniscentrum kent drie lectoren en twee kenniskringen.

Overige gegevens

Saxion Hogeschool Deventer
Postbus 501
7400 AM Deventer
Bezoekadres: Handelskade 75

Saxion Hogeschool Enschede
Postbus 70.000
7500 KB Enschede
Bezoekadres: M.H. Tromplaan 28

Nadere informatie ook op:
www.saxion.nl/kenniscentrum-genw

Ter stimulering van de verwetenschappelijking van het hoger beroepsonderwijs heeft de overheid het mogelijk gemaakt dat hogescholen lectoren aanstellen. Daarnaast zijn er kenniskringen ingesteld bestaande uit docenten en deskundigen. Lectoren en kenniskring Gezondheid & Welzijn van Saxion Hogescholen richten zich in samenwerking met het werkveld en de opleidingen met name op het thema Kwaliteit van leven.



Postbus 70.000
7500 KB Enschede
Internet www.saxion.nl
E-mail info@saxion.nl