



Multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg

Een leidraad voor het vormgeven van het proces van samenwerken

Hogeschool Zuyd:

Kenniskring Autonomie en Participatie voor mensen met een chronische ziekte

Heerlen, juni 2011

Inhoud

Voorwoord	3
Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1 Uitgangspunten voor het samenwerken	6
Cliënt gecentreerde en vraaggerichte zorg.....	6
Doelen, wensen en hulpvraag.....	6
Gezinsgerichte benadering – Ouder/ familie participatie	7
Multi- en interdisciplinair samenwerken	7
Procesbegeleider of casemanager	8
Gemeenschappelijk kader	8
Hoofdstuk 2 Het ontwerpen van een Zorgproces	10
Stap 1: Identificeren van de <i>hoofdfasen</i> in het proces	12
Stap 2: Toevoegen van de <i>routing</i> die de cliënt moet doorlopen (<i>Wat</i>).....	13
Stap 3: De <i>acties</i> toevoegen die de professional uitvoert (<i>Wat</i>).....	14
Stap 4: De taakverdeling van de professionals toevoegen (<i>Wie</i>)	16
Stap 5: Toevoegen <i>Hoe</i> de processtappen uitgevoerd worden.....	18
Stap 6: Een kolom ' <i>Uitvoer</i> ' toevoegen.....	20
Stap 7: Een tijdslijn toevoegen (<i>Wanneer</i>).....	22
Gebruik van het processchema in de praktijk	22
Hoofdstuk 3: Monitoren van het zorgproces	24
Procesindicatoren: evalueren van het <i>Wat</i> (de acties en routing) en <i>Wie</i>	24
Structuurindicatoren: evalueren van het <i>Hoe</i> en de <i>Uitvoer</i>	24
Uitkomstindicatoren: evalueren van het effect en <i>Wanneer</i>	24
Literatuurlijst.....	25

Voorwoord

Deze leidraad is een van de producten van een samenwerkingsproject van Hogeschool Zuyd (Kenniskring Autonomie en Participatie), twee paramedische samenwerkingsverbanden in Limburg: Fontein en Paramedisch Kindercentrum Sittard-Zuid, Stichting Beyaert Robuust Limburg en de beroepsverenigingen van fysiotherapie (KNGF), ergotherapie (EN) en logopedie (LVLF).

De aanleiding voor dit project was het constateren van tekortkomingen door een aantal paramedische hulpverleners in de eerste lijn, in de zorg voor kinderen met complexe zorgvragen. Deze professionals constateerden dat door de veelal monodisciplinaire benadering, deze kinderen vaak niet of te laat de noodzakelijke behandeling krijgen en de zorg van verschillende professionals niet goed op elkaar is afgestemd. Ook ervoeren zij door hun huidige manier van werken, problemen bij het geven van vraaggerichte zorg. Samenwerken leek de oplossing, maar bij de praktische uitwerking daarvan bleek dat men nog veel inhoudelijke en organisatorische vragen had.

In het tweejarig RAAK project: “Multidisciplinaire samenwerking bij kinderen met complexe zorgvragen” is gewerkt aan het inhoudelijk onderling afstemmen van de zorg en het verbeteren van de communicatie tussen de verschillende disciplines, met als uitgangspunt het bieden van interdisciplinair vraaggerichte zorg. Dit gebeurde in nauwe samenwerking met de zorgprofessionals in de praktijk, onderzoekers, docenten en studenten van de Hogeschool Zuyd en externe deskundigen. Deze leidraad is hiervan het resultaat en bevat praktische informatie om het proces van onderling samenwerken vorm te geven, te verbeteren en te monitoren. Deze samenwerking komt ten goede aan de zorg voor de patiënt en zijn omgeving.

Kenniskring Autonomie en Participatie, Hogeschool Zuyd, Heerlen

Dr. Sandra Beurskens: lector

Steffy Stans, Msc: ergotherapeut, onderzoeker

Drs. Anita Stevens: (kinder)fysiotherapeut, onderzoeker

*RAAK staat voor Regionale Aandacht en Actie voor Kenniscirculatie en is een regeling vanuit het Ministerie van OCW (meer informatie www.innovatie-alliantie.nl)

Inleiding

Professionals in de eerste lijn zien een aantal grote ontwikkelingen op zich afkomen waaronder de verschuiving van aanbodgericht- naar vraaggerichte zorg en van intramurale zorg naar de eerste lijn. In de eerstelijns gezondheidszorg zijn vaak meerdere zorgverleners betrokken bij patiënten met complexe en langdurige zorgvragen omdat de hulpvragen van deze patiënten vaak niet door een enkele discipline behandeld kunnen worden. Samenwerking tussen verschillende disciplines is dan ook wenselijk om optimale kwaliteit van zorg te bieden.

Het samenwerken in de eerste lijn krijgt momenteel veel aandacht, onder andere in het door ZonMw geïnitieerde programma op één lijn (www.zonmw.nl). Recent is een website gelanceerd met veel relevante informatie over samenwerken in de eerste lijn (www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl). Diverse handreikingen van verschillende beroepsorganisaties voorzien eveneens in informatie over het opzetten van samenwerkingsverbanden, organisatorische aspecten en verantwoordelijkheidsverdeling van multidisciplinair samenwerken (KNMG et al, 2010; www.fysionet.nl).

Op het gebied van chronische aandoeningen zijn diverse multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden ontwikkeld om de samenwerking te faciliteren (www.cbo.nl; www.zorgstandaardenindepraktijk.nl). Deze richtlijnen en standaarden hebben voornamelijk betrekking op de inhoud van de zorg en besteden weinig aandacht aan het zorgproces rondom de cliënt en welke rol de professionals hierin spelen. Tijdens het RAAK project kwam uit diverse analyses naar voren dat de professionals die willen gaan samenwerken veel behoefte bleken te hebben aan heel concrete adviezen en instructies over het inrichten van dit primaire proces: wie doet wat, wanneer en hoe? In deze leidraad staat dit proces centraal en wordt aan de hand van een voorbeeld aangegeven hoe men het primaire proces kan vormgeven en monitoren. De leidraad kan gebruikt worden voor meerdere vormen van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn.

Een succesfactor voor het slagen van het samenwerken is ondermeer het werken vanuit een gedeelde basis, een missie en visie; het is belangrijk dat alle neuzen dezelfde kant opstaan (Beurskens & Stevens, 2011). Daarom is het noodzakelijk dat voordat men het proces vorm gaat geven begint met het opstellen van een gezamenlijke missie en visie, van waaruit de te volgen koers kan worden uitgezet. Een dergelijk missie-visie traject en/of strategieontwikkeling kan met begeleiding van een ROS (Regionale Ondersteunings Structuur) in de regio doorlopen worden (www.rosrobust.nl).

Deze leidraad is als volgt opgesteld: In het eerste hoofdstuk worden een aantal theoretische concepten besproken die als basis dienen voor het zorgproces. In hoofdstuk twee wordt aangegeven hoe professionals het zorgproces aan de hand van zeven stappen kunnen vormgeven. Het proces van zorg wordt in kaart gebracht door middel van de methode procesmapping. Het eindresultaat is een processchema, ook wel flowchart of stroomdiagram genoemd, waarin inzichtelijk is wie wat, wanneer en hoe doet. Vervolgens wordt in het laatste hoofdstuk aangegeven hoe het proces gemonitord kan worden. De specifieke voorbeelden ten behoeve van het zorgproces bij kinderen, zoals ontwikkeld in het RAAK-project, zijn steeds *cursief* gedrukt. Er wordt ook regelmatig verwezen naar formulieren die gebruikt kunnen worden om het zorgproces verder te concretiseren voor kinderen. Deze formulieren kunnen als voorbeeld dienen en kunnen worden aangepast aan andere praktijksituaties en andere doelgroepen in de eerste lijn. Ze zijn op te vragen bij de Kenniskring Autonomie en Participatie (e-mail: kenniskring-ap@hszuyd.nl).

Hoofdstuk 1 Uitgangspunten voor het samenwerken

In dit hoofdstuk worden een aantal (theoretische) concepten kort besproken die als uitgangspunten dienen voor het zorgproces. Deze uitgangspunten sluiten aan bij de huidige actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Cliënt gecentreerde en vraaggerichte zorg

Het begrip cliënt gecentreerde zorg is een overkoepelend begrip van alle vormen van zorg waarin de cliënt mee vorm geeft aan zijn eigen zorg (Schoot, 2006). De persoon van de cliënt staat centraal, niet de zorgverlener, niet het zorgaanbod, niet de zorginstelling, maar ook niet alleen de zorgvraag of –behoefte. Een andere benaming voor cliëntgecentreerde zorg is vraaggerichte zorg. Er wordt een samenwerking tussen de cliënt en de professional nagestreefd die uiteindelijk uitmondt in zorg die aansluit op de wensen en verwachtingen van de cliënt en tevens aansluit op professionele standaarden (RVZ, 1998). Er wordt dus vooral gekeken naar wat de cliënt in zijn situatie en met zijn mogelijkheden nodig heeft en kan. Hierbij is er sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid in het zorgproces. De behandelend therapeut blijft natuurlijk verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling van de therapie. Centraal in het cliëntgericht werken staat de dialoog tussen de hulpverlener en de cliënt.

Doelen, wensen en hulpvraag

In het kader van het bieden van vraaggerichte zorg is het verhelderen van de wensen en doelen, de hulpvraag, een van de belangrijkste onderdelen. De hulpvraag bevat essentiële informatie die nodig is om daadwerkelijk passende zorg te kunnen bieden en de cliënt en zijn omgeving beter te kunnen betrekken bij het gehele behandelproces (http://www.kczorgcommunicatie.nl/upload/Handl_KinderRAP_40.pdf). Het formuleren van de hulpvraag helpt de cliënt bij de bewustwording wat hij/zij zelf wil en kan en geeft de behandelaar(s) informatie over zijn/haar perspectief. Het werken aan een gezamenlijke doelstelling (partnerschap) vergroot tevens het inzicht in de eigen problematiek en stimuleert de cliënt om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen. Er bestaat een positieve relatie tussen het proces van hulpvraagverheldering en het rendement van de behandeling.

De wijze waarop de doelen worden geselecteerd en de mate waarin deze doelen worden gespecificeerd, spelen daarbij een grote rol (Baker, Marshak, Rice & Zimmerman, 2001; Ponte-Allen & Giles, 2003).

De hulpvraag kan door de cliënt niet altijd goed worden weergegeven en het is aan de hulpverlener om deze te verduidelijken. Voor het achterhalen van de hulpvraag moet de hulpverlener beschikken over een aantal competenties: een vraaggerichte basishouding, communicatie- en luistervaardigheden, kennis van de juiste methode en technieken en zelfreflectie. Hulpvraagverheldering is een continu proces dat plaats kan vinden gedurende de intake, het onderzoek en het verdere verloop van de behandeling en blijft dan ook niet het gehele behandelproces hetzelfde. De inventarisatie van de hulpvraag kan op verschillende manieren gebeuren: schriftelijk, in een vraaggesprek en met behulp van meetinstrumenten.

Gezinsgerichte benadering – Ouder/ familie participatie

Wanneer het gaat om de behandeling van kinderen, dan fungeert het hele kind systeem als cliënt. De ouders/het gezin dienen dan ook betrokken te worden bij de uitvoering van de hulpverlening, zodanig dat er sprake is van een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie met de hulpverleners. Door deze betrokkenheid wordt recht gedaan aan de verantwoordelijkheid van het ouderschap en aan de hulpvraag die de ouders hebben (Dekker, 2002). Ouders denken, praten, doen en beslissen mee in het zorgproces van hun kinderen (Meihuizen-de Regt, de Moor & Mulders, 2009). De participatie van ouders in het zorgproces omvat diverse facetten waaronder: het formuleren van de hulpvraag, het in samenwerking met de zorgverleners opstellen van de behandeldoelen, deelname aan het zorgoverleg en evaluatiegesprekken. Zij worden intensief betrokken bij alle belangrijke beslissingen met betrekking tot de behandeling. Een goede samenwerking is van belang tijdens individuele behandelcontacten maar ook ten behoeve van gemeenschappelijk overleg en verslaglegging van het behandelproces (Meihuizen-de Regt, 2009; Nijhuis et al., 2008). Met behulp van een goede samenwerking tussen behandelaars en ouders ontstaat wederzijds meer begrip waardoor het hele zorgproces van het kind positief wordt beïnvloed (van Empelen, Nijhuis-Van der Sanden & Hartman, 2006).

Multi- en interdisciplinair samenwerken

Wanneer diverse disciplines werken aan een gemeenschappelijk geformuleerd probleem van de cliënt en brengen deze, rekening houdend met elkaar ten uitvoer, dan spreekt men van 'interdisciplinair-', in plaats van de meer gangbare term 'multidisciplinair samenwerken'.

Ieder teamlid brengt zijn eigen deskundigheid in en blijft daarnaast verantwoordelijk voor zijn eigen vakgebied. Op deze manier werken kan alleen succesvol zijn als elk teamlid bereid is om zich actief met andere disciplines bezig te houden (Meihuizen-de Regt, 2009). In deze leidraad is gekozen voor de meer gangbare term multidisciplinair als trefwoord en titel. De ontwikkelde leidraad dient er echter toe om interdisciplinair samenwerken vorm te geven.

Procesbegeleider of casemanager

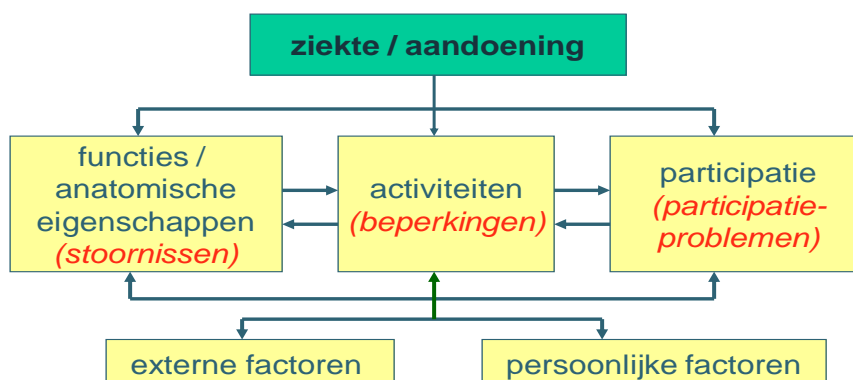
De vraag bij interdisciplinair samenwerken is: wie regisseert en coördineert de vraaggerichte processen binnen nieuwe en reeds bestaande samenwerkingsverbanden? Coördinatie op het niveau van de cliënt is het uitgangspunt voor casemanagement. Een casemanager regisseert het zorgproces van de cliënt. De functie van casemanager kan bijvoorbeeld door een lid van het team worden ingevuld of er kan een casemanager worden aangesteld die zich alleen hiermee bezig houdt. Dit is afhankelijk van het soort samenwerkingsverband en de samenstelling van het team. De taken en werkzaamheden van een casemanager zijn divers. Bijvoorbeeld het voeren van intakegesprekken, voorzitten van overleg, coördinatie, verzamelen van onderzoeksgegevens, centrale dossiervoering etc. In hoofdstuk 2 zijn diverse taken van de casemanager opgenomen in het processchema. Om al deze taken te kunnen uitvoeren moet deze over een aantal competenties beschikken zoals: patiëntgerichtheid, samenwerken, resultaatgerichtheid, delegeren, helicopterview en onderhandelen (Lingsma & Scholten, 2004; NIZW beroepsontwikkeling, 2006). Scholing in deze gebieden is onvermijdelijk om zich in al deze competenties te bekwamen.

Gemeenschappelijk kader

Wanneer meerdere disciplines een cliënt behandelen is het spreken van eenzelfde taal een belangrijke voorwaarde. Het vergemakkelijkt de communicatie en de verslaglegging voor iedere hulpverlener.. Er zijn diverse modellen mogelijk. Een veel gebruikt kader is de International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF (WHO, 2001). De problemen die een cliënt tegenkomt als gevolg van zijn ziekte of aandoening kunnen met behulp van de ICF beschreven worden in een brede psychosociale context. Dit model gaat uit van een interactie tussen de verschillende domeinen met zijn externe leefomgeving en persoonsgebonden eigenschappen (zie figuur 1). Op deze manier kan een meerdimensionaal profiel opgesteld worden van de cliënt met zijn klachten. Aan de hand hiervan kunnen behandeldoelen worden opgesteld. De hulpvraag neemt hierin een duidelijke plaats, de verschillende aspecten en prioriteiten ervan zijn inzichtelijk.

De ICF beschrijft stoornissen in verschillende domeinen:

- Anatomische structuren en functies:
Aspecten als pijn, bewegingsuitslag, spierkracht, zwelling, mentale functies, standsveranderingen e.d.
- Beperkingen in activiteiten:
Activiteiten zoals lopen, traplopen, opstaan, aan- en uitkleden, maaltijden bereiden, sociaal functioneren en dergelijke.
- Participatieproblemen:
De mate waarin iemand daadwerkelijk gehinderd is om, al dan niet normaal, te participeren in werk, sport, sociale relaties en dergelijke.
- Persoonlijke factoren:
Geslacht, leeftijd, comorbiditeit, gezondheid, leefstijl, gewoontes, copingstijl, sociale achtergrond, scholing, beroep en psychosociale aspecten.
- Externe factoren:
Deze zijn in de ICF verdeeld in zes verschillende categorieën: producten en technologie, natuurlijke omgeving, relaties en ondersteuning, overtuigingen, normen en waarden, politieke systemen en bestuur.



Figuur 1: Interacties en relaties tussen de verschillende domeinen van de ICF (Beurskens, 2008)

Hoofdstuk 2 Het ontwerpen van een Zorgproces

In dit hoofdstuk wordt de professional stap voor stap begeleid om het multidisciplinaire zorgproces te ontwerpen voor de betreffende doelgroep en context van samenwerking. Het proces van zorg wordt in kaart gebracht door middel van procesmapping (Taylor & Randall, 2007). Het eindresultaat is een processchema, ook wel flowchart of stroomdiagram genoemd. Er wordt in deze leidraad gekozen voor de term processchema omdat het behalve de stroom van de cliënt, ook de taken en verantwoordelijkheden van de professionals, en de planning van het proces beschrijft. In dit schema wordt het multidisciplinair samenwerken inzichtelijk gemaakt, gestructureerd en biedt mogelijkheden voor monitoren. Het doel van het gebruik van een processchema is het inzichtelijk vormgeven *Wie doet Wat Wanneer en Hoe* en het monitoren van het zorgproces.

In deze leidraad wordt als voorbeeld een zorgproces voor kinderen opgesteld.

Er zijn verschillende programma's beschikbaar voor het grafisch vormgeven van een processchema, zoals Microsoft Office Visio/ Word of Excel. We raden aan om de uniforme figuren (shapes) te gebruiken voor de diverse soorten onderdelen van het processchema zoals deze beschikbaar zijn in deze programma's. De gebruikte shapes komen overeen met de vormen die gebruikt worden in de processen in diverse DBC's. In figuur 2 zijn een aantal voorbeelden van deze figuren weergegeven.

Een processchema kan horizontaal of verticaal worden vormgegeven. In deze leidraad is gekozen voor een verticaal processchema. Het processchema wordt opgezet volgens zeven stappen:

Stap 1: identificeren van de *hoofdfasen* in het proces.

Stap 2: toevoegen van de *routing* die de cliënt moet doorlopen (*Wat*).

Stap 3: de *acties* toevoegen die de professional uitvoert (*Wat*).

Stap 4: de *taakverdeling* van de professionals toevoegen (*Wie*).

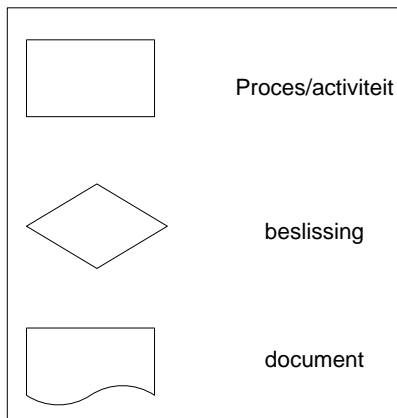
Stap 5: toevoegen *Hoe* de processtappen uitgevoerd worden

Stap 6: de kolom *Uitvoer* toevoegen

Stap 7: de *tijdslijn* toevoegen (*Wanneer*).

In de komende paragraaf worden deze stappen afzonderlijk besproken.

Hoe uitvoeriger het processchema wordt beschreven, hoe duidelijker de taakverdeling is voor de betrokkenen. De professionals weten *Wie, Wat, Wanneer* en *Hoe* moeten doen. Het is echter belangrijk om het processchema overzichtelijk te houden, minder essentiële uitwerkingen kunnen apart vermeld worden in tabellen of bijlagen.



Figuur 2: voorbeelden voor het gebruik van figuren in processchema's

Stap 1: Identificeren van de *hoofdfasen* in het proces

In Stap 1 worden de *hoofdfasen* van de multidisciplinaire behandeling geïdentificeerd. In de eerstelijns paramedische zorg wordt vaak uitgegaan van de fasen: aanmelding, onderzoek, behandeling en evaluatie. Maar er kunnen ook andere fasen zijn, of fasen toegevoegd worden. De groep professionals zal eerst consensus moeten bereiken over de geselecteerde hoofdfasen. Deze fasen worden door middel van hokjes onder of naast elkaar geplaatst en met kleuren gemarkeerd.

Aanmelding

Onderzoek

Behandeling

Evaluatie

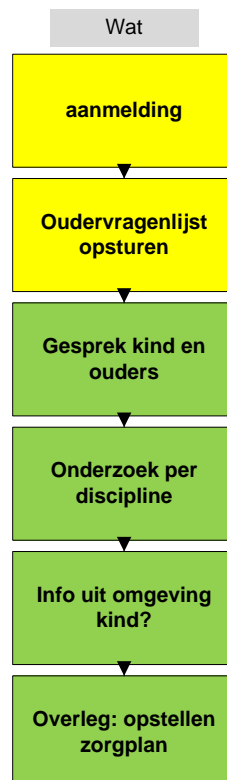
Stap 2: Toevoegen van de *routing* die de cliënt moet doorlopen (*Wat*)

Voor het verder vormgeven van het zorgproces wordt de routing van de cliënt als uitgangspunt genomen, *Wat* doet de patiënt. In deze stap worden de acties toegevoegd die de cliënt doorloopt tijdens de hoofdfasen.

Dit schema kan ook als apart processchema gebruikt worden om de cliënt inzicht te geven in het zorgproces wat hij/zij gaat doorlopen. Voor de verdere invulling van het processchema worden de hoofdfasen aanmelding en onderzoek als voorbeeld genomen.

Voorbeeld:

Bij de behandeling van kinderen met complexe zorgvragen worden de ouders in de aanmeldingsfase gevraagd om een multidisciplinaire oudervragenlijst in te vullen ter inventarisatie van de problematiek van het kind en ter hulpvraagverheldering. In de onderzoeksfase worden de ouders eveneens gevraagd om te participeren in het multidisciplinair overleg waar in overleg met hulpverleners en ouders het uiteindelijke zorgplan wordt opgesteld.

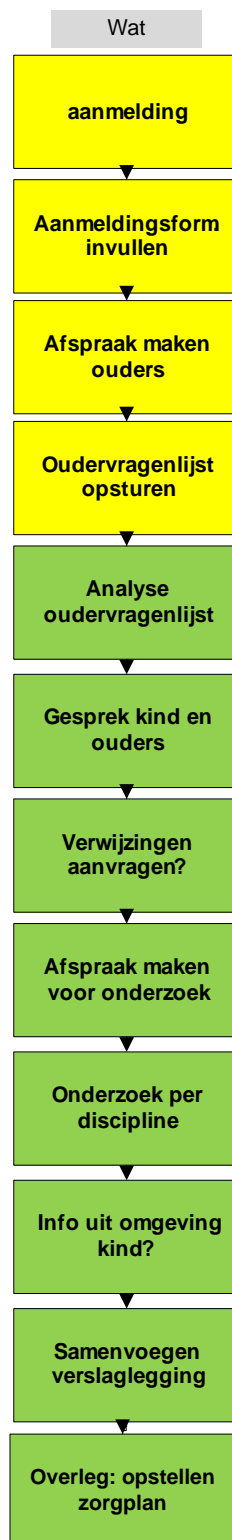


Stap 3: De *acties* toevoegen die de professional uitvoert (*Wat*)

De routing van de cliënt (het *Wat*) wordt uitgebreid met de acties die de professionals gedurende het proces uitvoert. Een uitgebreide beschrijving van de taken van de professionals is belangrijk, eventueel kan in een aanvullende tekst of schema een gedetailleerde uitwerking van de taken toegevoegd worden.

Voorbeeld:

In het voorbeeld hebben de professionals gekozen voor een uitgebreide beschrijving van de taken. Zij vonden dit belangrijk om te waarborgen dat alle stappen op de juiste momenten worden uitgevoerd en het de mogelijkheid biedt om elkaar aan te spreken op de taken.

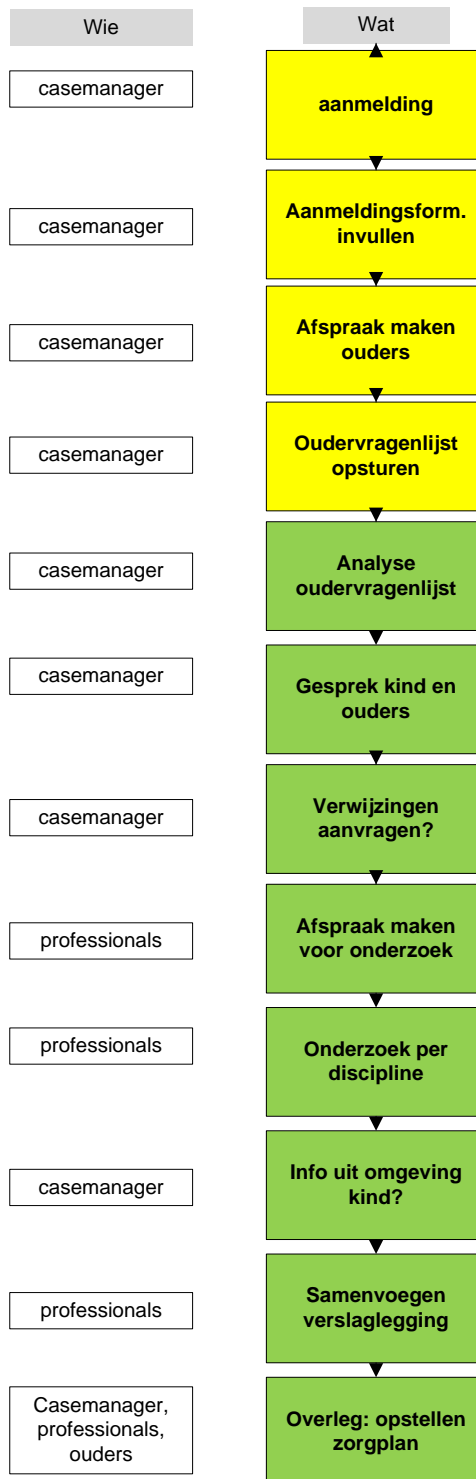


Stap 4: De taakverdeling van de professionals toevoegen (Wie)

De professionals geven in deze stap aan *Wie* waarvoor verantwoordelijk is of bij betrokken wordt. Dit wordt beschreven in een aparte kolom. In deze kolom kunnen eventueel ook verantwoordelijkheden of taken voor de cliënt worden weergegeven.

Voorbeeld:

In het RAAK-project over kinderen met complexe zorgvragen is gekozen voor het aanstellen van een casemanager. De casemanager is de professional (fysiotherapeut, ergotherapeut of logopedist) waarbij de ouder en het kind zich als eerste aanmelden. Deze is onder meer verantwoordelijk voor de organisatie van het gehele zorgproces en is aanspreekpunt voor de cliënt, externe betrokken en de andere therapeuten.

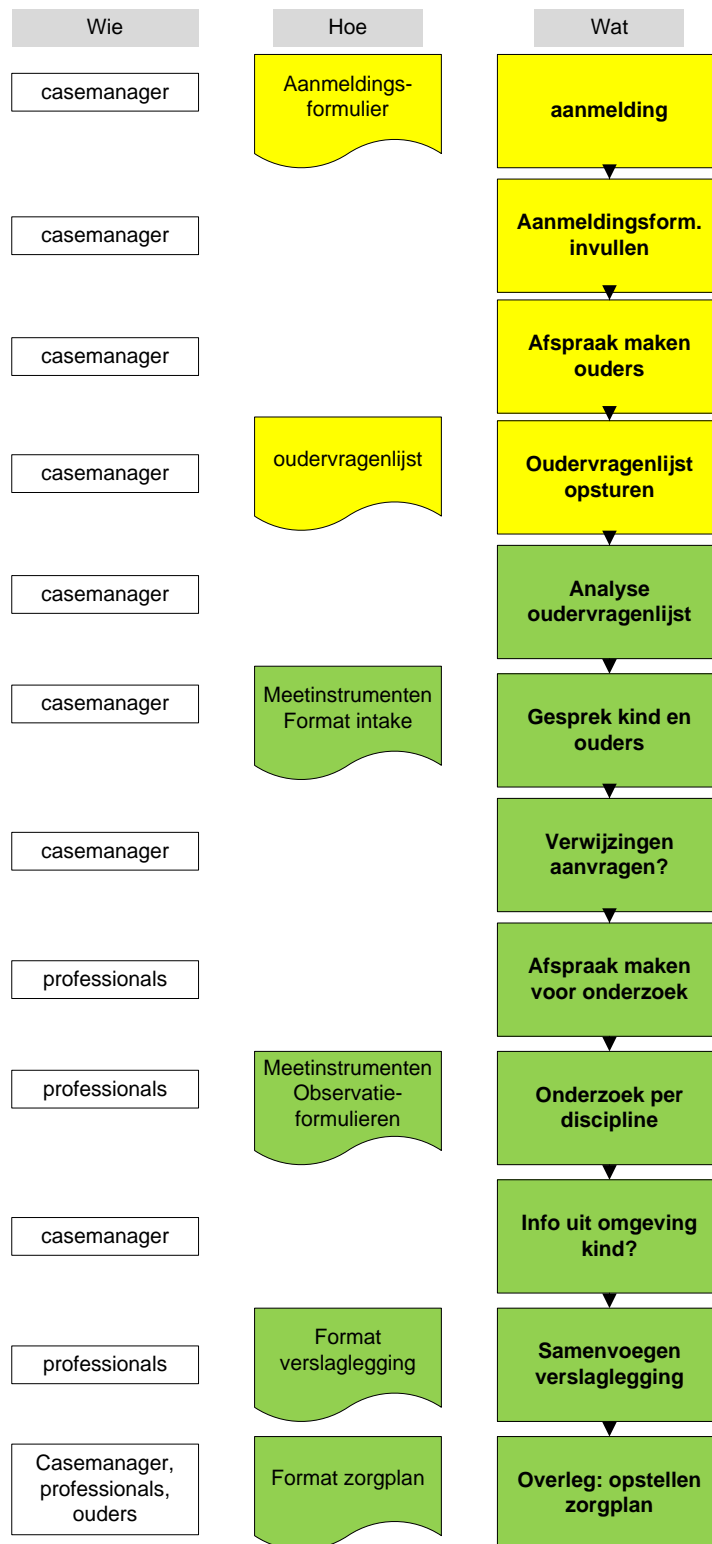


Stap 5: Toevoegen *Hoe* de processtappen uitgevoerd worden

In het processchema wordt weergegeven *Hoe* de processtappen uitgevoerd moeten worden. Er kan gekozen worden voor een focus op documenten die noodzakelijk zijn voor de taken en activiteiten, bijvoorbeeld formulieren of meetinstrumenten. Deze structuur is belangrijk voor de praktische uitvoering van het zorgproces, iedere professional weet welke documenten hij/zij moet gebruiken tijdens iedere fase. Vervolgens moet afgesproken worden waar de betreffende formulieren of documenten te vinden zijn, hoe ze opgeslagen worden, etc.

Voorbeeld:

*In het voorbeeld wordt in de kolom *Hoe* weergegeven welke formulieren en meetinstrumenten moeten worden gebruikt op welk moment in het zorgproces. Het multidisciplinaire aanmeldingsformulier en de oudervragenlijst zijn bijvoorbeeld belangrijke formulieren die door de casemanager gebruikt moeten worden. Tevens wordt een multidisciplinair format op basis van het ICF model gebruikt voor de verslaglegging.*

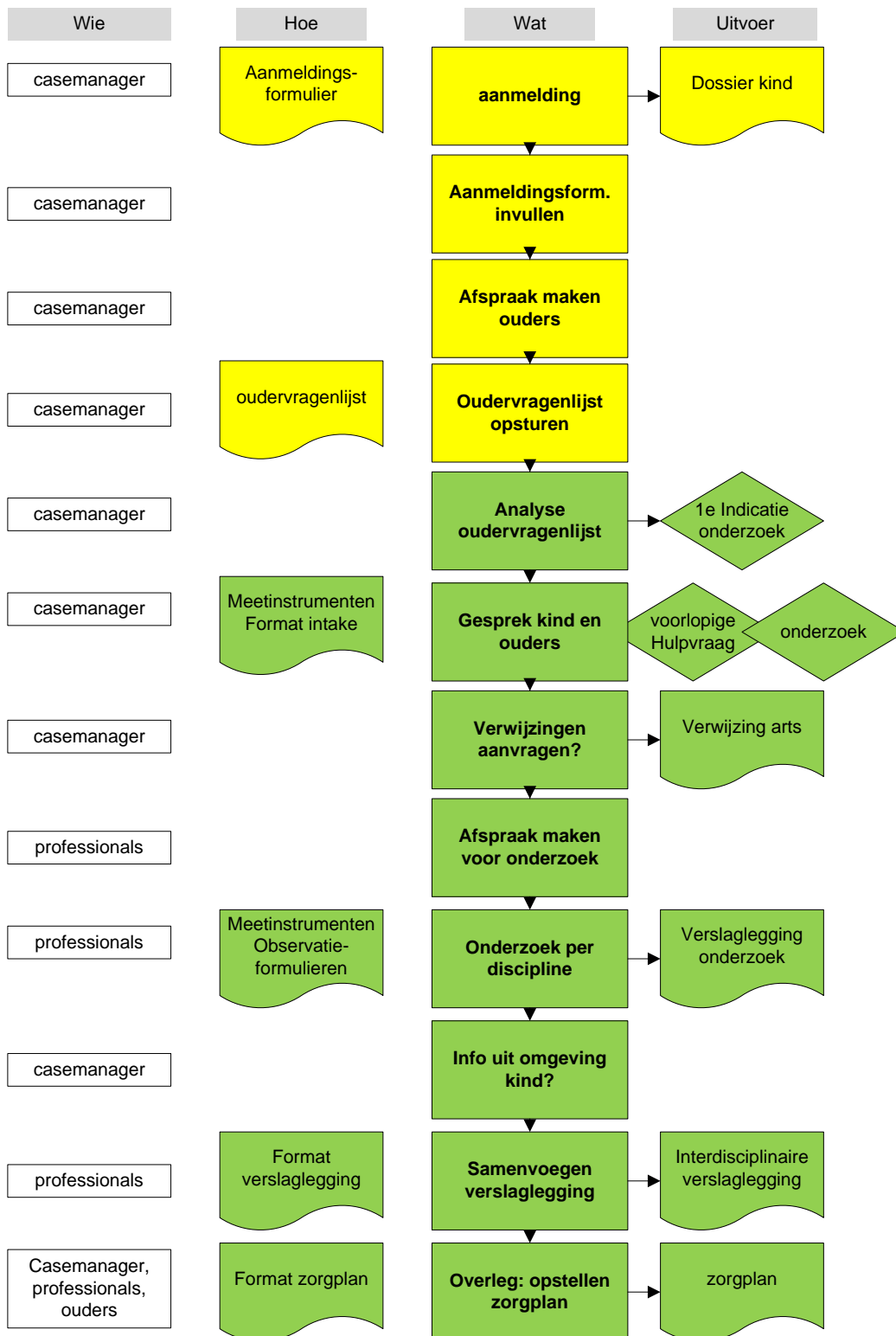


Stap 6: Een kolom 'Uitvoer' toevoegen

De noodzakelijke *Uitvoer* van de fasen wordt aan het proces toegevoegd. Dit zijn de resultaten van de processtappen, bijvoorbeeld de ingevulde formulieren, beslissingen of een zorgplan. Het toevoegen van deze uitvoer draagt bij aan het monitoren van het zorgproces. Met andere woorden, de professionals kunnen controleren of de noodzakelijke beslissingen zijn genomen en formulieren zijn ingevuld.

Voorbeeld:

In het voorbeeld op de volgende pagina zijn beslissingsmomenten en documenten herkenbaar als Uitvoer. De casemanager analyseert de ouder vragenlijst en stelt een eerste indicatie op voor het onderzoek. Het gesprek met de ouders en het kind moet resulteren in een gezamenlijke beslissing over wat de hulpvraag is en door welke disciplines een onderzoek zal plaatsvinden. In de fase van onderzoek is de Uitvoer bijvoorbeeld de verslaglegging van het onderzoek per discipline en een gezamenlijke rapportage.



Stap 7: Een tijdslijn toevoegen (*Wanneer*)

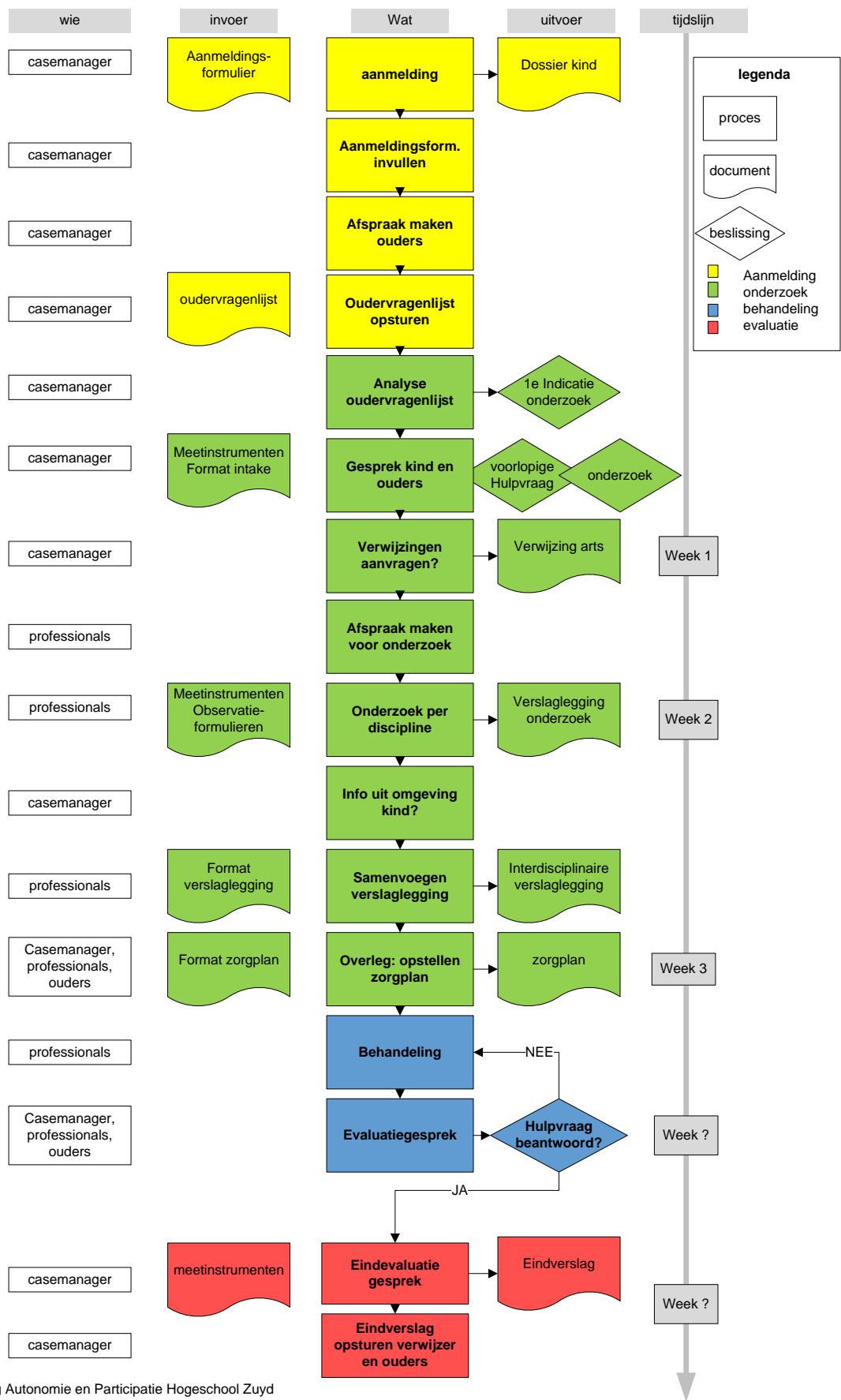
In deze laatste stap wordt een tijdslijn toegevoegd, *Wanneer* een bepaalde actie uitgevoerd moet worden, gedetailleerd of globaal, afhankelijk van het doel. Deze tijdslijn kan ook leeg worden aangeleverd en gedurende een pilot ingevuld worden om een beeld te krijgen van de werkelijke of geschikte doorlooptijd.

Voorbeeld:

In het zorgproces voor kinderen met complexe zorgvragen is door de professionals gekozen voor een tijdsindeling van weken. Deze tijdsindeling zal gedurende een pilot worden gebruikt en daarna geëvalueerd en aangepast worden.

Gebruik van het processchema in de praktijk

Het zorgproces is nu opgesteld en staat als voorbeeld op de volgende pagina. Voor het vormgeven van het proces van samenwerken is het nodig om het proces gedetailleerd weer te geven. Bij de eerste uitvoering kan dan nagegaan worden of het proces ook zo loopt als ingeschat en verwacht. Het is belangrijk om tijdens de uitvoering het proces te monitoren, meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk drie.



Kenniskring Autonomie en Participatie Hogeschool Zuyd

Hoofdstuk 3: Monitoren van het zorgproces

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het team kan nagaan of het ontworpen zorgproces ook nageleefd wordt. Monitoren van het proces is belangrijk om de implementatie ervan te stimuleren en de kwaliteit van het zorgproces te blijven verbeteren. Het monitoren van het zorgproces kan op verschillende niveaus gebeuren. Hierbij wordt vaak het onderscheid gemaakt in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Procesindicatoren: evalueren van het *Wat* (de acties en routing) en *Wie*

Het ontworpen processchema bevat de procesindicatoren die men gaat gebruiken om het proces te monitoren. Tijdens het monitoren wordt namelijk bekeken of de zorg is verleend zoals beschreven in het zorgproces. Met behulp van procesindicatoren wordt namelijk gemeten welke zorg (welke acties) zijn uitgevoerd en hoe de routing was :het *Wat en Wie* (Grol & Wensing, 2006). Voorbeelden van procesindicatoren in het processchema zijn: een gesprek samen met de cliënt, of het uitvoeren van een evaluatiegesprek.

Structuurindicatoren: evalueren van het *Hoe* en de *Uitvoer*

De structuurindicatoren zijn de organisatorische voorwaarden die noodzakelijk zijn om het zorgproces te doorlopen. Een deel van de structuurindicatoren zijn de elementen die zijn gepresenteerd in de kolom *Hoe* en *Uitvoer*, dit zijn documenten, formulieren of meetinstrumenten die aanwezig moeten zijn. Door het team kunnen aanvullende organisatorische voorwaarden worden gesteld, bijvoorbeeld gericht op kennis van professionals of ICT. Aanvullende structuurindicatoren kan men vinden in richtlijnen voor diverse doelgroepen.

Uitkomstindicatoren: evalueren van het effect en *Wanneer*

Met behulp van uitkomstindicatoren kan men dan nog het effect van de behandeling monitoren. Een belangrijke uitkomstindicator is de beantwoording van de hulpvraag. Daarnaast kunnen aspecten als patiënttevredenheid of het behalen van afzonderlijke behandel doelstellingen als uitkomstindicatoren worden meegenomen. Aanvullend kunnen per discipline evaluatieve meetinstrumenten gebruikt worden. In het processchema kan een kolom worden toegevoegd waarin de datum van de handeling wordt ingevuld, hiermee wordt de doorlooptijd als uitkomstindicator gemeten (*Wanneer*). Meer informatie over uitkomstindicatoren is te vinden in richtlijnen voor de specifieke doelgroepen.

Literatuurlijst

Baker, S.M., Marshak, H.H., Rice, G.T., Zimmerman, G.J. (2001) Patient participation in physical therapy goal setting. *Physical Therapy*, 81(5):1118-26.

Beurskens, A., Peppen van, R., Stutterheim, E., Swinkels, R., Wittink, H. (2008) *Meten in de praktijk. Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Beurskens, A., Stevens, A. (2011) SIA RAAK publiek eindrapportage: Multidisciplinaire samenwerking bij kinderen met complexe zorgvragen in de eerste lijn.

Dekker, M.T.M., Bergh van den, P.M. (2002) *Ouderparticipatie in de jeugdhulpverlening*. Amsterdam, Uitgeverij SWP.

Empelen van, R., Nijhuis-Van der Sanden, R., Hartman, A. (2006) *Kinderfysiotherapie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. (2010). Website: <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>

Grol, R., Wensing, M. (2005) *Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Lingsma, M. & Scholten, M. (2004) *Coachen op competentieontwikkeling*. Soest: Nelissen.

Meihuizen-de Regt, M.J., Moor de, J.M.H., Mulders, A.H.M. (2009) *Kinderrevalidatie*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Nijhuis, B.J.G., Reinders-Messlink, H.A., Blécourt, A.C.E., Ties, J.G., Boonstra, A.M., Groothoff, H.N., Postema, K. (2008) Needs, problems and rehabilitation goals of young children with cerebral palsy as formulated in the rehabilitation activities profile for children. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 347-354.

Vlaar, P., Hattum van, M., Dam van, C., Broeken, R. (2006). *Klaar voor de toekomst een nieuwe beroepsstructuur voor de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang*. NIZW beroepsontwikkeling.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg, mei 1998. Website:

http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?advi_relID=40&chap_relID=5&last=1&stat=

Ponte-Allen, M., Giles, G.M. (2003) Goal setting and functional outcomes in rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 646-9.

Schoot, T. (2006) Client-Centered Care. Balancing between perspectives of clients and nurses in homecare. Dissertatie. Universitaire Pers Maastricht.

Taylor, A.J., Randall, C. (2007) Process mapping: enhancing the implementation of the Liverpool Care Pathway. *International Journal of Palliative Nursing*. 13, 4.

WHO (2001) *The international classification of functioning, disability and health*. Geneva, Switzerland.

Websites

www.cbo.nl

www.fysionet.nl

<http://www.fysionet.nl/kennisplein/bedrijfsvoering-en-pz/zorggroepen/handreikingvoorhetopzettenvanketenzorg.pdf>

www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl

www.zorgstandaardenindepraktijk.nl

www.zonmw.nl

http://www.kczorgcommunicatie.nl/upload/Handl_KinderRAP_40.pdf

Scholing casemanagement:

www.hszuyd.nl/professionals/onderwijs,gedrag