



# Evaluatie Project Zorg voor Beter Regionaal

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

**Februari 2012**

**Dr. Annemiek Stoopendaal  
Dr. Mathilde Strating**

**In samenwerking met het lectoraat  
Innoveren in de Ouderenzorg,  
Hogeschool Windesheim, Zwolle**

# Evaluatie Project Zorg voor Beter Regionaal

**Publicatiedatum:**

Februari 2012

**Auteurs:**

Dr. Annemiek Stoopendaal

Dr. Mathilde Strating

**In samenwerking met:**

het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg, Hogeschool Windesheim, Zwolle

**Contactgegevens:**

Erasmus Universiteit Rotterdam

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

stoopendaal@bmg.eur.nl / strating@bmg.eur.nl

## **Inhoudsopgave**

1.	Inleiding	3
2.	Rapportage resultaten	3
2.1	Realisatie doelstelling en vraagstelling/taakstelling	3
2.1.1	Onderzoeksubject	3
2.1.2	Evaluatieonderzoek	6
2.1.3	Gerealiseerde verbeteringen	10
2.1.4	Beschrijving van het project in verschillende niveaus	12
2.2	Conclusies	26
2.3	Aanbevelingen	32
	Literatuurlijst	34
	Bijlagen	35
	Tabellen	37

## 1. Inleiding

Voor u ligt de iBMG eindrapportage van het evaluatieonderzoek naar het project *Regionale borging van Zorginnovatie: Ontwikkeling van een HBO-gebaseerd Zorg voor Beter-format met als casus Valpreventie van ouderen (ZvB Regionaal)*, dat uitgevoerd is in opdracht van het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg van Hogeschool Windesheim in Zwolle en gesubsidieerd is door ZonMw (ontwikkelpject 60-62110-98-001).

Het project ZvB Regionaal is een ontwikkel project voor de langdurige zorg, m.n. de ouderenzorg en thuiszorg. Het project is in september 2009 gestart en werd geïnitieerd door Hogeschool Windesheim, vanuit het lectoraat Innoveren in ouderenzorg. De looptijd van het project was van startdatum: september 2009 tot en met einddatum: 30 september 2011. In overleg met ZonMw is de einddatum voor de eindrapportage vastgesteld op 1 maart 2012.

## 2. Rapportage resultaten

### 2.1 Realisatie doelstelling en vraagstelling/taakstelling

#### 2.1.1 Onderzoeksobject

Het doel van het project is het experimenteel ontwikkelen van een nieuw ZvB-format in de ouderenzorg en thuiszorg, specifiek gericht op het thema valpreventie. Dit format zal gebruikt kunnen worden in andere regio's, andere zorgsectoren en voor andere verbeterthema's. Nieuw in het kader van ZvB is de regionale verbondenheid en de projectorganisatie vanuit een HBO instelling.

Docenten en studenten van Windesheim werden getraind om de deelnemende zorgorganisaties te begeleiden in het opzetten van een verbeterproject gericht op de vermindering van valincidenten in betreffende organisaties. De preambulaire aannahme is dat de regionale inbedding, de samenwerking tussen een HBO-instelling en het werkveld van de langdurige zorg, de kennisoverdracht vanuit de initiële landelijke ZvB trajecten evenals het gebruik van de methode *Practice Development* (PD) de kans op *borging* zal vergroten.

De doelen van ZvB regionaal zijn in twee categorieën in te delen:

#### 1. Verbeteren van de zorgpraktijk

- Implementeren van verbeteringen binnen deelnemende zorgorganisaties gericht op minder valincidenten bij ouderen. Gestreefd wordt naar een substantiële verlaging van 30% incidenten, waarbij een jaar na het traject dit aantal is geborgd of verder gedaald.
- Borging van deze verbeteringen binnen de deelnemende organisaties en de betreffende /beroepsopleidingen binnen Hogeschool Windesheim,
- Verdere verspreiding en borging in de regio valpreventie d.m.v. een regionaal kennisnetwerk.

#### 2. Doorontwikkelen van het landelijke ZvB format naar een regionale variant

- Kennisoverdracht naar nieuwe regio's met andere hogescholen, MBO-opleidingen, lectoraten en zorgorganisaties. Hiertoe zal een Regionaal Zorg voor Beter-format (Handleiding, implementatieplan, cursusaanbod) worden ontwikkeld.

ZvB Regionaal heeft ten opzichte van eerdere ZvB projecten als nieuwe kenmerken:

- Een regionale aanpak
- Ondersteuning van verbeterteams door HBO-docenten en –studenten

- Training van verbeterteamleiders en -teams in *Practice Development*
- Ontwikkeling en inzet van een Regionaal Kennisnetwerk Valpreventie

#### Betrokken partijen

De initiatiefnemer, het lectoraat Innoveren in Ouderenzorg, heeft vanaf het begin verschillende partijen betrokken. Zo was het bestaande Regionale Zorgnetwerk Zwolle en omgeving (RZZ) een belangrijke voedingsbodem voor de regionale inbedding van het project. Windesheim kent een gezondheidszorg opleiding bestaande uit verpleegkunde en logopedie, alsook een opleiding Beweging, Gezondheid & Welzijn (ALO). Deze twee opleidingen zijn bij het project betrokken. Vanuit laatstgenoemde opleiding is een expert bewegingsprogramma's en valangst betrokken, een tweede expert valpreventie bij ouderen (VP) is medisch specialist en initiator van de valpoli in de Isala Klinieken. Een adviseur vanuit Vilans is gevraagd de kennis die opgedaan is in de eerdere ZvB projecten te delen en toe te passen op een regionale situatie waarin een koppeling werd gemaakt met een onderwijsinstelling.

Vertegenwoordigers van deze organisaties zijn afgevaardigd in de kerngroep, aangevuld met een docent van de School of Management & Law, als ook een directeur van Windesheim. De kerngroep is, zo is beschreven in de projectaanvraag, verantwoordelijk voor de projectsturing en inzet van de inhoudelijke expertise. Er is ook een adviserende klankbordgroep ingesteld, waarin vertegenwoordigd: de HBO-Raad, Trimbo-instituut, beroepsvereniging V en VN, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging, Vilans, MBO opleiding Deltion College, Landelijk kennisnetwerk Valpreventie bij Senioren, Achmea Zorg, het lectoraat Transitie in de zorg (Hogeschool Rotterdam, Actiz-Aedes). Het iBMG is betrokken als evaluator van het programma.

#### Projectstructuur

De projectstructuur is gelaagd: de lector Innoveren in de ouderenzorg, is projectleider, twee onderzoeker/docenten begeleiden vanuit het lectoraat het projectprogramma. Coaching en ondersteuning van de teams en de studenten wordt gedaan door getrainde docentcoaches (getraind in valpreventie en Practice Development (PD)), De docent-coach heeft 3-5 verbeterteams onder zich. Studenten (derde jaars) helpen de organisaties met *desk top research* en de praktische organisatie van het project, de studenten wisselen per half jaar. Er worden vier tranches studenten ingezet. Elke groep studenten krijgt een introductie week waarin zij kennismaken met het project, met VP en getraind worden in onderzoeks- en project- vaardigheden.

De bedoeling was 10 verbeterteams in verschillende organisaties te formeren. Uiteindelijk zijn er zes organisaties gaan deelnemen; een van deze organisaties formeerde echter 4 verbeterteams waardoor het totaal aantal betrokken teams op 9 kwam.

De verbeterteams bestaan in principe uit: projectleider (op HBO-niveau), kwaliteitsfunctionaris/P&O medewerker, managementteamlid, uitvoerende zorgverleners, en een cliëntvertegenwoordiger. Met alle verbeterteams zijn intake gesprekken gevoerd door de docentcoaches bij aanvang van het project. Er is, aan de hand van het voorbeeld van de initiële ZvB trajecten, gewerkt volgens de doorbraakmethode en PDSA-cyclus, op basis van een door de organisaties zelf opgesteld verbeterplan. De methodiek is aangevuld met trainingen in werkwijzen volgens PD. Er zijn zeker 3 'geeltjes' metingen gedaan in de betrokken organisaties/afdelingen. Er zijn 3 plenaire bijeenkomsten geweest van een dagdeel waarbij alle verbeterteamleden aanwezig geacht worden te zijn. Er zijn 4 extra trainingen in VP en PD voor de verbeterteamleiders waarbij op dagdelen ook

zorgmanagers zijn uitgenodigd. Er is een website en een Sharenet site, waarop de organisatielogo's door de studenten worden bijgehouden.

### 2.1.2 Evaluatieonderzoek

iBMG kreeg de opdracht het evaluatieonderzoek dat gedaan is in alle ZvB geledingen ook in dit project toe te passen om zicht te krijgen op het verloop en het effect van dit regionale en vanuit het onderwijs geïnitieerde project, waarbij de resultaten ook zouden kunnen worden vergeleken met de eerdere ZvB projecten. Het iBMG is eindverantwoordelijke voor de procesevaluatie. iBMG-onderzoekers en leden van het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg verzorgden, samen met de betrokken docenten en studenten, de dataverzameling en -analyse en de onderzoeksrapportage.

De onderzoeksvragen zijn te scharen onder twee hoofdvragen welke overeen komen met de twee hoofddoelen van ZvB regionaal:

1. Wat is de werking/effectiviteit van het Regionale Zorg voor Beter-format in vergelijking met bestaande verbeterformats (effectevaluatie)?

Uitgewerkt in de volgende deelvragen:

1a. Vermindert het aantal valincidenten bij ouderen (signalering en registratie) in de deelnemende zorgorganisaties en hoe is dit in vergelijking met de landelijke verbetertrajecten?

1b. Vergroot het nieuwe Zorg voor Beter-format de deskundigheid van de betrokken professionals op het gebied van valpreventie bij ouderen en zorginnovatie/implementatie? Sluit de geboden deskundigheidsbevordering aan bij de behoeftes van de HBO- en MBO-professionals?

1c. Wat is het bereik van het nieuwe verbeterformat (aantal deelnemende organisaties/verbeterteams, inschrijving, uitval verbeterteams, aantal betrokken ouderen en zorgverleners)?

2. Welke processen vinden plaats tijdens het ontwikkeltraject? Hoe is het nieuwe format over te dragen naar andere regio's, thema's en Hogescholen (borging en verspreiding; procesevaluatie)?

Uitgewerkt in de volgende deelvragen:

2a. Welke processen vinden plaats binnen het ontwikkeltraject? Wat zijn de input en verantwoordelijkheden van de verschillende partners hierbij? Hoe is de fasering in de tijd?

2b. Optimaliseert het nieuwe format de borging binnen de organisatie en erbuiten? Worden de opgedane kennis en ervaring vastgelegd binnen de dagelijkse werkpraktijk en het managementbeleid? Dit tevens in vergelijking met de landelijke bevindingen.

2c. Hoe krijgt de borging extern door hogeschool en het Regionale kennisnetwerk valpreventie vorm? Worden expertise en ervaringen tussen organisaties uitgewisseld? Leggen organisaties hun verantwoordelijkheden en taken vast in onderlinge afspraken?

2d. Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij de invoering en borging van het nieuwe format? (contextueel, zorgorganisatie, zorgprocessen, competenties hulpverleners, cliëntkenmerken).

Hoe werkt de rol van het lectoraat en van de HBO-opleidingen? Hoe kan het format hieraan tegemoet komen? Welke meerwaarde heeft Practice Development voor de beoogde resultaten?

2e. Hoe is het format over te dragen naar andere hogescholen en regio's? Aan welke voorwaarden dienen deze bij aanvang te voldoen? Wat zijn

bevorderende en belemmerende factoren hierbij? Hoe is in te spelen op de sterke en zwakke kanten van elke regio?

Het onderzoek is op eenzelfde wijze opgezet als het voorgaande onderzoek dat iBMG eerder verrichtte naar de ZvB trajecten. Wij maakten ook in dit regionale project weer gebruik van zowel kwantitatieve metingen (uitkomsten geeltjesmetingen, vragenlijsten voor cliënten, medewerkers en teamleiders, aangevuld met enkele projectspecifieke vragen over PD en leiderschap) als kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals interviews met de betrokkenen, observaties van diverse programmaonderdelen en casestudies in de deelnemende organisaties.

In een onderzoeksfolder is aan de verbeterteams duidelijk gemaakt wat het meten in zou houden:

- eigen geeltjesmetingen m.b.t. valpreventie
- elk lid van het verbeterteam vult drie keer een schriftelijke vragenlijst in
- eenmalige vragenlijst over de organisatie onder managers en kwaliteit- en beleidsmedewerkers
- zeer kort en gestructureerd interview bij 15 cliënten van de pilot afdeling en een controle afdeling
- uitgebreider interview met 2 cliënten over de kwaliteit van hun leven in relatie tot valpreventie (per tranche studenten)
- interview met de praktijkprojectleider en met een verbeterteamlid aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst (per tranche studenten)
- Studenten houden op grond van hun participatie het verloop van het traject bij in de vorm van een logboek. Deze logboeken worden door iBMG als kwalitatieve data geanalyseerd.

Het verschil tussen de opzet van het evaluatieonderzoek in de voorgaande ZvB trajecten vergeleken met ZvB regionaal is dat de kwalitatieve manier van onderzoeken dit maal meer participierend is geweest en daarmee een hoger formatief gehalte heeft gekregen. De studenten participeerden in de projecten in de organisaties en de onderzoeker van iBMG maakte als participatief observant deel uit van de kerngroep. Eerdere opgedane kennis uit voorgaande onderzoeken kon zo worden gedeeld en gespiegeld aan de lopende processen. Het project is mede hierdoor tijdens de uitvoering bijgestuurd. Het iBMG onderzoek naar ZvB regionaal lijkt daarmee het meest op actie onderzoek. Op grond van de bevindingen is halverwege het project, op grond van een voorlopige analyse van de logboeken, een terugkoppeling gegeven aan de kerngroep. Hierin werd aangegeven dat het van belang is uitval van studenten te voorkomen, dat project en beroepsproducten (opdrachten voor studiepunten) beter gekoppeld zouden kunnen worden, dat meten te weinig plaatsvond, dat observaties en interviews inzicht geven, en dat het proces in de organisaties langzaam op gang komt.

Studenten hebben als direct participerende onderzoekers gefunctioneerd in de betrokken zorgorganisaties. Zij werden ingezet voor de dataverzameling en zijn daartoe door de onderzoekers van iBMG getraind in zowel kwalitatieve als kwantitatieve dataverzameling. Hun taken zijn vooraf beschreven. Studenten hielden een logboek bij van de metingen, observaties en interviews en de activiteiten en ontwikkelingen van het project in de zorgorganisaties.

De kwalitatieve observaties die de studenten in het kader van het onderzoek voor het logboek hebben uitgevoerd sloten aan bij de in de literatuur beschreven methoden van PD (McCormack e.a.. 2009) en bleken nuttig voor reflectie binnen de zorgorganisaties. Vaak werden aan de hand van deze observaties specifieke

interventies voorgesteld, en door de observaties op schrift te stellen konden deze als 'verhalen' bijdragen aan verspreiding in de organisatie (narratieve verantwoording). Eerdere conclusies dat kwantitatieve metingen verbeterprocessen positief beïnvloeden kan vanuit deze ervaring worden aangevuld: kwalitatieve observaties door relatieve buitenstaanders (in dit geval studenten) werken positief uit op de verbeterprocessen in de zorgorganisaties.

### **Data verzameling kwalitatieve deel evaluatie onderzoek**

Hieronder volgt een weergave van de kwalitatieve dataverzameling die gedurende het project heeft plaatsgehad:

#### *Observaties (participatief en non participatief)*

- 10 van de 13 kerngroep vergaderingen
- 1 van de twee klankbordvergaderingen
- 5 organisatiebezoeken
- 3 plenaire bijeenkomsten
- 4 bijeenkomsten PD training
  
- 3 student evaluatie bijeenkomsten (drie tranches)
- 2 evaluatie bijeenkomsten projectteamleiders
- 3 trainingen kwalitatief onderzoek aan studenten

#### *Interviews:*

- 2 docentcoaches
- 4 project teamleiders
- 1 groepsinterview studenten team IJsselheem tweede tranche
- 2 gesprekken met adviseur Vilans
- 8 interviews project teamleiders en project teamleden uit secundaire bron (het door het lectoraat Innoveren in de Ouderenzorg van Windesheim (Marijke Span) uitgevoerde onderzoek naar leiderschap)

#### *Documenten*

- Project aanvraag en evaluatie
- Startmap, startdocumentatie Vilans
- Literatuur over Practice Development
- Verslagen kerngroepvergaderingen
- Documenten tbv plenaire vergaderingen

Projectlogboeken door studenten bijgehouden uit 6 organisaties gedurende het gehele project over drie tranches van studenten, via Sharenet

### **Data verzameling kwantitatieve deel evaluatieonderzoek**

#### *Valmeting*

In ZvB Regionaal zijn, evenals bij de overige Zorg voor Beter trajecten, de metingen op indicatoren verzameld door de professionals in de organisaties zelf. In tegenstelling tot voorgaande Zorg voor Beter trajecten hadden de verbeterteams nu ondersteuning van studenten hierbij. De studenten konden met vooraf ontworpen blanco excelbestanden en een studentenhandleiding informatie navragen en opzoeken bij betrokken professionals en de informatie invoeren in het excelbestand en uploaden op Sharenet. Deze meting betrof o.a. het in kaart brengen van structuurindicatoren op organisatie- en afdelingsniveau. Daarnaast moest van alle cliënten op de afdeling informatie verzameld worden zoals geslacht, geboortedatum,



Zorg Zwaarte Pakket, Zorgafhankelijkheid (met het meetinstrument Care Dependency Scale (Dijkstra e.a., 1999)) en welke preventieve maatregelen voor elke cliënt werden toegepast. Bij de beginmeting werd gedurende drie weken met behulp van de geeltjesmeting de valincidentie op de afdeling in kaart gebracht. Deze geeltjesmeting is gedurende het project nog twee keer tussentijds uitgevoerd. En voor de eindmeting werd nogmaals een uitgebreidere meting uitgevoerd door de studenten, waarbij weer opnieuw de structuurindicatoren werden verzameld en alle informatie over de cliënten op de afdeling weer werd nagelopen. Ook werd nog een keer de geeltjesmeting gedurende drie weken uitgevoerd.

Het uitvoeren van de dataverzameling door studenten is moeizaam verlopen en het is daarmee niet gelukt om alle onderdelen geheel volgens plan uit te voeren. Mede door het uitvallen van drie studenten in verschillende organisaties is het daarom ook niet gelukt om in elke organisatie alle data te verzamelen. In tabel 1 staat beschreven welke gegevens voor elke organisatie beschikbaar zijn. De dataverzameling van de structuurindicatoren en de geeltjesmetingen zijn goed verlopen. De verzameling van de procesindicatoren en het bijhouden welke preventieve maatregelen er voor elke cliënt zijn uitgevoerd is niet consequent en volledig uitgevoerd door de studenten. Ten tijde van het schrijven van dit eindverslag wordt extra dataverzameling uitgevoerd bij een aantal organisaties om alsnog deze informatie te achterhalen door dossieronderzoek. Het is daarom helaas niet mogelijk om op grond van het in het project/door studenten verzamelde datamateriaal betrouwbare uitspraken te doen over de veranderingen in preventieve maatregelen op cliëntniveau.

In bijlagen 1 en 2 staat beschreven dat oorspronkelijk het idee was dat er in het najaar van 2011 ook nog een derde meetmoment zou komen waarbij weer alle structuur, proces en uitkomstenindicatoren verzameld. Het was niet mogelijk om weer bij elke pilotafdeling een student onder te brengen. Uiteindelijk zijn vier studenten bijgepraat over het project en specifiek over geeltjesmetingen en PD. Helaas hadden de deelnemende pilotafdelingen het project reeds afgesloten en waren de meeste projectleiders niet meer vrijgesteld om studenten te begeleiden. Deze vier studenten hebben bij 2 organisaties (Zonnehuis en Ijsselheem) nog een geeltjesmeting gedaan en hebben daarnaast ondersteuning geboden bij de verspreiding.

Voor dit eindverslag zijn alleen de beschikbare gegevens van meetmomenten 1 en 2 gebruikt. Voor 8 van de 9 pilotafdelingen en 5 controleafdelingen zijn gegevens van beide meetmomenten beschikbaar.

#### *Vragenlijsten voor cliënten*

Naast de structuur, proces en uitkomstindicatoren met betrekking tot valpreventie zijn ook schriftelijke vragenlijsten afgenomen bij cliënten. Studenten moesten in overleg met het verbetersteam 15 cliënten van de pilotafdeling en 15 cliënten van de controleafdeling selecteren voor deelname. Cliënten kwamen in aanmerking wanneer men in staat geacht werd door middel van een interview vragen te beantwoorden. Op psychogeriatrische afdelingen werd de vragenlijst in een interview met bijvoorbeeld een eerst verantwoordelijke verzorgende ingevuld. Voor 7 van de 9 pilotafdelingen en 5 controleafdelingen zijn gegevens beschikbaar van de valmeting. Van de pilotafdeling in het Isala ziekenhuis zijn alleen de gegevens van de beginmeting beschikbaar aangezien voor deze afdeling geldt dat bij de nameting uiteraard niet meer dezelfde cliënten aanwezig waren. In tabel 1 is te zien hoeveel cliënten op elke afdeling zijn geïnterviewd. Van der 192 cliënten die ten tijde van de beginmeting zijn geïnterviewd zijn in de loop van het projectjaar 5 overleden. Uiteindelijk is het gelukt om nogmaals bij 152 cliënten de vragenlijst nog een keer af te nemen (respons van 81% ten opzichte van het begin).

### *Vragenlijsten voor verbeterteamleden en overige professionals*

Zoals aangegeven in bijlage 1 was de opzet dat er ook vragenlijsten onder de verbeterteamleden en overige professionals op de pilot- en controleafdelingen zouden worden afgenomen. De eerste tranche studenten liep hierbij tegen redelijk grote weerstand van de professionals in het merendeel van de betrokken organisaties aan. De vragenlijsten zouden te lang en te moeilijk zijn. Dit had ook zijn weerslag op de respons van de vragenlijsten. In totaal zijn voor de beginmeting slechts 3 vragenlijsten van 3 teams teruggekomen en 8 vragenlijsten van overige professionals van 5 pilotafdelingen en 3 controleafdelingen. Na overleg met Windesheim is daarom besloten het kwantitatieve onderzoek met name te richten op de valmeting en cliënten vragenlijsten. Voor de nameting is daarom besloten alleen nog een vragenlijst uit te zetten onder de verbeterteamleden en niet meer onder de overige professionals van de pilot- en controleafdelingen. Deze nameting leverde 3 ingevulde vragenlijsten op. Gezien het feit dat dit onderdeel van de dataverzameling slecht verlopen is en dus een lage respons oplevert kan over dit onderdeel niet gerapporteerd worden. Wat de ervaringen met het project en de implementatie van de veranderingen van de professionals zelf zijn en in hoeverre zij zelf vinden dat zij effectief zijn geweest is nu niet te vergelijken met voorgaande ZvB trajecten.

### **2.1.3 Gerealiseerde verbeteringen**

#### *Structuurindicatoren*

In tabellen 2 en 3 wordt beschreven wat de resultaten op de structuurindicatoren op afdelingsniveau zijn. Over de hele linie kan men concluderen dat de deelnemende pilotafdelingen al een en ander op orde hadden wat betreft valpreventie. Op de meeste pilotafdelingen wordt valpreventie in elk geval besproken op het monodisciplinair overleg. Specifieke valpreventieve maatregelen voor individuele cliënten worden in de meeste gevallen daarnaast ook besproken met de cliënt en mantelzorgers. Bij 5 pilotafdelingen vindt daarnaast structurele scholing van medewerkers plaats in til- en transfertechnieken. Ten tijde van de beginmeting zijn er weinig verschillen wat betreft deze structuurindicatoren tussen pilot- en controleafdelingen. Na afloop van het projectjaar (eindmeting) zijn er wel verschillen op te merken tussen de pilot- en controleafdelingen. In de tabel 2 en 3 is met geel aangegeven welke veranderingen er op de nameting ten opzichte van de beginmeting zijn gerealiseerd. In 2 pilotafdelingen is een aandachtsvelder aangesteld en op 5 pilotafdelingen is er gewerkt aan de valevaluatie van cliënten. Drie pilotafdelingen voerden bij de beginmeting nog geen valevaluatie uit of slechts incidenteel wanneer een cliënt gevallen was. Bij de nameting wordt deze valevaluatie wel uitgevoerd, hoewel nog niet bij elke afdeling ook periodiek. Interessant is dat op dit punt de controleafdelingen geen veranderingen hebben doorgevoerd (zie tabel 3). Het project heeft er toe geleid dat op de pilotafdelingen op randvoorwaardelijk niveau verbeteringen zijn doorgevoerd.

#### *Valincidentie*

In tabel 4 worden de resultaten van de geeltjesmetingen op de pilot- en controleafdelingen getoond. Voor de interpretatie van deze gegevens moet wel in ogenschouw worden genomen dat het hier soms om kleine aantallen gaat. Daarom is van belang niet alleen naar de percentages te kijken, maar ook naar de aantallen valincidenten zelf. Er bestaat een marginaal significant verschil tussen pilotafdelingen en controleafdelingen in valincidentie op de beginmeting (T0). Dat wil zeggen dat op de pilotafdelingen de valincidentie bij het begin significant hoger is dan bij de controleafdelingen ( $\chi^2=2.70$ ;  $p=.10$ ).

Het landelijke gemiddelde voor valincidentie zoals gemeten volgens de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen is 7.2%. De LPZ-meting vindt over 30 dagen plaats, terwijl in dit project de geeltjesmeting drie weken is. Als je dit herberekent komt het landelijk gemiddelde op 5.1% in de drie weken. Ten tijde van de beginmeting scoren de pilotafdelingen significant hoger dan het landelijk gemiddelde ( $t=2.55$ ;  $p=.012$ ). Dat wil zeggen dat ondanks de reeds aanwezige structuurkenmerken deze pilotafdelingen een hogere valincidentie hadden. De controle afdelingen scoren niet significant anders dan het landelijk gemiddelde ( $t=.64$ ;  $p=.527$ ).

Ook op de nameting (T1) is een marginaal significant verschil maar dan is het tegenovergestelde het geval. De controleafdelingen scoren hoger op de valincidentie dan de pilotafdelingen ( $\chi^2=3.17$ ;  $p=.08$ ). Op de pilotafdelingen wordt op de nameting nog nauwelijks gevallen.

Als je specifiek kijkt naar het aantal mensen dat meerdere keren valt dan zien we ook een marginaal significant verschil op het begin ( $t=-1.80$ ;  $p=.07$ ). Op de pilotafdelingen zijn meer cliënten die meer dan 1x gevallen zijn in 3 weken tijd dan op de controleafdelingen. Op de nameting bestaat er geen significant verschil meer ( $t=.51$ ;  $p=.61$ ). Ook hier is het van belang in ogenschouw te nemen dat het om kleine aantallen gaat.

In vergelijking met voorgaande verbetertrajecten van Zorg voor Beter omtrent het thema Valpreventie laten de resultaten zien dat deze pilotafdelingen dezelfde daling in valincidentie weten te realiseren (Strating e.a. 2011a). In hoeverre ook op procesindicatoren als het percentage toegepaste preventieve maatregelen of percentage cliënten voor wie een risico-inventarisatie is uitgevoerd dergelijke verbeteringen zijn gerealiseerd is helaas op dit moment nog niet vast te stellen. De gegevens van de procesindicatoren laten op dit moment geen veranderingen op cliëntniveau zien tussen begin- en eindmeting. Er worden aanvullende gegevens retrospectief in de dossiers van cliënten verzameld om dit nog beter in kaart te brengen.

#### *Uitkomsten in kwaliteit van leven*

In tabel 5 worden de resultaten weergegeven van de vragenlijsten die aan cliënten zijn voorgelegd. Kwaliteit van leven is gemeten met het ICECAP instrument dat bestaat uit 6 vragen die op een schaal van 1 tot 4 beantwoord konden worden (Makai e.a., 2012). Een hogere score betekent een slechtere kwaliteit van leven. De tabel laat de gemiddelde score zien voor cliënten op de pilotafdelingen en voor cliënten op de controleafdelingen. Hoewel de aantallen vrij klein zijn en de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden, is er op een aantal vragen significante verbetering gevonden voor cliënten op de pilotafdelingen. Zo maken zij zich significant minder zorgen over de toekomst ( $p=0.03$ ), zijn zij meer in staat dingen te doen die hen waardevol doen voelen ( $p=0.12$ ) en genieten zij meer en hebben zij meer plezier ( $p=0.19$ ). Voor cliënten op de controleafdelingen worden geen significante veranderingen tussen T0 en T1 gevonden. De verandering op het item 'genieten en plezier hebben' bij cliënten van de pilotafdelingen is significant groter dan de verandering zoals gevonden bij cliënten van de controleafdelingen ( $p=.03$ ). Door de kleine aantallen en het gebrek aan goede procesindicatoren op cliëntniveau kan dit effect niet direct worden toegeschreven aan de toename in valpreventieve maatregelen, maar wellicht dat hier wel andere neveneffect van de interventie een rol hebben gespeeld.

## 2.1.4 Beschrijving van het project in verschillende niveaus

### Programma niveau

Zoals gezegd kende de projectstructuur op programmaniveau meerdere lagen: de projectorganisatie werd verricht door lector Innoveren in de ouderenzorg en twee onderzoeker/docenten. Zij organiseerden het programma. Op het programma en de lopende organisatie van het project werd gereflecteerd door de kerngroep. De daadwerkelijke uitvoering in de organisaties door verbeterteams en studenten werd gecoacht door docentcoaches.

### *Projectorganisatie*

De lector en de twee onderzoeker/docenten hebben de opzet van het programma geconcretiseerd en gecoördineerd. Zij hebben de startmap opgesteld, kerngroep bijeenkomsten en plenaire bijeenkomsten georganiseerd, trainingen PD gegeven, en zij regisseerden de inzet van docentcoaches en nieuwe tranches studenten. Een van de onderzoeker/docenten is halverwege het project ander werk gaan doen en deze onderzoeker-docent is uiteindelijk niet vervangen. De bedoeling was dat de onderzoeker/docenten de organisatielogboeken die de studenten bijhielden zouden regisseren en controleren. Deze taak is opgepakt gedurende de tweede tranche van studenten; de informatie vanuit de organisaties werd tot die tijd niet gebruikt voor de bijstelling van de projectorganisatie. Pas de derde tranche studenten is daadwerkelijk en met resultaat aangespoord om Sharenet goed te gebruiken. Daarnaast hebben de onderzoeker/docenten zelf een programma logboek bijgehouden om tot de beschrijving van een eindformat te kunnen komen.

### *Docentcoaches*

De twee docentcoaches zijn bij de start van het project in september 2009 geworven aan de hand van een opgestelde vacature. Zij hebben in het begin van het programma (september 2009 – januari 2010) gewerkt aan het werven van organisaties. Een format om intakegesprekken te voeren werd ontwikkeld en deze werd in januari, na evaluatie en onvoldoende geworven verbeterteams bijgesteld. In oktober 2009 zijn de twee docentcoaches getraind door de adviseur van Vilans aangaande doorbraakmethode, geeltjesmetingen en PDSA cirkel, door de regionale experts aangaande kennis over valpreventie, en door een docent van Windesheim over PD. De start was voor de docentcoaches een moeilijke fase. Er was nog geen sprake van “eigenaarschap”, het project was een klus die erbij gedaan moest worden. Onderwijsverplichtingen leken vaak dringender. Dat lijkt samen te hangen met het feit dat de docenten onbekend waren met Zorg voor Beter, en lange tijd alleen een “papieren” opdracht en niet-persoonlijke contacten hadden met de verbeterteams. Zorg voor beter bleef daardoor enkele maanden iets abstracts. Later veranderde dit ten goede.

Halverwege het project heeft een van de docentcoaches een andere functie aanvaard en is vervangen door een nieuwe docentcoach. Deze docent werd pas op een later tijdstip geschoold in PD en had in de eerste maanden moeite om zich het project, dat inmiddels al 1 jaar onderweg was, eigen te maken. Zij schrijft in haar evaluatie dat ze zich onvoldoende toegerust voelde om vanuit PD de verbeterteamleider te faciliteren. De docentcoaches waren geen experts op het gebied van vallen. Bij 1 docent was dit geen item, de ander heeft dit als een tekortkoming ervaren en de derde geeft aan dat ze veel heeft geleerd op het gebied van vallen en valpreventie en dat dit voldoende was om te kunnen functioneren als docent-coach.

De docentcoaches hebben op verschillende manieren contact onderhouden met de verbeterteamleiders. Voor elk veldoverleg werd de stand van zaken met de

verbeterteamleider opgepakt. Op deze manier was er ongeveer 1 x in de 14 dagen contact met de instelling. Het contact verliep dan via telefoon of email. De docentcoaches bezochten per half jaar een vergadering van het verbeterteam. Bij de start van het project was dit niet afgesproken. Dit is bijgesteld, omdat de ervaring van de docentcoaches was dat het een goede manier is om zicht te krijgen op wat er in de instelling gebeurt. Deze ontmoetingen hebben een constructieve bijdrage geleverd aan het proces van verbeteren in de instelling. Doordat de docent coaches per e-mail en op school bereikbaar waren voor de studenten hadden deze partijen bijna wekelijks contact en hebben de docenten vooral werk verzet in het begeleiden van het voor de studenten niet altijd even heldere project en hun studieopdrachten, 'brandjes blussen' werd dit genoemd. De begeleiding van de verbeterteams was meer gericht op procesorganisatie en het verloop van het contact tussen student en organisatie. De docent coaches konden weinig inhoudelijke inbreng leveren. Zij hebben geen contacten gefaciliteerd tussen verbeterteams en regionale experts of onderzoekers.

De docentcoaches kwamen elke 14 dagen bijeen samen met de projectleider en de onderzoeker van het project. In deze bijeenkomsten werd de stand van zaken per instelling besproken voor wat betreft de verbeterteamleider, het verbeterteam en de student. Deze bijeenkomsten kenden in het begin een te open karakter, later is meer structuur aangebracht.

#### *Kerngroep*

De leden van de kerngroep kwamen in het begin van het programma maandelijks bijeen om het programma te volgen en te reflecteren. In de kerngroep werden de ervaringen vanuit de programmaleiding en vanuit het begeleidend onderzoek gedeeld. De beslissingen en haken en ogen in het programma werden aan de kerngroep voorgelegd die, op vakantieperiodes na, in het eerste projectjaar maandelijks en later twee maandelijks bijeenkwam. De leden van de kerngroep werden ook verwacht bij de 3 plenaire bijeenkomsten. Vanuit de kerngroep zijn discussies aangezwengeld over de mate en het tijdstip van kennisoverdracht over VP in het project, kwetsbaarheid van de inzet en overdracht van studenten, zijn problemen in specifieke organisaties besproken en is meegeholpen organisaties te werven en te verbeteren. Ook is getracht de gebruikte methoden te verhelderen (PD en PDSA) en is samengewerkt om het over te dragen eindformat en het regionale netwerk vorm te geven. Op 21 mei 2011 zijn twee leden van het MT van Windesheim uitgenodigd om de kerngroep vergadering bij te wonen. Het verloop van het project is geschetst en er is gesproken over de borging van de kennis en werkwijze binnen Windesheim. Daar lijken zeker mogelijkheden toe te bestaan. De MT leden gaan deze mogelijkheden exploreren.

#### *Klankbordgroep*

De klankbordgroep is tweemaal bijeen geweest. Klankbordgroepleden werden vanuit hun expertise gevraagd over het project te adviseren en de opbrengsten van het project mee te helpen verspreiden en 'landelijk in te bedden' in hun achterban. Aandachtspunten die ter vergadering aan de orde kwamen waren de inhoudelijke robuustheid van het programma, het verspreiden van het format naar andere HBO instellingen, MBO instellingen en regio's en de PR die gegeven is aan het project. De regionale zorgverzekeraar gaf aan geen belangstelling voor het project te hebben, wilde ook geen incentives instellen omdat het project op een zo klein onderdeel van zorg gericht is en veel tijd kost.

#### *Programmaverloop*

De start van het project ZvB regionaal werd vertraagd doordat er weinig synchronisatie was tussen de temporele structuur van de opleiding en die van de

organisaties; hierdoor verliep de werving van zorgorganisaties moeizaam en duurde dit langer dan verwacht, wat tot gevolg had dat de eerste tranche studenten pas in januari 2010 kon beginnen in plaats van in september 2009. Omdat deze studenten later konden starten waren zij beter op de hoogte van wat het project inhield en meer actiebereid dan de verbeterteamleiders. Studenten wilden direct aan de slag; dit gaf wrevel bij de verbeterteamleiders. Ook werd gedurende het programma duidelijk dat de verbeterteamleiders eerder informatie nodig hebben over de plenaire bijeenkomsten om hun verbeterteamleden te kunnen vrijplannen. De opleidingen zijn duidelijk gewend e.e.a. meer op korte termijn te regelen. In de loop van het programma werd deze tijdzet beter gesynchroniseerd.

Deelname aan het programma was gratis voor de zorgorganisaties, maar er werden wel eisen gesteld. Zo moest de HBO opgeleide verbeterteamleider 8 uur per week worden vrijgesteld voor het project en moesten de verbeterteamleden ook tijd beschikbaar krijgen. Dit was voor enkele zorgorganisaties een te grote investering. Er zijn uiteindelijk 6 zorgorganisaties bereid gevonden deel te nemen, 2 zorgorganisatie vielen in het begin van het traject al af. Aan de doelstelling van inclusie van 10 verbeterteams kon uiteindelijk bijna worden voldaan doordat organisatie IJsselheem (in navolging van het ZvB plus project) besloot het project meer managerial vorm te geven en 4 verbeterteams in te stellen. Hiermee waren er in totaal 9 verbeterteams.

Het programma begint met 2 PD trainingen voor de verbeterteamleiders, docentcoaches en studenten op 18 en 19 maart 2010. In deze eerste trainingen komen er onduidelijkheden naar voren over het project, de rol van de studenten, en het onderzoek. Op de eerste trainingsdag worden twee verschillende PD werkmethoden toegepast, daarbij wordt door de adviseur vanuit Vilans de doorbraakmethode, PDSA cirkel en geeltjesmeting uitgelegd alsmede het opstellen van een eigen verbeterplan. Een van de iBMG onderzoeker geeft een toelichting op de benodigde onderzoeksactiviteiten.

Op de tweede PD trainingsdag beantwoordt de valexpert van Windesheim een aantal vragen en werken de verbeterteamleiders en studenten aan een eerste concept verbeterplan. In de evaluatie komt naar voren dat de expertkennis tegenvalt, PD interessant is en dat studenten en de projectopzet veel aandacht vergen.

Op 30 maart 2010 is de eerste plenaire bijeenkomst voor verbeterteamleiders, verbeterteamleden en managers. De lector Innovatie in de ouderenzorg licht de opzet en structuur van het project toe. Zij benadrukt dat het project 'Bottom up' moet verlopen, spoort aanwezigen aan zelf naar de Vilans website over VP te kijken. De valexpert uit de Isala klinieken houdt een lezing over vallen bij ouderen waarin valincidenten valproblematiek en vallen als multifactorieel (intrinsieke oorzaken en medicatie) probleem worden toegelicht. Het onderscheid tussen intrinsieke/extrinsieke factoren wordt niet gemaakt.

Er wordt een tai chi balansoefening gedaan. De afgevaardigde van het regionale zorgnetwerk Zwolle spreekt over de kosten van vallen en de baten van deelname aan een programma als dit. De verbeterteams stellen hun verbeterplannen op. Dat blijkt lastig omdat juist de verbeterteamleden niet aanwezig waren bij de uitleg op de eerste PD trainingsdag. Zij kennen dus eigenlijk de doorbraakmethode, met PDSA cirkel en geeltjesmeting niet waarop het verbeterplan gebaseerd moet zijn. Aan het einde van deze plenaire bijeenkomst tekenen alle teams een 'intentieverklaring'. De dagen worden onderbroken met goed verzorgde lunches en geëindigd met een dito borrel.

Op 20 april 2010 is de derde PD training voor verbeterteamleiders, docentcoaches en studenten. Voor het middagprogramma zijn managers en kwaliteitsfunctionarissen uitgenodigd. In de middag wordt aandacht besteed aan rolontwikkeling in het

verbeterteam, kennisdelen en borgen, en inventarisatie van ideeën over een regionaal netwerk VP. Bij aanvang van deze trainingsdag blijkt het thema borgen verplaatst te worden naar een volgende bijeenkomst omdat er geen expert over borgen gevonden is. Het programma onderdeel wordt vervangen door 'werken aan het verbeterplan'. De dag start met de PD oefening waarbij 'Claims, Concerns en Issues' (CCI) op geeltjes worden geschreven. Hieruit blijkt dat het project positief wordt beoordeeld, maar dat er veel zorgen zijn. Zorgen worden vooral door de studenten geuit en betreffen vooral de activiteiten die zij moeten verrichten voor het onderzoek. De verbeterteamleiders geven aan dat zij zich zorgen maken over de betrokkenheid van het management en het gebrek aan ideeën voor in te zetten interventies. Op dit laatste punt geeft de programmaleiding terug dat op de ZvB website interventies en Best Practices staan, zij zeggen toe de verbeterteamleiders een factsheet te sturen met andere relevante over VP. Enkele verbeterteamleiders (Isala en ZCZ) geven aan dat PD niet goed past bij hun wat meer hiërarchisch ingestelde organisaties. De verbeterteamleider van IJsselheem geeft aan dat hij PD is gaan gebruiken in zijn eigen werk als zorgmanager en merkt dat het een goede manier is om routines te bespreken. Hierna worden de SMART doelstellingen vanuit de verschillende verbeterteams besproken en schuiven er drie kwaliteitsfunctionarissen (Zorgpalet, ZGA, IJsselheem) en een teammanager uit ZCZ aan.

Op 13 september 2010 is de vierde PD training voor verbeterteamleiders, studenten en docentcoaches. Weer wordt gestart met de CCI oefening. Hierna worden alle concept verbeterplannen besproken. Aan het einde van de bijeenkomst geven de verbeterteamleiders aan welke behoeften zij hebben voor de invulling van de tweede plenaire: borging van resultaten, informatie uit eerdere implementaties, opnieuw bespreken van het belang van valpreventie.

De tweede plenaire bijeenkomst op 12 oktober 2010 wordt gestart met een inhoudelijke presentatie van de onderzoeker/docent, zij licht het nut en de mogelijkheden voor valpreventie toe. De bedoeling van deze dag, die plaatsvindt in een theaterzaal, is dat alle verbeterteams een presentatie geven over hun vorderingen en ideeën tot nu toe. Vooral in IJsselheem, Zorgpalet, Icare en de Isala kliniek lijkt het project in gang en levert het al interventies op. Van de twee andere organisaties zijn er geen leden van het verbeterteam zodat de zojuist begonnen studenten (tweede tranche) de stand van zaken toelichten. Door de presentaties krijgen de verbeterteamleiders zicht op interventies die in andere organisaties gedaan worden. Aan het einde van deze bijeenkomst geven de docentcoaches een toelichting op hun werkzaamheden, zij presenteren zich als procesbegeleiders en schakels tussen opleiding en zorgorganisatie.

De derde en laatste plenaire bijeenkomst is op 8 februari 2011. Op deze bijeenkomst spreken twee ervaringsdeskundigen: een verbeterteamleider uit een thuiszorg organisatie die eerder het ZvB initiële programma volgden spreekt over het borgen van verbeteringen; een beleidsmedewerker van GGD Leeuwarden spreekt over netwerkvorming. In deze bijeenkomst geven de projectteamleiders een presentatie van het projectverloop, op een 'VP markt' tonen zij hun interventies en producten.

Op 4 maart 2011 is een extra bijeenkomst georganiseerd voor de managers van de betrokken zorgorganisaties en een gedeelte van de kerngroepleden. Op deze bijeenkomst wordt onderzoek vanuit Windesheim rond Regionale ZvB gepresenteerd: leiderschap van het middenmanagement, goed werknemerschap en de persoons- en contextgebonden leiderschapsdimensies die binnen het project zijn onderscheiden.. Er wordt een CCI oefening gedaan aangaande borging van verbeteringen en betrekken van het management.

### *Kennis van VP*

Inhoudelijke informatie over valpreventie is, zo geven de betrokken verbeterteamleiders, klankbordgroepsleden en de studenten aan, in het eerste deel van het project gemist. De startmap bevatte niet veel informatie over VP. Zo was er geen beschrijving van mogelijke risicofactoren, 'vallen als complex probleem' werd niet uitgewerkt, er werden geen verbeterstrategieën beschreven, in de startmap zijn geen nuttige VP websites aangegeven, er is geen gebruik gemaakt van resultaten van eerdere VP verbetertrajecten, en er werd geen aandacht besteed aan de soms tegenstrijdige waarden van het dilemma tussen VP en vrijheidsbeperkende middelen. De experts hebben niet veel expertkennis toegevoegd, de expert uit de Isakliniek heeft over intrinsieke risico's (bloeddrukproblemen) gesproken, maar informatie over extrinsieke risico's en interventies zoals bewegingsprogramma's werd door de deelnemers gemist. In een van de PD trainingen vroeg een van de verbeterteamleiders: "*Waar zit de inhoud over valpreventie in dit project? Wie weet er eigenlijk iets van vallen? Waar zitten de experts in dit project?*" Na de derde PD training op 20 april 2010 is een factsheet met nuttige links over VP aan de verbeterteamleiders gestuurd. Vanaf de tweede plenaire bijeenkomst (12 oktober 2010) is deze oproep door de projectleiding opgenomen en is meer nadruk op de inhoud VP gelegd en meer informatie gegeven over mogelijke interventies en Best Practices, rond deze tijd kwam ook de uitwisseling tussen de betrokken organisaties meer op gang waarmee getoond werd wat de verbeteringen in de zorgorganisaties nu concreet inhielden.

### *Meerdere verbetermethoden*

Naast de bekende doorbraakmethodiek: PDSA, verbeterplannen en geeltjesmetingen, is een nieuwe verbetermethode geïntroduceerd: Practice Development (PD). Aanneمة van de programmaleiding was dat door PD de verbeteringen beter zouden bekliven.

*PD is een continu proces dat bestaat uit kritisch denken, bewustwording van routinematig handelen, het zoeken naar het beste bewijsmateriaal en het kijken naar de afdelingscultuur waarin de (nieuwe) praktijkvoering geïmplementeerd moet worden.*

*In PD doen verschillende vormen (wetenschappelijke, persoonlijke en professionele) vormen van kennis er toe en is het de bedoeling waarden en overtuigingen zichtbaar te maken, onder kritiek te stellen en bij te stellen, te vernieuwen of te verbeteren.*

*Bron: presentatie onderzoeker/docent*

Het gaat in PD niet alleen om het reflecteren op het professionele handelen, maar ook om empowerment van de medewerkers, en verbetering van het contact tussen management en werkvloer. Bijkomende educatieve aannames zijn dat mensen alleen leren als zij er zelf aan toe zijn ('just in time' leren) en het idee dat gebrek aan feitelijke kennis niet de oorzaak is van lage zorgkwaliteit.

Studenten zijn veelal tijdens hun opleiding getraind in PD, terwijl de verbeterteamleiders nu voor het eerst met PD in aanraking komen. In het project is vaak gebruik gemaakt van de CCI oefening waarbij alle deelnemers op geeltjes beschrijven wat hun bevindingen zijn. Hierdoor krijgt iedereen de kans zelf na te denken en van zich te laten horen en worden alle argumenten op eenzelfde manier beschouwd een tweede oefening is de action learning set waarbij een casus/dilemma centraal staat en de groepsleden niet oordelen of oplossen maar verduidelijkende en verdiepende vragen leren stellen.

Enkele verbeterteamleiders geven aan PD waardevol te vinden om werknemers actiever te kunnen betrekken bij de interventies. Doordat dezelfde werkvorm vaak



terug kwam begon het te lijken op wat wij eerder in onze evaluatie *methodiekisering* hebben (Strating e.a., 2011b) genoemd. Doordat de CCI oefening ook gebruik maakte van post its werd dit soms verward met de 'geeltjes methode', een methode die bedoeld is om (val) incidenten te registreren en aandacht van de medewerkers te sturen. Vanwege de aanname van 'just in time' leren binnen PD is er in het begin van het project beperkt aan kennisoverdracht over VP gedaan. Deelnemers werden gestimuleerd veel zelf uit te zoeken. 'Dat is nu juist echt PD' was een geveugelde uitspraak van de onderzoeker/docenten.

In het begin van het programma lijkt PD de doorbraakmethodiek wat op de achtergrond te plaatsen. Uiteindelijk krijgen beide methoden een plaats: verbeterteamleiders zijn enthousiast over geeltjesmetingen, verbeterplannen zijn volgens de doorbraakmethodiek opgesteld en werken verbeterteams en pilotafdelingen soms met de CCI oefening.

#### *Onderlinge kennisdeling*

De website ZvB regionaal is wel opgezet maar is bijna niet door de deelnemende verbeterteamleiders gebruikt. Ondanks oproepen daartoe werden producten en bijvoorbeeld uitkomsten van geeltjesmetingen niet met elkaar gedeeld via de website. Blijkbaar werkt e-mailcontact beter. De uitwisseling van informatie verloopt niet vanzelf en ook studenten geven ideeën niet aan elkaar en aan hun eigen organisatie door. Een voorbeeld is dat er in een van de verbeterteams een lijst werd opgesteld van specifieke medicatie die tot valrisico konden leiden. Deze lijst was zeer bruikbaar in een andere organisatie, maar verspreiding moest geïnitieerd worden door de onderzoeker. In een van de verbeterteams was behoefte aan informatie over bewegingsprogramma's voor ouderen, de verbeterteamleider kwam niet zelf op het idee de expert van Windesheim in te schakelen. Sharenet werd noch door studenten, noch door docentcoaches, noch door verbeterteamleiders als vindplaats van voorbeelden vanuit andere organisaties gebruikt. Ook de programmaleiding maakte in het begin van het programma geen gebruik van de inblikmogelijkheid die Sharenet kon bieden in wat er in de betrokken zorgorganisaties gaande was. Kennisdelen blijft een moeilijk punt, het gaat niet vanzelf het moet georganiseerd en geëntameerd worden.

## Onderwijs/student niveau

De taak van de studenten is bij aanvang van het project als volgt geformuleerd:

Activiteiten in het kader van implementatie	Activiteiten in het kader van onderzoek
Ondersteunen van projectleider van verbeterteam (o.a. plan maken, SWOT analyse, vergaderingen mee voorbereiden, notuleren, afspraken uitvoeren)	Kwantitatieve data verzamelen (o.a. meten valincidenten mb v 'geeltjes', standaardvragenlijsten)
Ondersteunen van verbeterteam, coaching individuele verbeterteamleden	Kwalitatieve data verzamelen (mondelijke interviews, observaties van vergaderingen)
Dat wat nodig is om het project goed te laten verlopen	Dus: onderzoek binnen het RZvB project (naar vallen, naar projectleiderschap binnen verbeterteam, naar organisatieverandering (vooral iBMG) en naar werking van Practice Development (lectoraat))

Bron: startdocumentatie

Studenten doen mee aan dit project gedurende een stage van zes maanden. Zij zijn derdejaars verpleegkunde op Windesheim en volgen de Minor Ouderen en Samenleving of Organisatie en Beroep. In de tweede tranche zijn studenten logopedie toegelaten, in de derde tranche alleen studenten verpleegkunde. Studenten konden 4 dagen per week aan dit project besteden. Tijdens de eerste tranche haakten enkele studenten af, zij stopten met opleiding of project. Dit was vooral voor die organisaties een probleem waar maar een enkele student op was geplaatst. Vanwege deze te kwetsbare opzet zijn op iedere organisatie minimaal twee studenten geplaatst, en werd en vaardigheden en stabiliteit van studenten meer in acht genomen. Studenten werkten aan de opdrachten vanuit het project en aan het logboek. Daarnaast maakten zij beroepsproducten. Het kostte creativiteit om de beroepsproducten te laten passen in het project. Dit verliep bij de latere tranches beter, mede ook doordat de docentcoaches hieraan meer aandacht schonken. Wisseling van studenten naar volgende tranches is door de studenten zelf en verbeterteamleiders als cruciaal moment in het project ervaren. Het is lastig verder te werken aan interventies die zijn ingezet maar die je niet zelf heb bedacht, studenten hebben niet altijd goed aan elkaar overgedragen; de studenten hadden soms het gevoel dat zij de voorgaande groep studenten moesten evenaren. Studenten voelden zich vaak de trekkers van het project en bemerkten dat zij persoonlijk vaak de aandacht voor VP 'borgden'. Overigens was dit een perceptie die niet altijd door de verbeterteamleiders werd gedeeld, maar medewerkers gaven wel aan dat zij als de studenten binnen kwamen gingen nadenken over VP. Date studenten werkelijk als 'wigje' om het project tijdelijk te borgen dienden, kwam naar voren in de vakantieperiode waarin de projecten bijna niet voortgezet werden. In latere tranches is dit besproken en zijn de verbeterteamleiders zelf meer verantwoordelijkheid voor het project gaan dragen. De studenten zijn weinig 'hands on' in contact gekomen met het primaire zorgproces, daarom past dit project volgens hen het beste bij de minor Organisatie en Beroep.

Alle tranches van studenten zijn gedurende hun eerste projectweek ingewijd en getraind in de vaardigheden die zij nodig hadden om het project vorm te geven. Omdat er tijdens de derde tranche geen plenaire bijeenkomsten of PD trainingen meer op het programma stonden is er voor deze studenten een extra PD training georganiseerd.

In de vierde tranche die gericht is op verdere borging en implementatie in grotere delen van de organisatie zijn slechts vier studenten geplaatst. Deze studenten zijn minder intensief getraind en hebben nog bij 2 organisaties een geeltjesmeting gedaan en ondersteuning geboden bij de verspreiding.

#### *Data verzameling door studenten*

De twee iBMG onderzoekers hebben in overleg met lector en onderzoeker/docenten bij aanvang van het project een format voor het organisatielogboek op Sharenet opgesteld teneinde de door de studenten te verzamelen onderzoeksgegevens te operationaliseren. Elke tranche studenten is door de iBMG onderzoekers een dagdeel getraind in zowel kwantitatieve als kwalitatieve dataverzameling.

Het idee was dat de onderzoekers van iBMG op afstand de processen in de organisaties konden volgen door de dataverzameling op Sharenet. Dit verliep in de eerste twee tranches van studenten niet zo goed, pas bij de derde tranche studenten is er ook door de onderzoekers/docenten sterk op aangedrongen alle stukken op Sharenet te zetten en werd Sharenet een betere data verzameling. Data verzameling verliep in het begin stroef. Kwalitatief onderzoek, interviews en observaties werden door de studenten niet als onderzoeksdata gezien. In de latere tranches zijn door studenten echter zeer bruikbare observaties gedaan. Het onderzoek kreeg in het begin van het project bijna een te grote betekenis. Meerdere malen is duidelijk gemaakt dat het programma primair bedoeld was om valpreventie te verhogen en onderzoek daaraan alleen secundair kon zijn. Een specifiek probleem vormden het afnemen van de gestructureerde vragenlijsten bij cliënten. Zoals eerder in het ZvB onderzoek was voorgekomen waren cliënten soms niet in staat de vragen te beantwoorden. De aanname dat dit gemakkelijker zou gaan door de studenten, als zorgverleners opgeleid, de vragen te laten stellen bleek niet gegrond. Studenten hadden juist door hun zorgverleningsachtergrond, moeite de in hun ogen soms confronterende vragen (en herhalingsvragen) te stellen. Voor het toepassen van de geeltjesmeting waren studenten afhankelijk van de organisaties zelf. Soms werd er gesteld dat de MIC meldingen afdoende waren, soms was er volgens de verbeterteamleden geen geschikte plaats om de posters voor de geeltjes meting op te hangen.

## **Organisatie niveau**

Het project werd in de zorgorganisaties geïntroduceerd met een document met de titel: 'Valpreventie van A(aandacht) naar B(oring)'. Het idee was de verbeteringen te implementeren en duurzaam te borgen door de langdurige begeleiding door docentcoaches, studenten en lectoraat, door training van verbeterteamleiders zowel in VP, doorbraak methoden als in PD, en door het verzamelen van onderzoeksgegevens.

Deelname aan het project was gratis maar de verbeterteamleider moest in het eerste jaar 8 uur en in het tweede jaar is er 4 uur per week worden vrijgesteld. Daarnaast moesten leden van het verbeterteam tijd kunnen investeren. Het bleek niet overal mogelijk de verbeterteams volgens de eisen van het project samen te stellen, paramedici werden soms geen vaste teamleden, cliënten of hun vertegenwoordigers zijn niet in alle organisaties bij het verbeterteam betrokken en in enkele verbeterteams was er geen kwaliteitsfunctionaris bereid in het verbeterteam plaats te nemen.

Een aantal verbeterteamleiders is niet eerder projectleider geweest, voor hen vormde dit project een leerproces en een mogelijkheid hun carrière te verruimen. Een van de verbeterteamleiders gaf aan dat de status als projectleider legitimatie gaf om in de organisatie meer verbeteringen tot stand te brengen. Er was een geregeld contact tussen de verbeterteamleiders en de docentcoaches. De meeste verbeterteamleiders zijn bij de plenaire bijeenkomsten en trainingen geweest. Niet alle verbeterteams kwamen met alle leden naar de plenaire bijeenkomsten. De zichtbare afwezigheid van twee verbeterteams op de tweede plenaire bijeenkomst heeft wat stof doen opwaaien en de verantwoordelijkheid van de teamleiders voor het aanzien van hun project benadrukt.

In merendeel van de organisaties paste het project VP in de strategische plannen, maar in enkele organisaties wijzigden deze plannen en werd er nadruk gelegd op de ontwikkeling van een organisatiebreed veiligheidsprogramma (Isala) of werd er aan andere thema's meer prioriteit gehecht. Dit vergde tactisch manoeuvreerwerk van de verbeterteamleiders en heeft de projecten soms op achterstand gezet. Het contact met het management was in de projectopzet geregeld: managers werden geregeld bij plenaire bijeenkomsten uitgenodigd. In IJsselheem was de projectleider locatiemanager en dat maakte dat het project soepel facilitaire mogelijkheden tot verspreiding kreeg (vergelijkbaar met de ZvB plus trajecten). Op enkele momenten en in enkele organisaties moest wel extra benadrukt worden dat de verbeterteamleider de eindverantwoordelijke voor het welslagen van het project was, soms werd deze verantwoordelijkheid bij de studenten en Windesheim gelegd.

De twee organisaties die na het intakegesprek toch afhaakten waren: Zorggroep Coloriet Lelystad en Driezorg te Zwolle. De deelnemende organisaties zijn: IJsselheem te Zwolle, Zorg Groep Apeldoorn, Icare te Zwolle/Elburg, Zorgpalet te Hoogeveen, Zorg Combinatie Zwolle, Isala Klinieken te Zwolle.

## **Weergave van het verloop van het project per organisatie (bron logboeken)**

### **IJsselheem**

In deze organisatie is voor een afwijkende projectstructuur gekozen. Er is een centraal projectteam opgezet onder aanvoering van een project/verbeterteamleider die locatie manager is. Dit team coördineerde vier verbeterteams op 4 verschillende pilot afdelingen: revalidatie, verzorgingshuis, PG en somatiek. In de organisatie werkten 4, en eenmaal 5, studenten aan hetzelfde project, gekoppeld aan hun eigen afdeling.

Er waren verschillen merkbaar tussen de studenten en tussen de pilot afdelingen. Meerdere keren is gedurende de loop van het project door verschillende respondenten aangegeven dat er op de werkvloer minder van het project werd gemerkt dan op managerial niveau. Niet alle verbeterteamleden kwamen mee naar de plenaire bijeenkomsten, waardoor het project niet altijd tot op de werkvloer doordrong. Desondanks zijn zeker resultaten behaald. In de eerste tranche is er veel aandacht besteed aan bekendmaking en bewustwording, aan de eerste geeltjes metingen en aan het bespreken van het project volgens de Practice Development methode. Ook is er met de PDSA methode gewerkt. Er zijn door de studenten geregeld op alle pilotafdelingen observaties gedaan. Hieruit kwamen ideeën naar voren voor interventies. In de tweede tranche heeft de nadruk gelegen op het volhouden van metingen en observaties, het mogelijk maken van de interventies en het bewustmaken en betrekken van de rest van de organisatie en het management bij het project door de organisatie van een grote informatiemarkt waarbij de bevindingen van het project en de werkwijze maar ook vallen als een multi-causaal probleem werden getoond. In de derde tranche is volop ingezet op het borgen van de verbeteringen maar ook op het werken aan een verdere implementatie van de werkwijze in de rest van de organisatie. Hiertoe is een helder en werkbaar implementatieplan geschreven door de studenten waar alle onderdelen van ZvB regionaal in zijn opgenomen. Er wordt regelmatig een foto-observatie georganiseerd op de afdelingen om valrisico's in beeld te brengen. Daarnaast is er gewerkt aan het samenstellen van een 'box' waarin alle materialen (zoals handleiding gebruik geeltjesmeting, geïmplementeerde formulieren, toepassen practice development, werkwijze optiscan, lesmateriaal over valpreventie, foldermateriaal verzameld zijn om een valpreventieproject op de afdeling op te zetten. Deze boxen worden naar de volgende afdelingen verspreid opdat zij zelf aan de gang kunnen gaan met een verbetertraject VP. De projectleider heeft zo ook de projectmatige aanpak geborgd en is van plan deze manier van werken toe te passen op andere verbeterthema's die prioriteit krijgen (bijvoorbeeld mondzorg).

### **Zorg Groep Apeldoorn**

In deze organisatie bestond al een valpreventiecommissie en is door het management deelname aan dit project voorgesteld met de opdracht van 50 % reductie van valincidenten. Vervolgens is er weinig belangstelling voor het project getoond vanuit het management. Het verbeterteam bestond uit een kwaliteitsfunctionaris, een EVV'er, de student en de verbeterteamleider. Het lijkt erop of er in de eerste twee tranches door studenten en verbeterteam is gezocht naar een invulling van het project, er werd maandelijks vergaderd maar er werden weinig besluiten genomen. Tijdens de loop van het project kreeg in de organisatie de beperking van vrijheidsbeperkende middelen (VBM) meer aandacht, hierdoor werd natuurlijk wel de kans op valincidenten groter, uiteindelijk is het project een koppeling tussen VP en beperking van VBM geworden. Daarnaast is aandacht besteed aan mogelijke interventies, inventarisatie van medicatie, loophulpmiddelen en valpreventieve middelen.

Er is driemaal een geeltjesmeting gedaan. De eerste metingen zijn gedaan zonder veel uitleg, bij de derde geeltjesmeting zijn de verzorgenden van de betreffende

afdeling vooraf geïnstrueerd. De geeltjes metingen zijn vergeleken met de MIC meldingen en het bleek dat er te weinig MIC meldingen werden ingevuld en dat de manier waarop zij werden ingevuld niet veel inzicht gaf. Er is toen aandacht besteed aan het beter instrueren van verzorgenden en het terugkoppelen van de analyses uit de MIC meldingen.

Studenten hebben observaties gedaan waaruit bleek dat de gangen rommelig waren door de opslag van rolstoelen en tilliften. Noodzakelijke reparatiewerkzaamheden verhogen valrisico en dan is extra waakzaamheid nodig.

Er is een nieuwsbrief en een geplastificeerd zakkaartje gemaakt met de risico's op vallen en de handelingen na een val. Een lijst met mogelijke interventies is opgesteld uitgesplitst naar cliënt, V&V en paramedici. Het project wordt geborgd door aandacht te besteden aan VP in het MDO en door de checklist die ingevuld wordt bij nieuwe opnames. Ten behoeve van de verspreiding is er een kleine presentatie gegeven in de organisatie, en wordt een doos met producten (informatie over medicatie, memo valpreventie, nieuwsbrief, lijst van aanbevelingen) aangeboden aan het management en aan de commissie valpreventie.

De verbeterteamleider is ervan overtuigd dat het de kleine dingen zijn die het doen in een project als dit en bemerkte dat de aanwezigheid van studenten het project door liet gaan, studenten houden niet alleen de aandacht vast maar 'organiseren ook de frisse blik'.

### **Thuiszorg organisatie ICARE**

Bij aanvang van het project staat VP in Icare, naar eigen zeggen, nog in de kinderschoenen. Maar het heeft een hoge urgentie. Er is begonnen met een startpresentatie waarin het project wordt geïntroduceerd en waarin de studente een PD oefening toepast waarop medewerkers aangeven welke valrisico's zij zien en wat zij er bewust en onbewust al aan doen om vallen te voorkomen. De tweede tranche studenten heeft een onderzoeksplan opgesteld waarmee de geeltjesmeting werd geïntroduceerd. De testkoffer van Cliënt en Veiligheid is aangevraagd en een aantal cliënten is getest op visus, beweging en reactiesnelheid. De verbeterteamleider stelde in samenwerking met het enthousiaste en betrokken verbeterteam een verbeterplan op. Er zijn geeltjesmetingen uitgevoerd en geanalyseerd, naast de analyse van MIC meldingen. De cliëntenraad is op de hoogte gesteld, er zijn stukjes geschreven over het project in de rayonnieuwsbrief, en er zijn eigen nieuwsbrieven opgesteld door de studenten uit verschillende tranches om de wijdverspreid werkende wijkverpleegkundigen op de hoogte te houden. De mogelijke interventies zijn in kaart gebracht. Studenten hebben een observatie uitgewerkt en als een verhaal verteld op de laatste afsluitende bijeenkomst om duidelijk te maken hoe lastig is om aan VP te doen bij de cliënten thuis. Er is een medewerkers enquête gedaan naar wel of niet invullen van de MIC formulieren. Hierop zijn passende interventies ingezet. Ook hier is een zakkaartje gemaakt, valrisico wordt opgenomen in de anamnese en de zorgmap. Men gaat deelnemen aan een pilot bewegen voor ouderen, in samenwerking met de gemeente. Er is een folder lopen met de rollator (er zijn hierover ook twee voorlichtingsbijeenkomsten voor cliënten georganiseerd), en een brochure veilig huisbezoek. Als blijkt dat de woonomgeving van de cliënt niet veilig is kan er een gespecialiseerde wijkverpleegkundige met een checklist langs gaan om de gevaren te inventariseren en verbeteringen te adviseren. Dan zijn er nog klinische lessen georganiseerd over specifieke valrisico's bij ziektebeelden als MS en de ziekte van Huntington.

### **Zorgpalet**

In organisatie Zorgpalet was op grond van de normen verantwoorde zorg al een start gemaakt met een aantal commissies de organisatiebreed de zorg zouden verbeteren. De verbeterteamleider, als projectleider begonnen, wilde het programma Blijf Staan implementeren. Op dat moment kwam het aanbod mee te gaan doen met

het VP project van Windesheim als geroepen. De verbeterteamleider, een ergotherapeut, had een duidelijke koers, het verbeterteam is compleet, met een kwaliteitsmedewerker, cliënt, bewegingsagoog, en 2 verzorgenden. Zij kwamen om de 6 weken bijeen en begonnen elke vergadering met een CCI oefening. De verbeterteamleider is van mening dat PD zeker in het begin van het project structuur gaf. Ondanks de opdracht en ondersteuning, is het management niet bij het project betrokken en niet aanwezig op de vergaderingen noch op de plenaire bijeenkomsten. De verbeterteamleden gaan wel naar de plenaire bijeenkomsten. Het doel van het project is vallen met 30 % te reduceren op twee pilot afdelingen en liefst in de gehele organisatie. Ook moet valrisico in het patiëntendossier worden opgenomen bij opname en in het MDO, een valprotocol moet worden opgesteld en de aandachtsvelders moeten worden geschoold. Het verbeterteam werkt systematisch, op grond van een analyse van de MIC metingen van het voorgaande jaar, geeltjes metingen en valincidenten wordt een implementatieplan en een communicatieplan opgesteld. Regelmatig worden er informatieve nieuwsbrieven uitgebracht. Uiteindelijk is het resultaat van het project: een goed lopende '2 zien meer dan 1' campagne waar bewoners, familie en medewerkers worden opgeroepen onveilige situaties te melden, er is een quiz over valpreventie gedaan onder de medewerkers op de pilot afdelingen, er zijn geeltjes metingen en screening van de omgevingsrisico's gedaan, er is een lijst opgesteld met alle mogelijke risico's. Studenten deden metingen, interviews en observaties van waaruit interventiemogelijkheden naar voren kwamen. Er is een enquête opgezet over het functioneren van de aandachtsvelders, die ingangen gaf voor verbeteringen. Er is een persoonlijk risicoformulier toegevoegd aan het cliëntdossier en dit wordt na vallen besproken op het MDO, er zijn protocollen opgesteld voor VP, gebruik safe-hips, en directe actie na een valincident. Er is een 'Kijk-Doe- en Ervaar' markt gehouden. Gezocht werd naar een bewezen effectief bewegingsprogramma. Paramedici hebben nu een nieuw bewegingsprogramma gevolgd waarbij zij cliënten beter leren vallen, er is aandacht voor tai chi en er is contact gelegd om een 'bewegen met rollator' cursus op te zetten.

De valincidenten op pilot afdelingen zijn gedaald. De VP commissie heeft vanuit het management toestemming te blijven bestaan om de aandachtsveldersfunctie voor wat betreft VP te verbeteren en aan te sturen, er zal nog een beleidsnota en een presentatie naar het management worden gehouden. De verspreiding van de resultaten over de gehele organisatie zijn nog niet verder uitgewerkt.

Een laatste interessante waarneming: in dit project is opgemerkt dat er in de screening van VP risico's verschillende taboes naar voren komen: valincidenten gebeuren ook door overmatige alcohol consumptie, door urine incontinentie of doordat ouderen elkaar laten struikelen of duwen. Deze oorzaken zijn niet in de screeningslijsten opgenomen.

### **Zorg Combinatie Zwolle**

Deze organisatie had te kampen met weinig motivatie, veel ideeën werden afgehouden omdat er geen tijd voor was, verbeterteamleden de voorgestelde acties en interventies niet bewezen achtte en ervan overtuigd waren dat er weinig gevallen werd en dat er voldoende maatregelen op gebied van VP getroffen waren.

Er waren binnen het verbeterteam geen hoge verwachtingen van het project, in het verbeterteam en op pilot afdelingen leek eerder sprake van weerstand.

Het verbeterteam werd geleid door een stafmedewerker die zich bezig houdt met kwaliteit van zorg en werkt op een kantoor in Zwolle dat ver weg is van de zorglocaties. Het is een groot verbeterteam opgezet waarin ook het management is vertegenwoordigd: een divisie manager, teammanager, een afgevaardigde van de cliëntenraad, een evv'er, en een fysiotherapeut. Overwogen is een ergotherapeut en een arts aan het team toe te voegen, dit is uiteindelijk niet gelukt. Alleen de

verbeterteamleider kwam naar de plenaire bijeenkomsten en trainingen.

Uit de eerste structuurmeting kwam naar voren dat er op de twee pilotafdelingen geen VP protocol is, er zijn geen aandachtsvelders VP, er wordt geen valevaluatie gedaan na een valincident, er is geen regelmatige scholing in VP en in het gebruik van transfermiddelen, er zijn geen letselpreventieve middelen aanwezig op de afdeling, valincidenten worden niet besproken op het MDO.

In de vergaderingen heerst, zo blijkt uit de notulen, een terughoudende manier van doen, zo vindt men het onnodig geeltjesmetingen te doen omdat er al MIC meldingen gedaan worden, en wil men de geeltjes meting alleen doen "als ZCZ er wat aan heeft". Er is geen aandacht besteed aan verschillen tussen geeltjesmeting en MIC meldingen en de bewustwordingsfactor van de geeltjes metingen is niet benoemd. Het verbeterplan, communicatie plan of andere documenten over het project zijn niet op Sharenet gevonden. Studenten presenteerden in de tweede plenaire vergadering het project, er was niemand anders uit de organisatie aanwezig. Deze studenten gaven aan dat zij niet op de huiskamers van de pilot afdelingen werden toegelaten. Op grond van de door studenten ingezette analyse van MIC meldingen en geeltjesmetingen kan geconcludeerd worden dat er op de afdelingen meer wordt gevallen dan in de andere deelnemende organisaties: op een afdeling zijn er in 3 weken tijd 17 valincidenten. Het verbeterteam legt dit resultaat naast zich neer omdat 'het waarschijnlijk steeds dezelfde mensen zijn die vallen'. Uit de analyse blijkt dat niet, wel wordt een gebrek aan toezicht en onveilig gebruik van tilmateriaal als oorzaak opgegeven.

In het verbeterteam worden vervolgens interventies bedacht die niet met de incidenten te maken lijken te hebben. Zo wordt er gevraagd om dekbedden omdat de bewoners te licht zouden slapen, uit de analyse van valincidenten komt echter niet naar voren dat bewoners s' nachts vallen. Het licht in de wc's zou aangelaaten moeten worden, maar die interventie doet in het verbeterteam al zoveel stof opwaaien dat er afgesproken wordt eerst te zoeken naar 'de wetenschappelijke onderbouwing' van deze interventie.

Tijdens het bezoek aan deze afdeling wordt een verbeterteamvergadering met de nieuwe studenten uit de derde tranche bijgewoond door de onderzoeker en docentcoach. Geconcludeerd wordt dat het project niet goed loopt, maar er zijn inmiddels wel processen (opname protocol en MDO bespreking) beschreven. Voorgesteld wordt een organisatiebrede analyse te doen van MIC meldingen en vervolgens producten en werkwijzen naar afdelingen en locaties met hoog valrisico te verspreiden. Hiertoe moet er wel vooraf met het management overlegd worden. Dit blijkt een goede ingreep, een verspreidingsplan voor 6 PG afdelingen wordt opgesteld, er worden geeltjesmetingen gedaan, de studenten observeren langdurig de MDO besprekingen en reflecteren daarop, er is een interventie spel gemaakt en een nieuwsbrief geschreven met informatie over het voorkomen en het risico van vallen. De nieuwe afdelingen reageren enthousiast: er is meer bewustwording, de geeltjesmeting vindt men nuttig, het MDO verloopt volgens de nieuwe werkwijze, en er zijn onderbouwde interventies voorgesteld: meer toezicht door vrijwilligers tijdens eettijd, weghalen losse obstakels op gangen, in de terugkoppeling van de MIC rapportage meer opnemen over vallen. Ook willen zij observaties door mensen van andere afdelingen laten doen en aandachtsvelders aanstellen. Een kernteam met enthousiaste medewerkers gaat verder met VP, de uitkomsten van het project worden door de verbeterteamleider aan het management gerapporteerd.

### **Isala Klinieken**

Het ziekenhuis was een wat vreemde eend in de bijt van langdurige zorg maar het project heeft plaatsgevonden op een afdeling interne/geriatrie en op interne/nefrologie waar veel ouderen opgenomen worden. Deze organisatie heeft niet meegewerkt aan een casestudy.

Leden van het verbeterteam zijn een geriater/internist (tevens expert valpreventie in



dit project), drie verpleegkundigen plus, manager zorg, kwaliteitsfunctionaris, zo nodig werd een afvaardiging van de cliëntenraad geraadpleegd. De manager en internist konden niet bij alle verbeterteamvergaderingen aanwezig zijn, vanuit het bestuur is toestemming gegeven tijd in dit project te investeren. De verbeterteamleider is pas laat gevraagd dit project te leiden, waardoor zij onvoorbereid was op de eerste plenaire vergadering, er heeft geen intake gesprek plaats gevonden waardoor het project in deze organisatie als onduidelijk werd ervaren. Studenten uit de eerste tranche hebben een systematische review van wetenschappelijke literatuur over valpreventie gemaakt. In deze eerste periode werd een verbeterplan opgesteld waarin opgenomen: alle registraties nodig voor het iBMG onderzoek, een goed geïntroduceerde geeltjes meting op beide pilot afdelingen, en een SWOT-analyse en meerdere (later ook meer gesystematiseerde) observaties door studenten (ook hier gladde vloeren, drempels, rommel op de gang en de vloeren), opstellen van een vragenlijst kennisniveau VP voor de medewerkers. Op grond van de eerste analyses zijn interventies voorgesteld: een thema avond ter scholing in VP, kopje valrisico (met screening door verpleegkundigen tijdens de anamnese) toevoegen in verpleegplan, zakkaartjes voor de verpleegkundigen maken om valrisico beter te herkennen en een opsomming van mogelijke interventies, opstellen van een folder over VP voor patiënt, mantelzorgers en verpleegkundigen. . Of het idee om spiegelgesprekken met verpleegkundigen te voeren over VP en ex-patiënten te bevragen gerealiseerd is, wordt niet duidelijk uit het logboek. Wel duidelijk is dat er zijn drie geeltjesmetingen gedaan op de twee pilotafdelingen en deze metingen zijn geanalyseerd, er zijn observaties gedaan. De uitkomsten van de observaties en geeltjesmeting zijn echter niet met elkaar vergeleken en hebben niet geleid tot gerichte interventies. Studenten en verpleegkundigen vinden het lastig om de waarde van de metingen goed in te schatten, wel wordt gezien dat er bij de latere geeltjes meting meer meldingen worden gedaan omdat er misschien meer bewustzijn is bij de verpleegkundigen. Er is een helder VP protocol opgesteld met daaraan gekoppeld informatie over vallen en valincidenten. Het protocol is voor Isala breed gebruik op intranet geplaatst. Valrisico is opgenomen in de anamnese en het verpleegplan. De verbeterteamleider gaat er vanuit dat deze interventie door het dagelijks gebruik zal borgen. Voor de verspreiding van het VP project over het gehele ziekenhuis wordt aansluiting gezocht bij het in te voeren VMS programma.

## 2.2 Conclusies

### Effectiviteit op organisatie niveau

Per organisaties is hiervoor gedetailleerd beschreven welke processen er plaats hebben gevonden gedurende de loop van het project. Deelname aan een verbeterproject geeft input voor verbetering, maar wat er gedaan wordt in de organisaties is klaarblijkelijk ook afhankelijk van de input die door de kennisorganisaties in het traject wordt overgebracht. Door organisaties bijeen te brengen leren zij van elkaars processen en ideeën, en nemen zij deze (v.b. zakkaartje) soms over.

Het risico van de projectopzet is dat de verantwoordelijkheid voor het welslagen van het project bij de studenten wordt gelegd, daarom is veel nadruk gelegd op het projecteigenaarschap van de verbeterteamleiders. Dit was merkbaar aan het verloop, of liever gezegd, de stilstand, van het traject tijdens vakanties en de overdracht tussen de verschillende tranche studenten. De zorgorganisatie heeft geen verantwoordelijkheid opgenomen voor het vastleggen van de producten en de processen op Sharenet. Sharenet is niet gezien als een verzamel- of vindplaats.

Doordat het project twee jaar heeft geduurd, en dit door enkele organisaties als lang werd ervaren, is er wel twee jaar lang de aandacht gevestigd op VP. Het zou kunnen zijn dat hierdoor nieuwe werkwijzen zijn ingesleten en de kans hebben langer te blijven bestaan (borging). Merendeel van de plenaire bijeenkomsten zijn in het eerste deel van het traject gepland, waardoor nog voor er interventies waren bedacht al aan borging (waarvan?) gewerkt moest worden. Het is te overwegen een of twee extra plenaire bijeenkomsten te plannen, echter nu hebben de organisaties dat zelf georganiseerd waardoor zij ook hun eigen netwerk bijeenkomsten hebben kunnen vormgeven.

Analyse van de geeltjesmetingen laat zien dat er een afname in valincidentie is gerealiseerd in de deelnemende pilotafdelingen. Vanuit de informatie verzameld over de aanwezige structuurindicatoren op de pilotafdelingen is op te maken dat met name is ingezet op valevaluatie van cliënten. Zover deze nog niet werd uitgevoerd, is deze door het project wel op de agenda gezet. De meeste pilotafdelingen voeren nu periodiek en na elke val een risico-inventarisatie uit om te achterhalen of en welke risico's een cliënt loopt om te vallen. Op deze wijze kunnen beter en eerder preventieve en letselpreventieve maatregelen worden genomen. Of deze maatregelen ook daadwerkelijk zijn toegenomen is (nog) niet vast te stellen. Naast deze specifieke resultaten op het kwaliteitsprobleem van valpreventie zien we ook veranderingen in meer generieke uitkomsten zoals de kwaliteit van leven van cliënten. Hoewel ook deze niet direct toe te schrijven zijn aan de interventies laten de resultaten wel verbetering zien op een aantal aspecten van kwaliteit van leven van deze cliënten. Zoals ook uit de uitgebreide observaties en interviews van de studenten blijkt, hebben cliënten wellicht toch iets van het programma gemerkt. Wellicht dat cliënten hebben gemerkt dat er meer aandacht was voor hun welzijn, doordat er nu een risico-evaluatie werd uitgevoerd, hun omgeving op veiligheid werd bekeken en andere preventieve maatregelen werden genomen.

De kwalitatieve onderzoeksdata geven een beeld van de processen in de organisaties, van de aandacht voor het onderwerp en van de ingezette verbeteringen. Er is regelmatig gemeten en geobserveerd waardoor er meer aandacht voor VP ontstond. Als producten of interventies zijn naar voren gekomen:

Valrisico op afdeling inventariseren:  
regelmatige geeltjesmeting, observaties door mensen van andere afdelingen laten doen, regelmatig terugkerende foto-observaties,

campagne 2 zien meer dan 1, aandacht voor beter invullen van de MIC formulieren en betere terugkoppeling, spiegelgesprekken met verpleegkundigen.

VP protocol

aandacht voor VP in het MDO checklist valrisico bij opname, risicoformulier toegevoegd aan het cliëntdossier, lijst met mogelijke interventies

Kennis verhoging:

zakkaartje, scholing aandachtsvelders, quiz kennisniveau VP, klinische lessen over VP bij specifieke ziektebeelden, handleiding directe actie na een valincident, folders, lijst risicovolle medicatie

Op cliënt niveau:

meer en beter bewegen cursussen voor ouderen, rollator check, voorlichtingsmarkt, spel, folders, check auditieve en visuele beperkingen en schoeisel, screening van de omgevingsrisico's in en om de woning van zelfstandig wonende cliënten aangevuld met advies.

Hulpmiddelen: gebruik safe hips, alarmmat

Innovatie methoden:

handleiding claims-concern-issue oefening,

Wat ook uit de kwalitatieve onderzoeksdata naar voren komt is dat de organisaties moeite hebben zelf een verbeterproject vorm te geven en dat zij zelf niet vaak op zoek gaan naar informatie over specifieke verbeterthema's. Een project als dit is belangrijk om hen te doen verbeteren en aan het denken te zetten over deze thema's. Zij hebben nu ervaring opgedaan met verbetermethodieken en de mogelijkheid bestaat dat zij dit, wanneer zij vanuit hun positie de ruimte krijgen, in kunnen zetten om te gaan verbeteren op andere thema's. Hier zal echter het management een initiërende rol moeten oppakken. Daarbij moet in acht worden genomen dat deelname aan een regionaal of landelijk project, het werken aan verbetering faciliteert door de geboden begeleiding, de structuur en de tijd die geïnvesteerd mag worden, maar dat deelname aan het project het verbeteren ook legitimeert en de voortgang van het project controleert. Zonder deze structuren en controle lopen verbeteringen in zorgorganisaties eerder de kans te verzanden en dood te bloeden.

### **Effectiviteit op programma niveau**

Een format zoals ZvB Regionaal optimaliseert de aandacht voor specifieke problematiek, het activeert het zoeken naar gerichte interventies en het zorgt voor borging binnen de organisatie. In het merendeel van de deelnemende organisaties is de opgedane kennis en ervaring gedeeltelijk toegevoegd aan de dagelijkse werkpraktijk door de opname in zorgdossier, protocollen en MDO bespreking. Het management is in de meeste organisaties op de hoogte gesteld van de inhoud en het verloop van het project, in 5 van de organisaties wordt er beleid uitgezet om de verbeteringen breed in de organisaties te gaan inzetten.

Van tevoren was de aanname dat ZvB Regionaal nuttig is omdat het kennis en eerder in ZvB opgedane ervaringen verzamelt en verspreidt in meerdere zorgorganisaties, in de regionale structuren, maar ook, en dat is misschien wel het

belangrijkste, in de opleiding onder docenten en nieuw op te leiden beroepsbeoefenaren.

Tijdens de uitvoering van het project ligt de verantwoordelijkheid voor de projectorganisatie bij de hogeschool, maar de verantwoordelijkheid voor de inhoud van het project op gebied van kennisoverdracht over het specifieke thema valpreventie was niet altijd duidelijk. Er is inhoudelijke en procesmatige informatie overgedragen door Vilans, maar hier lijkt toch ook kennis en ervaring weg te lekken doordat de docenten van de hogeschool niet zijn ingevoerd in het inhoudelijke thema en ook de eerdere ZvB trajecten niet zelf hebben ervaren. De regionale experts hebben naar de mening van de deelnemers niet veel toegevoegd. Er waren natuurlijk door de voorgaande projecten veel wetenschappelijke en expertkennis, interventies, best practices en specifieke aanpakken beschikbaar, maar deze werden niet gebruikt. Opdrachten aan studenten om kennis te verzamelen werden soms wel opgepakt, de verbeterteamleiders zelf bleken erg weinig naar inhoudelijke informatie te zoeken.

Het niet overdragen van deze kennis in het project was ook gestoeld op de aanname die de basis is voor PD: niet gebrek aan kennis is het probleem, maar het ligt aan de cultuur en het empowerment van de medewerkers. Hierdoor heeft de projectleiding vastgehouden aan het idee dat kennis pas toegevoegd moest worden als deelnemers er zelf om vroegen. Nadat deze kennis uiteindelijk wel werd toegevoegd kreeg het project meer inhoud en kreeg het proces vaart. Toch blijft het van belang in de organisaties zelf analyses te maken en naar eigen oplossingen te zoeken, maar bestaande kennis en ervaring kan daarbij van dienst zijn zonder dat het klakkeloos gekopieerd wordt.

Het project is bedoeld als een experiment om te weten te komen hoe kennis te verspreiden en te behouden is tussen branche organisaties, onderwijs en zorg. Onderwijs en zorg blijken sterk verschillende werelden, het is belangrijk naar mogelijkheden te zoeken deze werelden meer met elkaar in contact te brengen om tot kennisopbouw, overdracht en behoud te komen. In dit project is duidelijk geworden hoe lastig maar ook hoe belangrijk het is kennis over te dragen, en welke verschillende ideeën er zijn over wat kennis eigenlijk is en ook hoe verschillende denkwijzen en ideologieën (zoals PD, PGO) over het verspreiden van kennis meespelen.

Studenten zijn in vier tranches ingezet, elke groep studenten is tijdens de eerste week ingewijd en getraind in de nodige vaardigheden. De overdracht tussen studenten van elkaar opvolgende tranches is niet altijd goed verlopen. Vaak was er weinig op Sharenet gezet door voorgaande studenten, of werd Sharenet niet geraadpleegd. De studenten hadden er soms moeite mee de niet door henzelf bedachte interventies verder uit te werken. Ook hier speelt het 'not invented here' fenomeen mee. Doordat veel trainingen voor de verbeterteams in het begin van het project zijn krijgen de eerste groepen studenten daar ook mee van mee dan de laatste groepen. Studenten hebben terugkomdagen op school en krijgen begeleiding van de docentcoaches bij het vormgeven aan het project en soms ook bij het maken van de beroepsproducten. De beroepsproducten waren niet sterk inhoudelijk gekoppeld zijn aan dit project dat leverde soms onduidelijkheid en frustratie op.

Bevorderende en belemmerende factoren bij de invoering en borging van het project ZvB regionaal zijn lastig te beschrijven. Soms werkt een belemmering ook bevorderend. Zo lijkt het heel prettig dat de organisaties niet ver hoefden te reizen voor de plenaire bijeenkomsten, maar werden de landelijke bijeenkomsten vaker door meer verbeterteamleden bezocht. Het gratis aanbieden van het project is een voordeel en tegelijkertijd een nadeel, de te spenderen tijd is noodzakelijk maar kan bezwaarlijk zijn voor de organisaties om deel te nemen. De ingewikkelde

projectstructuur kan afstoten maar de inzet en ondersteuning door studenten en docenten heeft juist aantrekkingskracht.

Een regionaal project heeft als nadeel dat het project een wat lagere status heeft dan een landelijk project. Goede lunches en goede locaties voor de bijeenkomsten zijn onontbeerlijk, evenals een goed geoliede structuur en stevige inhoud van de plenaire bijeenkomsten. Deze moeten ruim van te voren qua datum en inhoud bekend gemaakt worden.

De temporeel afwijkende structuren tussen zorg en onderwijs hebben de werving in de weg gezeten. De staande organisatie in zowel de hogeschool als in de betrokken organisaties is van essentieel belang voor het verloop en de resultaten van de projecten.

Competenties van programmaleiding, docentcoaches, studenten en verbeterteamleiders zijn natuurlijk van belang evenals de expertkennis en toegankelijkheid van de experts. Cliëntkenmerken lijken er niet zoveel toe te doen.

Practice Development is een leidende vorm geweest voor dit project en is overgenomen en toegepast in enkele organisaties. PD heeft de methodiek PDSA in aandacht wat weggedrukt, en was soms verwarrend omdat voor de geeltjes meting werd aangezien. In hoeverre PD nu meer of minder tot borging van de verbeteringen leidt is op grond van dit onderzoek niet te zeggen.

### **Effectiviteit op regionaal niveau**

Regionale netwerkvorming is in gang gezet, maar het was wel nodig dit vanuit de projectleiding en de kerngroep te faciliteren. De verbinding met het bestaande regionale netwerk blijkt hier van belang: het voorzitterschap van het regionale netwerk VP wordt vervuld door de secretaris van het al bestaande netwerk. Vraag is hoelang specifieke thema valpreventie bindend genoeg is om groep bijeen te houden. Gedurende het project is van elkaar geleerd en werden er duidelijk interventies gekopieerd (het zakkaartje), maar er werd onderling niet veel contact gezocht om kennis en ervaring te delen. Het regionale netwerk bleek van belang toen het project in een van de organisaties dreigde te mislukken. Hier speelt zichtbaarheid van de organisaties en reputatiemanagement wel een belangrijke en misschien innovatie bevorderende rol.

De docentcoaches hebben als schakel tussen opleiding en zorgorganisaties gefungeerd, de band tussen deze organisaties en de Hogeschool Windesheim is versterkt, waarop in komende projecten misschien kan worden voortgegaan. Verantwoordelijkheden tussen de organisaties en tussen Windesheim en de organisaties zijn niet verder vastgelegd of uitgesproken.

### **Effectiviteit van het evaluatie onderzoek**

De geeltjesmeting was ook in dit project weer een succes, hoewel er door enkele organisaties vooraf vragen gesteld werden over de validiteit van het meetinstrument, werd in alle bijna organisaties opgemerkt dat het nuttig is om de aandacht te richten en inzicht te verkrijgen in de hoeveelheid en oorzaak van de valincidenten per afdeling.

Gebleken dat de geeltjes meting ingeleid en uitgelegd moet worden. Ook hier blijkt weer dat 'uitrollen' meer inspanning vergt dan vaak gedacht wordt.

De aanwezigheid van studenten lijkt wel de geeltjesmetingen en het afnemen van vragenlijsten door middel van interviews met cliënten te faciliteren, maar niet het op

vragenlijsten gebaseerde onderzoek onder professionals. De HBO studenten hebben de geeltjes metingen uitgelegd, begeleid en geanalyseerd voor de organisaties waarbij zij betrokken waren. Het is niet gelukt de HBO studenten ook bij de overkoepelende dataverzameling en analyse te betrekken.

Het kwalitatief onderzoek (vooral observaties en in mindere mate interviews) is door de studenten goed uitgewerkt en gebleken is dat vooral de observaties net als de uitkomsten van de geeltjesmetingen bijdragen aan interventies die in de zorgorganisaties worden ingezet. Dus ook het kwalitatieve 'meten' draagt bij aan de kwaliteit van het verbeterproject.

Kwalitatieve onderzoeken (gebaseerd op logboek, interviews en observaties) geven een wisselend beeld van de deelnemende organisaties. Er zijn organisaties waar veel tijd en energie aan het project is gegeven en waar daadwerkelijk resultaten behaald zijn in die zin dat werkmethoden veranderd zijn. Er zijn ook organisaties waar het project niet zoveel lijkt te hebben opgeleverd. Tijdens de projecten hield de aanwezigheid van de studenten de aandacht vast maar de vraag is natuurlijk nog steeds wat er gaat gebeuren als de studenten en het project er niet meer zijn. Het project heeft wel een jaar langer geduurd dan de initiële ZvB trajecten. Dit werd door sommige organisaties als te lang bevonden, maar het merendeel van de organisaties ziet juist door deze langdurigheid ook een extra lange aandachtspanne en daarmee inslijten van nieuwe gewoonten en daardoor borging van de verbeteringen ontstaan.

Daarbij is weer gebleken dat het meten van incidenten belangrijk is. Dit kan gebeuren door MIC meldingen te verbeteren en beter te analyseren, door de geeltjesmeting te gebruiken maar ook door observaties en interviews als kwalitatieve onderzoeksmethoden in de organisaties in te zetten. In dit project zijn de veldobservaties van de studenten als relatieve buitenstaanders in een aantal organisaties nuttig geweest.

Een laatste inzicht geldt het doen van onderzoek naar dit soort verbetertrajecten. Het onderzoek doen via vragenlijsten voor professionals lijkt meer weerstand te gaan oproepen en niet voldoende aan te sluiten bij de belevingen op de werkvloer. Betrokkenheid van onderzoekers bij het proces heeft hier in dit project geleid tot actie onderzoek waarbij de onderzoekers ook fungeerden als kennisoverdragers vanwege de betrokkenheid bij het eerdere ZvB onderzoek. Studenten in de rol van onderzoekers, als de ogen en oren van het project, heeft veel 'inside' informatie opgeleverd over hoe verbeterprocessen nu daadwerkelijk plaatsvinden. Deze inzet van studenten zou zeker navolging kunnen krijgen. Hier bij is ook ICT van belang gebleken, Sharenet is nu een verzamelplaats van de ervaringen

## Vergelijking met eerdere ZvB trajecten

In ZvB Regionaal hebben zorgorganisaties extra aandacht besteed aan het thema valpreventie door de projectmatige, regionale en langdurige door studenten ondersteunde opzet. Een meerwaarde wordt behaald door de samenwerking tussen de hogeschool en het veld (vertaalslag onderwijs en zorg), en misschien tussen de regionale organisaties onderling (regionale netwerkvorming). Op basis van slechts 9 pilotafdelingen en zonder volledige procesindicatoren op cliëntniveau is het moeilijk vast te stellen of de gerealiseerde daling in valincidentie toe te schrijven is aan de interventies. Wel blijkt dat deze pilotafdelingen wat betreft het verminderen van valincidentie minstens zo effectief zijn geweest als in eerdere ZvB trajecten. Of dit ook geldt voor de mate waarin men preventieve maatregelen of risico-inventarisatie heeft uitgevoerd en of deze resultaten op de langere termijn worden vastgehouden is nu niet vast te stellen.

Uit evaluatie van voorgaande ZvB trajecten werd duidelijk dat de doorbraakmethode met de PDSA-cyclus goed werkt. Ook concludeerden wij dat de meest productieve interacties ontstonden als verbetermethode en zorginhoud dicht bij elkaar bleven. Om de 'verbetermethode' goed te laten werken, is het noodzakelijk dat programmamedewerkers zowel goed geïnformeerd zijn over de inhoud van het verbeterthema als over verbeterprocessen (doorbraak methodiek, aandacht richten, het belang van meten en registreren, borgen en weer verspreiden van verbeteringen, empowerment van de werkvloer, betrokkenheid van het management). De doorbraakmethode in combinatie met inhoudelijke kennisoverdracht en inzicht in goede praktijken gaf de verbeterteams in de initiële ZvB trajecten de mogelijkheid het verbeterproces op de eigen situatie toe te passen (Strating e.a., 2008, p.46). In ZvB regionaal zijn er docent/onderzoekers, regionale experts en docentcoaches aangesteld die geen eerdere ervaring hadden met de specifieke ZvB methodiek en uitgangspunten. Lastig was de expertkennis die door Vilans bijeen was gebracht in de initiële verbeter trajecten over te dragen naar het regionale project.

Er is in ZvB regionaal sterk ingezet op borging, maar door dat al in het begin van het project te doen was er steeds de vraag: borging van wat eigenlijk? Net als voor onderzoek is er eerst een interventie noodzakelijk voor er geborgd of geëvalueerd kan worden.

De inzet van studenten heeft aan de ene kant de aandacht voor het project bevordert aan de andere kant belemmerd. De studenten werden soms gezien als de projectverantwoordelijke en medewerkers leken alleen aan VP te denken als de student langskwam. Dat maakte de student tot een persoonlijk 'wigje' dat het project behoedde voor terug rollen, dat leek een zwakte, maar bleek een kans omdat het de mogelijkheid bood om nieuw gedrag langer in te slijpen. De projectorganisatie is wel een stuk ingewikkelder door de inzet van studenten die ook willen afstuderen, dit vergt meer aandacht.

De projectstructuur is opgezet in navolging van het initiële ZvB project dat was geënt op de doorbraakmethode. In deze doorbraak methode heeft de PDSA cirkel een belangrijke rol maar deze rol is niet sterk tot uiting gekomen in de opzet van ZvB regionaal. Veel organisaties kennen de PDSA cirkel al, daarom zou er op deze kennis juist voortgegaan moeten worden omdat de doorbraak methode en de PDSA cirkel bewezen bruikbaar is om de verbetering te structureren. De PD methode werd in eerste instantie, wat wij eerder in ons onderzoek noemden: gemethodiekiseerd. Dat wil zeggen: er werd meer aandacht gegeven aan de gehanteerde verbetermethoden dan aan de inhoud van wat er verbeterd dient te worden. Later in het project is er, een diepere en bredere invulling gegeven aan PD waarbij ook

inhoudelijke aspecten aan de orde kwamen. Deze koppeling heeft in de projecten goed uitgedaan, wat blijkt uit de observaties van de studenten.

### 2.3 Aanbevelingen

Door in dit project te hebben kunnen experimenteren met de vorm is het mogelijk te komen tot een verbeterde vorm, en dat te beschrijven in een te verplaatsen 'ideaal format' dat bruikbaar is voor zowel andere verbeterthema's, andere zorgsectoren als ook in andere regio's en andere (dan verpleegkundige) HBO en MBO opleidingen. Van belang is wel de opleiding bij het thema te passen: zo zal mondzorg eerder opgepakt kunnen worden door logopedisten, terwijl ergotherapeuten zich betrokken zullen voelen bij valpreventie en decubituszorg. Voor deze paramedische HBO opleidingen geldt dan wel dat er extra aandacht moet worden besteed aan de samenwerking met de verplegenden en verzorgenden omdat het project op de afdelingen zal plaatsvinden. De interne structurering van de hogeschool die hiermee aan de slag gaat moet daarbij in acht worden genomen, misschien is deze opzet alleen mogelijk als er gezamenlijke minors (ouderenzorg?) bestaan.

Het is aan te bevelen de **beroepsproducten** sterker te koppelen aan het project, het bij te houden logboek, de verbeterplannen, de vooronderzoeken, de observaties en interviews, zouden kunnen gelden als beroepsproduct.

Het is aan te bevelen studenten ook een rol te geven in de **analyse** van niet alleen de geeltjesmetingen, maar ook van structuur- en procesindicatoren. Op deze wijze krijgen professionals **feedback** op hun handelen en kunnen zij interventies verder aanpassen en implementeren.

Het is van belang dat de **inhoudelijke kennis van de specifieke verbeterthema's** doorgegeven wordt. De betrokken docenten van de hogescholen moeten worden opgeleid in het specifieke thema (in dit geval valpreventie), naar verbetermethoden. Experts die door Vilans zijn geraadpleegd maar ook expert kennis van Vilans zelf en van de organisaties die succesvol hebben meegedaan aan een eerder project moeten betrokken worden en bijeenkomen voorafgaand en tijdens het regionale project. Hier ligt een belangrijk onderdeel van kennis verspreiding. Het moet niet zo zijn dat alle volgende hogescholen en betrokken organisaties zelf moeten uit gaan vinden wat er aan kennis over het specifieke thema voorhanden is. Het project moet werken als een verzamel- en vindplaats van de kennis die voorhanden is.

Het is van belang dat docenten van hogescholen op de hoogte en getraind zijn in het opzetten en onderhouden van een **project structuur**.

Het is van belang dat docenten van de hogescholen op de hoogte en getraind zijn in de specifieke **methodieken** die in het project gebruikt worden te weten: PDSA cyclus, doorbraakmethodiek, PD methode.

Het is van belang dat docenten van de hogescholen op de hoogte en getraind zijn in **meetmethoden en prestatie indicatoren** als geeltjesmeting en interviews /observaties; CQ, LPD en normen verantwoorde zorg

Tijdens het project moeten de incidenten en vorderingen gemonitord worden omdat dit bijdraagt aan de verbeter inzet (door **meten en registreren** ontstaat verbetering!). De vraag is hoe organisaties dit gaan organiseren als er geen externe (LPD, iBMG, IGZ) meetinstantie is. Misschien kan het regionale netwerk de metingen blijven verzamelen en door middel van reputatie management de aandrijving tot blijven verbeteren zijn?



Van belang is **op tijd** te beginnen met de opzet als ook met de werving van organisaties, belangrijk is te onderkennen dat temporele structuren van onderwijs en zorginstellingen verschillen (budgetten en plannen worden in zorginstellingen niet gekoppeld aan de jaarindeling zoals het onderwijs die kent)

Van belang is de **PD methode** niet teveel tot een methodiek te reduceren en het overdraagbaar te maken naar andere hogescholen.

## Literatuurlijst

Dijkstra A, Buist GAH, Dassen TWN, van den Heuvel WJA: *Het meten van zorgafhankelijkheid met de ZorgAfhankelijkheidsSchaal, Care Dependency Scale (CDS): een handleiding*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvragen: Groningen; 1999.

Makai P, Brouwer W, Koopmanschap MA, Nieboer AP. 2011. *Capabilities and quality of life in Dutch psycho-geriatric nursing homes: an exploratory study using a proxy version of the ICECAP-O*. Quality of Life Research, DOI: 10.1007/s11136-011-9997-1.

McCormack B, Henderson E, Wilson V, Wright J. 2009 *Making practice visible: The Workplace Culture Critical Analysis Tool (WCCAT)*. Practice Development in Health Care, 8: 28–43. DOI: 10.1002/pdh.273

Strating MMH, Zuiderent-Jerak T, Nieboer AP, and Bal RA. 2008. *Evaluating the Care for Better collaborative. Results of the first year of evaluation*. Rotterdam: Dept. of Health Policy and Management.

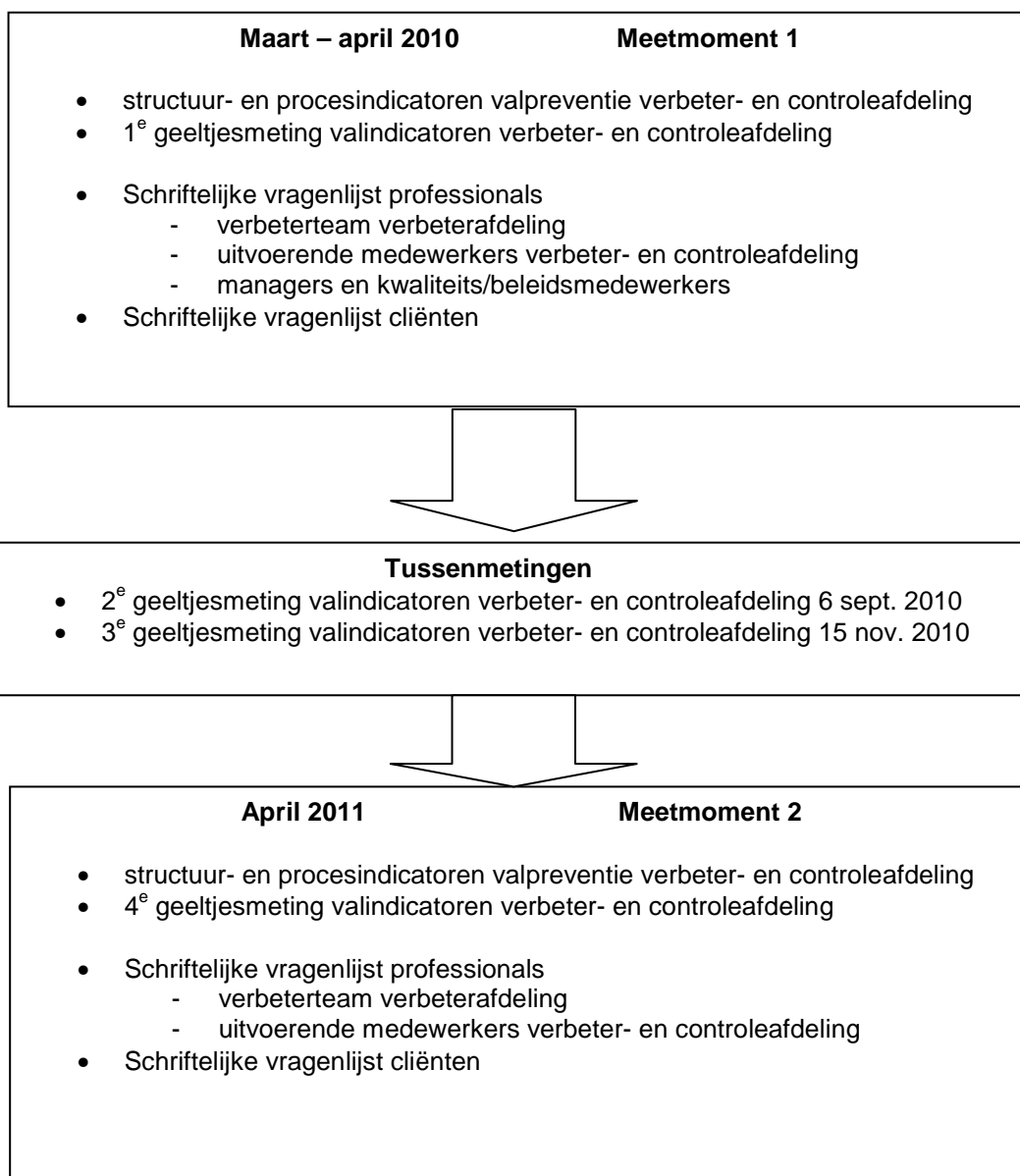
Strating MMH, Nieboer AP, Zuiderent-Jerak T, Bal RA. 2011a. *Creating effective quality-improvement collaboratives: a multiple case study*. BMJ Quality and Safety doi 10.1136/bmjqs.2010.047159.

Strating MMH, Stoopendaal A, Slaghuis S, Broer T, Nieboer AP, Bal RA. 2011b. Hoofdstuk 6. *De weg naar duurzame kwaliteit in de langdurende zorg?* In: Minkman M, Balsters H, Mast J en Kuiper M (red). *Blijvend zorgen voor Beter. Succesvol verbeteren in de langdurende zorg*. Vilans/Kluwer, Utrecht.

Bijlage 1. Geplande opzet van de kwantitatieve dataverzameling

<b>Dataverzameling</b>	<b>Meetmoment</b>	<b>Verbeterafdeling</b>	<b>Controle afdeling</b>
Tabblad 1 Instelling	momentopname meetmoment 1 en 2	Ja	Ja (kan hetzelfde zijn)
Tabblad 2 Afdeling	momentopname meetmoment 1 en 2	Ja	Ja
Tabblad 3 alle_clëntenlijst	momentopname meetmoment 1 en 2	Bij alle cliënten	Bij 15 cliënten*
Tabblad 4 Care Dependency Scale	momentopname meetmoment 1 en 2	Bij alle cliënten	Bij 15 cliënten
Tabblad 5 Activiteiten_Materialen	momentopname meetmoment 1 en 2	Bij alle cliënten	Bij 15 cliënten
Tabblad 6 Geetjiesmeting	Drie weken lang meetmoment 1 en 2 en twee keer tussentijds	ja	ja
Procesbeschrijving na een valincident	afhankelijk van de situatie	Bij cliënten die gevallen zijn en matig tot ernstige klachten hebben (± 5 valincidenten)	voor ± 5 valincidenten
Schriftelijke vragenlijst cliënten	momentopname meetmoment 1 en 2	Bij 15 cliënten	Bij 15 cliënten
Schriftelijke vragenlijst medewerkers	momentopname meetmoment 1 en 2	Uitvoerende medewerkers, verbeterteamleden	Uitvoerende medewerkers
Schriftelijke vragenlijst medewerkers	momentopname meetmoment 1	managers, kwaliteits- /beleidsmedewerkers	deels dezelfde personen als voor de verbeterafdeling

## Bijlage 2. Fasering kwantitatief onderzoek iBMG



Tabel 1. Overzicht van beschikbare kwantitatieve gegevens

<b>Organisatie:</b>	Icare afd 1	Ijsselheem afd 3	Ijsselheem afd 4	Ijsselheem afd 5	Ijsselheem afd 6	Ijsselheem afd 7	Ijsselheem afd 8	Ijsselheem afd 9	Ijsselheem afd 10	Isala afd 11	Zorggroep Apeldoorn afd 15	Zorgpalet afd 17	Zorgpalet afd 18	Zorgcombi Zwolle afd 19	
<b>Omschrijving</b>	<b>pilot Thuiszorg</b>	<b>pilot pg</b>	<b>controle pg</b>	<b>pilot revalidatie</b>	<b>controle revalidatie</b>	<b>pilot somatiek</b>	<b>controle somatiek</b>	<b>pilot verzorging</b>	<b>controle verzorging</b>	<b>pilot ziekenhuis</b>	<b>pilot pg</b>	<b>pilot verzorging</b>	<b>controle verzorging</b>	<b>pilot pg</b>	
<i>Valmeting</i>															
Instelling	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	geen T0
Afdeling	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	geen T0
cliënten lijst	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	geen T0
Care Dependency Scale	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	geen T0
Preventieve maatregelen	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	geen T0
Geeltjesmeting	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1	T0 en T1
<i>Vragenlijst</i>															
Cliënten	11 op T0 en T1	15 op T0; 15 op T1	14 op T0; 14 op T1	11 op T0; 9 op T1	10 op T0; 9 op T1	13 op t0; 5 op T1	11 op T0; 4 op T1	12 opT0; 10 op T1	8 op T0; 11 op T1	9 op T0; andere cliënten op T1	16 op T0; 13 op T1	26 T0 en T1	25 T0 en T1	geen data	

T0=beginmeting op meetmoment 1; T1=eindmeting op meetmoment 2  
 pg=psychogeriatrische afdeling  
 afd=afdeling

Tabel 2. Structuurindicatoren op de pilotafdelingen bij begin- en eindmeting (in geel de veranderingen op T1)

	Icare afd 1	Ijsselheem afd 3	Ijsselheem afd 5	Ijsselheem afd 7	Ijsselheem afd 9	Isala afd 11	Zorggroep Apeldoorn afd 15	Zorgpalet afd 17	Zorgcombinatie Zwolle afd 19
Aandachtsvelder vallen	Nee op T0 Ja op T1	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee op T0 Ja op T1	Ja	gegevens niet beschikbaar
Valpreventie besproken op de afdeling	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee op T0 Ja op T1	Ja	
Valpreventie besproken in het / met.....	monodisciplinair werkoverleg op T0  multidisciplinair werkoverleg op T1	monodisciplinair werkoverleg multidisciplinair werkoverleg de mantelzorg	de cliënt	monodisciplinair werkoverleg multidisciplinair werkoverleg	monodisciplinair werkoverleg multidisciplinair werkoverleg de cliënt de mantelzorg		Nee op T0  Ja op T1: mono-en multidisciplinair werkoverleg multidisciplinair werkoverleg de cliënt de mantelzorg	monodisciplinair werkoverleg multidisciplinair werkoverleg de mantelzorg	
Geaccordeerd protocol/richtlijn	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	
Valevaluatie per cliënt	Nee op T0  Ja, na elke val op T0	Nee op T0  Ja, periodiek op T1	Nee	Nee op T0  Ja, na een val op T1	Nee	Nee	Ja na een val en periodiek op T0  op T1: ook na elke intake en verandering in gezondheidstoestand van de cliënt	Nee na een val op T0  op T1: Ja, na elke val en periodiek	
Uitkomst valevaluatie in cliëntdossier vastgelegd			Nee			Nee	Nee	Ja	
Specifieke valpreventieve maatregelen in cliëntdossier vastgelegd		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
Specifieke valpreventieve maatregelen besproken in/met.....		monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg de mantelzorg	multidisciplinair overleg cliënten	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg cliënten de mantelzorg	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg cliënten de mantelzorg	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg multidisciplinair overleg de mantelzorg	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg cliënten de mantelzorg	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg de mantelzorg	

	Icare afd 1	Ijsselheem afd 3	Ijsselheem afd 5	Ijsselheem afd 7	Ijsselheem afd 9	Isala afd 11	Zorggroep Apeldoorn afd 15	Zorgpalet afd 17	Zorgcombinatie Zwolle afd 19
Algemene preventieve maatregelen op de afdeling	er worden geen algemene valpreventieve maatregelen uitgevoerd structurele scholing til- en transfertechnieken	adequate personeelsplanning gericht op voldoende toezicht  structurele scholing til- en transfertechnieken valpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling  letselpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling een veilige omgeving andere maatregelen	er worden geen algemene valpreventieve maatregelen uitgevoerd  valpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling	letselpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling  andere maatregelen	letselpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling een veilige omgeving	adequate personeelsplanning gericht op voldoende toezicht structurele scholing/instructie over valrisico en valpreventie  structurele scholing til- en transfertechnieken valpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling  een veilige omgeving	adequate personeelsplanning gericht op voldoende toezicht  structurele scholing til- en transfertechnieken valpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling  een veilige omgeving	adequate personeelsplanning gericht op voldoende toezicht  structurele scholing til- en transfertechnieken  een veilige omgeving	
Bestaande registraties	inspectie  CQ-index	inspectie LPZ CQ-index  decubitus ondervoeding	inspectie	LPZ  vallen incontinentie decubitus ondervoeding	LPZ CQ-index MIC meldingen worden ingevoerd in een forum; elke afdeling heeft een eigen aandachtsvelder decubitus	inspectie LPZ  consument en veiligheid  decubitus ondervoeding	inspectie LPZ	inspectie LPZ CQ-index  vallen incontinentie decubitus ondervoeding	
Zo Ja op LPZ: welke modules van LPZ?									

Tabel 3. Structuurindicatoren op de controleafdelingen bij begin- en eindmeting (in geel de veranderingen op T1)

	Ijsselheem afd 4	Ijsselheem afd 6	Ijsselheem afd 8	Ijsselheem afd 10	Zorgpalet afd 18
Aandachtvelder vallen	Ja	Ja	Nee	Nee op T0 Ja op T1	Ja
Valpreventie besproken op de afdeling	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Valpreventie besproken in het / met.....	mono-disciplinair werkoverleg multi-disciplinair werkoverleg de mantelzorg	multidisciplinair overleg de client mantelzorg	mono-disciplinair werkoverleg multi-disciplinair werkoverleg	mono-disciplinair werkoverleg multi-disciplinair werkoverleg de cliënt en de mantelzorg	mono-disciplinair werkoverleg multi-disciplinair werkoverleg de mantelzorg
Geaccordeerd protocol/richtlijn	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Valevaluatie per cliënt	Nee	Ja, bij opname/intake client en na een val	Nee	Nee	Nee, alleen na een val
Uitkomst valevaluatie in cliëntdossier vastgelegd	Nee op T0 Ja op T1	Ja			Ja
Specifieke valpreventieve maatregelen in cliëntdossier vastgelegd	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Specifieke valpreventieve maatregelen besproken in/met....	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg de mantelzorg	multidisciplinair overleg cliënten de mantelzorg	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg cliënten de mantelzorg	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg cliënten de mantelzorg	monodisciplinair overleg multidisciplinair overleg de mantelzorg
Algemene preventieve maatregelen op de afdeling	adequate personeelsplanning gericht op voldoende toezicht structurele scholing til- en transfertechnieken een veilige omgeving valpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling letselpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling	structurele scholing/instructie over valrisico en valpreventie structurele scholing/instructie til-en transfertechnieken een veilige omgeving	andere maatregelen  letselpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling	een veilige omgeving  letselpreventieve hulpmiddelen zijn altijd beschikbaar op de afdeling	adequate personeelsplanning gericht op voldoende toezicht structurele scholing til- en transfertechnieken een veilige omgeving
Bestaande registraties	inspectie LPZ CQ-index	inspectie	LPZ	LPZ CQ-index Elke afdeling heeft een eigen aandachtsvelder; MIC meldingen worden ingevoerd in een forum	inspectie LPZ CQ-index
Zo Ja op LPZ: welke modules van LPZ?	decubitus; ondervoeding		vallen; incontinentie decubitus; ondervoeding	decubitus	vallen; incontinentie decubitus; ondervoeding



Tabel 4. Overzicht van valincidentie bij begin- en eindmeting.

	aantal cliënten op de afdeling	aantal valincidenten (% valincidentie) T0	aantal valincidenten (% valincidentie) T1	aantal cliënten dat meer dan 1x is gevallen T0	aantal cliënten dat meer dan 1x is gevallen T1
<b>PILOTAFDELINGEN</b>					
Icare afd1	13	3 (23,1%)	0 (0%)	2 (15.4%)	0
Ijsselheem afd 3	17	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (5.9%)	0
Ijsselheem afd 5	12	4 (33.3%)	0 (0%)	1 (8.3%)	0
Ijsselheem afd 7	20	1 (5.0%)	0 (0%)	0	0
Ijsselheem afd 9	21	3 (14.3%)	2 (9.5%)	2 (9.5%)	2 (9.5%)
Isala afd 11		geen data	geen data	geen data	geen data
Zorggroep Apeldoorn afd 15	29	4 (13.8%)	0 (0%)	0	0
Zorgpalet afd 17	31	3 (9.7%)	0 (0%)	0	0
Zorgcombinatie Zwolle afd 19	geen data	geen data	geen data	geen data	geen data
<b>Totaal pilot afdelingen:</b>	<b>143</b>	<b>19 (13.3%)</b>	<b>2 (1.4%)</b>	<b>6 (4.2%)</b>	<b>2 (1.4%)</b>
<b>CONTROLE AFDELINGEN</b>					
Ijsselheem afd 4	23	3 (13.0%)	2 (8.7%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)
Ijsselheem afd 6	12	0 (0%)	0 (0%)	0	0
Ijsselheem afd 8	12	1 (8.3%)	0 (0%)	0	0
Ijsselheem afd 10	17	1 (5.9%)	0 (0%)	0	0
Zorgpalet afd 18	29	2 (6.9%)	3 (10.3%)	0	0
<b>Totaal controle afdelingen:</b>	<b>93</b>	<b>6 (6.5%)</b>	<b>5 (5.4%)</b>	<b>1 (1.1%)</b>	<b>1 (1.1%)</b>

Tabel 5. Kwaliteit van leven (ICECAP) pilot- versus controleafdelingen (gemiddelde en (SD))

	<b>pilot</b>		<b>controle</b>	
	N=84		N=56	
	T0	T1	T0	T1
Liefde en vriendschap	2,02 (0,84)	1,98 (0,93)	1,93 (0,83)	1,89 (0,78)
Denken aan de toekomst	1,77 (0,88)	1,77 (0,90)	1,95 (1,00)	1,84 (0,97)
Zorgen over de toekomst	1,90 (0,89)	1,82 (0,90)	2,11 (0,91)	2,02 (0,88)
Dingen die jou waardevol doen voelen	2,57 (0,97)	2,46 (1,00)	2,49 (0,92)	2,51 (0,92)
Genieten en plezier hebben	2,20 (0,69)	2,12 (0,70)	2,16 (0,80)	2,20 (0,82)
Onafhankelijkheid	2,86 (0,95)	2,88 (0,95)	2,62 (0,89)	2,71 (0,90)