

Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten

Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en
praktijkondersteuners over wat ze nodig hebben voor goede zorg



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten

Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en
praktijkondersteuners over wat ze nodig hebben voor goede zorg

Wim Verest
Anke de Veer
Kim de Groot
Anneke Francke

ISBN 978-94-6122-591-7

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Beleidssamenvatting	4
1 Inleiding	6
1.1 Doel en onderzoeksvragen	7
1.2 Aanpak van het onderzoek	8
1.3 Leeswijzer	9
2 Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	10
2.1 Ervaren kwaliteit van zorg	10
2.2 Ervaren veiligheid van zorg	12
2.3 Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg en werkplezier	16
3 Competenties voor goede zorg	17
3.1 Ervaren competenties	17
3.2 Behoefte aan scholing	19
3.3 Behoefte aan scholing in relatie tot ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	21
4 Verslaglegging van de zorg aan cliënten	22
4.1 Tijd voor verslaglegging en registratiewerkzaamheden	22
4.2 Gebruik van classificatie- of ordeningssystemen	24
4.3 Ervaringen met elektronische verslaglegging	24
4.4 Ervaren kwaliteit elektronisch dossier in relatie tot ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	25
5 Conclusies en reflecties	26
Literatuur	30
Bijlage A. Onderzoeksgroep	32
Bijlage B. Vragenlijst en analyses	34
B1. Vragenlijst	34
B2. Analyses	36
Bijlage C. Kerncijfers per sector	38
C1. Kerncijfers Ziekenhuizen	38
C2. Kerncijfers GGZ	39
C3. Kerncijfers Gehandicaptenzorg	40
C4. Kerncijfers Wijkverpleging	41
C5. Kerncijfers Huisartsenzorg	42
C6. Kerncijfers Intramurale Ouderenzorg	43
Bijlage D. Figuren en tabellen	44

Beleidssamenvatting

Bijna driekwart van de verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners¹ vindt de kwaliteit van zorg (zeer) goed. De helft vindt het veiligheidsbeleid (zeer) goed. Competente zorgverleners en een goed elektronisch dossier dragen bij aan een hogere kwaliteit van zorg. Dit blijkt uit een online vragenlijst ingevuld door bijna 1200 zorgverleners.

Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg ruim voldoende

Zorgverleners geven de kwaliteit en veiligheid van de zorg een dikke 7 als rapportcijfer. Bijna driekwart (71%) vindt de kwaliteit van de geboden zorg (zeer) goed, terwijl de helft (50%) het veiligheidsbeleid (zeer) goed vindt. Goede kwaliteit en veiligheid zijn belangrijk voor zorgverleners. Ze vinden daardoor hun werk inhoudelijk leuker en zijn trotser op hun werk.

Er is ruimte voor verbetering: 15% geeft aan dat de kwaliteit van de geboden zorg regelmatig tot vaak niet goed is en 9% geeft aan dat de veiligheid van zorg regelmatig of vaak in gevaar is.

Goed opgeleid personeel hangt samen met ervaren kwaliteit van zorg

Zorgverleners onderschrijven over het algemeen de relevantie van de competenties die in de beroepsprofielen zijn beschreven. Ook vindt het overgrote deel van de zorgverleners dat zij de competenties beheersen. De aanwezigheid van gekwalificeerd personeel is essentieel voor goede kwaliteit en veiligheid van de zorg, aldus de zorgverleners. Zorgverleners die de kwaliteit en veiligheid van zorg matig of slecht vinden hebben meer behoefte aan bijscholing. Zij hebben vooral behoefte aan scholing in het competentiegebied 'Professionaliteit en kwaliteit'. Dit is het competentiegebied dat gaat over de professionele standaard en kwaliteitsborging. Voorbeelden zijn wet- en regelgeving, beroepscode, beroepsprofielen, standaarden en richtlijnen, protocollen, kwaliteitsregistratie, kwaliteitssystemen.

Veiliger zorg door beter beleid, evaluaties van beleidswijzigingen en minder 'crisissituaties'

In aanvulling op de aanwezigheid van competent personeel, geeft ons onderzoek nog andere aangrijpingspunten voor betere zorg. Zo kan het veiligheidsbeleid in de teams verbeteren, daar 42% van de zorgverleners dit beleid niet meer dan voldoende waarderen en 8% dit zelfs matig tot slecht vindt. Een ander punt van aandacht vormt het evalueren van de effectiviteit van ingezette beleidsveranderingen om de cliëntveiligheid te verbeteren. De meeste zorgverleners (76%) geven aan dat de veiligheid van cliënten binnen het team wordt besproken en hoe zij vergissingen in de toekomst kunnen voorkomen. Echter, veranderingen die zijn aangebracht om de cliëntveiligheid te verbeteren, worden veel minder vaak (bij 57% van de zorgverleners) in het team geëvalueerd op effectiviteit. Ten slotte geeft bijna een kwart (24%) van de zorgverleners aan dat ze in een 'crisissituatie' werken en te veel te snel proberen te doen. Minder werken in een 'crisissituatie' geeft dan ook een verbetering van de cliëntveiligheidscultuur.

Meeste tijd besteed aan registratie is voor verslaglegging van de zorg aan cliënten

De meeste tijd die zorgverleners besteden aan registratie betreft de verslaglegging over de zorg aan individuele cliënten, namelijk gemiddeld 6,4 uur per week bij een gemiddelde werkweek van 26 uur per week. Daarnaast besteden zij gemiddeld 3 uur per week aan registratiewerkzaamheden voor de organisatie, zoals het registreren van gewerkte uren, declaraties, informatie voor kwaliteitskeurmerken of het invullen van machtigingsformulieren voor hulp- en verbandmiddelen.

¹ In het rapport worden verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners verder aangeduid als zorgverleners.

Beide vormen van registratie geven ongeveer twee op de drie zorgverleners (67% en 62%) een verhoogde werkdruk. Eén op de drie zorgverleners ervaart zelden of nooit een verhoogde werkdruk door registratie.

Goede elektronische dossiers dragen bij aan goede zorg

Zorgverleners die de kwaliteit of veiligheid van de zorg matig of slecht vinden zijn minder te spreken over bepaalde eigenschappen van het elektronisch dossier waarin zij de zorgverlening aan individuele cliënten vastleggen. Relevante eigenschappen van het dossier zijn vooral de gebruiksvriendelijkheid, het verpleegkundig proces als uitgangspunt binnen het dossier en de verbinding tussen de verschillende fasen van het verpleegkundig proces. Kwalitatief goede elektronische dossiers dragen dus bij aan betere zorg.

Twee derde vindt het dossier gebruiksvriendelijk (68%) en zes van de tien zorgverleners werkt met een dossier waarin het verpleegkundig proces centraal staat (62%) en de fasen van dit proces verbonden zijn (62%). Op het gebied van verpleegkundige verslaglegging is met het elektronisch dossier nog een verbetering te maken.

Het onderzoek

De bevindingen zijn gebaseerd op online vragenlijstonderzoek gehouden onder 1187 verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners werkzaam in de directe zorg (verder meestal aangeduid als 'zorgverleners') (respons 42%). Zij zijn deelnemer van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging. Zij werken in ziekenhuizen, de GGZ, de zorg voor mensen met een beperking, de wijkverpleging, huisartsenzorg en de intramurale ouderenzorg. De gepresenteerde cijfers zijn statistisch gewogen. De weging zorgt ervoor dat de verdeling van de respons over opleidingsniveau en zorgsector overeenkomt met de verdeling in de subpopulaties van verpleegkundigen in ziekenhuizen en de GGZ, begeleiders in de gehandicaptenzorg, verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg en praktijkondersteuners in de huisartsenzorg.

1 Inleiding

De zorg verandert voortdurend. Door vergrijzing, toename van het aantal chronisch zieken en mensen met multimorbiditeit, alsmede door beter geïnformeerde en langer zelfstandig wonende zorgvragers, verandert de zorgvraag². Beleidspartijen, organisaties en zorgverleners spelen in op deze ontwikkelingen met, onder andere, functiedifferentiatie, taakherschikking en de inzet van arbeidsbesparende technologie. Ook is er meer aandacht voor preventie en zelfmanagement van cliënten en wordt de zorg meer op lokaal niveau en in samenwerkingsverbanden georganiseerd³. De focus van zorgverleners op ziekte en zorg wordt daarmee verschoven naar een focus op begeleiding van cliënten bij het zo goed en zelfstandig mogelijk blijven functioneren en bevorderen van eigen regie. In deze veranderende zorg is het extra belangrijk om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen en te onderzoeken.

Kwalitatief goede zorg is zorg die voldoet aan professionele standaarden en richtlijnen. Veilige zorg betekent dat zorgverleners ernaar streven vermijdbare schade bij cliënten te voorkomen. Dit rapport beschrijft hoe zorgverleners de kwaliteit en veiligheid van hun zorg ervaren. Daarnaast beschrijven we twee voorwaarden die nodig zijn voor kwalitatief goede en veilige zorg: competente zorgverleners en adequate verslaglegging van de zorg.

Een belangrijke voorwaarde voor het bieden van kwalitatief goede en veilige zorg betreft competente zorgverleners. Door de geschetste ontwikkelingen in de zorg veranderen de competenties die zorgverleners moeten hebben om goede en veilige zorg te bieden⁴. De benodigde competenties, beschreven in de beroepsprofielen van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen⁵ en van de praktijkondersteuners⁶, zijn gebaseerd op het CanMEDS-model⁷. Dit model onderscheidt zeven algemene competentiegebieden⁸:

- I. *vakinhoudelijk handelen*; dit competentiegebied betreft kennis over de zorgverlening aan cliënten. Voorbeelden: anatomie/fysiologie, ziektebeelden en beperkingen, verpleegkundige diagnostiek, farmacologie, psychologie en psychiatrie, zelfmanagement, ondersteuning en begeleiding, preventie, interventies, voorbehouden en risicovolle handelingen, zorgleefplan, hulp- en ondersteuningsmiddelen, verpleegtechnieken, et cetera.
- II. *Communicatie*; dit competentiegebied richt zich op de communicatie met cliënten. Voorbeelden: gesprekstechnieken, theoretische communicatie, gedragsbeïnvloeding, motivatie, empowerment, gebruik van ICT en sociale media.
- III. *Samenwerking*; dit competentiegebied handelt over het samenwerken met zorgontvangers, zorgverleners en zorginstellingen. Voorbeelden: ketenzorg, verslaglegging en overdracht, ondersteuning mantelzorg, multidisciplinaire samenwerking, groepsdynamica etc.

² Van der Velden e.a., 2011; Lambregts & Grotendorst, 2012

³ Van der Velden e.a., 2011

⁴ Maurits e.a., 2015

⁵ Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling, 2012

⁶ Rapport POH transitie, 2017; in dit rapport is het competentieprofiel praktijkondersteuner huisartsenzorg uit 2004 herzien

⁷ In de gehandicaptenzorg waar ook andere beroepskrachten werkzaam zijn dan verpleegkundigen en verzorgenden, zijn de beroepsprofielen voor mbo- en hbo-opgeleide zorgverleners niet gebaseerd op het CanMEDS-model, maar heeft deze een eigen systematiek volgens een profiel waarin de taken, kernopgaven en gewenste competenties op verschillende niveaus van beroepsuitoefening worden beschreven. Kenmerkend voor het profiel is de geïntegreerde beschrijving van sociaal-agogische en verplegende & verzorgende taken en competenties. Zie VGN Competentieprofielen Gehandicaptenzorg, 2018.

⁸ Zie o.a. <https://kwaliteitsregister.venvn.nl/Aanbieders/CanMEDS>

- IV. *Kennis en wetenschap*; dit competentiegebied gaat over kennis om te reflecteren op de eigen deskundigheid en de onderbouwing van het eigen handelen. Voorbeelden: onderzoeksmethodiek, toepassing van wetenschap, evidence based practice, feedback.
- V. *Maatschappelijk handelen*; dit competentiegebied handelt over de maatschappelijke context en het bevorderen van gezondheid. Voorbeelden: epidemiologie, preventie, culturele achtergronden, sociale netwerken, leefstijlbevordering, voorlichting, bemoeizorg.
- VI. *Organisatie*; dit kennisgebied betreft kennis over de wijze waarop zorg kan worden georganiseerd. Voorbeelden: organisatiekunde, kleinschalige woonvormen, betaalbaarheid van de zorg, coördinatie en continuïteit, indicatiestelling, zorg op afstand, patiëntveiligheid, werkklimaat.
- VII. *Professionaliteit en kwaliteit*; dit is het competentiegebied dat handelt over de professionele standaard en kwaliteitsborging. Voorbeelden: wet- en regelgeving, beroepscode, beroepsprofielen, standaarden en richtlijnen, protocollen, beroepsvereniging, beroepsimago, kwaliteitsregistratie, kwaliteitssystemen.

Kern van de beroepsuitoefening volgens het CanMEDS-model is het eerste competentiegebied, het vakinhoudelijk handelen. De zes andere competentiegebieden krijgen richting door dit centrale competentiegebied. De beroepsprofielen beschrijven voor elk van de genoemde beroepsgroepen de inhoud van deze competentiegebieden⁹.

Een andere voorwaarde voor goede en veilige zorg betreft accurate verslaglegging door zorgverleners over de verleende zorg. Verslaglegging is belangrijk voor het waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van zorg en voor een goede samenwerking en afstemming met collega's en andere disciplines. Verslaglegging is nodig om de verleende zorg te kunnen reconstrueren en om fouten te voorkomen¹⁰. Verslaglegging dient daarom duidelijk en volledig te zijn. Het gebruik van een goed elektronische dossier kan daaraan bijdragen¹¹. De ervaringen met verslaglegging in het algemeen en de ervaren kwaliteit van elektronische dossiers in het bijzonder worden ook in dit rapport belicht.

1.1 Doel en onderzoeksvragen

Doel van het onderzoek waarover we hier rapporteren is het krijgen van inzicht in hoe zorgverleners de kwaliteit en veiligheid van hun zorg ervaren en in twee voorwaarden voor goede en veilige zorg: competenties van zorgverleners en hun wijze van verslaglegging.

We beantwoorden de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe ervaren zorgverleners de kwaliteit en veiligheid van de verleende zorg aan cliënten? Deelvraag daarbij is: is er samenhang tussen ervaren kwaliteit van zorg en veiligheid enerzijds en werkplezier anderzijds?
2. In welke mate achten zorgverleners zich competent in het bieden van goede zorg en wat is hun behoefte aan scholing? Deelvraag daarbij is: is er samenhang tussen ervaren kwaliteit van zorg en veiligheid enerzijds en behoefte aan scholing anderzijds?
3. Op welke wijze vindt verslaglegging plaats in het cliëntendossier? Deelvraag daarbij is: is er samenhang tussen ervaren kwaliteit van zorg en veiligheid enerzijds en de kwaliteit van de elektronische cliëntendossiers anderzijds?

⁹ Frank (red), 2005

¹⁰ V&VN richtlijn verslaglegging, 2011

¹¹ De Groot e.a., 2019

1.2 Aanpak van het onderzoek

Respondenten

Een voorgestructureerde online vragenlijst is ingevuld door deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging¹². Dit panel bestaat uit zorgverleners werkzaam in de directe zorgverlening aan cliënten, te weten:

- verpleegkundigen in ziekenhuizen;
- verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- verpleegkundigen en agogisch opgeleide begeleiders in de zorg voor mensen met een beperking (gehandicaptenzorg¹³);
- verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging;
- verpleegkundigen en verzorgenden in de intramurale ouderenzorg;
- praktijkondersteuners in de huisartsenzorg.

De vragenlijst is via e-mail in juni 2019 verzonden naar 2862 deelnemers van het Panel Verpleging & Verzorging. Na een herinnering na één en na drie weken hebben 1187 deelnemers de vragenlijst ingevuld (respons van 41,5%).

Ruim driekwart van de respondenten (76,6%) is opgeleid als verpleegkundige (31,9% is mbo-verpleegkundige en 28,2% is hbo-verpleegkundige) of als verzorgende (16,4%). De andere respondenten zijn opgeleid als agogisch opgeleide begeleiders (5,8%, waarvan 2,6% opgeleid op mbo-niveau en 3,2% op hbo-niveau) of praktijkondersteuners (17,6%). De groep respondenten wordt nader beschreven in bijlage A.

Vragenlijst

De online vragenlijst bevatte vier onderdelen. De eerste twee delen bestonden uit vragen over de ervaren kwaliteit van de zorg aan cliënten en over de ervaren veiligheid van de zorg aan cliënten. Het derde deel van de vragenlijst bestond uit vragen over competenties voor goede zorg. Voor elk van de zeven competentiegebieden is gevraagd naar een aantal competenties en naar de behoefte aan scholing bij de zorgverleners op deze competenties. Het laatste deel van de vragenlijst bestond uit vragen over verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten en registratiewerkzaamheden. Meer informatie over de vragenlijst is te vinden in bijlage B.

Analyses

De percentages en gemiddelden in hoofdstukken 2, 3 en 4 zijn statistisch gewogen percentages en gemiddelden. Bij het vaststellen van de weegfactor is gebruik gemaakt van de aantallen zorgverleners per zorgsector en de verdeling van opleidingsniveaus per zorgsector. Voor de praktijkondersteuners in de huisartsenzorg hadden we geen informatie over het opleidingsniveau waardoor dit niet berekend is in de weegfactor voor deze groep. De weging zorgt ervoor dat de verdeling van de respons over opleidingsniveau en zorgsector overeenkomt met de verdeling in de populatie, te weten verpleegkundigen in ziekenhuizen en de GGZ, begeleiders in de gehandicaptenzorg, verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg en praktijkondersteuners in de huisartsenzorg (zie ook bijlage B).

¹² Zie www.nivel.nl/panelenv

¹³ De zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking wordt in dit rapport aangeduid als 'gehandicaptenzorg' conform de gebruikte terminologie volgens het landelijk competentieprofiel in deze sector. Zie: VGN Competentieprofielen Gehandicaptenzorg, 2018

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van dit rapport wordt de door zorgverleners ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten weergegeven. In hoofdstuk 3 volgt een beschrijving van de competenties voor goede zorg en de behoefte aan verdere scholing in die competenties. Hoofdstuk 4 beschrijft de wijze waarop zorgverleners verslagleggen van de zorgverlening aan individuele cliënten en hoe ze dat ervaren. In de hoofdstukken 2, 3 en 4 presenteren we de statistisch gewogen cijfers over de gehele groep. In bijlage C is sectorspecifieke informatie te vinden betreffende een aantal aspecten die in hoofdstuk 2, 3 en 4 aan de orde komen. In bijlage D staan figuren en tabellen met meer specifieke informatie per zorgsector. In hoofdstuk 5 volgen conclusies en reflecties.

2 Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg

In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 1:

Hoe ervaren zorgverleners de kwaliteit en veiligheid van de verleende zorg aan cliënten? Daarbij onderzoeken we ook de samenhang tussen ervaren kwaliteit van zorg en veiligheid enerzijds en werkplezier anderzijds.

Kernbevindingen zijn:

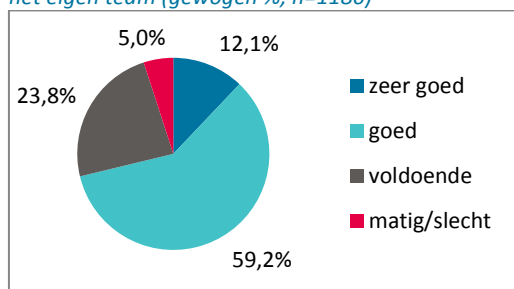
- Zorgverleners geven de geboden kwaliteit van zorg een gemiddeld rapportcijfer van 7,4 en de veiligheid van de zorg binnen het team een gemiddeld rapportcijfer van 7,3.
- De meesten (71,3%) vinden de kwaliteit van zorg goed tot zeer goed.
- Het veiligheidsbeleid binnen hun team vindt de helft (49,9%) goed tot zeer goed.
- Ruim één op de zeven zorgverleners (14,9%) vindt de kwaliteit van zorg regelmatig tot vaak niet goed. Ruim één op de elf (8,9%) geeft aan dat de veiligheid van zorg regelmatig of vaak in gevaar is.
- Ruim twee op de vijf zorgverleners (41,9%) geeft aan dat er niet voldoende gekwalificeerd personeel is om goede kwaliteit van zorg te leveren en ruim een kwart (27,3%) vindt dat er niet voldoende gekwalificeerd personeel is om de veiligheid van cliënten te waarborgen.
- Hoe positiever zorgverleners de kwaliteit en de veiligheid van de zorg waarderen, hoe trotser zij zijn op het werken in de zorg en hoe vaker zij aangeven inhoudelijk leuk werk te hebben.

In de volgende paragrafen worden de onderzoeksresultaten meer in detail beschreven. Paragraaf 2.1 beschrijft hoe zorgverleners de kwaliteit van zorg ervaren. Paragraaf 2.2 beschrijft de ervaren veiligheid van de zorg aan cliënten en de cultuur in het team als het gaat om communicatie over veiligheid en het leren van vergissingen of fouten. Ten slotte gaan we in paragraaf 2.3 in op de relatie tussen de ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten en het werkplezier van de zorgverlener.

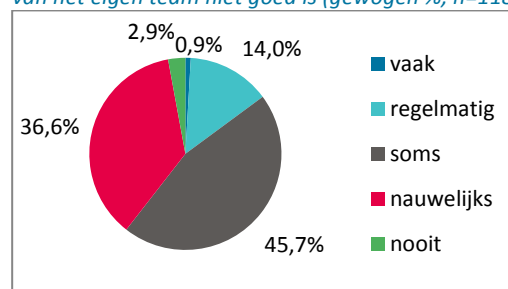
2.1 Ervaren kwaliteit van zorg

Zorgverleners geven de geboden kwaliteit van zorg een gemiddeld rapportcijfer van 7,4 (s.d. 1,1; spreiding 3-10). De meesten (71,3%) vinden de kwaliteit van de geboden zorg aan cliënten (zeer) goed, 5% vindt de kwaliteit van zorg matig of slecht (figuur 2.1). Daarnaast geeft ruim één op de zeven zorgverleners aan (14,9%) dat het regelmatig tot vaak voorkomt dat de kwaliteit van zorg verleend door zorgverleners niet goed is (figuur 2.2). Hierbij speelt de samenstelling van het personeel mogelijk een rol: 41,9% vindt dat er niet voldoende gekwalificeerd personeel is om goede kwaliteit van zorg te leveren (figuur 2.3).

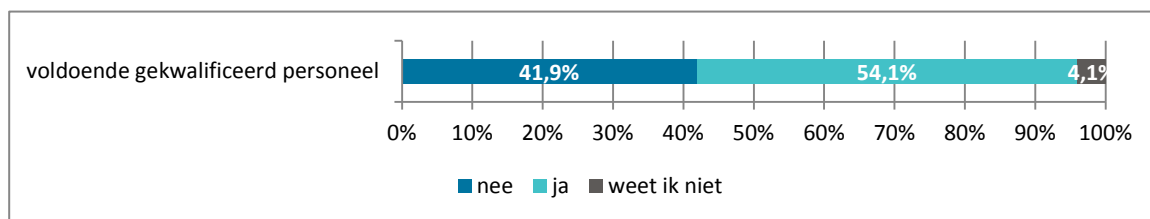
Figuur 2.1 Zorgverleners over de kwaliteit van zorg van het eigen team (gewogen %, n=1186)



Figuur 2.2 Zorgverleners over hoe vaak de kwaliteit van zorg van het eigen team niet goed is (gewogen %, n=1184)

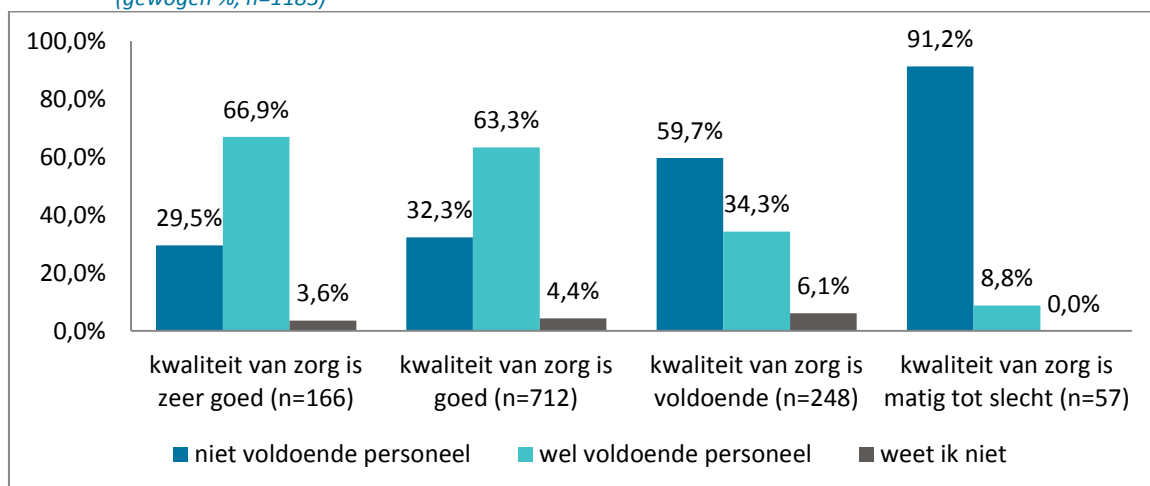


*Figuur 2.3 Vindt u dat er voldoende gekwalificeerd personeel is om goede kwaliteit van zorg te leveren?
(gewogen %, n=1184)*



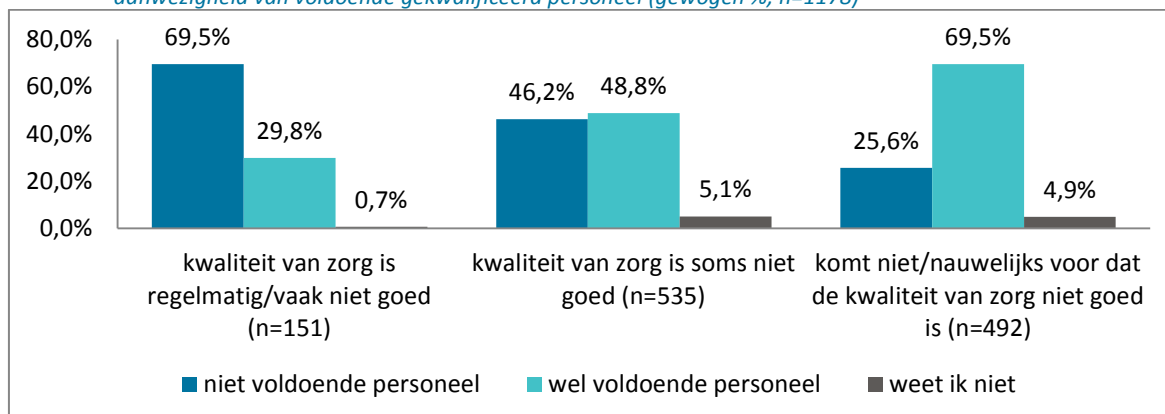
Naarmate de kwaliteit van zorg als slechter wordt ingeschat, constateren de zorgverleners vaker een tekort aan gekwalificeerd personeel (figuur 2.4). Als de ervaren kwaliteit van zorg zeer goed of goed is, geven ongeveer drie van de tien zorgverleners aan dat er te weinig gekwalificeerd personeel aanwezig is. Dit stijgt naar (ruim) negen van de tien als de ervaren kwaliteit matig of slecht is.

*Figuur 2.4 Relatie tussen de kwaliteit van zorg en de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel
(gewogen %, n=1183)*



Deze tendens zien we ook terug als we kijken naar hoe vaak zorgverleners de kwaliteit van zorg niet goed vinden. Wanneer de zorgverleners de kwaliteit van zorg niet goed vinden, constateren zorgverleners vaker een tekort aan gekwalificeerd personeel (figuur 2.5). Als de ervaren kwaliteit van zorg regelmatig tot vaak niet goed is, geven zeven van de tien zorgverleners aan dat er te weinig gekwalificeerd personeel aanwezig is. Dit daalt naar een kwart als het niet of nauwelijks voorkomt dat de kwaliteit van zorg niet goed is.

Figuur 2.5 Relatie tussen hoe vaak het volgens zorgverleners voorkomt dat de kwaliteit van zorg niet goed is en de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (gewogen %, n=1178)



De tevredenheid van zorgverleners met de kwaliteit van zorg op een vijfpuntsschaal (1=zeer ontevreden tot 5=zeer tevreden) is 3,23 (s.d. 0,87). Deze score zit tussen neutraal (score 3) en tevreden (score 4) in. Een kwart tot bijna een derde van de zorgverleners geeft aan (zeer) ontevreden te zijn met de beschikbare tijd om de cliënten goed te verzorgen (24,8%), om individuele zorgverlening aan de cliënten te kunnen geven (28,6%) of om psychosociale begeleiding aan de cliënten te kunnen geven (31,5%, tabel 2.1).

Tabel 2.1 Mate van tevredenheid over de kwaliteit van zorg (gewogen %, n=1175)

Hoe tevreden bent u met de mate waarin u...	(zeer) ontevreden	neutraal	(zeer) tevreden
a. over het algemeen tijd hebt om uw cliënten goed te verzorgen	24,8	19,8	55,4
b. individuele zorgverlening aan uw cliënten kunt geven	28,6	19,6	51,8
c. het gevoel hebt psychosociale begeleiding aan uw cliënten te geven	31,5	29,0	39,6

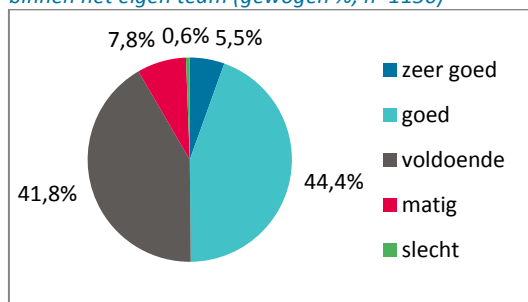
Gewogen gemiddelde schaa score 3,23 (s.d. 0,87), 3 items; 1=zeer ontevreden, 2= ontevreden, 3=neutraal, 4=tevreden, 5=zeer tevreden.

Er is een duidelijke relatie tussen de kwaliteit van zorg en de tevredenheid over de tijd die zorgverleners hebben om cliënten goed te verzorgen en over de individuele zorgverlening aan cliënten kan worden gegeven (zie bijlage D, figuren D2.1 en D2.2): hoe positiever de kwaliteit van zorg wordt gewaardeerd, hoe meer zorgverleners tevreden zijn met de tijd om cliënten goed te verzorgen en met de individuele zorgverlening aan cliënten. Ook is er een duidelijke samenhang tussen de kwaliteit van zorg en de tevredenheid over de psychosociale begeleiding aan cliënten (zie bijlage D, figuur D2.3): hoe positiever de kwaliteit van zorg wordt gewaardeerd, hoe meer zorgverleners tevreden zijn met de psychosociale begeleiding aan cliënten.

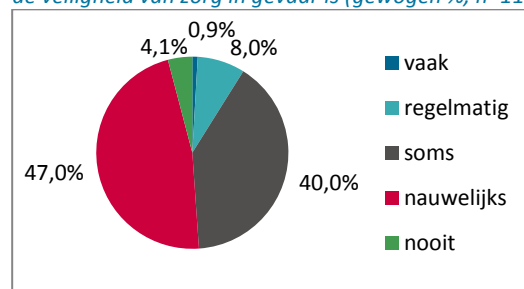
2.2 Ervaren veiligheid van zorg

Het gemiddelde rapportcijfer dat zorgverleners geven aan de veiligheid van de zorg binnen hun team is 7,3 (s.d. 1,1; spreiding 2-10). De helft van de zorgverleners vindt het veiligheidsbeleid in hun team (zeer) goed; 8,4% vindt dit matig tot slecht (figuur 2.6). Ook vindt ongeveer de helft (51,1%) dat situaties waarin de veiligheid van de zorg in gevaar is, niet of nauwelijks voorkomen, maar vindt 40,0% van de zorgverleners dat de veiligheid van zorg soms en 8,9% dat de veiligheid van zorg regelmatig of vaak in gevaar is (figuur 2.7). Hierbij speelt de hoeveelheid gekwalificeerd personeel mogelijk een rol: 27,3% vindt dat er niet voldoende gekwalificeerd personeel is om de veiligheid van cliënten binnen het team te waarborgen (figuur 2.8).

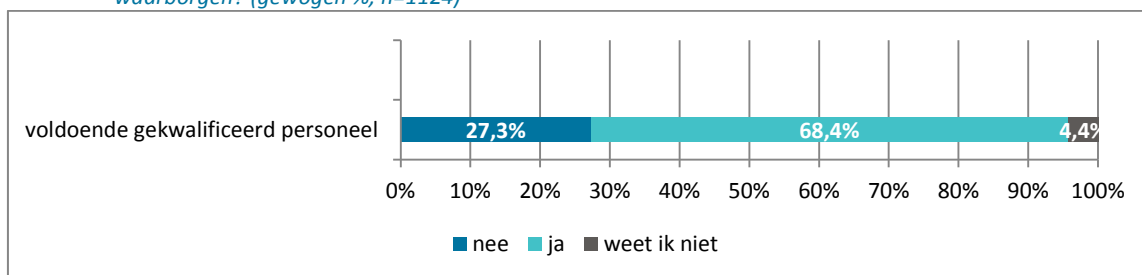
Figuur 2.6 Zorgverleners over het veiligheidsbeleid binnen het eigen team (gewogen %, n=1150)



Figuur 2.7 Zorgverleners over hoe vaak het voorkomt dat de veiligheid van zorg in gevaar is (gewogen %, n=1148)

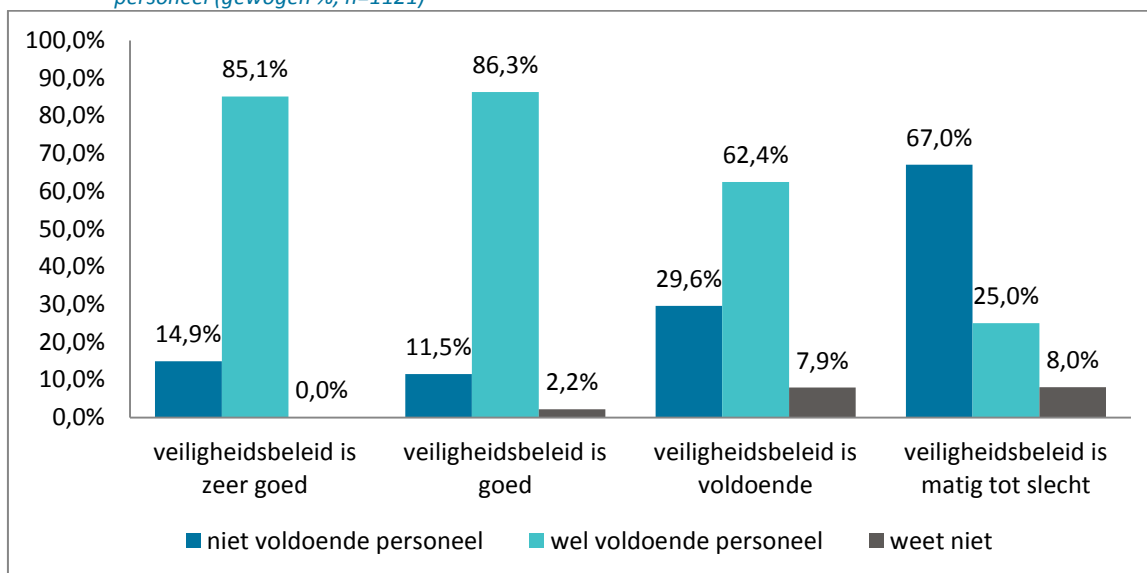


Figuur 2.8 Vindt u dat er voldoende gekwalificeerd personeel is om de veiligheid van cliënten binnen uw team te waarborgen? (gewogen %, n=1124)



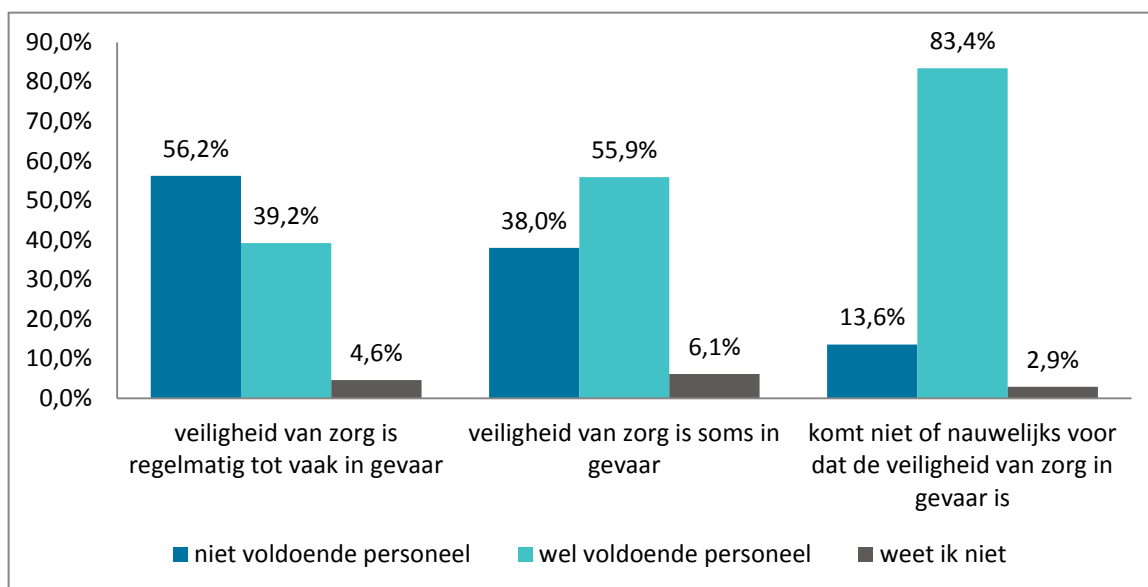
Naarmate het veiligheidsbeleid als slechter wordt ingeschat, constateren de zorgverleners vaker een tekort aan gekwalificeerd personeel (figuur 2.9). Als het ervaren veiligheidsbeleid zeer goed of goed is geeft ongeveer één van de acht zorgverleners aan dat er te weinig gekwalificeerd personeel aanwezig is. Dit stijgt naar twee derde als de ervaren kwaliteit matig of slecht is.

Figuur 2.9 Relatie tussen het veiligheidsbeleid binnen het team en de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (gewogen %, n=1121)



Deze tendens zien we ook terug als we kijken naar de ervaring van zorgverleners over hoe vaak het voorkomt dat de veiligheid van zorg in gevaar is. Hoe vaker zorgverleners de veiligheid van zorg in gevaar vinden, hoe vaker zij een tekort aan gekwalificeerd personeel constateren (figuur 2.10). Bij ruim de helft van de keren dat zorgverleners de veiligheid van zorg in gevaar vinden, is er een tekort aan gekwalificeerd personeel (56,2%).

Figuur 2.10 Relatie tussen hoe vaak het voorkomt dat de veiligheid van zorg in gevaar is en de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (gewogen %, n=1119)



De gemiddelde schaalscore voor de cliëntveiligheid binnen het team is 3,55. Dit is tussen neutraal (score 3) en tevreden (score 4) in. Over het algemeen zijn zorgverleners positief over de cliëntveiligheid binnen hun team, maar over het gevoel te werken in een ‘crisisituatie’ (proberen te veel te snel te doen) zijn zorgverleners minder positief: bijna een kwart van de zorgverleners geeft aan dat zij proberen te veel te snel doen (tabel 2.2).

Tabel 2.2 Algemene perceptie van de cliëntveiligheid in het eigen team (gewogen %, n=1152)

Item	(zeer) mee oneens	niet oneens/ niet eens	(zeer) mee eens
a. dat ernstige fouten niet (vaker) gebeuren, berust eigenlijk op toeval ¹	62,2	22,4	15,4
b. wij werken in een “crisisituatie”: we proberen te veel te snel te doen ¹	48,4	27,9	23,8
c. wij hebben problemen met de cliëntveiligheid in ons team ¹	68,2	22,1	9,8
d. onze werkprocessen zijn adequaat om vergissingen te voorkomen	10,9	28,8	60,3

Gewogen gemiddelde schaalscore 3,55 (s.d.=0,65), 4 items, 1=zeer mee oneens, 2= mee oneens, 3=niet oneens/niet eens, 4=mee eens, 5=zeer mee eens. ¹Omgecodeerd voor berekening gemiddelde schaalscore

Twee belangrijke elementen van de veiligheidscultuur hebben we nader bekeken: het communiceren over veiligheid en het leren van vergissingen of fouten.

De gemiddelde schaalscore op communicatie over veiligheid binnen het eigen team is 3,72: tussen neutraal (score 3) en tevreden (score 4) in (vijfpuntsschaal). In de communicatie over veiligheid van zorg is het belangrijk dat er openheid is tussen teamleden en dat elk teamlid zich veilig voelt om zaken die betrekking hebben op de veiligheid van cliënten te bespreken. Over het algemeen zijn zorgverleners positief over de communicatie over veiligheid binnen hun team. Zorgverleners voelen zich veelal vrij om iets te bespreken dat mogelijk een negatief effect heeft op de cliëntenzorg (75,8%). Zij voelen zich wat minder vrij als het gaat om het ter discussie stellen van het handelen van personen met meer bevoegdheden (60,9%). Ruim een kwart van de zorgverleners (26,1%) geeft aan dat teamleden soms bang zijn om zaken aan de orde te stellen die niet juist lijken en 15,6% van de zorgverleners geeft aan daar vaak bang voor te zijn (tabel 2.3).

Tabel 2.3 Communicatie over veiligheid in het eigen team (gewogen %, n=1119)

Item	zelden of nooit	soms	meestal of altijd
a. we voelen ons vrij om te spreken als we iets zien dat mogelijk een negatief effect heeft op de cliëntenzorg	5,2	19,1	75,8
b. we voelen ons vrij om beslissingen of acties van personen met meer bevoegdheden ter discussie te stellen	11,8	27,3	60,9
c. we zijn bang om iets wat niet juist lijkt aan de orde te stellen ¹	58,3	26,1	15,6

Gewogen gemiddelde schaalscore 3,72 (s.d.=0,72), 3 items, 1=nooit, 2=zelden, 3=soms, 4=meestal, 5=altijd. ¹Omgecodeerd voor berekening gemiddelde schaalscore

De gemiddelde schaalscore op feedback en het leren van fouten is 3,71: tussen neutraal (score 3) en tevreden (score 4) in. Het leren van vergissingen en fouten is belangrijk om de zorg veiliger te maken. Van belang daarbij is de mate waarin zorgverleners worden geïnformeerd over gemaakte vergissingen en of er veranderingen worden aangebracht om herhaling van fouten te voorkomen. Driekwart van de zorgverleners (73,7%) werkt in een team waar de zorgverleners actief bezig zijn met het verbeteren van de cliëntveiligheid. Bij ongeveer zes op de tien zorgverleners hebben fouten in hun team tot positieve veranderingen geleid (62,5%) en wordt de effectiviteit van veranderingen ter verbetering van de cliëntveiligheid geëvalueerd (57,0%).

Bij ruim driekwart van de zorgverleners (76,2%) worden in het team de mogelijkheden besproken om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen. Ruim twee derde van de zorgverleners (69,8%) wordt geïnformeerd over vergissingen die in hun team voorkomen; bijna een op de tien (9,5%) wordt hierover zelden of nooit geïnformeerd. Elkaar feedback geven over de veranderingen die ten gevolge van het melden van incidenten zijn ingevoerd, gebeurt meestal of altijd bij ruim zes op de tien zorgverleners (61,9%, tabel 2.4).

Tabel 2.4 Feedback en leren van fouten (gewogen %, n=1130)

Item	(zeer) mee oneens	niet oneens/ niet eens	(zeer) mee eens
- wij zijn actief bezig met het verbeteren van cliëntveiligheid	7,2	19,1	73,7
- fouten hebben in ons team tot positieve veranderingen geleid	8,4	29,1	62,6
- nadat veranderingen zijn aangebracht om de cliëntveiligheid te verbeteren, wordt hiervan de effectiviteit geëvalueerd	13,6	29,5	57,0

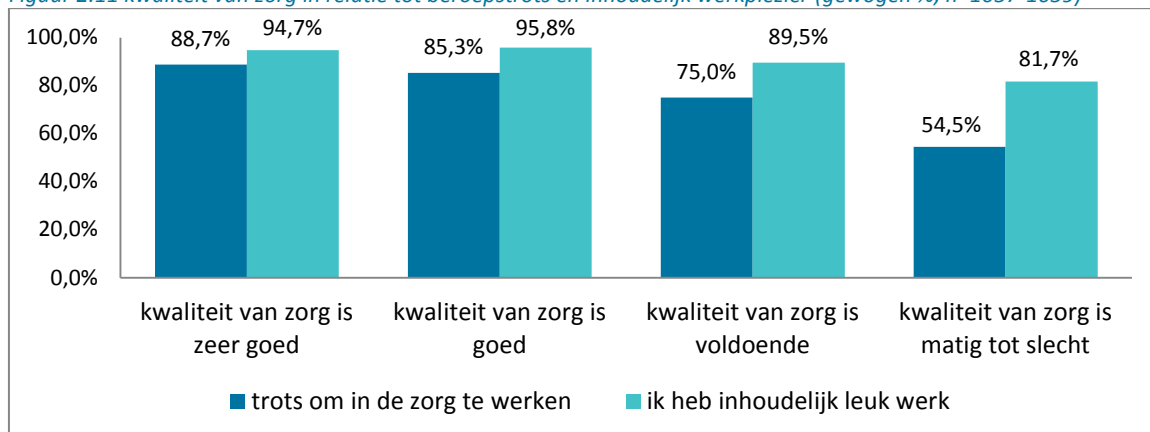
Item	zelden of nooit	soms	meestal of altijd
- we krijgen of geven elkaar feedback over de veranderingen die ten gevolge van het melden van incidenten zijn ingevoerd	10,8	27,3	61,9
- we worden geïnformeerd over vergissingen die in ons team voorkomen	9,5	20,7	69,8
- in ons team bespreken we mogelijkheden om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen	5,1	18,7	76,2

Gewogen gemiddelde schaalscore 3,71 (s.d.=0,62), 6 items in totaal; 3 items: 1=zeer mee oneens, 2= mee oneens, 3=niet oneens/niet eens, 4=mee eens, 5=zeer mee eens en 3 items: 1=nooit, 2=zelden, 3=soms, 4=meestal, 5=altijd.

2.3 Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg en werkplezier

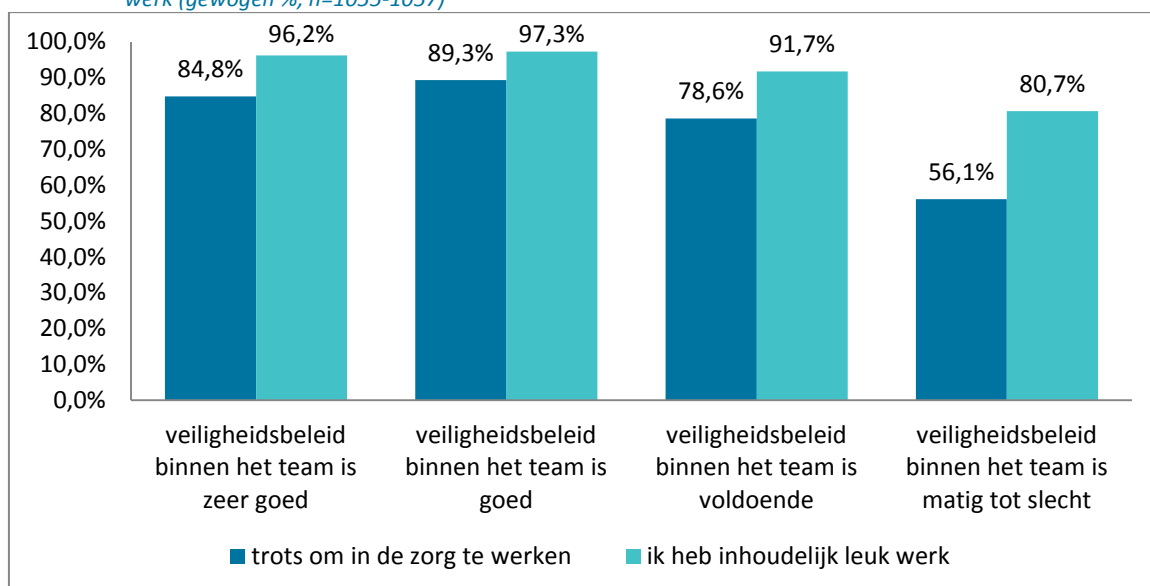
In deze paragraaf bekijken we de samenhang tussen de ervaren kwaliteit en veiligheid van de zorg en het werkplezier van zorgverleners. Werkplezier is gemeten met twee stellingen: "Ik ben er trots op dat ik in de zorg werk" en "Ik heb inhoudelijk leuk werk". Ruim acht van de tien zorgverleners (81,6%) is het eens met de eerste stelling en is er trots op in de zorg te werken. Een nog groter deel (93,5%) is het eens met de tweede stelling en heeft inhoudelijk leuk werk. Figuur 2.11 laat zien dat naarmate zorgverleners de kwaliteit van zorg slechter beoordelen, ze minder vaak trots zijn om in de zorg te werken en minder vaak vinden dat hun werk inhoudelijk leuk is.

Figuur 2.11 kwaliteit van zorg in relatie tot beroepstrots en inhoudelijk werkplezier (gewogen %, n=1057-1059)



Ook met betrekking tot het veiligheidsbeleid binnen het team, geldt dat hoe negatiever het veiligheidsbeleid binnen het team wordt gewaardeerd hoe minder vaak zorgverleners trots zijn om te werken in de zorg en hoe minder vaak zij aangeven inhoudelijk leuk werk te hebben (figuur 2.12).

Figuur 2.12 veiligheid van zorg in relatie tot trots op werken in de zorg en in relatie tot het hebben van inhoudelijk leuk werk (gewogen %, n=1055-1057)



3 Competenties voor goede zorg

In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 2:

In welke mate achten zorgverleners zich competent in het bieden van goede zorg en wat is hun behoefte aan scholing? Daarbij onderzoeken we ook de samenhang tussen ervaren kwaliteit van zorg en veiligheid enerzijds en behoefte aan scholing anderzijds.

Kernbevindingen zijn:

- De meeste zorgverleners (83,8%-97,0%) vinden achttien van de twintig competenties relevant voor hun werk. Dit geldt niet voor de competenties 'communicatie met cliënten via elektronische kanalen (bijvoorbeeld e-health of zorg op afstand)' (56,3%) en 'het gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek' (62,8%).
- Een aanzienlijke minderheid van de zorgverleners geeft bij zeven van de twintig competenties aan deze niet te beheersen: 'Gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek' (54,2%), 'Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg (bijvoorbeeld e-health of zorg op afstand)' (46,3%), 'Samenwerking met andere disciplines buiten de organisatie' (20,8%), 'Bijdragen aan gezamenlijke reflectie en ontwikkelen van mijn team' (19,7%), 'Geïndiceerde preventie (voorkómen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening)' (20,7%), 'Gezondheidsbevordering bij cliënten (zoals leefstijladvisering, gezondheidsvoorlichting of motiverende gespreksvoering)' (20,4%) en 'Bijdragen aan de ontwikkeling van beleid van het team en/of de organisatie' (23,0%).
- Ruim de helft (57,3%) van de zorgverleners heeft behoefte aan bij- of nascholing in ten minste een van de zeven competentiegebieden uit het CanMEDS-model.
- Zorgverleners die de kwaliteit van zorg matig of slecht vinden, hebben vaker behoefte aan scholing op het competentiegebied 'Communicatie' en 'Professionaliteit en kwaliteit' dan zorgverleners die de kwaliteit van zorg voldoende tot zeer goed vinden.
- Zorgverleners die het veiligheidsbeleid matig of slecht vinden hebben vaker behoefte aan scholing op de competentiegebieden 'Vakinhoudelijk handelen', 'Maatschappelijk handelen' en 'Professionaliteit en kwaliteit'.

Hierna worden de onderzoeksresultaten meer in detail beschreven. In paragraaf 3.1 beschrijven we in welke mate zorgverleners competenties relevant vinden en in welke mate zorgverleners vinden dat zij deze competenties beheersen. Paragraaf 3.2 beschrijft op welke gebieden de zorgverleners bijgeschoold willen worden. Ten slotte beschrijft paragraaf 3.3 in hoeverre er een relatie is tussen de behoefte aan scholing en de ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg.

3.1 Ervaren competenties

In de vragenlijst zijn twintig competenties aan de zorgverleners voorgelegd. Veruit de meeste zorgverleners geven aan dat zij de onderscheiden competenties relevant vinden voor hun werk (zie tabel 3.1). Er zijn twee competenties die zorgverleners minder relevant vinden: de competentie 'Gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek' (62,8%) en de competentie 'Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg (bijvoorbeeld e-health of zorg op afstand)' (56,3%). Het percentage zorgverleners dat de andere competenties relevant vond was hoog: 83,8%-97,0%.

De meeste competenties worden door een grote meerderheid van de zorgverleners beheerst (77,0%-94,5%). Er zijn twee competenties die zorgverleners minder beheersen: 'Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg (bijvoorbeeld e-health of zorg op afstand)' wordt door iets meer dan de helft van de zorgverleners beheerst (53,7%) en het gebruik van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek wordt nog niet door de helft van de zorgverleners beheerst (45,8%). Er is een aantal competenties waarvan een aanzienlijke minderheid van de zorgverleners aangeeft deze niet te beheersen. Zo gaf één op de vijf zorgverleners aan de volgende competenties niet te beheersen: 'Samenwerking met andere disciplines buiten de organisatie' (20,8%), 'Bijdragen aan gezamenlijke reflectie en ontwikkelen van mijn team' (19,7%), 'Geïndiceerde preventie (voorkómen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening)' (20,7%), 'Gezondheidsbevordering bij cliënten (zoals leefstijladvisering, gezondheidsvoorlichting of motiverende gespreksvoering)' (20,4%) en 'Bijdragen aan de ontwikkeling van beleid van het team en/of de organisatie' (23,0%).

Tabel 3.1 De mate waarin zorgverleners de competenties beheersen en relevant vinden, ingedeeld naar competentiegebied (gewogen %, n= 1058-1110)

Competenties	Ik vind deze competentie relevant voor mijn werk	Ik beheers deze competentie
I. Vakinhoudelijk handelen		
a. Toepassen van basiskennis over symptomen en ziektebeelden en over (gedrags)problemen in specifieke cliëntsituaties	97,0	92,3
b. Methodisch werken bij cliënten (gegevens verzamelen, zorgvragen vast stellen, zorgresultaten vast stellen, interventies vast stellen, verloop monitoren en resultaten evalueren)	92,1	88,2
c. Ondersteunen van zelfmanagement van cliënten en/of hun naasten	87,8	82,9
II. Communicatie		
d. Gelijkwaardige en respectvolle communicatie met cliënten en/of hun naasten	96,5	93,6
e. Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg (bijvoorbeeld e-health of zorg op afstand)	56,3	53,7
III. Samenwerking		
f. Samenwerking met cliënten en/of hun naasten	94,7	93,5
g. Samenwerking met andere disciplines binnen de organisatie	96,3	94,5
h. Samenwerking met andere disciplines buiten de organisatie	83,8	79,2
IV. Kennis en wetenschap		
i. Reflectie op eigen functioneren (Ben ik goed bezig, doe ik de goede dingen?)	96,1	86,0
j. Gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek	62,8	45,8
k. Bijdragen aan gezamenlijke reflectie en ontwikkelen van mijn team	90,0	80,3
V. Maatschappelijk handelen		
l. Geïndiceerde preventie (voorkómen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening)	88,4	79,3
m. Zorggerelateerde preventie (voorkómen van verergering, complicaties of beperkingen van een aandoening)	90,5	84,6
n. Gezondheidsbevordering bij cliënten (zoals leefstijladvisering, gezondheidsvoorlichting of motiverende gespreksvoering)	86,0	79,6

- tabel 3.1 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 3.1 -

Competenties	Ik vind deze competentie relevant voor mijn werk	Ik beheers deze competentie
VI. Organisatie		
o. De zorg rondom cliënten coördineren	91,7	86,5
p. Bijdragen aan het werkklimaat binnen het team en/of de organisatie	93,3	88,1
VII. Professionaliteit en kwaliteit		
q. Het werken volgens standaarden en richtlijnen	89,4	87,8
r. Het werken volgens waarden en normen van de beroepsgroep (verwoord in beroepscode)	94,0	92,5
s. Het werken volgens relevante wet- en regelgeving (zoals WGBO, AVG en wet BIG)	88,5	84,1
t. Bijdragen aan de ontwikkeling van beleid van het team en/of de organisatie	84,3	77,0

3.2 Behoeftte aan scholing

Gemiddeld heeft ruim de helft (57,3%) behoefte aan bij- of nascholing op ten minste een van de zeven competentiegebieden. Zij hebben vooral behoefte aan scholing op de competentiegebieden 'Communicatie' (29,0%), 'Kennis en wetenschap' (31,4%) en 'Maatschappelijk handelen' (27,5%, tabel 3.2).

Tabel 3.2 Behoeftte aan bij- of nascholing op de verschillende competentiegebieden (gewogen %, n=1070-1112)

Heeft u behoefte aan bij- of nascholing voor uw rol als ...	Ja
I. Vakinhoudelijk handelen , n=1070	21,6
II. Communicatie (Kennis, vaardigheden en attitude om te communiceren met zorgontvangers, n=1112)	29,0
III. Samenwerking (Kennis, vaardigheden en attitude om samen te werken met zorgontvangers, zorgverleners en/of organisaties, n=1102)	15,8
IV. Kennis en wetenschap (Kennis, vaardigheden en attitude om de kwaliteit van zorg te waarborgen en verbeteren, n=1090)	31,4
V. Maatschappelijk handelen (Kennis, vaardigheden en attitude om de leefstijl en gezond gedrag van burgers en zorgvragers te beïnvloeden, n=1084)	27,5
VI. Organisatie (Kennis, vaardigheden en attitude om de zorg rondom zorgvragers te coördineren en de continuïteit van zorg te waarborgen, n=1081)	15,4
VII. Professionaliteit en kwaliteit (Kennis van de professionele standaard en kwaliteitsborging, n=1073)	23,9

Kijken we naar de specifieke competenties (tabel 3.3), dan hebben zorgverleners de meeste behoefte aan na- of bijscholing voor de competenties 'Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg' (20%), 'Bijdragen aan gezamenlijke reflectie en ontwikkelen van mijn team' (26,8%) en 'Gezondheidsbevordering bij cliënten (21,0%).'.

De competenties 'Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg (bijvoorbeeld e-health of zorg op afstand)' en 'Gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek' worden door de zorgverleners zowel het minst relevant gevonden als het minst beheerst. Kijken we naar de scholingsbehoefte op deze twee competenties, dan is er relatief veel behoefte aan nascholing op de competentie 'Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische

weg' (20,0% van alle zorgverleners), maar veel minder op de competentie 'Gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek' (14,5% van alle zorgverleners).

Tabel 3.3 Behoeft aan na- of bijscholing op specifieke competenties (gewogen %, n=1070-1112)

Competenties	ja
I. Vakinhoudelijk handelen	
a. Toepassen van basiskennis over symptomen en ziektebeelden en over (gedrags)problemen in specifieke cliëntsituaties (n=217)	11,8
b. Methodisch werken bij cliënten (gegevens verzamelen, zorgvragen vast stellen, zorgresultaten vast stellen, interventies vast stellen, verloop monitoren en resultaten evalueren) (n=217)	9,9
c. Ondersteunen van zelfmanagement van cliënten en/of hun naasten (n=217)	14,9
II. Communicatie	
d. Gelijkwaardige en respectvolle communicatie met cliënten en/of hun naasten (n=323)	12,5
e. Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg (bijvoorbeeld e-health of zorg op afstand) (n=323)	20,0
III. Samenwerking	
f. Samenwerking met cliënten en/of hun naasten (n=171)	6,0
g. Samenwerking met andere disciplines binnen de organisatie (n=171)	7,2
h. Samenwerking met andere disciplines buiten de organisatie (n=171)	12,6
IV. Kennis en wetenschap	
i. Reflectie op eigen functioneren (Ben ik goed bezig, doe ik de goede dingen?) (n=356)	11,6
j. Gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek (n=356)	14,5
k. Bijdragen aan gezamenlijke reflectie en ontwikkelen van mijn team (n=356)	26,8
V. Maatschappelijk handelen	
l. Geïndiceerde preventie (voorkómen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening) (n=319)	10,9
m. Zorggerelateerde preventie (voorkómen van verergering, complicaties of beperkingen van een aandoening) (n=319)	17,9
n. Gezondheidsbevordering bij cliënten (zoals leefstijladvisering, gezondheidsvoorlichting of motiverende gespreksvoering) (n=319)	21,0
VI. Organisatie	
o. De zorg rondom cliënten coördineren (n=164)	7,8
p. Bijdragen aan het werkklimaat binnen het team en/of de organisatie (n=164)	13,6
VII. Professionaliteit en kwaliteit	
q. Het werken volgens standaarden en richtlijnen (n=275)	6,7
r. Het werken volgens waarden en normen van de beroepsgroep (verwoord in beroepscode) (n=275)	8,4
s. Het werken volgens relevante wet- en regelgeving (zoals WGBBO, AVG en wet BIG) (n=275)	13,1
t. Bijdragen aan de ontwikkeling van beleid van het team en/of de organisatie (n=275)	17,8

3.3 **Behoeftte aan scholing in relatie tot ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg**

Er is een relatie tussen de ervaren kwaliteit en veiligheid van de zorg en de aard van de scholingsbehoefte. Zorgverleners die de kwaliteit van zorg matig tot slecht vinden willen vaker scholing op de competentiegebieden 'Communicatie' en 'Professionaliteit en kwaliteit' (zie voor volledige tabel bijlage D tabel D3.1) dan zorgverleners die de kwaliteit van zorg ten minste voldoende vinden. Zorgverleners die het veiligheidsbeleid matig tot slecht vinden willen vaker scholing op drie van de zeven competentiegebieden dan zorgverleners die het veiligheidsbeleid ten minste voldoende vinden: 'Vakinhoudelijk handelen', 'Maatschappelijk handelen' en 'Professionaliteit en kwaliteit' (zie Bijlage D tabel D3.2).

4 Verslaglegging van de zorg aan cliënten

In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 3: op welke wijze vindt verslaglegging plaats in het cliëntendossier? Daarbij onderzoeken we ook de samenhang tussen ervaren kwaliteit van zorg en veiligheid enerzijds en de kwaliteit van de elektronische cliëntendossiers anderzijds.

Kernbevindingen zijn:

- Zorgverleners besteden gemiddeld 6,4 uren per week aan de verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten en 3 uren per week aan registratiewerkzaamheden.
- Het meest gebruikte classificatie- of ordeningssysteem is Omaha System: 24% van alle zorgverleners gebruikt dit systeem.
- De meeste zorgverleners (80,2%) doen de verslaglegging over de zorgverlening aan cliënten uitsluitend elektronisch. Er zijn nauwelijks nog zorgverleners die alleen een papieren dossier gebruiken (1,5%).
- Over het algemeen omvat het elektronisch dossier een groot aantal onderdelen zoals anamnese, cliëntproblemen, doelen, interventies en evaluaties, en open velden waarin allerlei informatie gezet kan worden.
- Ruim zes van de tien verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat het verpleegkundig proces centraal staat in het dossier (61,9%) en dat het dossier gebruikersvriendelijk is (67,9%).
- Kenmerken van het elektronisch dossier hangen samen met de ervaren kwaliteit en veiligheid van de zorg.

In de nu volgende paragrafen wordt dieper ingegaan op deze bevindingen. Paragraaf 4.1 gaat in op de tijd die zorgverleners besteden aan verslaglegging en registratiewerkzaamheden. Paragraaf 4.2 gaat in op de classificatie- of ordeningssystemen die zorgverleners gebruiken voor hun verslaglegging. Daarna rapporteren we (paragraaf 4.3) in welke mate de verslaglegging (volledig) elektronisch gebeurt en in hoeverre elektronische dossiers de verpleegkundigen en verzorgenden ondersteunen bij verslaglegging volgens het verpleegkundig proces¹⁴.

4.1 Tijd voor verslaglegging en registratiewerkzaamheden

Tabel 4.1 Tijd die zorgverleners besteden aan verslaglegging en registratiewerkzaamheden in uren per week (gewogen gemiddelde en betrouwbaarheidsinterval (CI), respectievelijk gewogen mediaan en range. n=1047)

	verslaglegging over zorgverlening ¹	registratie-werkzaamheden t.b.v. de organisatie ²	totaal besteed aan verslaglegging en registratie-werkzaamheden
Gemiddelde (CI)	6,4 (6,1-6,8)	3,0 (2,8-3,3)	9,5 (9,0-10,0)
Mediaan (range)	5,0 (2,0-12,0)	2,0 (0,5-8,0)	8,0 (3,0-18,0)

¹ werkzaamheden zoals het noteren van gegevens uit de anamnese, het opstellen van zorg(leef)plannen, het schrijven van rapportages en het maken van overdrachten.

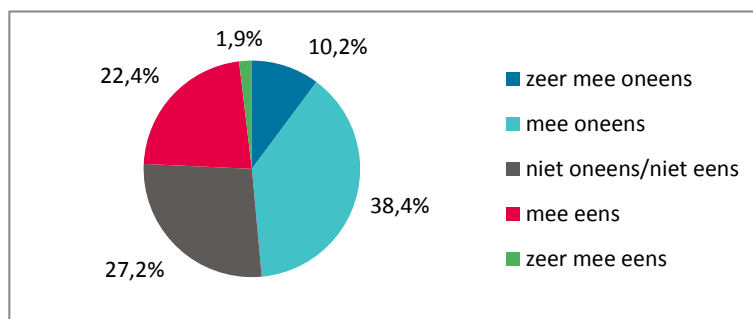
² werkzaamheden zoals het registreren van uw gewerkte uren, registreren van declaraties, registreren van informatie voor kwaliteitskeurmerken of het invullen van machtigingsformulieren voor hulp- en verbandmiddelen.

¹⁴ Vragen over de elektronische dossiers zijn alleen gesteld aan verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in ziekenhuizen, de GGZ, de wijkverpleging of de intramurale ouderenzorg.

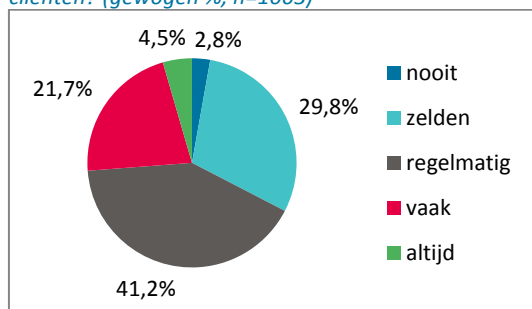
Zorgverleners in de door ons onderzochte sectoren werken gemiddeld 26 uren per week. Zij besteden gemiddeld 6,4 uren per week aan de verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten en 3 uren per week aan registratiewerkzaamheden voor de werkgever (tabel 4.1).

De zorgverleners gaven aan in hoeverre ze het eens waren met de stelling “De hoeveelheid tijd die ik besteed aan administratief werk is redelijk en ik weet zeker dat de cliënten er niet onder te lijden hebben” (figuur 4.1). Ongeveer een kwart van de zorgverleners (24,3%) was het (zeer) eens met de stelling, ongeveer de helft (48,6%) was het (zeer) oneens, en de rest (27,2%) koos de middelste antwoordcategorie (niet oneens en niet eens). Zorgverleners die het eens zijn met deze stelling besteden in het totaal gemiddeld 7 uren aan deze werkzaamheden, terwijl zorgverleners die het oneens zijn met of die neutraal zijn over deze stelling, gemiddeld 10,3 uren per week besteden aan verslaglegging en registratiewerkzaamheden.

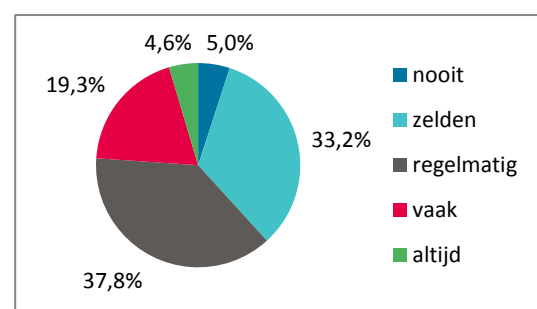
Figuur 4.1 In hoeverre bent u het eens met de stelling: ‘De hoeveelheid tijd die ik besteed aan administratief werk is redelijk en ik weet zeker dat de cliënten er niet onder te lijden hebben’ (gewogen %, n=1063)



Figuur 4.2 Ervaart u een verhoogde werkdruk door verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten? (gewogen %, n=1063)



Figuur 4.3 Ervaart u een verhoogde werkdruk door registratiewerkzaamheden? (gewogen %, n=1061)



Door verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten ervaart 67,4% van de zorgverleners een verhoogde werkdruk (figuur 4.2). Door het registreren van informatie voor de organisatie, management en/of beleid is dat iets minder (61,7%, figuur 4.3). Zorgverleners die vaak of altijd een hoge werkdruk ervaren door verslaglegging, besteden gemiddeld 8,5 uren aan verslaglegging per week, zorgverleners die zelden tot nooit een hoge werkdruk ervaren, besteden gemiddeld 5 uren aan verslaglegging per week. Voor uren die worden besteed aan registratiewerkzaamheden in relatie tot de ervaren werkdruk, zien we eenzelfde patroon: zorgverleners die vaak of altijd een verhoogde werkdruk ervaren door registratiewerkzaamheden, besteden gemiddeld 4,8 uren per week aan registratiewerkzaamheden; zorgverleners die zelden of nooit werkdruk ervaren door registratiewerkzaamheden, besteden hieraan gemiddeld 1,7 uren per week.

4.2 Gebruik van classificatie- of ordeningssystemen

Bij de verslaglegging over de zorgverlening kunnen classificatie- of ordeningssystemen worden gebruikt. Lang niet alle zorgverleners weten welk systeem zij gebruiken: 21,6% geeft als antwoord 'weet ik niet'. Daarnaast geeft 14,6% een antwoord waaruit niet duidelijk af te leiden is of zij een classificatie- of ordeningssysteem gebruiken (tabel 4.1). Verder geeft 26,9% aan geen classificatie- of ordeningssysteem te gebruiken. Ruim een derde (36,9%) van de zorgverleners weet welk systeem hij of zij gebruikt; het meest genoemde systeem is Omaha System, 24,0% van alle zorgverleners gebruikt dit systeem. Vooral verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging (77,7%) en in de intramurale ouderenzorg gebruikt (24,9%) gebruiken het Omaha System. De zorgverleners in de andere zorgsectoren gebruiken het Omaha System weinig tot niet.

Tabel 4.1 Gebruikte classificatie- of ordeningssystemen (per sector: ongewogen %; gehele zorgsector: ongewogen % en gewogen %, n=1060)

Gebruikte classificatie- of ordeningssystemen bij de verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten	ZKH*	GGZ	GZ	Wijk	HA	IO	Totaal	Gewogen totaal
Gordon	24,7	19,8	0	0,7	4,3	6,4	8,1	7,9
NANDA-NIC-NOC	8,2	3,5	0	6,7	1,1	4,6	4,4	3,5
Omaha System	0	0,9	0	77,7	0	24,9	24,8	24,0
ICF	1,8	2,6	3,0	0	1,6	0,6	1,3	1,0
RAI	0	0	0,8	0,4	1,6	0,6	0,6	0,5
Ik gebruik geen classificatie- of ordeningssysteem	43,5	50,9	36,8	2,1	62,9	23,1	32,6	26,9
Weet ik niet	15,9	9,5	27,1	7,1	11,3	26,6	15,2	21,6
Anders ¹	5,9	12,9	32,3	5,3	17,2	13,3	13,0	14,6

*ZKH=Ziekenhuizen; GGZ=Geestelijke gezondheidszorg; GZ=Gehandicaptenzorg; Wijk=Wijkverpleging;

HA= Huisartsenzorg; IO=Intramurale Ouderenzorg

¹ antwoord op de open vraag waaruit niet duidelijk af te leiden is of zij een classificatie- of ordeningssysteem gebruiken

4.3 Ervaringen met elektronische verslaglegging

De meeste zorgverleners (80,2%) doen hun verslaglegging over de cliëntenzorg uitsluitend elektronisch, terwijl bijna een vijfde zowel een papieren als een elektronisch dossier gebruikt (18,3%). Er zijn nauwelijks nog zorgverleners die alleen een papieren dossier gebruiken (1,5%).

In hoeverre biedt het elektronisch dossier verpleegkundigen en verzorgenden¹⁵ ondersteuning bij de verslaglegging volgens het verpleegkundig proces? De meeste verpleegkundigen en verzorgenden geven aan dat de elektronische dossiers de onderdelen anamnese, cliëntproblemen, doelen, interventies en evaluaties omvatten (86,0%), mogelijkheden bieden om in open velden zelf tekst te typen (91,7%) en informatie over lichamelijke, psychische en sociale problemen van individuele cliënten te noteren (94,6%, tabel 4.2).

Volgens zes van de tien de verpleegkundigen en verzorgenden (61,9%) staat in de elektronische dossiers het verpleegkundig proces centraal.

¹⁵ Vragen over de elektronische dossiers zijn alleen gesteld aan verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in ziekenhuizen, de GGZ, de wijkverpleging of de intramurale ouderenzorg.

Minder dan de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan dat het elektronisch dossier aanwijzingen geeft ter ondersteuning van de verslaglegging over de zorgverlening (44,6%), dat het elektronisch dossier de resultaten van meetinstrumenten (zoals pijnscore of gewicht) verbindt aan cliëntproblemen, interventies of evaluaties (45,4%) en dat het elektronisch dossier informatie die de zorgverlener noteert verbindt met informatie van andere professionals, zoals artsen of fysiotherapeuten (43,0%).

Tabel 4.2 Ervaringen van zorgverleners met het elektronisch dossier (ongewogen %, n=761-765)

In hoeverre bent u het eens bent met de volgende stellingen over het elektronisch dossier waar u mee werkt?	Eens
a. Ik heb tijdens mijn werk bij cliënten altijd toegang tot het elektronisch dossier van individuele cliënten (n=765)	82,9
b. Het elektronisch dossier waarmee ik werk is gebruiksvriendelijk (n=762)	67,9
c. Het verpleegkundig proces staat centraal in het elektronisch dossier (n=762)	61,9
d. Het elektronische dossier omvat de onderdelen: anamnese, cliëntproblemen, doelen, interventies en evaluaties (n=764)	86,0
e. In het elektronisch dossier zijn de fases van het verpleegkundig proces met elkaar verbonden (bijvoorbeeld de rapportages zijn verbonden aan de interventies, n=761)	62,3
f. In het elektronisch dossier kan ik informatie noteren over lichamelijke, psychische en sociale problemen van individuele cliënten (n=762)	94,6
g. In het elektronische dossier zijn open velden aanwezig waarin ik zelf tekst kan typen (n=761)	91,7
h. Het elektronisch zorgdossier geeft mij aanwijzingen die ik kan gebruiken in de verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten (bijvoorbeeld na het noteren van rapportages geeft het dossier mij aanwijzingen voor mogelijke cliëntproblemen, n=763)	44,6
i. Het elektronisch dossier verbindt de resultaten van meetinstrumenten (zoals pijnscore of gewicht) aan de cliëntproblemen, interventies of evaluaties (n=762)	45,4
j. Het elektronisch dossier verbindt de informatie die ik noteer met informatie van andere professionals, zoals artsen of fysiotherapeuten (n=762)	43,0

4.4 Ervaren kwaliteit elektronisch dossier in relatie tot ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg

De kwaliteit van het elektronisch dossier hangt samen met de ervaren kwaliteit en veiligheid van de zorg (zie ook Bijlage D, tabellen D4.1 en D4.2). Drie aspecten met betrekking tot het elektronisch dossier hangen significant samen met zowel de kwaliteit als met de veiligheid van de zorg: de gebruiksvriendelijkheid van een elektronisch dossier, een elektronisch dossier waarin het verpleegkundig proces centraal staat en een elektronisch dossier waarin de fases van het verpleegkundig proces met elkaar zijn verbonden. Twee andere aspecten hangen alleen significant samen met veiliger zorg: het tijdens het werk met cliënten altijd toegang hebben tot het elektronisch dossier van individuele cliënten en de beschikbaarheid van de onderdelen anamnese, cliëntproblemen, doelen en interventies.

5 Conclusies en reflecties

In dit hoofdstuk reflecteren we op de uitkomsten aan de hand van de drie hoofdthema's uit de onderzoeksvragen: de ervaren kwaliteit en veiligheid van de zorg (paragraaf 5.1), de ervaren competenties van zorgverleners (paragraaf 5.2), en de wijze waarop verslaglegging plaatsvindt in het cliëntendossier (paragraaf 5.3).

5.1 Ervaren kwaliteit en veiligheid van de zorg

Zorgverleners geven kwaliteit en veiligheid van zorg een ruime voldoende

Zorgverleners zijn positief over de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Zij geven aan beiden een ruim voldoende rapportcijfer (7,4 en 7,3). Goede zorg verlenen blijkt belangrijk voor het werkplezier van de zorgverleners. Hoe positiever zorgverleners zijn over de kwaliteit en veiligheid van de zorg hoe vaker zij hun werk inhoudelijk leuk vinden en er trots op zijn.

Vijf procent vindt de geboden zorg matig tot slecht en 8% vindt het veiligheidsbeleid matig tot slecht. Vijftien procent van de zorgverleners geeft aan dat hun cliënten regelmatig tot vaak zorg krijgen die kwalitatief niet goed is en volgens 9% is de veiligheid van de zorg regelmatig tot vaak in gevaar. De tevredenheid over de kwaliteit van zorg lijkt te dalen. Het gemiddelde cijfer op de schaal die tevredenheid met de kwaliteit van zorg meet was nu 3,23 (op een schaal van 1 - 5). In eerder vragenlijstonderzoek onder zorgverleners in het Panel Verpleging & Verzorging constateerden we over de periode 2011-2017 een daling in de tevredenheid van 3,46 in 2011 naar 3,34 in 2017¹⁶. Deze daling lijkt dus door te zetten. Aandacht voor kwaliteit van de zorg blijft noodzakelijk.

Onvoldoende gekwalificeerd personeel hangt samen met ervaren kwaliteit en veiligheid

Er is een sterke samenhang tussen de ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg enerzijds en de ervaren aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel anderzijds. Vrijwel alle zorgverleners (91%) die de kwaliteit van de cliëntenzorg matig tot slecht vinden, geven aan dat er onvoldoende gekwalificeerd personeel aanwezig is. Daarnaast zien we dat 67% van de zorgverleners die het veiligheidsbeleid matig tot slecht vindt, van mening is dat er onvoldoende gekwalificeerd personeel is. Over de hele groep zorgverleners (waarin ook de zorgverleners zitten die positief zijn over de kwaliteit van zorg en het veiligheidsbeleid) zijn deze percentages met respectievelijk 42% en 27% veel lager.

Ander onderzoek laat zien dan zorgverleners vinden dat hun werkdruk als gevolg van krapte op de arbeidsmarkt is toegenomen¹⁷. Hoge werkdruk zie we terug in een aspect van de algemene perceptie van cliëntveiligheid: bijna een kwart (24%) van de zorgverleners geeft aan dat ze in hun team in een 'crisisituatie' werken en te veel te snel proberen te doen. Dit kan de kans op fouten vergroten.

Sterk in teamwerk voor veilige zorg

Een sterk punt¹⁸ in de veiligheidscultuur is de mate waarin zorgverleners zich in hun team vrij voelen om te spreken over zaken die betrekking hebben op de veiligheid van cliënten (76%). Ook het in het team bespreken van mogelijkheden om te voorkomen dat vergissingen zich herhalen is een sterk punt (76%). Er lijkt nog winst te behalen in het bespreken binnen het team van de effectiviteit van aangebrachte veranderingen om de cliëntveiligheid te verbeteren: bij 43% van de zorgverleners wordt dit niet geëvalueerd in het team.

¹⁶ Brinkman e.a., 2018

¹⁷ Van der Mooren e.a., 2019

¹⁸ Smits e.a., 2006. Deze Handleiding COMPaZ geeft als leidraad: "Als 75% of meer respondenten een positief antwoord heeft gegeven op een positief geformuleerd item, dan is dat een sterk punt"

5.2 Ervaren competenties

Competente zorgverleners

Achttien van de twintig competenties afgeleid uit de competentiegebieden in de beroepsprofielen, worden door 84% of meer zorgverleners relevant gevonden voor hun werk en worden door de grote meerderheid van de zorgverleners (77,0%-94,5%) beheerst.

Twee van de twintig competenties worden door slechts ongeveer de helft van de zorgverleners beheerst en zijn dus aandachtspunten: 'Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg (bijvoorbeeld e-health of zorg op afstand)' en 'Gebruiken van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek'. Daarnaast zijn er vijf competenties die door een op de vijf zorgverleners niet worden beheerst en eveneens aandachtspunten zijn. Dit zijn: 'Samenwerking met andere disciplines buiten de organisatie', 'Bijdragen aan gezamenlijke reflectie en ontwikkelen van mijn team', 'Geïndiceerde preventie (voorkómen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening)', 'Gezondheidsbevordering bij cliënten (zoals leefstijladvisering, gezondheidsvoorlichting of motiverende gespreksvoering)' en 'Bijdragen aan de ontwikkeling van beleid van het team en/of de organisatie'.

Ruime helft wil verdere scholing

Een ruime helft van de zorgverleners (57%) heeft behoefte aan bij- en nascholing op een of meerdere competentiegebieden. Van de achttien relevant gevonden competenties hebben zorgverleners de meeste behoefte aan extra scholing in de competenties 'Bijdragen aan gezamenlijke reflectie en ontwikkelen van mijn team' (27%) en 'Gezondheidsbevordering bij cliënten' (21,0%). We verwachten dat gezamenlijke reflectie en ontwikkeling binnen het team bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De behoefte aan scholing op het gebied van gezondheidsbevordering sluit aan bij de focus in het gezondheidszorgbeleid op mensen zoveel mogelijk zelfstandig en in hun eigen leefomgeving te houden. De competenties van de zorgverlening moeten daarbij op de cliënt worden afgestemd: het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van mensen staat daarbij centraal en niet de ziekte of de aandoening¹⁹. Eerdere onderzoeken onder verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners lieten ook een relatief grote behoefte zien aan verder scholing in preventie^{20 21}. In ons onderzoek gaat het om bijvoorbeeld leefstijladvisering, gezondheidsvoorlichting of motiverende gespreksvoering.

Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg

Eén van de twee competenties die zorgverleners, vergeleken met de andere genoemde competenties, minder relevant vinden en minder beheersen, is 'Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg'. Hierbij kan men denken aan e-health toepassingen zoals beeldbellen, het elektronisch doorgeven van meetwaarden of het elektronisch toezicht houden op de cliënt. Bijna de helft (44%) van de zorgverleners vindt deze elektronische communicatie niet relevant en ruim de helft (55%) beheerst deze competentie niet. Één op de vijf zorgverleners geeft aan zich te willen scholen op dit gebied.

Het gebruik van e-health toepassingen door verpleegkundigen en verzorgenden stijgt desondanks, zo blijkt uit de e-health monitor²² waarin ook zorgverleners uit het Panel Verpleging & Verzorging zijn ondervraagd. Het afgelopen jaar investeerde een derde van de werkgevers in nieuwe technologieën (waaronder e-health) gericht op het contact met cliënten.²³ Zorgverleners kunnen e-health alleen

¹⁹ Kaljouw & Van Vliet, 2015

²⁰ Verest e.a., 2019

²¹ Maurits e.a., 2015

²² Swinkels e.a., 2017

²³ Van der Mooren e.a., 2019

toepassen als zij voldoende kennis hebben over de mogelijkheden en weten hoe en bij wie zij dit kunnen inzetten²⁴. Het is belangrijk om zorgverleners daarover te informeren, maar bovenal om hen de relevantie van e-health voor hun werk te laten zien.

Gebruik van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek

Ruim een derde van de ondervraagde zorgverleners (37%) vindt het gebruik van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek niet relevant voor hun werk. Ruim de helft (54%) zegt die competentie ook niet te beheersen en er is weinig belangstelling om het te leren (15%).

Deze competentie is niet alleen relevant voor de zorgverleners met een hbo-opleiding²⁵, ook verzorgenden en mbo-opgeleide zorgverleners kunnen kennisnemen van wetenschappelijk onderzoek door bijvoorbeeld de vakliteratuur bij te houden. De helft (52%) van de werknemers in de zorg geeft aan vakliteratuur bij te houden²⁶.

Dat ruim een derde van de zorgverleners het niet relevant vindt om onderzoeksresultaten toe te passen in hun werk is opvallend en het is belangrijk om nader te onderzoeken wat daaraan ten grondslag ligt en hoe dat kan worden verbeterd.

Competente zorgverleners: voorwaarde voor goede zorg

In de inleiding van dit rapport stelden we dat competente zorgverleners een voorwaarde zijn voor goede zorg. De resultaten van dit onderzoek bevestigen deze stelling. Het werken met gekwalificeerde zorgverleners zien zorgverleners als belangrijk voor kwaliteit en veiligheid van de zorg. Naarmate de kwaliteit en veiligheid van de zorg als slechter wordt ervaren, voelen zorgverleners vaker het gemis aan gekwalificeerd personeel.

Een vergelijkbaar verband zien we bij de scholingsbehoeften: zorgverleners die de kwaliteit of het veiligheidsbeleid matig tot slecht ervaren, hebben vaker behoefte aan verdere scholing. Zorgverleners willen daarmee graag bijdragen aan het verbeteren van de zorg. Investeren in scholing lijkt dus van belang om te investeren in kwaliteit en veiligheid.

5.3 Verslaglegging

Verslaglegging over zorg vraagt meeste tijd

De meeste registratietijd van zorgverleners zit in de verslaglegging over de zorg aan individuele cliënten. Gemiddeld besteden zij hier 6,4 uur per week aan. Daarnaast besteden zij gemiddeld nog eens 3 uur per week aan de registratiewerkzaamheden voor de organisatie. Dit betekent dat zorgverleners in totaal ongeveer 9,5 uur kwijt zijn aan registratietaken op een gemiddelde werkweek van 26 uren. In een onderzoek onder het Panel Verpleging & Verzorging in 2017 was de gemiddelde registratietijd nog 10,5 uur; onder de deelnemers aan het Panel Verpleging & Verzorging lijkt de registratietijd dus enigszins af te nemen. Mogelijk is deze daling een gevolg van het VWS-programma '(Ont)regel de zorg' gericht op het schrappen van onnodige registraties²⁷.

Ander onderzoek, specifiek onder professionals in de langdurige zorg, laat echter zien dat het door zorgverleners zélf ingeschatte deel van de werktijd stijgt dat wordt besteed aan registratie²⁸. Deze ogenschijnlijk tegenstrijdige resultaten hangen waarschijnlijk samen met de iets andere onderzoeksgroep.

De resultaten van ons onderzoek laten ook zien dat ervaren registratiedruk gelijk blijft. Bijna een kwart (24%) vindt de hoeveelheid tijd besteed aan administratief werk redelijk en zegt dat het niet ten koste

²⁴ Wouters e.a., 2018

²⁵ Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling, 2012

²⁶ Van der Mooren e.a., 2019

²⁷ Ministerie van VWS-(Ont)regel de Zorg, 2018

²⁸ Hanekamp, 2019

gaat van de zorg voor de cliënten. Dit is ongeveer gelijk aan het onderzoek onder zorgverleners van het Panel V&V in 2017 en 2015, toen ook bijna een kwart dit vond (24% en 20%)²⁹.

Grote verschillen in ervaren registratiedruk

De verschillen tussen de deelnemers aan het panel V&V in ervaren registratiedruk zijn groot. Bij bijna twee derde van de zorgverleners leidt registratie regelmatig tot voortdurend tot een verhoogde ervaren werkdruk. Anderzijds ervaart ruim een derde van de zorgverleners zelden of nooit een verhoogde werkdruk door de verslaglegging over de zorg aan individuele cliënten (33%) of door registratiewerkzaamheden voor organisaties (38%). Eerder onderzoek liet zien dat de ervaren registratiedruk, naast de daadwerkelijk bestede registratietijd, door veel factoren wordt beïnvloed³⁰. Zaken als het gebruiksgemak van het elektronisch dossier en de ervaring dat de eigen organisatie er alles aan doet om de registratietaken te beperken, beïnvloeden de ervaren registratiedruk. In de komende jaren blijft onderzoek nodig om na te gaan of niet alleen de registratietijd minder wordt, maar ook de daarmee gepaard gaande werkdruk.

Goed elektronisch dossier hangt samen met ervaren kwaliteit van zorg en veiligheidsbeleid

Ons onderzoek laat op een aantal aspecten van de ervaren kwaliteit van het elektronisch dossier een samenhang zien met zowel de ervaren kwaliteit van zorg als met het ervaren veiligheidsbeleid. Deze aspecten zijn de gebruiksvriendelijkheid van een elektronisch dossier, een elektronisch dossier waarin het verpleegkundig proces centraal staat en een elektronisch dossier waarin de fasen van het verpleegkundig proces met elkaar zijn verbonden. Zo vindt bijvoorbeeld twee derde (68%) van de zorgverleners in ons onderzoek het elektronisch dossier gebruiksvriendelijk. Wanneer we echter kijken naar de groep die de kwaliteit van zorg matig tot slecht vindt, dan beschouwt nog maar 34% het elektronisch dossier als gebruiksvriendelijk. Zes van de tien zorgverleners werken met een dossier waarin het verpleegkundig proces centraal staat (62%) en de fasen van dit proces verbonden zijn (62%). Dit betekent dat op het gebied van verpleegkundige verslaglegging met behulp van een elektronisch dossier nog een verbeterslag is te maken.

5.4 Conclusie

Kwalitatief goede zorg is zorg die voldoet aan professionele standaarden en richtlijnen. Veilige zorg betekent dat zorgverleners ernaar streven vermijdbare schade bij cliënten te voorkomen. Kwalitatief goede en veilige zorg is belangrijk voor de aantrekkelijkheid van het werk voor zorgverleners, die daarmee inhoudelijk leuker werk hebben en trotser zijn op hun beroep. De meeste zorgverleners vinden de kwaliteit en veiligheid voldoende tot goed, een groep van 5-8% vindt dat zij in een situatie werken waar dit niet het geval is.

Dit onderzoek laat ook zien dat de ervaring te werken met competente zorgverleners en goede ervaringen met de verslaglegging van de zorg voor cliënten samenhangen met de ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg.

²⁹ Brinkman e.a., 2018

³⁰ De Veer e.a., 2017

Literatuur

- Batenburg R., Asten B. van, Bosmans M., Vandermeulen L., Versteeg S., Kruis L. van der, Vis E. Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Nivel, Utrecht, 2018.
- Brinkman M., Veer A.J.E. de, Spreeuwenberg P., Groot K. de, Francke A.L. De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2017: cijfers en trends voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg. Nivel, Utrecht, 2018.
- Frank J. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework-Better standards, better physicians, better care. *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. Ottawa, Canada, 2005.
- Groot K. de, Veer A.J.E. de, Versteeg S., Francke A. Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg. Nivel, Utrecht, 2018.
- Groot K. de, Triemstra M., Paans W., Francke A. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *J Adv Nurs*. 2019 Jul;75(7):1379-1393.
- Hanekamp M., Heesbeen S., Helm I. van der, Valks R. Administratieve belasting langdurige zorg 2019. Uitkomsten onderzoek Berenschot. Berenschot, 2019.
- Kaljouw M. & Vliet K. van. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Zorginstituut Nederland, 2015.
- Lambregts J. & Grotendorst A. Leren van de toekomst. *Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*. Houten, 2012.
- Landeweerd J., Boumans N., Nissen J. Arbeidsvoldoening bij verplegenden en verzorgenden. De Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg. Handboek verpleegkundige innovatie. Houten 1996.
- Maurits E., Veer A.J.E. de, Francke A. Omgaan met disfunctionerende zorgverleners in ziekenhuizen. Ervaringen van verpleegkundigen. Nivel, Utrecht, 2014.
- Maurits E., Veer A.J.E. de, Francke A. Competenties in een veranderende gezondheidszorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Nivel, Utrecht, 2015.
- Maurits E., Veer A.J.E. de, Francke A. Inspelen op veranderingen in de zorg. Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Nivel, Utrecht, 2016.
- Ministerie van VWS. (Ont)regel de Zorg, 2018; zie ook website <https://www.ordz.nl/>.
- Mooren F. van der & Gielen W. Werkgeversenquête zorg en welzijn. Uitkomsten 1e meting 2019. Den Haag: CBS, 2019 (inclusief excel tabellen).
- Mooren F. van der & Gielen W. Werknemersenquête zorg en welzijn. Uitkomsten 1e meting 2019, Den Haag: CBS, 2019 (inclusief excel tabellen).
- Müller-Staub M., Graaf-Waar H. de, Paans W. An internationally consented standard for Nursing Process-Clinical Decision Support Systems in electronic health records. *Computers, informatics, nursing*;34(11):493-502, 2016.
- Rapport POH transitie, april 2017, zie: https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/Rapport_POH_Transitie-20_april_2017.pdf.

- Schilp J., Botje D., Langelaan M., Wagner C. Zicht op cliëntveiligheid. Het meten van veiligheidscultuur in een GGZ instelling. Nivel, Utrecht, 2015.
- Smits M., Christiaans-Dingelhoff I., Wagner C., Wal G., van der. Handleiding COMPaZ. NIVEL en VUmc/EMGO Instituut, Utrecht/Amsterdam, 2006.
- Stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling. Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Utrecht: V&V 2020, 2012. Zie:
<http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2016%20Documenten/20160113%20Rapport%20Toekomstbestendige%20beroepen.pdf>
- Swinkels I., Jong J. de, Wouters M., Veer A.J.E. de. Steeds meer zorgverleners in de ouderenzorg gebruiken eHealth-toepassingen: grote kloof tussen behoefte aan en gebruik van digitale dubbele medicatiecontrole. Nivel, Nictiz, Utrecht/Den Haag, 2017.
- V&VN richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging. Utrecht 2011. Zie:
<https://www.venvn.nl/Portals/30/Thema/Verpleegkundige%20Indicatiestelling/20111129%20Richtlijn%20verslaglegging%208%20sept%202011.pdf>.
- Veer A.J.E., de, Dieteren C., Groot K. de. Cliëntgebonden samenwerking over organisatiegrenzen heen: verpleegkundige voelt zich onvoldoende competent. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 127 (2017) 04, p. 32-33, 2017.
- Veer A.J.E., Groot K. de, Brinkman M., Francke, A. Administratieve druk: méér dan kwestie van tijd. Nivel, Utrecht, 2017.
- Velden L. van der, Francke A., Batenburg R. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland. Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen. Nivel, Utrecht, 2011.
- Verest W., Groot K. de, Veer A.J.E., de. Preventie bij roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Activiteiten van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Nivel, Utrecht, 2019.
- VGN Competentieprofielen Gehandicaptenzorg, 2018. Beschikbaar via:
- voor ABC-niveau: Landelijk competentieprofiel voor beroepskrachten (niveau ABC) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg:
https://legacy.vgn.nl/media/5aa25790c3d47/Beroepscompetentieprofiel+ABC+DEF.pdf?_ga=2.258610895.493777893.1550839409-1656664853.1550588305.
 - voor D-niveau: Beroepscompetentieprofiel voor beroepskrachten met een hogere functie (niveau D) in het primaire proces van de gehandicaptenzorg:
https://legacy.vgn.nl/media/5aa25790ca1b6/Beroepscompetentieprofiel+D+DEF.pdf?_ga=2.258610895.493777893.1550839409-1656664853.1550588305.
- Vliet M. van, Grotendorst. A., Roodbol P. Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Zorginstituut Nederland, 2017.
- Wouters M., Swinkels I., Lettow B. van, Jong J. de, Sinnige J., Brabers A., Friele R., Gennip L. van. E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018. Nictiz, Nivel, Den Haag/Utrecht, 2018.
- Zorginstituut Nederland. Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen - Nieuwe kijk op beroepen en opleidingen in zorg en welzijn, 2017. Zie:
[file:///C:/Users/user802/Downloads/Innovatie+Zorgberoepen+&+Opleidingen+\(Nieuwe+kijk+op+beroepen+en+opleidingen+in+zorg+en+welzijn\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user802/Downloads/Innovatie+Zorgberoepen+&+Opleidingen+(Nieuwe+kijk+op+beroepen+en+opleidingen+in+zorg+en+welzijn)%20(1).pdf).

Bijlage A. Onderzoeksgroep

Het Panel Verpleging & Verzorging

Het Panel Verpleging & Verzorging (www.nivel.nl/panelenv) verzamelt op landelijk niveau informatie over de meningen en ervaringen van zorgverleners over beroepsinhoudelijke onderwerpen en werkbeleving. Paneldeelnemers werken in de directe cliëntenzorg en zijn vooral geworven via het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (www.azwinfo.nl). Onderdeel van dit onderzoeksprogramma is een terugkerende werknemersenquête onder een representatieve steekproef van werknemers in de zorg. Sinds 2015 vond de werving plaats via het "Pensioenfonds Zorg en Welzijn" (PFZW) en het "Pensioenfonds ABP" (ABP)³¹. Respondenten die in de werknemersenquête aangaven vaker mee te willen werken aan onderzoek én tot de doelgroep behoren werden gevraagd deelnemer te worden van het Panel Verpleging & Verzorging.

Voor het onderhavige onderzoek benaderden we 2862 paneldeelnemers uit de hieronder genoemde sectoren. De vragenlijst is online aangeboden met een eerste herinnering na een week. Een tweede herinnering volgde drie weken na de eerste aanbieding. Na deze twee herinneringen hebben 1187 paneldeelnemers de vragenlijst ingevuld (respons 41,5%), te weten (zie ook tabel A1):

- 201 verpleegkundigen in ziekenhuizen (respons 40,2%) (ZKH);
- 128 verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg (respons 51,6%) (GGZ);
- 151 begeleiders met een verpleegkundige of agogische opleiding in de gehandicaptenzorg (respons 41,5%) (GZ);
- 305 verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de wijkverpleging (respons 40,8%) (WIJK);
- 209 praktijkondersteuners werkzaam in de huisartsenzorg (respons 33,8%) (POH)
- 193 verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de intramurale ouderenzorg (respons 45,3%) (IO);

Tabel A2 Respondenten naar werkomgeving

Werkomgeving	n=1.187	%
Ziekenhuis	201	16,9
Geestelijke gezondheidszorg	128	10,8
Gehandicaptenzorg	151	12,7
Wijkverpleging	305	25,7
Huisartsenzorg	209	17,6
Intramurale ouderenzorg	193	16,3

Tien procent van de respondenten is man (tabel A2). Het personeelsbestand in de gehele zorgsector bestond in 2017 voor 16% uit mannen. De leeftijd van de respondenten varieert van 21 tot 68 jaar en is gemiddeld 50,8 jaar (s.d. 10,7). De gemiddelde leeftijd van de medewerkers in de gehele zorgsector was 42,5 jaar in 2017³². De groep respondenten is dus gemiddeld ouder en bestaat uit meer vrouwen dan de populatie van alle medewerkers in de zorg.

³¹ Evers, G., et al. (2016). Werknemersenquête Zorg en WJK 2015, Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW).

³² www.azwinfo.nl. Tabellenfunctie gedownload op 17-07-2019, gegevens afkomstig uit 2017

Tabel A2. Geslacht en leeftijd van de respondenten (n=1187, %)

	Panel
Geslacht (n=1187)	
Vrouw	90,0
Man	10,0
Leeftijd (n=1187)	
35 jaar en jonger	12,8
36-45 jaar	12,6
46-55 jaar	33,4
56-65 jaar	41,2

Een deel van de respondenten (13,9%) heeft naast uitvoerende taken ook leidinggevende taken. De rest van de respondenten heeft een volledig uitvoerende functie. Gemiddeld werken de respondenten 26,6 uur per week (s.d. 6,6). Het aantal jaren werkervaring als gediplomeerde in de zorg varieert tussen 0 en 49 jaar en is gemiddeld 25,2 jaar (s.d. 11,7).

Tabel A3 Respondenten naar opleidingsniveau

Opleidingsniveau	n=1.187	%
Verzorgende	195	16,4
Mbo-verpleegkunde	379	31,9
Hbo-verpleegkunde	335	28,2
Mbo-agogisch opgeleide begeleider	31	2,6
Hbo-agogisch opgeleide begeleider	38	3,2
POH	209	17,6

Zes van de tien respondenten zijn opgeleid als verpleegkundige: 28,2% op ten minste hbo-niveau (hbo-verpleegkundigen en master advanced nursing practice) en 31,9% op mbo-niveau (mbo-verpleegkundigen en inservice-opgeleide verpleegkundigen) (tabel A3). Een derde van de respondenten is opgeleid als verzorgende (16,4%) of praktijkondersteuner (17,6%). De kleinste groep respondenten bestaat uit begeleiders: 2,6% op mbo-niveau en 3,2% op hbo-niveau.

Tabel A4 Respondenten naar lidmaatschap van belangen- of beroepsorganisaties
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Lid van belangen- of beroepsorganisatie	n=1.187	%
V&VN	556	46,8
NU'91	138	11,6
Andere beroepsvereniging	222	18,7
Geen lid van één of meerdere van de belangen- of beroepsorganisaties	411	34,6

Meer dan de helft van de respondenten (65,4%) is lid van één of meerdere van de belangen- of beroepsorganisaties (tabel A4), waarbij de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) het meest wordt genoemd (46,8%)

Bijlage B. Vragenlijst en analyses

B1. Vragenlijst

In deze bijlage wordt beschreven hoe de kwaliteit en veiligheid van zorg, de competenties van de zorgverleners en de wijze van verslaglegging zijn gemeten.

Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten (hoofdstuk 2)

Kwaliteit van zorg

De paneldeelnemers is gevraagd om de kwaliteit van zorg te waarderen op een vijfpuntsschaal (van zeer goed= 1 tot slecht= 5): “Wat vindt u in het algemeen van de kwaliteit van de zorg die cliënten krijgen van verpleegkundigen en/of verzorgenden binnen uw team?”. Vervolgens is gevraagd: “Hoe vaak komt het volgens u in het algemeen binnen uw team voor dat de kwaliteit van zorg verleend door verpleegkundigen en/of verzorgenden niet goed is?”. Dit item heeft een vijfpuntsschaal (vaak= 1 tot in het geheel niet= 5). Beide items zijn overgenomen uit een eerdere vragenlijst³³.

De tevredenheid met de kwaliteit van zorg is gemeten met een subschaal van de korte versie van de Maastrichtse arbeidstevredenheidsschaal voor de gezondheidszorg (MAS-GZ)³⁴. De subschaal ‘tevredenheid met de kwaliteit van zorg’ bestaat uit 3 items (vijfpuntsschaal, zeer ontevreden= 1 tot zeer tevreden= 5).

Daarnaast is aan de paneldeelnemers gevraagd om een rapportcijfer (0 tot en met 10) te geven voor de kwaliteit van zorg binnen hun team, waarbij 0 staat voor de slechtst mogelijke kwaliteit en 10 voor de best mogelijke kwaliteit.

Het item over de inschatting van paneldeelnemers of er voldoende gekwalificeerd personeel is om goede zorg te kunnen leveren (“Vindt u dat er voldoende gekwalificeerd personeel is om goede kwaliteit van zorg te leveren?”) is overgenomen uit een eerdere vragenlijst³⁵ (ja, nee, weet ik niet).

Veiligheid van zorg aan cliënten

De paneldeelnemers waardeerden de veiligheid van cliënten op een vijfpuntsschaal (van zeer goed=1 tot slecht=5): “Wat vindt u in het algemeen van het veiligheidsbeleid binnen uw team?”. Vervolgens werd gevraagd: “Hoe vaak komt het volgens u in het algemeen binnen uw team voor dat veiligheid van zorg verleend door verpleegkundigen en/of verzorgenden in gevaar is?”. Dit item heeft een vijfpuntsschaal (van vaak= 1 tot in het geheel niet= 5).

De vragenlijst bevatte drie subschalen van de Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen vragenlijst (COMPaz-vragenlijst)³⁶. De COMPaz-vragenlijst meet elf dimensies van patiëntveiligheidscultuur. De items zijn stellingen die ofwel kunnen worden beantwoord met behulp van een vijfpuntsschaal die de mate van instemming van de respondent weergeeft (van zeer mee oneens= 1 tot zeer mee eens= 5), ofwel kunnen worden beantwoord aan de hand van een vijfpuntsschaal die de frequentie weergeeft (van nooit= 1 tot altijd= 5).

De vragenlijst bevatte de volgende drie subschalen:

- **Open communicatie**; de drie items gaan in op de mate waarin men zich vrij voelt om over zaken die betrekking hebben op de veiligheid van patiënten, te spreken. Een voorbeelditem: “we zijn bang om iets wat niet juist lijkt aan de orde te stellen”.

³³ Brinkman e.a., 2018

³⁴ Landeweerd, Boumans, & Nissen, 1996

³⁵ Maurits e.a., 2014

³⁶ Smits, e.a. Handleiding COMPaz, 2006

- **Feedback en leren van fouten**; De zes items betreffen de mate waarin men geïnformeerd wordt over gemaakte vergissingen en of er veranderingen aangebracht worden om herhaling van fouten te voorkomen. Een voorbeeld: “fouten hebben in ons team tot positieve veranderingen geleid”.
- **Algemene perceptie van patiëntveiligheid**; De vier items zijn breed geformuleerd. Een voorbeeld: “dat ernstige fouten niet (vaker) gebeuren, berust eigenlijk op toeval”. De schaalscore is de gemiddelde score op de items, waarbij de score op negatief geformuleerde items is omgecodeerd, zodat in alle gevallen geldt: een hogere score betekent een positiever antwoord.

In tabel B1 staan de (sub)schalen van de vragenlijst met de Cronbach’s alpha’s en het aantal items per schaal vermeld. De betrouwbaarheid (interne consistentie) varieert tussen 0,68 en 0,86.

Tabel B1. De interne consistentie (Cronbach’s alpha) en het aantal items van de (sub)schalen van de vragenlijst m.b.t. aspecten van kwaliteit en veiligheid van zorg (hoofdstuk 2.1 en 2.2)

Schalen en subschalen	Minimum score	Maximum score	α	Aantal items
▪ Tevredenheid met kwaliteit van zorg (tabel 2.1)	1	5	0,86	3
▪ Patiëntveiligheid (COMPaZ)				
- Open Communicatie (tabel 2.3)	1	5	0,68	3
- Feedback en leren van fouten (tabel 2.4)	1	5	0,84	6
- Algemene perceptie van cliëntveiligheid (tabel 2.2)	1	5	0,69	4

Ten slotte is gevraagd naar een rapportcijfer (0 tot en met 10) voor de veiligheid van de zorg binnen het team, waarbij 0 staat voor de slechtst mogelijke veiligheid en 10 voor de best mogelijke veiligheid. Het item over de inschatting van paneldeelnemers of er voldoende gekwalificeerd personeel is om veilige zorg te kunnen leveren (“Vindt u dat er voldoende gekwalificeerd personeel is om de veiligheid van cliënten binnen uw team te waarborgen?”) is overgenomen uit een eerdere vragenlijst³⁷.

Ook is aan de zorgverleners gevraagd hoe ze hun werk ervaren, door hen twee stellingen voor te leggen. Beide items zijn in eerder onderzoek gesteld³⁸. De eerste stelling betreft beroepstrots (“Ik ben er trots op dat ik in de zorg werk”). De tweede stelling gaat over of men het werk inhoudelijk leuk vindt (“Ik heb inhoudelijk leuk werk”). Na elke stelling volgden vijf antwoordcategorieën lopend van helemaal mee oneens (1) naar helemaal mee eens (5).

Competenties voor goede zorg (hoofdstuk 3)

Twintig competenties, verspreid over de zeven competentiegebieden, zijn beschreven. De competenties zijn afgeleid van de beroepsprofielen en zijn (grotendeels) eerder bevraagd³⁹. Paneldeelnemers werd bij elke competentie gevraagd in welke mate ze de beheersen (vijfpuntsschaal, helemaal niet mee eens= 1 en helemaal mee eens= 5) en in welke mate ze die relevant vinden voor hun werk (vijfpuntsschaal, helemaal niet mee eens= 1 en helemaal mee eens= 5). Vervolgens is gevraagd of ze behoefte hebben aan bij- of nascholing op de zeven competentiegebieden (ja of nee). Als men ja invulde, werd vervolgens gevraagd welke competenties men verder wilde scholen.

Verslaglegging (hoofdstuk 4)

De items over de tijd die paneldeelnemers per week besteden aan respectievelijk verslaglegging over de zorg aan cliënten (“Hoeveel uur besteedt u gemiddeld per week aan verslaglegging over de

³⁷ Maurits e.a., 2014

³⁸ Brinkman e.a., 2018

³⁹ Maurits e.a., 2015

zorgverlening aan individuele cliënten?”) en registratiewerkzaamheden (“Hoeveel uur besteedt u gemiddeld per week aan het registreren van informatie voor uw organisatie, management en/of beleid?”) zijn afgeleid van een eerdere vragenlijst⁴⁰. Daarna gaven zij aan of zij een verhoogde werkdruk ervaren door verslaglegging en door registratiewerkzaamheden (beide vijfpuntsschaal, nooit= 1 en altijd= 5) en wat zij vonden van de stelling “De hoeveelheid tijd die ik besteed aan administratief werk is redelijk en ik weet zeker dat de cliënten er niet onder te lijden hebben” (vijfpuntsschaal, (helemaal niet mee eens= 1 en helemaal mee eens= 5)^{41 42}.

Vragen over de wijze van verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten betroffen de vorm (elektronisch of papieren dossier) en het gehanteerde classificatie- of ordeningssysteem. Deze vragen zijn gebaseerd op een eerdere vragenlijst⁴³.

Ten slotte zijn tien stellingen over het elektronisch dossier voorgelegd (eens, oneens of weet ik niet). De stellingen zijn gebaseerd op de internationale ‘Nursing Process-Clinical Decision Support Systems’(NP-CDSS) standaard⁴⁴. Dit is een standaard ontwikkeld voor de verdere ontwikkeling van elektronische dossiers die klinische beslissingen van verpleegkundigen ondersteunen, waarbij het verpleegkundig proces centraal staat.

De concept vragenlijst is uitgetest op begrijpelijkheid en volledigheid door 7 verpleegkundigen, 1 praktijkondersteuner en 1 begeleider.

B2. Analyses

Met het statistisch programma STATA versie 15.1 zijn beschrijvende analyses uitgevoerd. Percentages zijn berekend over de respondenten die de vraag beantwoord hebben. Relaties zijn getoetst met Chi-kwadraattoetsen met als significantieniveau $p < 0,05$.

De verdeling van de respondenten over de zorgsectoren en opleidingsniveaus wijkt af van de verdeling in de populatie van verpleegkundigen in ziekenhuizen, verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg, verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg, begeleiders (verpleegkundigen en agogisch opgeleide begeleiders) in de gehandicaptenzorg, en praktijkondersteuners in de huisartsenzorg. Om uitspraken te doen over de populatie is daarom gewogen. Bij het vaststellen van de weegfactor is gebruik gemaakt van de aantallen zorgverleners per zorgsector en de verdeling van opleidingsniveaus per zorgsector. Bij de verpleegkundigen per zorgsector is onderscheid gemaakt tussen mbo-opgeleide en hbo-opgeleide verpleegkundigen. Bij de agogisch opgeleide begeleiders is eveneens een onderscheid gemaakt tussen mbo- en hbo-opgeleide begeleiders. De populatiecijfers zijn gebaseerd op de cijfers van het AZW programma⁴⁵. Voor de praktijkondersteuners in de huisartsenzorg hadden we geen informatie over het opleidingsniveau waardoor dit niet berekend is in de weegfactor voor deze groep. Het totaal aantal praktijkondersteuners is gebaseerd op het Nivel-rapport ‘Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg’⁴⁶. De weging zorgt ervoor dat de verdeling van de respons over opleidingsniveau en zorgsector overeenkomt met de verdeling in de populatie, te weten verpleegkundigen in ziekenhuizen

⁴⁰ Brinkman e.a., 2018

⁴¹ Brinkman e.a., 2018

⁴² Ruijters, R. F. M. & Stevens, F. C. J. 1992. Organisatiestructuur, rolduidelijkheid, arbeidssatisfactie en het oordeel van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen. *Verpleegkunde*, 2, 106-114.

⁴³ Brinkman e.a., 2018

⁴⁴ Müller-Staub e.a., 2016

⁴⁵ AZWinfo-Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn: <https://www.azwinfo.nl/jive/jive>. Geraadpleegd 05-07-2019

⁴⁶ Batenburg e.a., 2018

en de GGZ, begeleiders in de gehandicaptenzorg, verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg en praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk.

Bijlage C. Kerncijfers per sector

Deze bijlage bevat voor elke sector een beschrijving van de kerncijfers. Naast het cijfer staat ter vergelijking het cijfer van de populatie, ofwel het gewogen cijfer zoals beschreven in de hoofdstukken 2, 3, en 4.

C1. Kerncijfers Ziekenhuizen

Respondenten: 201 verpleegkundigen

Tabel C.1.1 Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg (% of gemiddelde (s.d.))

Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	Ziekenhuizen	Totaal
Rapportcijfer kwaliteit van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,5 (1,0)	7,4 (1,1)
Kwaliteit van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	97,5	95,2
Kwaliteit van zorg, verleend door zorgverleners is regelmatig tot vaak niet goed (%)	16,0	14,8
Rapportcijfer veiligheid van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,3 (1,0)	7,3 (1,1)
Veiligheid van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	94,3	91,1
Veiligheid van zorg, verleend door verpleegkundigen is regelmatig tot vaak in gevaar (%)	9,4	8,9

Tabel C.1.2. Behoeftte aan na/of bijscholing op competentiegebieden of specifieke competenties (%)

Competentiegebieden waaraan minimaal één op de vijf of meer zorgverleners aangeven behoefte te hebben	Ziekenhuizen	Totaal
Communicatie	25,0	29,0
Kennis & Wetenschap	26,1	31,3
Maatschappelijk handelen	20,6	27,5
Competenties waarop minimaal één op de vijf zorgverleners aangeeft bijgeschoold te willen worden	Ziekenhuizen	Totaal
Bijdragen aan gezamenlijke reflectie, leren en ontwikkelen van mijn team	20,5	26,8

Tabel C.1.3. Tijd besteed aan verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk (% of gemiddelde (s.d.))

Verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk	Ziekenhuizen	Totaal
Tijd besteed aan verslaggeving in uren per week (gemiddelde, s.d.)	8,3 (4,5)	6,4 (4,4)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door verslaggeving (%)	65,3	67,4
Tijd besteed aan registratiewerkzaamheden (uren per week, s.d.)	3,6 (4,2)	3,0 (3,5)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door registratiewerkzaamheden (%)	55,6	61,7
Totale tijd aan administratief werk (uren per week, s.d.)	11,9 (6,9)	9,5 (6,7)

Tabel C.1.4. Plezier in het werk (%)

Plezier in het werk	Ziekenhuizen	Totaal
Heeft inhoudelijk leuk werk	92,3	93,5
Is trots op werken in de zorg	83,3	81,6

C2. Kerncijfers GGZ

Respondenten: 128 verpleegkundigen

Tabel C.2.1. Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg (% of gemiddelde (s.d.))

Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	GGZ	Totaal
Rapportcijfer kwaliteit van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,0 (1,2)	7,4 (1,1)
Kwaliteit van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	86,7	95,2
Kwaliteit van zorg, verleend door zorgverleners is regelmatig tot vaak niet goed (%)	18,8	14,8
Rapportcijfer veiligheid van zorg (gemiddelde, s.d.)	6,8 (1,4)	7,3 (1,1)
Veiligheid van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	80,8	91,1
Veiligheid van zorg, verleend door verpleegkundigen is regelmatig tot vaak in gevaar (%)	24,8	8,9

Tabel C.2.2. Behoeftte aan na/of bijscholing op competentiegebieden of specifieke competenties (%)

Competentiegebieden waaraan minimaal één op de vijf of meer zorgverleners aangeven behoefte te hebben	GGZ	Totaal
Vakinhoudelijk handelen	21,4	21,6
Communicatie	26,8	29,0
Kennis & Wetenschap	27,1	31,3
Maatschappelijk handelen	30,8	27,5
Professionaliteit en kwaliteit	29,1	23,9
Competenties waarop minimaal één op de vijf zorgverleners aangeeft bijgeschoold te willen worden	GGZ	Totaal
Gezondheidsbevordering bij cliënten	22,2	21,0

Tabel C.2.3. Tijd besteed aan verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk (% of gemiddelde (s.d.))

Verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk	GGZ	Totaal
Tijd besteed aan verslaggeving in uren per week (gemiddelde, s.d.)	8,5 (4,4)	6,4 (4,4)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door verslaggeving (%)	82,8	67,4
Tijd besteed aan registratiewerkzaamheden (uren per week, s.d.)	3,4 (3,4)	3,0 (3,5)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door registratiewerkzaamheden (%)	65,5	61,7
Totale tijd aan administratief werk (uren per week, s.d.)	11,9 (6,0)	9,5 (6,7)

Tabel C.2.4. Plezier in het werk (%)

Plezier in het werk	GGZ	Totaal
Heeft inhoudelijk leuk werk	89,7	93,5
Is trots op werken in de zorg	65,8	81,6

C3. Kerncijfers Gehandicaptenzorg

Respondenten: 151 verpleegkundigen en agogisch opgeleide begeleiders

Tabel C.3.1. Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg (% of gemiddelde (s.d.))

Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	Gehandicaptenzorg	Totaal
Rapportcijfer kwaliteit van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,3 (1,0)	7,4 (1,1)
Kwaliteit van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	94,0	95,2
Kwaliteit van zorg, verleend door zorgverleners is regelmatig tot vaak niet goed (%)	13,3	14,8
Rapportcijfer veiligheid van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,2 (1,1)	7,3 (1,1)
Veiligheid van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	87,3	91,1
Veiligheid van zorg, verleend door verpleegkundigen is regelmatig tot vaak in gevaar (%)	12,1	8,9

Tabel C.3.2. Behoeftte aan na/of bijscholing op competentiegebieden of specifieke competenties (%)

Competentiegebieden waaraan minimaal één op de vijf of meer zorgverleners aangeven behoefte te hebben	Gehandicaptenzorg	Totaal
Vakinhoudelijk handelen	20,1	21,6
Communicatie	25,8	29,0
Kennis & Wetenschap	31,2	31,3
Maatschappelijk handelen	31,4	27,5
Professionaliteit en kwaliteit	25,9	23,9
Competenties waarop minimaal één op de vijf zorgverleners aangeeft bijgeschoold te willen worden	Gehandicaptenzorg	Totaal
Bijdragen aan gezamenlijke reflectie, leren en ontwikkelen van mijn team	30,5	26,8
Zorggerelateerde preventie	21,4	17,9
Gezondheidsbevordering bij cliënten	23,6	21,0

Tabel C.3.3. Tijd besteed aan verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk (% of gemiddelde (s.d.))

Verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk	Gehandicaptenzorg	Totaal
Tijd besteed aan verslaglegging in uren per week (gemiddelde, s.d.)	6,1 (4,6)	6,4 (4,4)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door verslaglegging (%)	67,2	67,4
Tijd besteed aan registratiewerkzaamheden (uren per week, s.d.)	2,8 (2,9)	3,0 (3,5)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door registratiewerkzaamheden (%)	62,8	61,7
Totale tijd aan administratief werk (uren per week, s.d.)	8,9 (6,7)	9,5 (6,7)

Tabel C.3.4. Plezier in het werk (%)

Plezier in het werk	Gehandicaptenzorg	Totaal
Heeft inhoudelijk leuk werk	97,1	93,5
Is trots op werken in de zorg	81,6	81,6

C4. Kerncijfers Wijkverpleging

Respondenten: 305 verpleegkundigen en verzorgenden

Tabel C.4.1. Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg (% of gemiddelde (s.d.))

Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	Wijkverpleging	Totaal
Rapportcijfer kwaliteit van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,7 (0,9)	7,4 (1,1)
Kwaliteit van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	96,7	95,2
Kwaliteit van zorg, verleend door zorgverleners is regelmatig tot vaak niet goed (%)	9,9	14,8
Rapportcijfer veiligheid van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,6 (1,0)	7,3 (1,1)
Veiligheid van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	94,6	91,1
Veiligheid van zorg, verleend door verpleegkundigen is regelmatig tot vaak in gevaar (%)	2,7	8,9

Tabel C.4.2. Behoefte aan na/of bijscholing op competentiegebieden of specifieke competenties (%)

Competentiegebieden waaraan minimaal één op de vijf of meer zorgverleners aangeven behoefte te hebben	Wijkverpleging	Totaal
Vakinhoudelijk handelen	22,3	21,6
Communicatie	34,4	29,0
Samenwerking	20,1	15,8
Kennis & Wetenschap	39,5	31,3
Maatschappelijk handelen	34,6	27,5
Professionaliteit en kwaliteit	28,4	23,9

Competenties waarop minimaal één op de vijf zorgverleners aangeeft bijgeschoold te willen worden	Wijkverpleging	Totaal
Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg	20,6	20,0
Bijdragen aan gezamenlijke reflectie, leren en ontwikkelen van mijn team	33,6	26,8
Zorggerelateerde preventie	20,0	17,9
Gezondheidsbevordering bij cliënten	25,6	21,0
Bijdragen aan de ontwikkeling van beleid van het team en/of de organisatie	20,2	17,8

Tabel C.4.3. Tijd besteed aan verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk (% of gemiddelde (s.d.))

Verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk	Wijkverpleging	Totaal
Tijd besteed aan verslaggeving in uren per week (gemiddelde, s.d.)	6,6 (5,4)	6,4 (4,4)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door verslaggeving (%)	52,3	67,4
Tijd besteed aan registratiewerkzaamheden (uren per week, s.d.)	3,3 (3,7)	3,0 (3,5)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door registratiewerkzaamheden (%)	57,1	61,7
Totale tijd aan administratief werk (uren per week, s.d.)	10,0 (7,8)	9,5 (6,7)

Tabel C.4.4. Plezier in het werk (%)

Plezier in het werk	Wijkverpleging	Totaal
Heeft inhoudelijk leuk werk	92,5	93,5
Is trots op werken in de zorg	84,0	81,6

C5. Kerncijfers Huisartsenzorg

Respondenten: 209 praktijkondersteuners

Tabel C.5.1. Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg (% of gemiddelde (s.d.))

Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	Huisartsenzorg	Totaal
Rapportcijfer kwaliteit van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,9 (0,7)	7,4 (1,1)
Kwaliteit van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	97,6	95,2
Kwaliteit van zorg, verleend door zorgverleners is regelmatig tot vaak niet goed (%)	5,3	14,8
Rapportcijfer veiligheid van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,8 (0,9)	7,3 (1,1)
Veiligheid van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	92,9	91,1
Veiligheid van zorg, verleend door verpleegkundigen is regelmatig tot vaak in gevaar (%)	0,5	8,9

Tabel C.5.2. Behoeftte aan na/of bijscholing op competentiegebieden of specifieke competenties (%)

Competentiegebieden waaraan minimaal één op de vijf of meer zorgverleners aangeven behoefte te hebben	Huisartsenzorg	Totaal
Communicatie	29,8	29,0
Kennis & Wetenschap	29,6	31,3
Maatschappelijk handelen	32,1	27,5
Professionaliteit en kwaliteit	25,3	23,9
Competenties waarop minimaal één op de vijf zorgverleners aangeeft bijgeschoold te willen worden	Huisartsenzorg	Totaal
Communicatie met cliënten en/of hun naasten via de elektronische weg	20,9	20,0
Bijdragen aan gezamenlijke reflectie, leren en ontwikkelen van mijn team	22,8	26,8
Gezondheidsbevordering bij cliënten	20,9	21,0

Tabel C.5.3. Tijd besteed aan verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk (% of gemiddelde (s.d.))

Verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk	Huisartsenzorg	Totaal
Tijd besteed aan verslaggeving in uren per week (gemiddelde, s.d.)	7,0 (4,3)	6,4 (4,4)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door verslaggeving (%)	59,8	67,4
Tijd besteed aan registratiewerkzaamheden (uren per week, s.d.)	2,8 (2,8)	3,0 (3,5)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door registratiewerkzaamheden (%)	47,8	61,7
Totale tijd aan administratief werk (uren per week, s.d.)	9,8 (5,8)	9,5 (6,7)

Tabel C.5.4. Plezier in het werk (%)

Plezier in het werk	Huisartsenzorg	Totaal
Heeft inhoudelijk leuk werk	98,9	93,5
Is trots op werken in de zorg	90,8	81,6

C6. Kerncijfers Intramurale Ouderenzorg

Respondenten: 193 verpleegkundigen en verzorgenden

Tabel C.6.1. Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg (% of gemiddelde (s.d.))

Ervaren kwaliteit en veiligheid van zorg	Intramurale ouderenzorg	Totaal
Rapportcijfer kwaliteit van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,2 (1,1)	7,4 (1,1)
Kwaliteit van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	95,2	95,2
Kwaliteit van zorg, verleend door zorgverleners is regelmatig tot vaak niet goed (%)	17,7	14,8
Rapportcijfer veiligheid van zorg (gemiddelde, s.d.)	7,1 (1,1)	7,3 (1,1)
Veiligheid van de zorg aan cliënten is voldoende tot zeer goed (%)	90,5	91,1
Veiligheid van zorg, verleend door verpleegkundigen is regelmatig tot vaak in gevaar (%)	10,6	8,9

Tabel C.6.2. Behoeftte aan na/of bijscholing op competentiegebieden of specifieke competenties (%)

Competentiegebieden waaraan minimaal één op de vijf of meer zorgverleners aangeven behoefte te hebben	Intramurale ouderenzorg	Totaal
Vakinhoudelijk handelen	23,4	21,6
Communicatie	27,7	29,0
Kennis & Wetenschap	36,1	31,3
Maatschappelijk handelen	25,1	27,5
Professionaliteit en kwaliteit	28,3	23,9
Competenties waarop minimaal één op de vijf zorgverleners aangeeft bijgeschoold te willen worden	Intramurale ouderenzorg	Totaal
Bijdragen aan gezamenlijke reflectie, leren en ontwikkelen van mijn team	30,0	26,8
Gezondheidsbevordering bij cliënten	20,7	21,0
Bijdragen aan de ontwikkeling van beleid van het team en/of de organisatie	23,2	17,8

Tabel C.6.3. Tijd besteed aan verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk (% of gemiddelde (s.d.))

Verslaggeving en registratiewerkzaamheden en ervaren werkdruk	Intramurale ouderenzorg	Totaal
Tijd besteed aan verslaglegging in uren per week (gemiddelde, s.d.)	6,3 (4,2)	6,4 (4,4)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door verslaglegging (%)	67,4	67,4
Tijd besteed aan registratiewerkzaamheden (uren per week, s.d.)	2,9 (3,6)	3,0 (3,5)
Ervaart regelmatig tot altijd verhoogde werkdruk door registratiewerkzaamheden (%)	47,8	61,7
Totale tijd aan administratief werk (uren per week, s.d.)	9,2 (6,3)	9,5 (6,7)

Tabel C.6.4. Plezier in het werk (%)

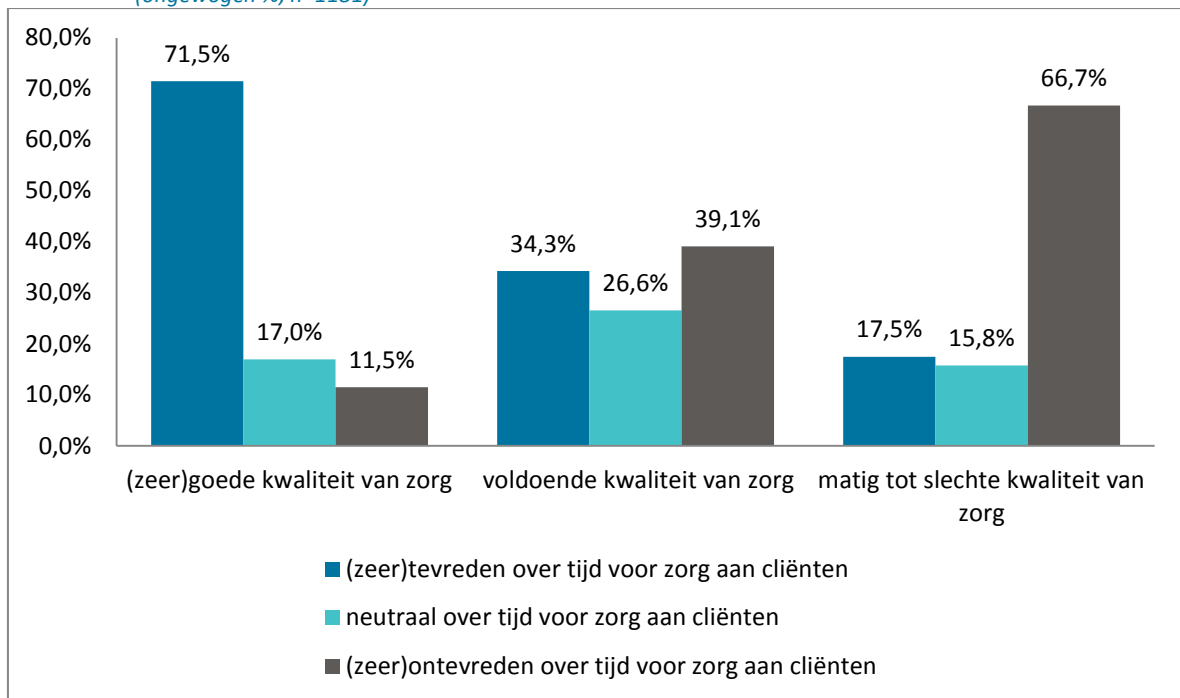
Plezier in het werk	Intramurale ouderenzorg	Totaal
Heeft inhoudelijk leuk werk	92,0	93,5
Is trots op werken in de zorg	80,5	81,6

Bijlage D. Figuren en tabellen

Figuren Hoofdstuk 2

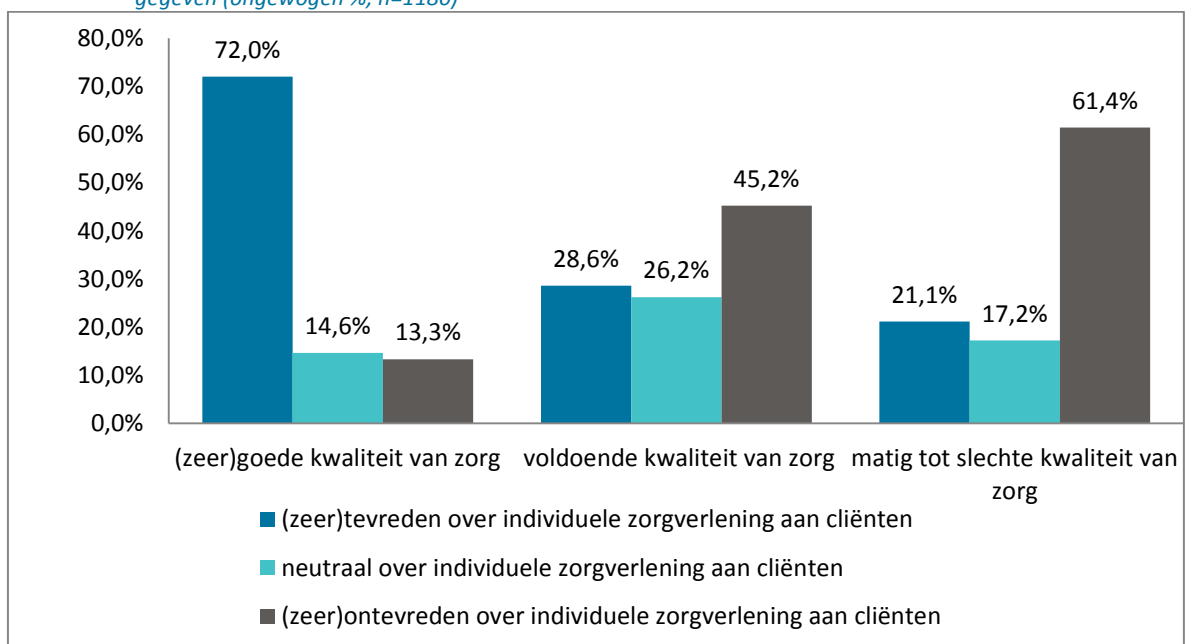
Relaties tussen de ervaren kwaliteit van zorg en tevredenheid over aspecten van kwaliteit van zorg

Figuur D2.1. Relatie tussen kwaliteit van zorg en de mate van tevredenheid over de tijd om de cliënten goed te verzorgen (ongewogen %, n=1181)



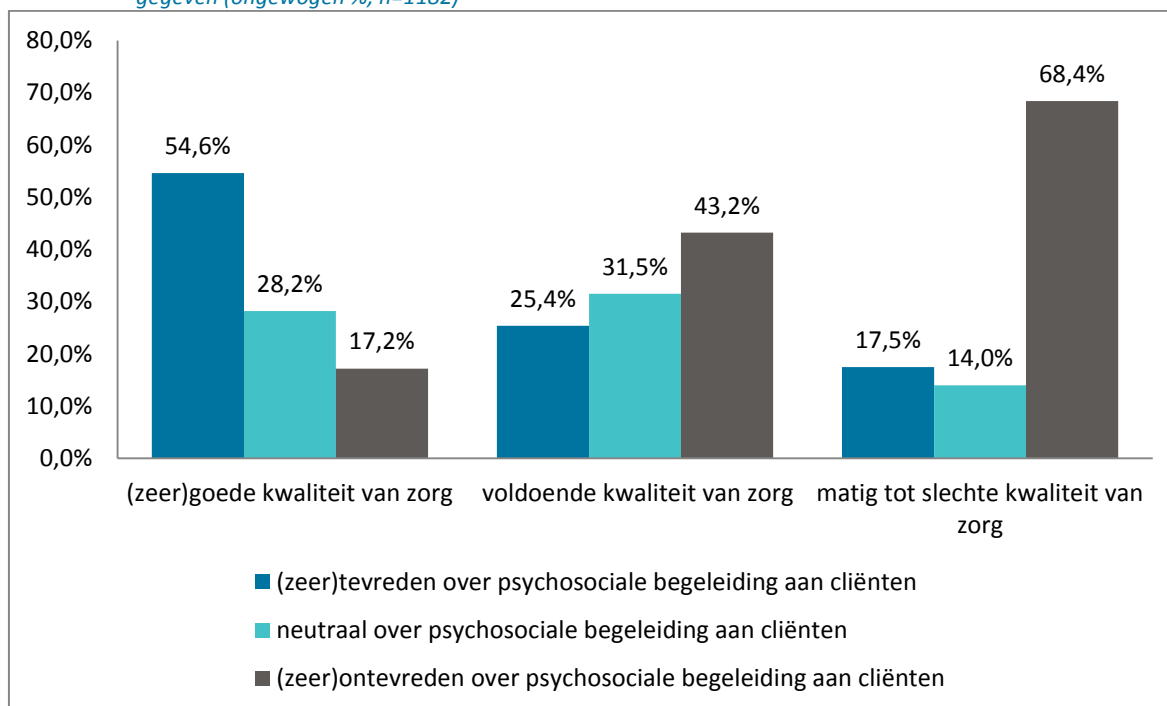
$\chi^2(4)=211,0$; $p=0,000$

Figuur D2.2. Relatie tussen kwaliteit van zorg en de mate waarin individuele zorgverlening aan cliënten kan worden gegeven (ongewogen %, n=1180)



$\chi^2(4)=218,7$; $p=0,000$

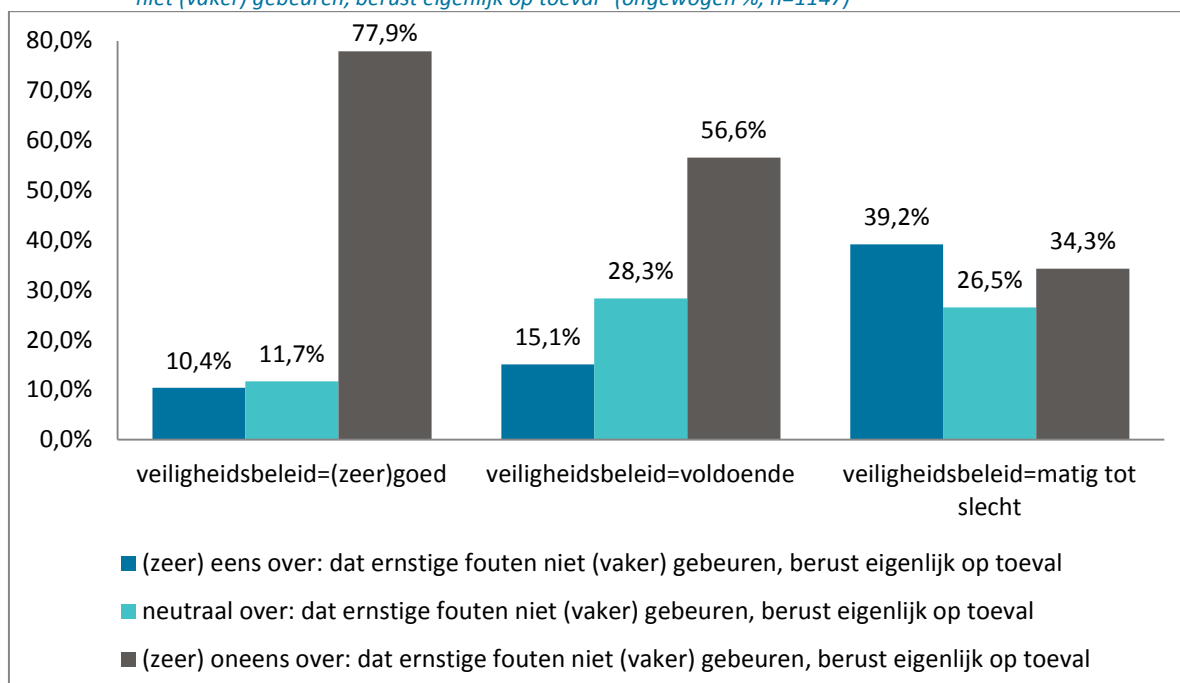
Figuur D2.3. Relatie tussen kwaliteit van zorg en de mate waarin psychosociale begeleiding aan cliënten kan worden gegeven (ongewogen %, n=1182)



Chi2(4)=147,6; p=0,000

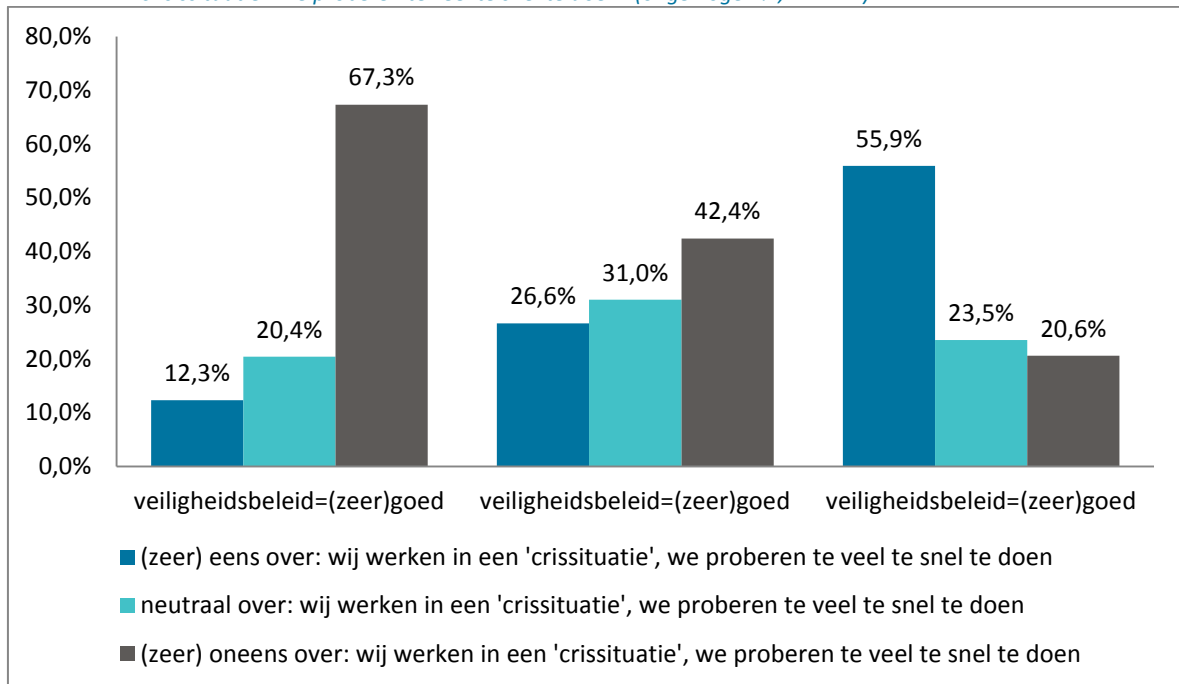
Relaties tussen het veiligheidsbeleid binnen het team en algemene aspecten van patiëntveiligheid

Figuur D2.4. Relatie tussen het veiligheidsbeleid binnen het team en het patiëntveiligheidsaspect "dat ernstige fouten niet (vaker) gebeuren, berust eigenlijk op toeval" (ongewogen %, n=1147)



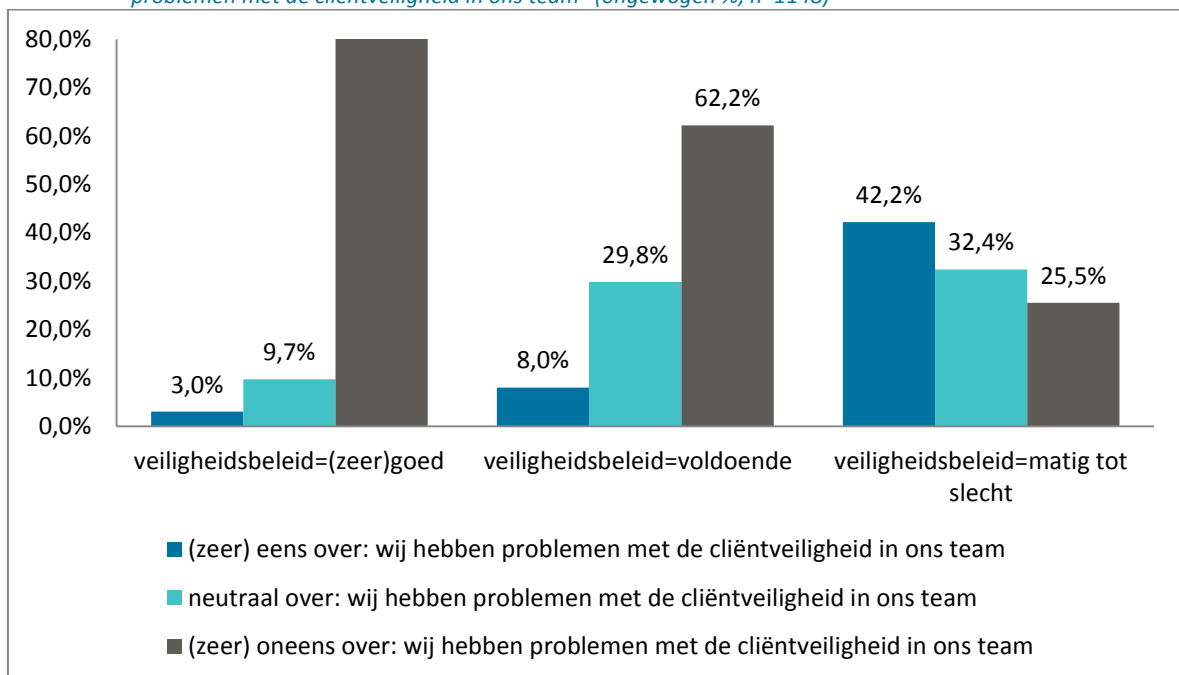
Chi2(4)=121,9; p=0,000

Figuur D2.5. Relatie tussen het veiligheidsbeleid binnen het team en het patiëntveiligheidsaspect "wij werken in een 'crisisituatie': we proberen te veel te snel te doen" (ongewogen %, n=1147)



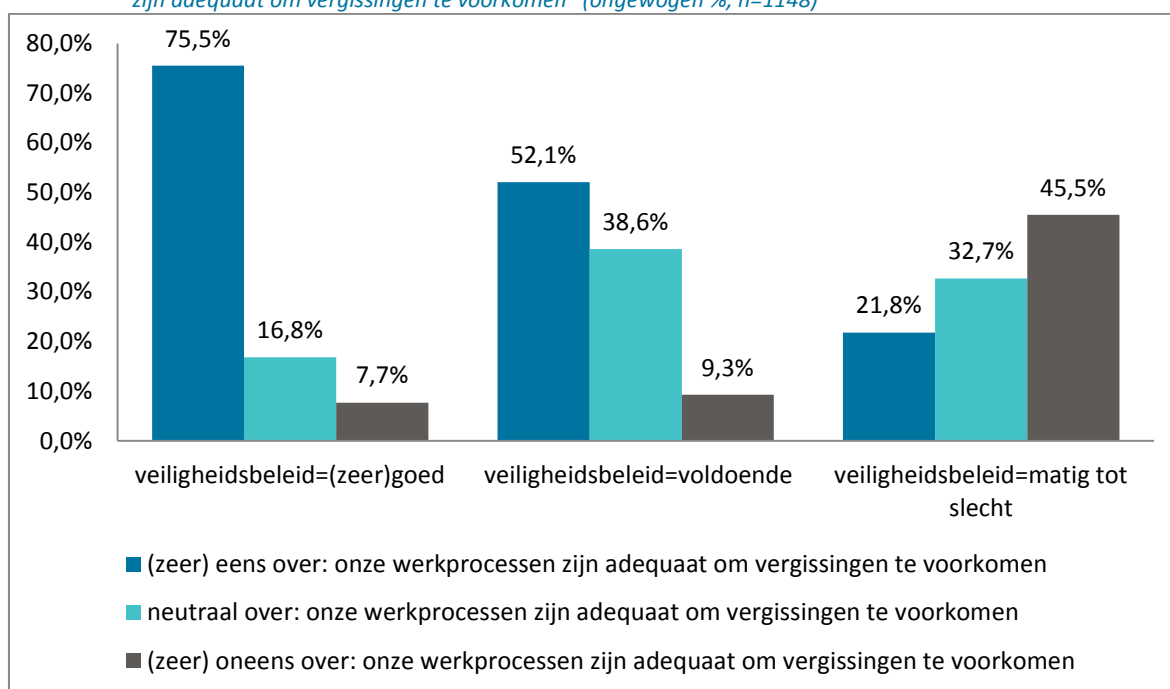
Chi2(4)=148,2; p=0,000

Figuur D2.6. Relatie tussen het veiligheidsbeleid binnen het team en het patiëntveiligheidsaspect "wij hebben problemen met de cliëntveiligheid in ons team" (ongewogen %, n=1148)



Chi2(4)=275,8; p=0,000

Figuur D2.7. Relatie tussen het veiligheidsbeleid binnen het team en het patiëntveiligheidsaspect “onze werkprocessen zijn adequaat om vergissingen te voorkomen” (ongewogen %, n=1148)



Chi2(4)=207,8; p=0,000

Tabellen Hoofdstuk 3

Tabel D3.1. Ervaren kwaliteit van zorg in relatie tot behoefte aan bij- of nascholing op de verschillende competentiegebieden (ongewogen %, n=1069-1111)

Heeft u behoefte aan bij- of nascholing voor uw rol als ...	Ervaren kwaliteit van zorg=voldoende tot zeer goed	Ervaren kwaliteit van zorg=matig tot slecht	Significantie(p)*
I. Vakinhoudelijk handelen , n=1069	19,9	27,8	0,161
II. Communicatie (Kennis, vaardigheden en attitude om te communiceren met zorgontvangers, n=1111)	28,4	41,1	0,042
III. Samenwerking (Kennis, vaardigheden en attitude om samen te werken met zorgontvangers, zorgverleners en/of organisaties, n=1101)	15,4	17,9	0,622
IV. Kennis en wetenschap (Kennis, vaardigheden en attitude om de kwaliteit van zorg te waarborgen en verbeteren, n=1089)	32,8	28,6	0,509
V. Maatschappelijk handelen (Kennis, vaardigheden en attitude om de leefstijl en gezond gedrag van burgers en zorgvragers te beïnvloeden, n=1083)	29,3	33,9	0,461
VI. Organisatie (Kennis, vaardigheden en attitude om de zorg rondom zorgvragers te coördineren en de continuïteit van zorg te waarborgen, n=1080)	15,1	17,9	0,582
VII. Professionaliteit en kwaliteit (Kennis van de professionele standaard en kwaliteitsborging, n=1072)	24,8	42,6	0,003

*Chi2-toets; dik/schuingedrukt=statistisch significante relatie

Tabel D3.2. Ervaren veiligheidsbeleid binnen het team in relatie tot behoefte aan bij- of nascholing op de verschillende competentiegebieden (ongewogen %, n=1067-1109)

Heeft u behoefte aan bij- of nascholing voor uw rol als ...	Ervaren kwaliteit van zorg=voldoende tot zeer goed	Ervaren kwaliteit van zorg=matig tot slecht	Significantie(p)*
I. Vakinhoudelijk handelen , n=1067	19,2	31,6	0,004
II. Communicatie (Kennis, vaardigheden en attitude om te communiceren met zorgontvangers, n=1109)	28,4	34,0	0,243
III. Samenwerking (Kennis, vaardigheden en attitude om samen te werken met zorgontvangers, zorgverleners en/of organisaties, n=1099)	15,0	20,2	0,172
IV. Kennis en wetenschap (Kennis, vaardigheden en attitude om de kwaliteit van zorg te waarborgen en verbeteren, n=1087)	31,8	40,4	0,081
V. Maatschappelijk handelen (Kennis, vaardigheden en attitude om de leefstijl en gezond gedrag van burgers en zorgvragers te beïnvloeden, n=1081)	28,6	38,4	0,042
VI. Organisatie (Kennis, vaardigheden en attitude om de zorg rondom zorgvragers te coördineren en de continuïteit van zorg te waarborgen, n=1078)	14,7	21,2	0,087
VII. Professionaliteit en kwaliteit (Kennis van de professionele standaard en kwaliteitsborging, n=1070)	24,2	40,8	0,000

*Chi2-toets; dik/schuingedrukt=statistisch significante relatie

Tabellen Hoofdstuk 4

Tabel D4.1. Ervaren kwaliteit van zorg in relatie tot de kwaliteit van het elektronisch dossier⁴⁷ (ongewogen %, n=760-764)

In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen over het elektronisch dossier waar u mee werkt?	Ervaren kwaliteit van zorg=voldoende tot zeer goed	Ervaren kwaliteit van zorg=matig tot slecht	Significantie(p)*
a. Ik heb tijdens mijn werk bij cliënten altijd toegang tot het elektronisch dossier van individuele cliënten (n=764)	83,1	78,6	0,622
b. Het elektronisch dossier waarmee ik werk is gebruiksvriendelijk (n=761)	69,7	34,2	0,000
c. Het verpleegkundig proces staat centraal in het elektronisch dossier (n=761)	63,1	40,5	0,000
d. Het elektronische dossier omvat de onderdelen: anamnese, cliëntproblemen, doelen, interventies en evaluaties (n=763)	86,1	83,3	0,848

- tabel D4.1. wordt vervolgd -

⁴⁷ Kwaliteit van elektronisch dossier = de mate waarin het dossier voldoet aan een standaard over klinische beslissingsondersteunende systemen volgens fasen van het verpleegkundig proces, zie Müller-Staub M. et al, 2016

- vervolg tabel D4.1. -

In hoeverre bent u het eens bent met de volgende stellingen over het elektronisch dossier waar u mee werkt?	Ervaren kwaliteit van zorg=voldoende tot zeer goed	Ervaren kwaliteit van zorg=matig tot slecht	Significantie(p)*
e. In het elektronisch dossier zijn de fases van het verpleegkundig proces met elkaar verbonden (bijvoorbeeld de rapportages zijn verbonden aan de interventies, n=760)	63,1	47,6	0,001
f. In het elektronisch dossier kan ik informatie noteren over lichamelijke, psychische en sociale problemen van individuele cliënten (n=761)	94,6	95,2	0,605
g. In het elektronische dossier zijn open velden aanwezig waarin ik zelf tekst kan typen (n=760)	91,9	88,1	0,573
h. Het elektronisch zorgdossier geeft mij aanwijzingen die ik kan gebruiken in de verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten (bijvoorbeeld na het noteren van rapportages geeft het dossier mij aanwijzingen voor mogelijke cliëntproblemen, n=762)	44,3	50,0	0,288
i. Het elektronisch dossier verbindt de resultaten van meetinstrumenten (zoals pijnscore of gewicht) aan de cliëntproblemen, interventies of evaluaties (n=761)	44,9	52,4	0,216
j. Het elektronisch dossier verbindt de informatie die ik noteer met informatie van andere professionals, zoals artsen of fysiotherapeuten (n=761)	42,3	57,5	0,083

*Chi2-toets; dik/schuingedrukt=statistisch significante relatie

Tabel D4.2. Ervaren veiligheidsbeleid binnen het team in relatie tot de kwaliteit van het elektronisch dossier (ongewogen %, n=760-764)

In hoeverre bent u het eens bent met de volgende stellingen over het elektronisch dossier waar u mee werkt?	Ervaren kwaliteit van zorg=voldoende tot zeer goed	Ervaren kwaliteit van zorg=matig tot slecht	Significantie(p)*
a. Ik heb tijdens mijn werk bij cliënten altijd toegang tot het elektronisch dossier van individuele cliënten (n=764)	84,0	70,8	0,015
b. Het elektronisch dossier waarmee ik werk is gebruiksvriendelijk (n=761)	69,9	46,9	0,001
c. Het verpleegkundig proces staat centraal in het elektronisch dossier (n=761)	63,9	40,6	0,000
d. Het elektronische dossier omvat de onderdelen: anamnese, cliëntproblemen, doelen, interventies en evaluaties (n=763)	86,8	76,9	0,005
e. In het elektronisch dossier zijn de fases van het verpleegkundig proces met elkaar verbonden (bijvoorbeeld de rapportages zijn verbonden aan de interventies, n=760)	64,2	43,1	0,000

- tabel D4.2. wordt vervolgd -

- vervolgd tabel D4.2. -

In hoeverre bent u het eens bent met de volgende stellingen over het elektronisch dossier waar u mee werkt?		Ervaren kwaliteit van zorg=voldoende tot zeer goed	Ervaren kwaliteit van zorg=matig tot slecht	Significantie(p)*
f.	In het elektronisch dossier kan ik informatie noteren over lichamelijke, psychische en sociale problemen van individuele cliënten (n=761)	94,8	93,9	0,844
g.	In het elektronische dossier zijn open velden aanwezig waarin ik zelf tekst kan typen (n=760)	91,8	92,3	0,863
h.	Het elektronisch zorgdossier geeft mij aanwijzingen die ik kan gebruiken in de verslaglegging over de zorgverlening aan individuele cliënten (bijvoorbeeld na het noteren van rapportages geeft het dossier mij aanwijzingen voor mogelijke cliëntproblemen, n=762)	44,5	44,6	0,189
i.	Het elektronisch dossier verbindt de resultaten van meetinstrumenten (zoals pijnscore of gewicht) aan de cliëntproblemen, interventies of evaluaties (n=761)	46,1	39,1	0,200
j.	Het elektronisch dossier verbindt de informatie die ik noteer met informatie van andere professionals, zoals artsen of fysiotherapeuten (n=761)	43,3	40,6	0,076

*Chi2-toets; dik/schuingedrukt=statistisch significante relatie