

Toetsen, trainen en/of scholen: selectief te werk gaan



Het scholen en trainen van zorgverleners is van groot belang en deels ook verplicht. Training is nodig om de veiligheid van cliënten en zorgverleners te borgen. Ook geldt voor bepaalde hulpmiddelen, zoals tilliften dat er aantoonbaar en op schrift vastgelegd geschoold moet zijn in het gebruik van de tilliften die men in de instelling gebruikt (vgl. Richtlijnen IGZ Tilliftgebruik in de zorg, zie www.IGZ.nl).

Meestal worden dergelijke trainingen groepsgewijs gegeven en dan deels of grotendeels in werktijd. In principe horen dergelijke trainingen, na een basisscholing, bovendien jaarlijks herhaald te worden. Het gaat dus om een tijdrovende en zodoende ook kostbare aangelegenheid. De laatste paar jaar wordt gezocht naar verbetermogelijkheden. Enerzijds omdat scholing en training zoveel tijd kost, maar ook omdat de opkomst op de trainingen vaak slecht is. Dat laatste houdt veelal verband met de prioriteit die gegeven wordt aan de zorgverlenende activiteiten: de cliënt gaat voor en dus komt men dan al snel niet naar een training als de bezetting te laag is.

Een van de betere opties voor besparing is dan om selectiever te werk te gaan. Dat betekent in elk geval niet meer werken met standaardprogramma's door iedereen, al dan niet groepsgewijs, te trainen in hetzelfde programma, maar om over te gaan op een tweetrapsraket. Allereerst een toetsing, gevolgd door een gerichte training in de gesignaleerde deficiënties. Bij een dergelijke aanpak is het van groot belang dat zeer helder en eenduidig is vastgelegd wat de precieze vaardigheden en kennis zijn die verlangd worden en, per persoon, van de mate waarin en op welke momenten daaraan feitelijk is voldaan. Het benoemen en schriftelijk vastleggen is daarmee van groot belang. Onlangs werd bijv. een 'ErgoCoachpaspoort' ontwikkeld, dat inzage biedt in de benodigde vaardigheden en kennis. Elk van de leergebieden op het gebied van fysieke belasting en hulpmiddelen kan daarop bovendien afgetekend worden op een persoonsgebonden wijze. Dat maakt het toetsen en selectief aanvullend scholen makkelijker. Dit paspoort is op te vragen via www.ergocoaches.nl en vereenvoudigt het opstellen van een toetsingsprotocol en biedt zorgverleners beter inzage in wat er van hen verlangd wordt. Daarnaast kan op deze wijze enige controle uitgeoefend worden op het al dan niet dekkend zijn van het scholings- en trainingsbeleid.

Baten

Inmiddels is niet alleen in meerdere zorgorganisaties ervaring met deze werkwijze opgedaan, maar vond ook onderzoek plaats bij Orbis Thuiszorg (Verschooten, 2008, zie www.zorgvoorbeter.nl). Wel wisselt het model. In de ene organisatie ligt de nadruk meer op de individuele toetsing en een individueel vervolg. In de andere zijn ook groepsgewijze vormen mogelijk. Tenslotte wordt voor sommige vaardigheden toch, vanwege bijvoorbeeld de complexiteit en de praktische haalbaarheid gekozen voor centrale scholing op een speciale oefenlocatie (skills-lab).

Daarnaast zijn in de onderzoeksliteratuur ook aanwijzingen dat selectief scholen en zeker scholing op de werkplek zelf effectiever is dan een standaard periodieke herhaling van alle vaardigheden. Het gaat dan om vormen van 'on-the-job' scholing in plaats van scholing in een kunstmatige oefensituatie. De kwaliteit van de training lijkt te verbeteren door deze werkwijze. De vaardigheden zouden beter beheerst worden en men zou zich door de toetsingsfase ook meer bewust worden van de verbeterpunten in de eigen vaardigheden en de eigen verantwoordelijkheid neemt daarmee toe. Daarmee komt deze werkwijze dus ook ten goede aan de professionaliteit van het handelen en kan gezien worden als onderdeel van het kwaliteitsbeleid in een instelling.

Deze werkwijze bespaart tijd van zorgverleners die deze tijd voor een belangrijk deel kunnen blijven besteden aan de cliënt. Het aantal netto inzetbare uren stijgt daardoor. Daarmee komt deze innovatie indirect weer ten goede aan de kwaliteit van zorg en in elk geval leidt het tot een vergroting van de arbeidsproductiviteit.

De baten zijn verder te herleiden tot een meer beperkte investering in docententijd. Dit hangt wel af van het model dat gekozen wordt. Wanneer er bijvoorbeeld gewerkt wordt met ErgoCoaches zal deze kostenpost kleiner zijn dan wanneer er externe docenten moeten worden ingehuurd om mee te lopen en tegelijkertijd instructie te verzorgen of om in beperkte mate groepsgewijze instructie te geven. In het laatste geval neemt het aantal noodzakelijke uren toe in plaats van af. Combinatievormen zijn uiteraard ook mogelijk. We verwijzen daarvoor naar de Businesscase ErgoCoaches waar verschillende modellen onderling worden vergeleken (zie www.ergocoaches.nl).

Tenslotte wordt door Verschooten opgemerkt dat er door deze werkwijze beter zicht ontstaat op de aard van de verbeterpunten in een wijk of team. Deze waardevolle aandachtspunten worden volgens haar beter in beeld gebracht en die informatie kan weer voor verder kwaliteitsbeleid benut worden.

Ook de subjectieve beleving van het werk door zorgverleners blijkt bij Verschooten in haar thuiszorgsetting verbeterd te zijn na invoering van dit systeem. Wel merkt ze terecht op dat het lastig is om een direct verband met de nieuwe scholingssystematiek te leggen: er spelen meerdere factoren een rol. Toch worden ook in andere settings (waaronder ook verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg) positieve ervaringen met dit systeem gemeld. Zij meldt verder nog dat informatie beter wordt genoteerd in de zorgmappen, dat men beter op de hoogte is van afspraken rondom fysieke belasting en deze ook feitelijk beter in de praktijk brengt.

Kosten

De financiële kosten zijn wisselend per gekozen model, waarbij we aantekenen dat er, zoals aangegeven, meestal sprake zijn van een mengvorm van modellen afhankelijk van voorkeuren binnen een instelling.

Allereerst is het voor het bepalen van de kosten van belang duidelijk te zijn over het toetsingsmoment. Als dit een 1-op-1 contact is, zal er zowel tijd van de zorgverlener als tijd voor de toetsers (docent of Ergocoach) nodig zijn. Groepsgewijze toetsing wordt overigens afgeraden als het om vrij complexe vaardigheden gaat die per deel of subvaardigheid moeten worden nagegaan.

Ten tweede vereist de selectieve training die volgt op de toetsing in wisselende mate tijd van de zorgverlener. Als het op de werkplek zelf gebeurt kost het nauwelijks meer tijd. Als er echter

individueel of groepsgewijs op de verbeterpunten geschoold wordt, zal er weliswaar minder tijd nodig zijn dan voorheen, maar zal dit wel de nodige tijd vergen en daarmee kosten voor trainer, trainee, locatie en eventuele faciliteiten met zich meebrengen.

In subjectieve zin speelt in de beginfase mee dat er nog onwennigheid is rond de nieuwe aanpak en vaak ook een lichte vorm van 'examenvrees'. De jaarlijks terugkerende groepsgewijze trainingen worden soms ook als gezelligheidsmoment gezien en dat wordt nu vervangen door een beoordeling en zelfs een individuele toetsing die eng kan zijn. Verschooten beschrijft dit als een opstartprobleem dat afneemt naarmate er beter uitleg wordt gegeven. Wanneer die fase is doorlopen, blijkt het systeem ook voor zorgverleners goed te bevallen. Zij beveelt ook aan om de eerste toetsing niet al te streng te laten verlopen. In andere instellingen bleek dit in wisselende mate een rol te spelen, maar net als Verschooten opmerkt, dit wordt niet als structureel probleem gezien. Het in toenemende mate verantwoording afleggen over het eigen handelen wordt steeds meer gemeengoed en de drempel voor dit soort vormen van (onderlinge) toetsing wordt daarmee vermoedelijk ook lager.

Specifieke aandachtspunten

Het feit dat er getoetst wordt betekent dat er ook iets met de resultaten moet gebeuren. In elk geval wordt op basis van de uitslag selectief getraind. Maar er kan meer mee gebeuren, ook om te voorkomen dat het een te vrijblijvende aangelegenheid wordt. Dit kan in de vorm van aantekeningen in het al genoemde persoonlijke Ergocoach-paspoort of in de vorm van zware of minder zware sancties. Een sanctie kan zijn het informeren van de leidinggevende, een vermelding als verbeterpunt in een personeelsdossier en het over moeten doen van de toets, al dan niet in eigen tijd.

Een teken van waardering kan overigens krachtiger werken. Het expliciet maken wie er wel en wie er niet heeft voldaan en het als positief punt waarderen mag daarom niet vergeten worden. Het werken met certificaten e.d. kan zeker in een behoefte voorzien en positieve aandacht voor dit onderwerp bewerkstelligen.

Thuiszorg

De meeste ervaring is op gedaan in de thuiszorg en, zoals aangegeven, het is daar ook al een keer systematisch geëvalueerd met positieve resultaten (Verschooten, 2008). Het gekozen model zal in de thuiszorg vaak iets anders liggen dan in de verpleeg- en verzorgingshuizen met name omdat het 'samen opwerken' zoals dat intramuraal makkelijk en met weinig extra tijd kan ('even meekijken met een collega'), in de thuiszorg veel lastiger te realiseren is en in elk geval tijdrovender is.

Ook speelt daar de extra reistijd van en naar een cursuslocatie een grotere rol. Intramuraal zal de training vaak in hetzelfde gebouw plaatsvinden en dus geen extra reistijd of reiskosten vergen. De logistiek is zodoende complexer en kostbaarder in de thuiszorg. Het kan dan slim zijn om de aanvullende scholing direct na de toetsing te plannen, zodat er geen extra reistijd nodig is. Of om de scholing op de werkplek zelf te plannen tijdens de uitvoering van bepaalde werkzaamheden. Dit laatste stelt wel weer hogere eisen aan de in de thuiszorg toch al complexe werkplanning. Zoals aangegeven kunnen zeker ErgoCoaches, ook in de thuiszorg hierin een prima rol vervullen.

In de thuiszorg zijn bijkomende voordelen dat de cliënt “zijn” medewerker minder hoeft te missen en dat de als zeer lastig en complex ervaren planning van scholingen en trainingen iets verlicht wordt.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

Intramuraal is de businesscase positiever door de bovenbeschreven verschillen met de thuiszorg. Wel zijn daar de docenten veelal uit de eigen instelling afkomstig. Dat is goedkoper dan het inhuren van externe docenten. Logischerwijs zal daardoor de besparing op deze kosten minder groot uitvallen dan extramuraal. Datzelfde kan opgaan voor de locaties van de trainingen die intramuraal makkelijker te realiseren zijn. De kosten hiervan zijn beperkt en zullen dus niet als ‘besparing’ gelden. Desondanks zijn ook hier de besparingen realistisch en zeker de moeite waard.

Algemeen

Innovatie grijpt in op: randvoorwaarden voor veilig en gezond werken
zowel voor cliënt als voor zorgverlener

Aandachtspunten bij het invoeren van deze innovatie (7 punten van Berwick)

- 1. Krachtige innovatie:** Deze methode is bewezen effectief en financieel onderbouwd. In potentie invloed op arbeidsbesparing met kwaliteitswinst. Het implementatieproces en de logistieke organisatie vergt aandacht.
- 2. Zoek innovatoren:** Zorg voor enthousiasme bij leidinggevenden en voorkom examenstress bij uitvoerenden
- 3. Begin met pilot** Het is verstandig om eerst op bescheiden schaal ervaring op te doen in de eigen organisatie
- 4. Maak resultaten zichtbaar:** Geef concreet positieve feedback over de behaalde resultaten en de gerealiseerde besparingen.
- 5. Sta aanpassingen toe** Dit bevordert de acceptatie. Het concept leent zich voor aanpassingen aan het eigen scholingsprogramma en hulpmiddelenarsenaal.
- 6. Bied ruimte aan verandering** Verken de toepassingmogelijkheden en pas het concept aan op basis van de ervaringen
- 7. Geef het goede voorbeeld** Laat leidinggevenden zichzelf ook toetsen en deel de ervaringen ermee. Neem toetsing en training zeer serieus.



De aanpak met businesscases is gebaseerd op de aanpak van het Platform Zorginnovatie van Stichting RegioPlus.

© 2008 Stichting FAOT & SAB-V&V, Den Haag / Auteurs: JJ Knibbe & NE Knibbe, LOCOmotion, Bennekom.

Disclaimer: Deze uitgave is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Noch de schrijvers, noch de uitgever stellen zich echter aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden in deze uitgave.