

De regiewijzer: een aanspreekpunt voor iedereen!



Auteurs:
Dieuwertje Trommels en Romy Verberne

Schriftelijke verantwoording

De regiewijzer: een aanspreekpunt voor iedereen!

Gericht coördineren van het opnameproces van een patiënt op afdeling 11 oost

Eindhoven, 11 juni 2013

Afstudeergroep 5: Dieuwertje Trommels en Romy Verberne

Fontys Hogeschool Verpleegkunde te Eindhoven

Projectbegeleider: Christi Nierse

Meelezer: Fieke Tychon

In opdracht van Catharina Ziekenhuis te Eindhoven

Opdrachtgever: Laura Jue

Voorwoord

Dit document is geschreven in het kader van het afstudeeronderzoek van de opleiding HBO Verpleegkunde aan Fontys Hogeschool te Eindhoven. De opdracht is in samenwerking met de teamleider van afdeling 11 oost Gynaecologie/ Chirurgie van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven tot stand gekomen. De opdrachtgever en de afstudeergroep zijn met elkaar in gesprek gegaan om een opdracht op te stellen. Zij hebben besloten om een onderzoek te starten naar de coördinatie van zorg op de afdeling. Op dit moment is hier namelijk geen eenduidig beleid over. Er is gekeken waar op het gebied van kwaliteit nog winstpunten te behalen zijn.

Voor deze schriftelijke verantwoording heeft de afstudeergroep vier projectfasen doorlopen, te weten: oriëntatiefase, analysefase, ontwerp- en implementatiefase en de evaluatiefase.

De afstudeergroep heeft onderzoek gedaan via de drie wetenschappelijke invalshoeken, namelijk via het raadplegen van literatuur, het werven van informatie bij deskundigen en vanuit verhalen van patiënten.

De afstudeergroep bedankt enkele mensen voor hun bijdrage aan dit onderzoek. Als eerst de projectbegeleider Christi Nierse, zij zijn haar dankbaar voor haar begeleiding, feedback, adviezen en haar betrokkenheid. Daarnaast meelezer Fieke Tychon voor haar kritische blik en het geven van feedback en adviezen na iedere onderzoeksfase.

Tot slot bedankt de afstudeergroep het Catharina Ziekenhuis voor de mogelijkheid om het afstudeeronderzoek op afdeling 11 oost uit te kunnen voeren. In het speciaal een dankwoord voor Laura Jue, teamleider en opdrachtgever, voor haar snelle aanpak en informatievoorziening over de afdeling. De verpleegkundigen van de afdeling worden bedankt voor hun openheid en actieve deelname aan het onderzoek. En verder alle andere betrokkenen die, op wat voor manier dan ook, een bijdrage hebben geleverd aan het afstudeeronderzoek.

Eindhoven, juni 2013

Dieuwertje Trommels
Romy Verberne

Samenvatting

Coördinatie van zorg is van belang om het opnameproces van de patiënt als een vloeiend proces te laten verlopen. Het is de taak van de hbo-verpleegkundige om de zorg rondom de patiënt te structureren. De verpleegkundige moet de zorg in goede banen leiden, zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt.

De onderzoekers hebben een onderzoek verricht naar de coördinatie van zorg op afdeling 11 oost Gynaecologie/Chirurgie van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven. Voorheen werd er op de afdeling gewerkt met het systeem van Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige (EVV-systeem). Dit bleek echter niet werkbaar op de afdeling. De reden hiervoor is onduidelijk. Bij de start van het onderzoek had de afdeling geen vaste richtlijn over hoe de zorg op de afdeling gecoördineerd dient te worden. Mogelijk hangt dit samen met het niet uitvoeren van het EVV-systeem, doordat verpleegkundigen niet weten wat hun taken zijn.

In het onderzoek staat centraal hoe het opnameproces van de chirurgische patiënt het beste gecoördineerd kan worden, op een manier die aansluit bij wensen en behoeften van zowel patiënten als verpleegkundigen van de afdeling. Er is onderzoek gedaan vanuit drie verschillende invalshoeken: het verpleegkundig perspectief, het patiëntenperspectief en de literatuur. Om informatie te verzamelen zijn er verschillende onderzoeksmethoden gebruikt: individuele interviews met zowel verpleegkundigen als patiënten, een focusgroepsinterview met verpleegkundigen, een documentenanalyse en er is gezocht in databanken naar wetenschappelijke bewijzen.

Na het verzamelen van de informatie, zijn de gegevens geanalyseerd. Beide onderzoekers hebben gebruik gemaakt van een thematische data-analyse. De resultaten gaven inzicht in hoe de verpleegkundigen denken over de huidige situatie en wat hun wensen en ideeën zijn voor de toekomst. Wat opvalt is dat er in de huidige situatie weinig overeenstemming is in het werken. De verpleegkundigen zien de meerwaarde in van een vast aanspreekpunt voor de patiënt, om de zorg in de toekomst beter te coördineren. Zij benoemen dat daarvoor een eenduidig beleid moet komen, waarbij voor iedereen duidelijk is wat de verantwoordelijkheden zijn. Als knelpunt geven verpleegkundigen hierbij aan dat het invoeren van verandering al meerdere keren is gefaald. Hierdoor is het een beladen onderwerp geworden.

De patiënten hebben hun mening geuit over wat hun ervaringen zijn met betrekking tot de coördinatie van zorg op deze afdeling. Het is belangrijk dat de patiënten merken dat zij betrokken worden bij de zorg die verleent wordt buiten de kamer. Zij hebben daar vaak geen idee van, maar zijn er wel nieuwsgierig naar. Zij denken dat met het aanstellen van een vast aanspreekpunt dit kan worden ondervangen. Als de coördinatie van zorg meer gestructureerd verloopt richting de patiënt en dit ook duidelijk in kaart wordt gebracht voor de patiënt, wordt er beter aan de behoeften van de patiënt voldaan.

Uiteindelijk zijn de onderzoekers vanuit deze bevindingen tot de conclusie gekomen dat er geen overeenstemming is over de huidige werkwijze, duidelijkheid wordt gemist en er verschillende verwachtingen zijn van zowel de patiënt als verpleegkundigen. Als oplossing hiervoor zijn zowel de verpleegkundigen als patiënten met het idee van een vast aanspreekpunt gekomen. Daarmee zal de coördinatie van zorg meer gestructureerd verlopen, wat ook de continuïteit van zorg waarborgt. Voor beiden partijen is het van belang dat er duidelijkheid komt over het beleid rond coördinatie van zorg, om de verwachtingen meer te overeenstemmen.

Er is in overleg met de opdrachtgever en verpleegkundigen besloten om een protocol op te stellen, waarin de functieomschrijving van een aanspreekpunt staat beschreven. Hierin is ook een tabel opgenomen die aangeeft welke criteria er nodig zijn om een aanspreekpunt aan te stellen. Patiënten worden mondeling geïnformeerd over het aanspreekpunt, maar zullen ook een visitekaartje krijgen van het aanspreekpunt, met daarop de naam en taken. Dit om het voor de patiënt duidelijk te maken wie het aanspreekpunt is en wat haar rol is.

Voor de evaluatie van de implementatie is er een verpleegkundige als aandachtsvelder aangesteld. Zij zal degene zijn op de afdeling die zorgt: dat de implementatie van de producten gecontinueerd wordt, de nieuwe werkwijze onder de aandacht wordt gehouden bij collega's en regelmatig het werken met de producten wordt geëvalueerd. Hiermee kunnen succeservaringen of nieuwe verbeterpunten ontdekt worden. Het is belangrijk dat verpleegkundigen ondersteund worden en elkaar ondersteunen om het invoeren van deze verandering deze keer wel te laten slagen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	III
Samenvatting	IV
Inleiding	7
1. Literatuuronderzoek	
1.1 Zoekstrategie	9
1.2 Databanken	9
1.3 Samenvatting literatuurstudie	10
2. Verpleegkundig perspectief	
2.1 Onderzoeksmethoden	12
2.1.1 Vraagstelling en onderzoeksbenadering	12
2.1.2 Dataverzamelingstechnieken	12
2.1.3 Onderzoekspopulatie	13
2.1.4 Onderzoeksinstrument	15
2.1.5 Datawerking en data-analyse	15
2.1.6 Kwaliteit waarborgen	16
2.2 Resultaten	17
2.2.1 Huidige werkwijze	18
2.2.2 Knelpunten	18
2.2.3 Wensen en ideeën	19
2.3 Deelconclusie	22
3. Patiënten perspectief	
3.1 Onderzoeksmethoden	23
3.1.1 Vraagstelling en onderzoeksbenadering	23
3.1.2 Dataverzamelingstechnieken	23
3.1.3 Onderzoekspopulatie	24
3.1.4 Onderzoeksinstrument	26
3.1.5 Datawerking en data-analyse	26
3.1.6 Kwaliteit waarborgen	26
3.2 Resultaten	27
3.2.1 Resultaten uit interviews	27
3.2.2 Resultaten CQ-index	31
3.2.3 Resultaten spiegelbijeenkomst	32
3.3 Deelconclusie	33
4. Conclusie analysefase	
4.1 Samenvatting en conclusie van de probleemanalyse	34
4.2 Samenvatting en conclusie van de wenselijke situatie	35
4.3 Samenvatting en conclusie van de context analyse	36
5. Implementatie	
5.1 Producten	37
5.1.1 Protocol 'een vast aanspreekpunt voor patiënten op afdeling 11 oost'	37
5.1.2 Tabel 'criteria aanspreekpunt' in zakboekje voor verpleegkundigen	38
5.1.3 Een visitekaartje voor de patiënt	38
5.2 Advies voor evaluatie	39
5.3 Bedreigingen bij de implementatie	40
6. Discussie	
6.1 Sterke punten van het onderzoek	41
6.2 Minder sterke punten van het onderzoek	42
Nawoord	43

Verklarende woordenlijst	44
Literatuurlijst	47
Bijlagen	
Bijlage 1: Literatuurstudie.....	50
Bijlage 2: Kwalitatieve analyse wetenschappelijk artikel	54
Bijlage 3: Gebruikte onderzoeksinstrumenten bij interviews	
A. Verpleegkundig perspectief.....	58
B. Patiënten perspectief.....	60
Bijlage 4: Thematische analyse: stap 5	
A. Verpleegkundig perspectief.....	62
B. Patiënten perspectief.....	65
Bijlage 5: Documenten analyse	
A. CQ-index.....	67
B. Spiegelbijeenkomst.....	69
C. Gesprek klachtenfunctionaris.....	71
Bijlage 6: Informed consent.....	73
Bijlage 7: Context analyse.....	74
Bijlage 8: Producten voor implementatie	
A. Protocol aanspreekpunt.....	81
B. Rationale van het protocol.....	82
C. Tabel 'criteria aanspreekpunt'.....	86
D. Visitekaartje voor de patiënt.....	86
Bijlage 9: Nieuwsbrief berichten.....	87

Inleiding

In deze inleiding van de schriftelijke verantwoording wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven. Er wordt beschreven welk probleem onderzocht is en in welke context. Vanuit de probleemomschrijving volgt de hoofdvraag. De hoofdvraag is opgedeeld in deelvragen, die duidelijk inzicht geven op de verschillende perspectieven van het probleem. Daarbij volgt ook de doelstelling die de onderzoekers hebben gesteld voor het afstudeeronderzoek. Als laatste volgt een leeswijzer voor dit verslag.

Aanleiding / probleemomschrijving

Het probleem dat onderzocht gaat worden is naar voren gekomen op afdeling 11 oost Gynaecologie/Chirurgie in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven. Het probleem betreft het huidige beleid rondom de coördinatie van zorg. Onder coördinatie wordt verstaan: het bewust en doordacht zorg dragen voor de continuïteit van de (geplande) verpleegkundige zorg (Jong e.a., 2003).

Voorheen werd er op de afdeling gewerkt met het Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige systeem (EVV). Echter werd hier weinig tot geen invulling aan gegeven. Diegene die het opnamegesprek met de patiënt voert op de afdeling, werd direct aangesteld als EVV'er. Tijdens de verdere opname werd deze functie echter niet uitgevoerd. Er is toen voor gekozen om de EVV'er op het patiëntenoverzicht te zetten. Daarmee wilden zij ervoor zorgen dat het overzichtelijk was wie de EVV'er is men verpleegkundigen erop geattendeerd werden. Dit gaf geen verbetering. Toen de nieuwe teamleider is gestart in september 2012, heeft zij dit weggelaten, aangezien het verder geen meerwaarde had. Op dit moment is er geen vaste richtlijn voor de zorgcoördinatie voor de patiënt tijdens de opname.

De teamleider van de afdeling heeft dit probleem zelf aangedragen bij de onderzoekers. De vraag was of er een onderzoek gestart kon worden naar het EVV-systeem en andere mogelijke manieren voor coördinatie van zorg. Gedurende het onderzoek staat centraal hoe het opnameproces van de patiënt het beste gecoördineerd kan worden.

Na overleg met de opdrachtgever is er voor gekozen om het onderzoek te richten op de chirurgische patiënt op afdeling 11 oost. Enkele zaken hebben hiertoe geleid, namelijk:

- chirurgische patiënten liggen meestal langer opgenomen dan de gynaecologische patiënten;
- de chirurgische patiënten ondergaan meestal complexere operaties;
- de gynaecologische oncologie patiënten (zie verklarende woordenlijst) hebben nauw contact met de gynaecologische oncologische verpleegkundige. Dat is een gespecialiseerd verpleegkundige en volgt deze patiëntencategorie van het eerste poliklinische bezoek tot het laatste poliklinische bezoek en alles wat daar tussen in ligt. Dat betekent dat deze groep patiënten al een vast aanspreekpunt heeft, waar ze terecht kunnen met vragen, opmerkingen en/of problemen.

Het betreft een tweezijdig probleem: enerzijds voor de verpleegkundigen en anderzijds voor de patiënt en/of familie. Het is een probleem voor de verpleegkundigen omdat niet duidelijk is wat hun taken zijn. Er is geen eenduidigheid over het beleid rondom de zorgcoördinatie voor de patiënt tijdens het gehele opnameproces. Dit heeft zijn uitwerking op de patiënt, omdat de patiënt geen vast aanspreekpunt heeft tijdens opname. De patiënten weten daardoor niet bij wie zij tijdens de opname terecht kunnen voor vragen of problemen. Daarnaast krijgt de patiënt verschillende gezichten te zien, waardoor er moeilijk een vertrouwensrelatie opgebouwd kan worden. Silverman e.a. (2006) beschrijven dat het nodig is vanaf het begin van de opname een goede relatie op te bouwen met de patiënt. Interesse, zorg en respect tonen voor de patiënt zijn onmisbaar als basis voor een productieve relatie en een zinvolle samenwerking.

In het jaardocument van 2011 van het Catharina Ziekenhuis (2012) staat dat een van de speerpunten 'gestroomlijnd werken' is. Dit laat ook de relevantie van het probleem naar voren komen. Sinds april 2013 heeft het Catharina Ziekenhuis daarnaast de richtlijn regiehouderschap ingevoerd. De regiehouder is de arts die de coördinatie van zorg aanstuurt. Deze richtlijn is ingevoerd op aandringen van de Inspectie van de Gezondheidszorg. Zij wilden dat de artsen van het Catharina Ziekenhuis een eenduidig beleid opstelde rond coördinatie van zorg. Dit geeft aan dat coördinatie van zorg een relevant onderwerp is, waar ziekenhuisbreed ook aandacht aan wordt besteed.

Probleemstelling / hoofdvraag

De volgende hoofdvraag staat centraal in het onderzoek:

'Hoe kan de zorg rondom de patiënt gecoördineerd worden door de verpleegkundigen en op welke manier kan dit op afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis vorm worden gegeven, zodat de zorgcoördinatie aansluit bij de wensen, behoeften en werkwijzen van de afdeling?'

Deelvragen

Bovenstaande hoofdvraag is opgedeeld in vier deelvragen:

1. Wat zegt de literatuur over de coördinatie van zorg bij opname van een chirurgische patiënt in een algemeen ziekenhuis en welke eisen / criteria worden hieraan gesteld? (gezamenlijk)
2. Hoe wordt de huidige werkwijze rond zorg coördinatie door de verpleegkundigen van afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis ervaren, waar zien zij de knelpunten en wat zijn de wensen van de verpleegkundigen en / of wat zien zij als mogelijke ideeën, oplossingen en suggesties? (door: D. Trommels)
3. Wat zijn de ervaringen van chirurgische patiënten van afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis met betrekking tot de coördinatie van zorg en wat zijn hun wensen en behoeften hierin? (door: R. Verberne)
4. Hoe kunnen verbeteringen rond zorgcoördinatie aansluiten bij de werkprocessen van de verpleegkundigen? (gezamenlijk)

Doelstelling

Binnen 18 weken heeft de projectgroep helderheid gebracht ten aanzien van een beleid rond coördinatie van zorg, waarbij onze gedachten uitgaan naar het ontwikkelen van ten minste één product, die de inhoud en taken van het beleid weergeeft en die aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënten en de verpleegkundigen van afdeling 11 oost.

Leeswijzer

De opbouw van het verslag is als volgt:

H1: Literatuurstudie
H2: Verpleegkundig perspectief
H3: Patiënten perspectief
H4: Conclusie analysefase
H5: Implementatie
H6: Discussie

In het eerste hoofdstuk worden de zoekstrategie en uitkomsten van de literatuurstudie beschreven. Het verpleegkundige deelonderzoek met onderzoeksmethoden, onderzoeksresultaten en de deelconclusie worden beschreven in hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 3 staat de patiënt centraal. In hoofdstuk 4 wordt er een conclusie getrokken met betrekking tot de werkelijke situatie, de wenselijke situatie en contextanalyse.

In hoofdstuk 5 staan de producten beschreven, die geïmplementeerd zijn en gaan worden op de afdeling en een advies hoe de implementatie het beste geëvalueerd kan worden.

Het laatste hoofdstuk is de discussie, waarbij de sterke en zwakke punten van het onderzoek worden beschreven.

In bijlagen zijn verschillende documenten te raadplegen ter onderbouwing van wat in voorgaande hoofdstukken beschreven is: literatuurstudie (1), analyse wetenschappelijk artikel (2), onderzoeksinstrumenten (3), thematische analyse (4), documentenanalyse (5), informed consent (6), context analyse (7), producten (8) en nieuwsbrief berichten (9).

Verwijzingen naar de verklarende woordenlijst worden aangeduid met **.

Hoofdstuk 1 Literatuuronderzoek

Dit eerste hoofdstuk betreft de literatuurstudie. De onderzoekers hebben dit deelonderzoek gezamenlijk uitgevoerd. Eerst worden de zoekvraag en trefwoorden omschreven. Daarna wordt beschreven welke databanken en andere bronnen zijn geraadpleegd. Aan het einde van het hoofdstuk wordt er een samenvatting gegeven van de literatuurstudie, die uiteindelijk mee wordt genomen in de analyse van het probleem.

1.1 Zoekstrategie

Zoekvraag

De zoekvraag richtte zich op een artikel die antwoord geeft op de volgende deelvraag:

*'Wat zegt de literatuur over de coördinatie van zorg** bij opname van een chirurgische patiënt in een algemeen ziekenhuis en welke eisen / criteria worden hieraan gesteld?'*

De deelvraag kan onderverdeeld worden in de volgende zoekvragen:

- Hoe verloopt de postoperatieve zorg bij chirurgische patiënten?
- Welke eisen en criteria zijn gesteld voor coördinatie van zorg voor chirurgische patiënten?
- Welke manieren van coördinatie van zorg worden uitgevoerd in een algemeen ziekenhuis?

Trefwoorden

Nederlandse trefwoorden:

- chirurgische patiënt
- coördinatie van zorg
- rol van verpleegkundige
- regievoering
- verpleegsystemen
- postoperatieve zorg

De trefwoorden zijn ook in het Engels gebruikt, hierbij hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van Babelmesh:

- nursing system
- (care) coordination
- surgery
- patient / nurse

Beperkingen

Het artikel mag niet ouder zijn dan het jaar 2000. Om zo een realistisch beeld te krijgen over hoe de coördinatie van zorg de laatste jaren verloopt in een algemeen ziekenhuis.

Het artikel moet in het Nederlands of Engels geschreven zijn om het voor de onderzoekers mogelijk te maken om goed te kunnen beoordelen.

Databases

In de volgende databases is gezocht:

- Cinahl
- Medline
- Pubmed
- Cochrane

1.2 Databanken

Het wetenschappelijk artikel is gevonden via de databank PubMed, hieronder is de zoekhistorie te zien. Via babelMeSh zijn de Nederlandse begrippen vertaald naar het Engels. Daardoor werden de juiste begrippen gevonden die in de databases konden worden ingevoerd. Uiteindelijk is er gekozen voor het artikel de meeste aansluiting geeft bij het onderzoek. Artikel dat wordt gebruikt in het onderzoek heeft als titel: *'Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study.'*

De beoordeling van het artikel is in de analysefase uitgevoerd. Deze kwalitatieve analyse is terug te vinden in bijlage 2.

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#18	Add	Search (healthcare system) AND surgical patient Filters: Free full text available; published in the last 10 years	5250	04:10:06
#17	Add	Search healthcare system Filters: Free full text available; published in the last 10 years	71393	04:08:29
#16	Add	Search (nurse navigator) AND surgical patient Schema: all Filters: Free full text available; published in the last 10 years	0	04:05:51
#15	Add	Search (nurse navigator) AND surgical patient Filters: Free full text available; published in the last 10 years	0	04:05:51
#14	Add	Search (Nurse Navigator) AND Surgical patient Filters: Free full text available; published in the last 10 years	0	04:05:51
#13	Add	Search ((caring) AND surgical patient) AND coordination Filters: Free full text available; published in the last 10 years	1	04:00:43
#12	Add	Search (caring surgical patient) AND care coordination Schema: all Filters: Free full text available; published in the last 10 years	0	04:00:10
#11	Add	Search (caring surgical patient) AND care coordination Filters: Free full text available; published in the last 10 years	0	04:00:10
#10	Add	Search ((postoperative care) AND care coordination) AND surgical patient Filters: Free full text available; published in the last 10 years	11	03:58:47
#9	Add	Search (postoperative care) AND surgical patient Filters: Free full text available; published in the last 10 years	5118	03:57:52
#8	Add	Search (caring) AND surgical patient Filters: Free full text available; published in the last 10 years	139	03:55:35
#6	Add	Search (care coordination model) AND surgical patient Filters: Free full text available; published in the last 10 years	11	03:46:34
#5	Add	Search (care coordination model) AND nurse Filters: Free full text available; published in the last 10 years	26	03:45:47
#3	Add	Search care coordination model Filters: Free full text available; published in the last 10 years	177	03:31:19
#2	Add	Search care coordination model Filters: published in the last 10 years	608	03:31:11
#1	Add	Search care coordination model	902	03:28:42

Er is niet alleen gezocht in de databanken naar artikelen, maar ook via een catalogus naar boeken die te vinden zijn binnen Fontys Hogeschool Verpleegkunde. Er zijn verschillende boeken geraadpleegd. De bronnen zijn in de literatuurlijst opgenomen.

1.3 Samenvatting literatuurstudie

Op de meeste chirurgische afdelingen is het een drukte van belang. Het is een komen en gaan van patiënten van en naar OK's en onderzoeksafdelingen. De patiënten worden acuut dan wel gepland opgenomen, daarna weer ontslagen en allerlei disciplines hebben hun taak op de afdeling. In deze dynamische omgeving is de rol van de verpleegkundige buitengewoon belangrijk om alles in goede banen te leiden (Louz e.a., 2000).

De drukte op een chirurgische afdeling zorgt ervoor dat planning en coördinatie van zorg belangrijke aspecten zijn waar de verpleegkundige een bijdrage aan moet leveren. De coördinatie van zorg betreft het in goede banen leiden van alle handelingen en activiteiten tijdens de gehele opname van een patiënt, zodat de continuïteit van zorg** gewaarborgd wordt. Van een hbo-verpleegkundige wordt verwacht dat zij de rol van regisseur op zich kan nemen (Pool e.a., 2001). Zij moet de verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de gehele zorg voor een individuele patiënt. Enkele functies die daarbij komen kijken zijn: in kaart brengen van de zorgvraag, ontwikkelen van een patiëntgericht plan, afstemmen van de interventies met collega's en andere disciplines (Broeken e.a., 2006). Het is belangrijk dat verpleegkundigen vooruit kijken en vooruit werken. Het ontslag van de patiënt moeten zij in de gaten houden en daar op tijd acties voor ondernemen.

De rol van regisseur komt in verschillende verpleegsystemen naar voren. Een verpleegsysteem** geeft structuur aan een verpleegafdeling (Linge, 2006). De drie hoofdstromingen voor verpleegsystemen zijn taakgericht verpleging, teamverpleging en primary nursing (Jong e.a., 2003). Het grootste verschil tussen deze drie systemen is dat er gewerkt kan worden met het centraal stellen van de efficiëntie van werken of met het centraal stellen van de patiënten.

In de literatuur worden termen gebruikt zoals EVV'er** en zorgcoördinator voor de verpleegkundige zorg aan chirurgische patiënten. EVV'er valt onder primary nursing, waarbij patiëntgericht gewerkt wordt en verpleegkundigen individuele verantwoordelijkheden hebben. Zorgcoördinator valt onder teamverpleging, waarbij ook de patiënt centraal staat maar waar het hele team verantwoordelijk is voor goede patiëntenzorg. Het belangrijkste verschil tussen beiden is dat de EVV'er zich richt op individuele patiënten en de zorg coördinator op een groep patiënten. De zorgcoördinator is iemand die zelf deelneemt aan de zorg, maar die ook patiënten toewijst aan andere verpleegkundigen. Zij is meer overkoepeld bezig met afdelingsbrede en/of organisatorische taken (Jong e.a., 2003).

De relatie tussen een chirurgische patiënt en verpleegkundige is kortdurend maar intensief (Sesink, 2004). Om die intensiviteit te kunnen behalen tijdens de postoperatieve fase zal er patiëntgericht gewerkt moeten worden. Het is van belang dat de patiënt centraal staat en niet de taken die uitgevoerd moet worden. De onderzoekers zijn van mening dat het EVV-schap hier een goede manier voor is. Dit blijkt ook uit de literatuur. Wanneer een patiënt een EVV'er krijgt toegewezen dan is er één iemand die het totale overzicht heeft voor de patiënt, die het contact onderhoudt met patiënt en familie. Enkele positieve aspecten zijn: duidelijkheid voor de patiënt, verpleegkundige weet wat haar verantwoordelijkheden zijn en de patiënt kan een vertrouwensrelatie met de verpleegkundige opbouwen (Jong e.a., 2003).

Patiënten verwachten daarnaast ook steeds meer een patiëntgerichte benadering van zorgverleners. Hierbij hoort bereidheid om informatie te geven, rekening houden met wensen en behoeften van de patiënt en het kunnen uiten van opmerkingen en klachten. De verpleegkundige in de rol van EVV'er kan deze taak ondervangen.

In het artikel van Thygesen (2012) wordt er nog een andere manier beschreven voor de invulling van deze rol, namelijk de nurse navigator. Haar taak is om oncologische patiënten te begeleiden tijdens het gehele ziekteproces. Zij heeft overeenkomende taken met de EVV'er. Wat daarbij nog anders benoemd wordt is het zorgen voor following up. De EVV'er richt zich op coördinatie van zorg van opname tot ontslag, maar de nurse navigator gaat nog door na het ontslag van de patiënt.

In de literatuur worden enkele criteria benoemd voor het aanstellen van een coördinator, in welke rol dan ook. Enkele criteria die worden benoemd: bij patiënten die een verminderd vertrouwen hebben in zorgverleners door negatieve ervaringen (Thygesen, 2012) en bij patiënten met acute verwardheid (Sesink, 2004).

De literatuur beschrijft dus dat het coördineren van zorg bij opname van een chirurgische patiënt in een algemeen ziekenhuis een belangrijke taak is van de verpleegkundige. Hier kan op verschillende manieren invulling aan worden gegeven. Patiëntgericht werken is de beste manier, zeker bij chirurgische patiënten. Bij patiënten die een complexe operatie hebben ondergaan, is het belangrijk dat één verpleegkundige zorg draagt voor de samenhang van het gehele opnameproces. De EVV'er zou deze rol kunnen vervullen. Later in dit document wordt duidelijk of deze wijze van coördineren gewenst is op afdeling 11 oost**.

De volledige literatuurstudie is terug te vinden in bijlage 1.

Hoofdstuk 2 Verpleegkundig perspectief

Auteur: D. Trommels

In dit hoofdstuk staat het verpleegkundige perspectief centraal. In het hoofdstuk zijn drie paragrafen terug te vinden, te weten: onderzoeksmethoden, resultaten en deelconclusie.

2.1 Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk 'onderzoeksmethoden' staat beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is. De volgende punten worden beschreven: de vraagstelling en onderzoeksbenadering, de dataverzamelingstechniek, de onderzoekspopulatie, het onderzoeksinstrument, de dataverwerking en data-analyse en de kwaliteit waarborging van het onderzoek.

2.1.1 Vraagstelling en onderzoeksbenadering

Op de volgende vraagstelling wordt een antwoord gezocht:

'Hoe wordt de huidige werkwijze rond zorg coördinatie door de verpleegkundigen van afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis ervaren, waar zien zij de knelpunten en wat zijn de wensen van de verpleegkundigen en / of wat zien zij als mogelijke ideeën, oplossingen en suggesties?'

De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van een beschrijvend kwalitatief onderzoek. De ervaringen en meningen van de verpleegkundigen staan in het onderzoek centraal. De werkelijkheid wordt geconstrueerd door het individu, en is subjectief van aard. Het uitgangspunt is dat er geen eenduidige, enkelvoudige werkelijkheid bestaat. Het kwalitatief onderzoek heeft als taak om inzicht te krijgen in hoe mensen de werkelijkheid ervaren, beleven en betekenis eraan geven (Migchelbrink, 2009). Dit sluit aan bij de vraagstelling.

In het onderzoek wordt waarde gehecht aan de betekenis die de verpleegkundigen aan zaken geven. Het gaat erom de aard van een fenomeen in kaart te brengen en te inventariseren, in dit onderzoek dus de coördinatie van zorg op afdeling 11 oost (Cox e.a., 2008). De onderzoeker heeft de huidige situatie en ervaringen van verpleegkundigen in kaart gebracht en daarna gekeken naar wat hun wensen, behoeften, ideeën en opvattingen zijn met betrekking tot zorgcoördinatie. De gegevens worden niet in cijfers, maar in talige gegevens omschreven (Baarda e.a., 2005).

2.1.2 Dataverzamelingstechniek

Voor de dataverzameling heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van twee dataverzamelingstechnieken, namelijk: individuele interviews en een focusgroepsinterview**.

A. Individuele interviews

De onderzoeker heeft er in eerste instantie voor gekozen om individuele interviews te laten plaatsvinden. Bij interviews krijgen respondenten de gelegenheid om hun verhaal te vertellen. Het doel van een interview is het verzamelen van informatie uit mededelingen van ondervraagde personen, om zo een vooraf geformuleerde vraagstelling te beantwoorden (Baarda e.a., 2005). De onderzoeker heeft door middel van interviews antwoord gekregen op de vraag hoe de verpleegkundigen over zorg coördinatie denken, hoe zij de huidige situatie ervaren, welke knelpunten zij zien en welke ideeën, wensen en behoeften zij hebben voor de verbetering van coördinatie van zorg. De resultaten worden beschreven in paragraaf 2.2.

De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van het semigestructureerde interview (Cox e.a., 2008). Deze keuze is gebaseerd op het feit dat de onderzoeker voldoende ruimte wil creëren voor de eigen thema's. Door het semigestructureerde interview heeft de onderzoeker de mogelijkheid gekregen om een aantal specifieke thema's te bespreken, middels een topiclijst** (paragraaf 2.1.4) en verder door te vragen op antwoorden. De participanten hebben voldoende de ruimte gekregen om uit te wijden over bepaalde onderwerpen.

Zij heeft hen de mogelijkheid gegeven om hun verhaal te vertellen. De onderzoeker is op zoek gegaan naar de belevingen en ervaringen van de verpleegkundigen, zij probeert de leefwereld van de verpleegkundigen te begrijpen en doorgronden. Dat is ook wat centraal staat in kwalitatief interviewen (Evers, 2007). In de interviews heeft zij daarom de verpleegkundigen zoveel mogelijk aan het woord gelaten.

B. Focusgroepsinterview

Nadat de individuele interviews zijn uitgevoerd, heeft er een focusgroepsinterview plaatsgevonden. Een groepsinterview geeft de voorkeur wanneer er bij het gespreksonderwerp geen persoonlijke belangen in het geding zijn of wanneer het niet zozeer om betekenisverlening gaat, maar meer om het genereren van ideeën (Baarda e.a., 2005).

Het betreft een focusgroepsinterview met een kleine tot middelgrote groep over één specifiek onderwerp: coördinatie van zorg van het opnameproces van de patiënt (Migchelbrink, 2009). De onderzoeker heeft het gesprek gestuurd middels een itemlijst (bijlage 3A).

In de individuele interviews is er algemeen beeld geschetst van de meningen en ervaringen van de verpleegkundigen. Dit beeld is getoetst in de grotere groep, door een aantal stellingen voor te leggen. Deze stellingen zijn gebaseerd op informatie uit de individuele interviews. De verpleegkundigen hebben de mogelijkheid gekregen om hun mening en eventuele aanvullingen hierop te geven. Hierdoor heeft de onderzoeker zicht gekregen op de meningen, denkbeelden, opvattingen en associaties van de grotere groep. De onderzoeker heeft enkele items in gebracht en verpleegkundigen hierop laten reageren. De verpleegkundigen zijn vooral zelf aan het woord geweest. Het focusgroepsinterview kreeg het karakter van een brainstormsessie (Baarda e.a., 2005). De verpleegkundigen reageerden op elkaar, discussieerden met elkaar en kwamen samen tot conclusies. Deze conclusies zijn vergeleken met die gegevens uit de individuele interviews. De resultaten worden beschreven in paragraaf 2.2.

Daarnaast is er in het groepsinterview vooral aandacht besteed aan het genereren van ideeën. De verpleegkundigen hebben de gelegenheid gekregen om hun mening te laten horen over mogelijke verbeterpunten met betrekking coördinatie van zorg. De onderzoeker heeft zich gericht op welke nieuwe ideeën en welke mogelijke oplossingen de verpleegkundigen zien. Daarnaast er is gekeken naar de randvoorwaarden die de verpleegkundigen stellen. De onderzoeker heeft de verpleegkundigen zoveel mogelijk laten vertellen over wat voor hen wenselijk is in een nieuwe situatie. Een groepsinterview zorgt voor een hoge betrokkenheid van de verpleegkundigen bij het onderzoek.

2.1.3 De onderzoekspopulatie

De onderzoeker heeft twee databronnen geraadpleegd: individuele personen en een groep verpleegkundigen. Personen kunnen aangesproken worden in verschillende functies. Een respondent is een persoon die gegevens deelt over haarzelf, haar ideeën en opvattingen (Migchelbrink, 2009). De verpleegkundigen zijn een belangrijke informatiebron, in de rol van respondent, omdat zij op afdeling dagelijks werken aan coördinatie van zorg.

De onderzoeker vindt het van belang dat de verpleegkundigen nauw betrokken worden bij het onderzoek. De verpleegkundigen zijn uiteindelijk diegene die gaan werken met de verandering. Het is van belang dat de verandering aansluit bij de voorkeuren van de verpleegkundigen, zodat zij eerder geneigd en gemotiveerd zijn tot het uitvoeren hiervan. Hier is dan ook aandacht aan besteed door verpleegkundigen uit te nodigen hun meningen en ideeën te laten horen. Gezien de duur van het onderzoek, was het niet haalbaar om alle verpleegkundigen hierover te spreken. Hieronder is de onderzoekspopulatie beschreven.

A. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria

- Gediplomeerde MBO- of HBO-verpleegkundigen;
- Minimaal een halfjaar werkzaam op de afdeling;
- Op vrijwillige basis;
- Zij moeten voldoen aan tenminste één criteria van de gerichte steekproef.

Exclusiecriteria

- Verpleegkundigen die in de afgelopen 3 maanden afwezig zijn geweest.

B. Selectie of steekproeftrekking

De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van een gerichte steekproef. Kenmerkend voor een gerichte steekproef is dat men bij de samenstelling van de steekproef toewerkt naar een bepaalde samenstelling van de steekproef. Op grond van een aantal inhoudelijke redeneringen of overwegingen worden bepaalde personen geselecteerd. Er worden personen die geselecteerd die naar verwachting veel inhoudelijke informatie opleveren (Migchelbrink, 2009). De verpleegkundigen zijn geselecteerd op basis van functie, aantal contracturen, leeftijd en aantal jaren werkervaring.

Voor het onderzoek zijn uiteindelijk zes verpleegkundigen individueel geïnterviewd. Dit is het maximum wat de onderzoeker vooraf had gesteld, gezien de duur van het onderzoek. Alle participanten zijn gediplomeerd verpleegkundigen werkzaam op de afdeling 11 oost. Zij waren minimaal een halfjaar werkzaam op de afdeling. De onderzoeker heeft medewerkers met verschillende functies geïnterviewd: één senior verpleegkundige**, drie verpleegkundigen, één pooler** en één verzorgende. Daarvan hadden er twee een parttime- en vier een fulltime functie. De participanten hadden uiteenlopende jaren werkervaring van 1,5 jaar tot 26 jaar. De participanten waren wisselend in leeftijd, variërend tussen 23 tot 57 jaar.

Bij het focusgroepsinterview zijn zeven personen aanwezig geweest. Dit waren allemaal andere verpleegkundigen dan bij de individuele interviews. Er waren twee senior verpleegkundigen, drie verpleegkundigen en twee studenten aanwezig. Daarvan waren er enkele fulltimers en enkele parttimers. De leeftijd was variërend van 21 tot 60 jaar. Het aantal jaren werkervaring is onduidelijk.

Alle participanten aan het onderzoek waren van het vrouwelijke geslacht. Dit aangezien er geen mannelijke verpleegkundigen werken op de afdeling. Uiteindelijk hebben totaal 11 gediplomeerd verpleegkundigen aan het onderzoek deelgenomen. De onderzoeker heeft hiermee een derde deel van alle verpleegkundigen op de afdeling geïnterviewd. De situatie is bekeken vanuit verschillende perspectieven, doordat er een diversiteit aan personen is benaderd. Hierdoor is er een rijke informatie ontstaan. De onderzoeker heeft een representatief beeld van de meningen en ervaringen van de verpleegkundigen met betrekking tot zorgcoördinatie gevormd.

De onderzoeker heeft in het onderzoek inhoudelijke verzadiging, ofwel saturatie, voor een groot deel bereikt. Baarda e.a. (2005) beschrijven dit als: dat men net zo lang doorgaat tot men de indruk krijgt dat zij geen nieuwe informatie meer krijgen en de theorie dus min of meer sluitend is. Na de zes individuele interviews bleek dat verpleegkundigen veel dezelfde gedachten en ideeën hadden. Zij droegen dezelfde oplossingen aan en hadden overeenkomende meningen over de wenselijke situatie. Over enkele punten werd verschillend gedacht. Dit betreft vooral de huidige situatie. Ook de functie van de geïnterviewde is van invloed. Een parttimer stond bijvoorbeeld ergens anders tegenover dan een fulltimer. Na het focusgroepsinterview bleek echter dat er een groot deel verzadiging is bereikt. De onderzoeker had verwacht nog nieuwe ideeën en oplossingen mee te krijgen vanuit dit interview, echter bleek dat de meeste verpleegkundigen dezelfde gedachten hadden. De informatie uit het groepsgesprek heeft voor de onderzoeker dus eerder bevestigd wat de individuele verpleegkundigen vertelden, dan nieuwe informatie opgeleverd.

C. Werving personen

Aan het begin van het onderzoek heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen de onderzoeker en de opdrachtgever. In dit gesprek heeft de onderzoeker samen met de opdrachtgever gekeken naar welke personen voldeden aan de inclusiecriteria en aan de selectie steekproef. Hiervoor is het dienstrooster gebruikt.

De uitgekozen verpleegkundigen zijn daarna persoonlijk benaderd door de onderzoeker. Zij is op de afdeling geweest om hen te vragen deel te nemen aan het onderzoek. De datums voor het interview werden meteen vastgelegd en genoteerd op de dagplanning. De verpleegkundigen hebben nadien een bevestiging van de afspraak ontvangen via de mail. Twee dagen voor het interview heeft de onderzoeker de verpleegkundigen een reminder via de mail verstuurd. De emailadressen heeft zij verkregen via de opdrachtgever.

Het focusgroepsinterview is tevens gepland in overleg met de opdrachtgever. De onderzoeker heeft het interview onder de aandacht gebracht door het te noteren op het donderdagmiddag overzicht, wat in de verpleegpost hangt, en op de dagplanning. Daarnaast heeft de onderzoeker een poster gemaakt en deze opgehangen in de verpleegpost op de afdeling, duidelijk in het zicht van alle verpleegkundigen. Op de dag zelf heeft de onderzoeker de verpleegkundigen erop geattendeerd dat zij rekening moesten houden met het geplande interview. Dit heeft zij gedaan in samenwerking met de dagoudste van die dag. De onderzoeker heeft mensen persoonlijk aangesproken en benoemd dat het interview ging plaatsvinden. Bijna alle ochtenddiensten van die dag waren aanwezig. Eén verpleegkundige kon niet aanwezig zijn, zij bleef op de afdeling om de patiënten in de gaten te houden.

D. Ethiek

Onderzoekers hebben te maken met ethische en maatschappelijke aspecten. Het is van belang dat zij nadenken over de mogelijke gevolgen van het onderzoek dat zij doen. Om ervoor te zorgen dat onderzoeksresultaten niet 'tegen' respondenten kunnen worden gebruikt is een aantal criteria opgesteld dat de aanvaardbaarheid van het onderzoek bepalen. Onderzoek is aanvaardbaar indien:

- Het voor de respondenten duidelijk is wat het doel van het onderzoek is;
- Groeperingen en belanghebbenden eerlijk en rechtvaardig worden bejegend;
- Respondenten met respect worden behandeld (Plooi, 2008).

De onderzoeker heeft rekening gehouden met de ethische aspecten van het onderzoek. Aan het begin van de interviews is het onderzoek geïntroduceerd. Alle participanten zijn ingelicht over het doel van het onderzoek en wat er met de gegevens gedaan wordt. De onderzoeker heeft daarbij benoemd dat de gegevens worden geanonimiseerd. Na deze introductie heeft de onderzoeker gevraagd om toestemming van geluidsopname en de opnameapparatuur ingeschakeld. Er is gezorgd voor privacy, door het gesprek individueel plaats laten vinden in een afzonderlijke ruimte. De namen van de participanten worden nergens benoemd in verband met privacy redenen.

2.1.4 Het onderzoeksinstrument

Voor het uitvoeren van de interviews heeft de onderzoeker twee onderzoeksinstrumenten ontwikkeld. Eén voor de individuele interviews en één voor het focusgroepsinterview.

Voor de individuele interviews is een topiclijst ontworpen. De zogeheten topiclijst is een lijst met onderwerpen die aan de hand van de begripsafbakening is samengesteld. De topiclijst vormt het uitgangspunt voor het gesprek en de basis voor het maken van open vragen (Verhoeven, 2011). De topiclijst is ontworpen naar aanleiding van de eerste literatuurstudie die de onderzoeker heeft gedaan, een oriëntatie op het onderwerp.

De volgende topics zijn in de interviews aan bod gekomen:

- Verschillende verpleegsystemen (Broeken e.a., 2006);
- Definitie coördinatie van zorg (Jong e.a., 2003) en betekenis hiervan;
- Uitvoering zorgcoördinatie / regiefunctie;
- De rol van regisseur (Pool e.a., 2001).
- Invloed van functie en het aantal contracturen op regievoering;
- Wensen en behoeften met betrekking tot zorgcoördinatie;
- Ideeën en mogelijke oplossingen voor coördinatie van zorg op de afdeling.

Daarnaast hebben de verpleegkundigen voldoende de mogelijkheid gekregen om hun mening en beleving te laten horen. Dit stond voorop in het interview. De onderzoeker heeft sturing gegeven aan het interview door nieuwe topics in te brengen en daarover vragen te stellen.

Voor het focusgroepsinterview heeft de onderzoeker een draaiboek ontworpen. Dit is een simpele richtlijn voor het voeren van het gesprek. In het draaiboek is een hoofdvraag opgesteld, met enkele deelvragen. Daarnaast heeft de onderzoeker drie stellingen opgesteld. Deze stellingen zijn tot stand gekomen met de informatie uit de individuele interviews.

Zie bijlage 3A voor de volledige onderzoeksinstrumenten.

2.1.5. Dataverwerking en data-analyse

Nadat de gegevens zijn verzameld middels individuele interviews en het focusgroepsinterview, zijn de gegevens geanalyseerd. Voor zowel de data-analyse van de individuele interviews als van het focusgroepsinterview is gebruik gemaakt van een thematische data-analyse (Braun & Clarke, 2006) voor kwalitatief onderzoek. Het is een methode voor het identificeren, analyseren en (in detail) rapporteren van patronen (thema's) binnen de data. Het belang van een thema is niet gerelateerd aan frequentie van voorkomen, maar aan relevantie voor de overall beschrijving (het verhaal) die een antwoord geeft op de onderzoeksvraag (Cardiff, 2012).

De onderzoeker heeft hiervoor gekozen omdat de analyse opgebouwd is uit verschillende fasen. Het biedt de onderzoeker overzicht in de te ondernemen stappen. Zij heeft de workshop kwalitatieve data-analyse gevolgd, waardoor ook duidelijk is geworden dat het voor de onderzoeker een bruikbare analyse is. Zij heeft ervaren dat het een analyse is waar zij goed mee uit de voeten kan.

Thema's binnen de data kunnen geïdentificeerd worden op twee manieren: inductief en deductief. De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van een meer inductieve benadering. Dit betekent dat de data zijn gecodeerd zonder een vooraf afgesproken/vooraf bepaald schema of raamwerk. Datgene wat de onderzoeker al in de literatuur heeft gevonden wordt meer op de achtergrond gelaten, zodat er een meer open blik ontstaat. Wanneer de topics uit de literatuur een grotere rol gaan spelen, kan dit ervoor zorgen dat de onderzoeker geblindeerd raakt (Cardiff, 2012).

Braun en Clarke (2006) maken gebruik van de volgende fasen in de thematische analyse:

1. Verkennen van de data
2. De eerste codes maken
3. Thema's zoeken
4. Herziening van thema's
5. Benoemen en definiëren van thema's
6. Rapporteren.

De onderzoeker heeft van alle interviews geluidsopnames gemaakt. Deze geluidsopnames zijn gebruikt voor het transcriberen. De onderzoeker heeft alle data eerst getranscribeerd. Dit betekent het letterlijk woord voor woord uitschrijven van de gegevens uit het interview. De gegevens hebben dus de vorm van geschreven teksten (Migchelbrink, 2009). De interviews zijn daarna uitgeprint en meerdere keren grondig doorgelezen door de onderzoeker. Daarbij heeft zij genoteerd wat haar opvalt. Deze stap heeft ervoor gezorgd dat zij vertrouwd raakte met de data.

De tweede stap is het maken van eerste codes. Op de transcripten is aan de linkerzijde een brede balk gemaakt. Hier heeft de onderzoeker haar codes genoteerd, met daarbij ook een link naar het citaat. Dit om de context van de code niet uit het oog te verliezen. De codes zijn heel breed bekeken. Alle mogelijke codes, mogelijke belangrijke punten zijn genoteerd. Hierin is nog geen selectie gemaakt, omdat alle codes nog van belang kunnen zijn.

Nadat alle data is gecodeerd, werden de codes geclusterd. Soortgelijke codes worden met elkaar in verband gebracht. Dit is stap drie. De codes die overeenkomsten laten zien en/of over hetzelfde onderwerp gaan worden bij elkaar gebracht. Dit betekent dus ook dat bij sommige clusters tegenstrijdige codes bij elkaar komen. Bij deze stap heeft de onderzoeker gediscussieerd met de medeonderzoeker. De situatie werd vanuit twee kanten bekeken, wat tot nieuwe clusters heeft geleid. Aan de clusters werd een eerste naam gegeven.

Bij stap 4 heeft de onderzoeker alle clusters uitgeprint en op één hoop gegooid. De informatie uit de individuele interviews en het focusgroepsinterview zijn hier samengevoegd. De clusters zijn herzien. Er zijn nieuwe clusters gemaakt, clusters zijn verder gespecificeerd en alle clusters hebben een allesomvattende naam gekregen. Er is gekeken hoe de thema's in verband staan met de ruwe data en het overall beeld.

Daarna is de onderzoeker verder gegaan met stap 5: het beschrijven en definiëren van de thema's. Er is een overzicht gecreëerd van alle thema's met daarbij kernwoorden. Alle thema's hebben een definitieve naam gekregen en zijn verder gespecificeerd. Deze uitwerking is in bijlage 4A terug te vinden.

Uiteindelijk volgt de laatste stap, het rapporteren (paragraaf 2.2). De resultaten van de interviews en het focusgroepsinterview zijn samengenomen. In alle interviews is de vraag over de wensen en ideeën aan bod gekomen. In het focusgroepsinterview is hier nog extra aandacht aan besteed, door de wensen en ideeën verder te genereren. De gegevens uit de individuele interviews zijn voorgelegd, en verpleegkundigen kregen de gelegenheid hierop te reageren en aanvullingen te doen.

Per thema wordt eerst uitgelegd wat het thema inhoudt en wat verpleegkundigen daarover gezegd hebben. Vervolgens wordt aangegeven wat de relatie is tussen het thema en onderzoeksvraag. Daarbij wordt een treffend citaat gegeven wat de essentie weergeeft. Het thema wordt hiermee onderbouwd.

2.1.6 Kwaliteit waarborgen

Twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van onderzoek zijn betrouwbaarheid en validiteit. Betrouwbaarheid heeft betrekking op beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten. Validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten (Boeije, 2005).

Wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren, wordt dat opgevat als validiteit (Boeije, 2005). Om de kwaliteit van de onderzoeksinstrumenten, dus de topiclijst voor de interviews en het draaiboek voor het focusgroepsinterview, te waarborgen heeft de onderzoeker haar instrumenten voorgelegd aan de projectbegeleider. Zij heeft de instrumenten getoetst en hierop feedback gegeven. Tevens is de validiteit verhoogt doordat de topics zijn gebaseerd op de literatuur.

Het herhalen van metingen is een procedure om de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek te bewaken. Een vorm van het herhalen van metingen vindt plaats wanneer verschillende dataverzamelingstechnieken worden gebruikt om te proberen hetzelfde onderwerp waar te nemen (Baarda e.a., 2005). De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van methodetriangulatie doordat er eerst individuele interviews en daarna een groepsinterview heeft plaatsgevonden. De gegevens uit de individuele interviews zijn voorgelegd aan de grotere groep tijdens het focusgroepsinterview, om te toetsen of zij zich hierin kunnen vinden. Hiermee heeft de onderzoeker getoetst of de individuele interviews een realistisch beeld hebben gevormd van de algemene mening van de verpleegkundigen op afdeling 11 oost.

De onderzoeker maakt ook gebruik van onderzoekertriangulatie. Zij werkt afzonderlijk van de andere onderzoeker, maar zij werken ook samen in een team, overleggen over de systematiek en hun werkwijzen. De onderzoekers hebben elkaar kritisch bevraagd en feedback gegeven. Zij hebben beiden apart naar stukken gekeken, om te kijken of zij dezelfde interpretaties trokken. Dit verhoogt de kwaliteit van het onderzoek.

Daarnaast heeft de onderzoek gebruik gemaakt van member checking**. Alle participanten hebben binnen één week na het plaatsvinden van het interview een transcriptie van het interview ontvangen. Daarbij is een conclusie gegeven die de onderzoeker trekt uit de gegevens. De onderzoeker controleert hiermee of zij het perspectief van de verpleegkundigen goed heeft begrepen. Hiermee kan de juistheid van de weergave gecontroleerd worden. Dit vormt een toetsing van de betrouwbaarheid van de waarneming (Boeije e.a., 2009). Van alle participanten heeft de onderzoeker goedkeuring ontvangen, en daarmee toestemming om de gegevens te gebruiken voor het onderzoek. De gegevens zijn dus juist geïnterpreteerd.

Na iedere twee interviews heeft de onderzoeker een reflectie geschreven. Hierbij heeft zij kritisch gekeken naar wat goed ging, en wat een volgende keer beter kan. Naar aanleiding van de reflectie en de evaluatie met de mede-onderzoeker is de topiclijst na de eerste twee interviews aangepast. Daarnaast heeft zij erop gelet om open vragen te blijven stellen. Ook is de beginvraag tussendoor aangepast.

2.2 Resultaten

In dit hoofdstuk 'resultaten' beschrijft de onderzoeker de resultaten die zijn voortgekomen uit de dataverzameling middels individuele interviews en een focusgroepsinterview. Het uiteindelijke doel van de dataverzameling en data-analyse is antwoord geven op de volgende onderzoeksvraag:

'Hoe wordt de huidige werkwijze rond zorg coördinatie door de verpleegkundigen van afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis ervaren, waar zien zij de knelpunten en wat zijn de wensen van de verpleegkundigen en / of wat zien zij als mogelijke ideeën, oplossingen en suggesties?'

De hoofdvraag is grofweg in te delen in 3 deelvragen. Deze vragen vormen dan ook de hoofdthema's.

1. Huidige werkwijze: *'hoe wordt de huidige werkwijze ervaren?'*
2. Knelpunten: *'waar zien zij knelpunten?'*
3. Wensen en ideeën: *'wat zijn de wensen van de verpleegkundigen, wat zien zij als mogelijke ideeën en oplossingen?'*

In het stuk hieronder lopen verschillende termen door elkaar. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om als algemeen begrip coördinatie van zorg aan te houden. Als het gaat om specifieke ervaringen met het EVV, dan wordt EVV ook specifiek benoemd. Echter als het gaat om wensen en ideeën voor de toekomst, heeft zij ervoor gekozen om een eenduidig begrip aan te houden, en wel: verpleegkundige met regiefunctie**. De onderzoeker heeft deze keuze gebaseerd op het feit dat het gaat om iets in de toekomst. Dit hoeft niet perse de naam EVV te krijgen, maar kan juist ook een andere naam toegewezen krijgen.

2.2.1 Hoofdstuk 1: huidige werkwijze

Betekenis coördinatie van zorg

Onder coördinatie van zorg verstaan verpleegkundigen het regelen van de zorg. Sommigen benoemen het als het indelen van de zorg, de taken, voor de eigen patiënten en prioriteiten stellen. Anderen benoemen het als het informeren en aansturen van de patiënt, overzicht houden, vooruit werken en het ontslag in gang zetten. De een ziet het als het indelen en plannen van de eigen werkzaamheden, de ander ziet het als regelen van de zorg rondom de patiënt.

“Dat hoef je niet op het laatst te doen, dat kun je allemaal van tevoren al overzien (...). Dat is zonde als iemand daar op moet gaan zitten wachten, wanneer hij naar huis toe mag. Want mensen zijn zo blij dat ze naar huis toe mogen, dan moet je ervoor zorgen dat alles geregeld is en vooruit werken”. (interview 2)

Een enkeling geeft daar nog een andere nuance aan: op tijd zijn en zo gastvrij mogelijk zijn. Verpleegkundigen denken dus wisselend over wat coördinatie van zorg inhoudt. Dit zal er voor zorgen dat zij de coördinatie van zorg op verschillende manieren invulling geven en verschillende punten van belang vinden. Zij hebben echter wel één gezamenlijke mening, namelijk dat het gaat om het overzicht houden tijdens de opname van de patiënt. Dit vinden zij van belang zodat de opname als een vloeiend proces verloopt.

Verpleegstelsel

Verpleegkundigen beschrijven een verpleegstelsel als de manier van werken die wordt gehanteerd op een afdeling. Verpleegkundigen geven tegenstrijdige antwoorden op de vraag welk verpleegstelsel er op de afdeling gebruikt wordt. De een noemt het teamverpleging, de ander patiëntgericht verplegen** en weer een ander zegt taakverpleging ofwel functioneel verplegen. Enerzijds worden 's morgens de kamers verdeeld onder de verpleegkundigen, maar anderzijds worden sommige taken aan één persoon toegewezen. Ze hanteren niet één vast verpleegstelsel. Verschillende verpleegsystemen lopen door elkaar heen.

Mogelijk hebben de verschillende antwoorden te maken met het feit dat verpleegkundigen verschillende gedachten hebben over de verpleegsystemen. Uit de antwoorden valt af te leiden dat er niet eenduidig gewerkt wordt, omdat men heel andere dingen verstaat onder het verpleegstelsel.

Een enkeling geeft aan er niet blij mee te zijn dat er, naar haar idee, steeds meer functioneel verpleegd wordt. Zij ziet dit als flarden, het vormt geen geheel. Het zijn voor patiënten onrustige momenten en zij zien veel verschillende gezichten.

“Officieel wel, maar het gaat steeds meer naar taakgericht. 's Morgens vroeg begin je al met de controles van alle patiënten (...), vaak 's middags doet één iemand de pillen van meerdere kamers (...), en bij de visites is dat ook zo. Dus als ik kijk naar hoe het een aantal jaren geleden was, dat we echt kamergericht verpleegde, dat je alles voor jouw eigen patiënten deed, dat is niet meer.” (interview 5)

2.2.2 Hoofdstuk 2: knelpunten

Invloed van functie op coördinatie van zorg

In de interviews geven verpleegkundigen aan meerdere knelpunten te zien in de uitvoering van coördinatie van zorg. Eén daarvan is de functie en het aantal contracturen dat iemand heeft. Vooral de parttimers geven aan dat zij het lastig vinden om de regie te voeren. Zij geven hierbij als reden dat zij te weinig aanwezig zijn. Zij ervaren het als lastig om de patiënt in de gaten houden, te volgen. Dit wordt beaamd door andere verpleegkundigen.

“Omdat ik parttimer ben, mis ik dan toch weer dagen. (...) Helemaal een compleet plaatje krijg je dan toch nooit niet, voor jouw gevoel (...) In principe zou het wel moeten kunnen met een parttimer, maar ik vind bij een hoogcomplexiteit patiënt, vind ik dat er dagelijks iemand op moet zitten”. (interview 4)

Een enkele parttimer geeft aan dat dit ook een persoonlijke tint is. De een leest globaal de informatie die geschreven staat en de ander verdiept zich meer in de patiënt. Meerdere verpleegkundigen geven aan dat iedereen de regiefunctie uit zou moeten kunnen voeren, inclusief de poolers. Een verzorgende geeft aan volgens haar functieomschrijving geen regiefunctie te mogen vervullen. Een enkeling geeft echter aan de taak toch op zich te nemen, omdat zij door haar werkervaring vaardigheden heeft ontwikkeld. Verder geven verpleegkundigen aan dat er geen verschil gemaakt moet worden tussen MBO of HBO.

Alle verpleegkundigen zijn het erover eens dat het bij complexe patiënten van belang is dat er dagelijks iemand op zit. Enkele fulltimers geven aan dat zij dit als extra belasting ervaren, omdat zij het idee hebben dat alles op hun nek komt te liggen.

“Maar dat het altijd de fulltimers zijn, die dat dan “moeten” doen. Dat geeft wel een extra belasting”. (groepsinterview).

Planning

Ook wat betreft planning van zorg hebben verpleegkundigen hun mening laten horen. Zij benoemen hierbij zowel positieve als negatieve aspecten. Er wordt naar gestreefd om de verpleegkundigen zoveel mogelijk dezelfde patiënten toe te wijzen, een paar dagen achter elkaar. Dit wordt als positief ervaren. Gezien de onregelmatigheid en de wisselende diensten, is dit echter niet altijd haalbaar, en gebeurt het dus ook niet altijd.

“Het zou het allermooiste zijn als je van iemand EVV'er bent en daar zorg je dan ook een aantal dagen voor, maar ik denk dat dat niet gaat om onregelmatigheid”. (interview 3)

Ook met het coördineren van zorg met een verpleegkundige met regiefunctie voorzien de verpleegkundigen enkele planmatige problemen. Een verpleegkundige benoemt dat het verplaatsen van verpleegkundigen naar andere kamers ten koste gaat van de continuïteit van de andere patiënten. Verpleegkundigen benoemden het aanstellen van twee verpleegkundigen met regiefunctie per patiënt als oplossing, zodat er regelmatig iemand aanwezig is. Ook daarbij worden problemen voorzien. Wisselwerking en overdrachtsmomenten tussen beide personen worden als zeer belangrijk ervaren.

“Of je moet met zijn tweeën op één patiënt gaan zitten. Maar dan moeten er overdrachtsmomenten zijn. En dan ga je weer moeilijkheden creëren. Dan moet er wel die wisselwerking zijn. Dus dat zou ook kunnen, maar dan moet je wel planmatig kijken hoe het zit”. (interview 4)

Haalbaarheid en beladenheid

De verpleegkundigen hebben zich in de interviews geuit over welke knelpunten zij zien. Het gaat om punten die hen belemmeren in de uitvoering van coördinatie van zorg. Enkele termen die daarbij naar voren kwamen waren: hoeveelheid, bewerkelijk, beladenheid, moeilijk, instelling van de mensen, tijdsgebrek en niet haalbaar. Alle verpleegkundigen benoemen vooral de tijd als een grote beperkende factor.

“De tijd is voor mij een grote belemmerende factor”. (interview 6)

Ook wordt benoemd dat het een hoeveelheid aan werk is wat het bewerkelijk en moeilijk haalbaar maakt.

“Het overzicht hebben en het goed geregeld hebben, dat zou iedereen wel willen. Maar het is de hoeveelheid van al die dingen: protocollen moet je opzoeken, handelingen moet je opzoeken, medicatie moet je opzoeken, het zijn zoveel dingen (..) Dat wordt zo massaal. Dat kun je gewoon niet meer. Dat wordt teveel werk. En dan gaat het weer niks worden”. (interview 4)

De onderzoeker kreeg tijdens de interviews sterk de indruk dat verpleegkundigen er weinig vertrouwen in hebben. Enkele verpleegkundigen hebben zich hierover ook expliciet uitgedrukt. Een verpleegkundige zei bijvoorbeeld ‘het blijft sowieso een lastig punt’. Het EVV-schap is al meerdere keren gefaald. Het EVV-schap is een beladen onderwerp geworden, evenals het inbrengen van verandering. Ook in het groepsinterview bleek dit. Na de introductie door de onderzoeker was de eerste reactie: ‘zucht’. Enkele knelpunten zullen niet weg te nemen zijn, zoals het tijdsgebrek. Maar het is wel zaak om aandacht te besteden aan de knelpunten en aan het werkbaar maken voor de verpleegkundigen.

2.2.3 Hoofdstuk 3: wensen en ideeën

Meerwaarde van verpleegkundige met regiefunctie

Subthema: meerwaarde van een verpleegkundige met regiefunctie

Alle verpleegkundigen geven aan dat zij de meerwaarde van een verpleegkundige met regiefunctie inzien. Als verpleegkundigen gevraagd wordt waarom het een meerwaarde is, dan geven zij aan het van belang te vinden dat één iemand het overzicht heeft en goed op de hoogte is. Anders weet iedereen overal een klein beetje van en niemand overziet het geheel. Enkele verpleegkundigen benoemen een andere meerwaarde, zoals het beter kunnen ondervangen van klachten.

“Dat is voor patiënten ook prettiger dat zij in ieder geval één vast aanspreekpunt hebben, waar ze ook op terug kunnen vallen. Je hoort soms toch dat patiënten ontevreden zijn. (..) Dat jij dan in ieder geval op de hoogte bent van de situatie van de patiënt, van de afspraken. (..) dat jij het geheel overziet”. (interview 1)

Ook geven zij aan dat het voor patiënten een meerwaarde is om één aanspreekpunt te hebben. Patiënten zijn al veel verschillende gezichten, een bekend gezicht is dan fijn.

“Voor mensen is dat hun houvast, daar krijgen zij hun informatie van, en hun zekerheid”. (groepsinterview)

Subthema: patiëntencategorie

De meeste verpleegkundigen benoemen dat een verpleegkundige met regiefunctie niet bij iedere patiënt nodig is. Vooral bij korte opnames vinden zij het niet nodig. Het aanstellen van een verpleegkundige met regiefunctie bij iedere opname wordt door de meesten als belastend en onnodig ervaren. Verpleegkundigen vinden het vooral van belang bij patiënten die langdurig opgenomen liggen en die een complexere zorgvraag hebben.

“Ik denk bij langere opnames, vooral complexe patiënten, die hier echt zeker wel 1 week liggen. Waar ook van alles bij geregeld moet worden. Thuiszorg, wondzorg, al die dingen, denk ik dat het zeker wel een meerwaarde heeft”. (interview 1)

Ook worden onder andere de volgende criteria benoemd door de verpleegkundigen: meerdere disciplines, slecht nieuws casussen, bekend met lichamelijke en/of psychische beperking, uitgebreide voorgeschiedenis, heropname, intensive care overname en onbekend specialisme. Lastig punt blijft dat een korte opname-indicatie ook langdurig kan worden, omdat er bijvoorbeeld complicaties zijn. Je kunt niet altijd vooraf overzien hoe een operatie gaat verlopen. Vraag blijft dan op welk moment je wel een verpleegkundige met regiefunctie toewijst. De verpleegkundigen hebben hier nog geen ideeën over laten horen.

Beeldvorming van verpleegkundige met regiefunctie

Subthema: taken van een verpleegkundige met regiefunctie

Het is van belang om te weten wat opvattingen over een verpleegkundige met regiefunctie zijn. Als verpleegkundigen hiernaar wordt gevraagd, dan geven zij aan het van belang te vinden dat de verpleegkundige met regiefunctie de volgende taken uitvoert: aanspreekpunt zijn, zorgproces globaal in de gaten houden, het overzicht houden vanaf de zijlijn en vooruit kijken. Deze kerntaken worden door alle verpleegkundigen benoemd.

“Ik vind een EVV'er meer iemand die het proces globaal in de gaten houdt en meer hoe het met de mensen gaat, of ze tevreden zijn”. (interview 3)

Ook zijn er enkele specifieke taken die andere verpleegkundigen benoemen: regelmatig contact houden met patiënt en familie, aanspreken van andere disciplines en collega's op hun verantwoordelijkheden, opkomen voor de patiënt, af en toe samenvatten.

Subthema: verantwoordelijkheden van een verpleegkundige met regiefunctie

Sommige verpleegkundigen geven aan dat het een extra taak is, die de verpleegkundige boven op haar dagelijks werk doet. Anderen denken hier anders over en zien het als iets wat je bij iedere patiënt doet. Als iemand het ziet als iets bovenop het werk wat zij al doet, zal zij het ook eerder als extra belastend ervaren.

“Dat je naast je gebruikelijke patiënten, die patiënten ook nog monitort. En daar dus ook helemaal van op de hoogte ben. Ja, en dat kost tijd”. (interview 6)

Alle verpleegkundigen zijn het er over eens dat iedereen zelf verantwoordelijk blijft voor haar eigen taken in de dienst. De verpleegkundige met regiefunctie hoeft niet altijd op de kamer hoeft te staan.

“Dat houdt niet in, dat andere collega's dit niet horen te doen, want je hoort het gewoon bij ieder patiënt te doen, als ik dan er niet ben als EVV'er, horen andere collega's dat wel te doen ook. (..) Iedereen blijft zelf verantwoordelijk, maar ik moet wel zicht houden en eventueel mensen aansturen”. (interview 1)

Duidelijkheid

Subthema: duidelijkheid voor de patiënt

Onder duidelijkheid verstaan verpleegkundigen dat voor de patiënt inzichtelijk is wat een verpleegkundige met regiefunctie inhoudt. Zij beschreven dit als het informeren van de patiënt over wie de verpleegkundige met regiefunctie is en wat diegene doet.

De verpleegkundigen geven aan dat het van belang is dat patiënten weten wat dit inhoudt, bijvoorbeeld omdat patiënten anders andere verwachtingen kunnen krijgen.

“Dat ze een beeld hebben bij wat een EVV’er nou eigenlijk voor je doet, en wat het verschil is met diegene die heel de dag voor je zorgt. (..) Want ik heb ook een keer gemerkt dat een patiënt, die zei de hoofdzuster. Die was het helemaal, die was net god. Toen dacht ik, die hebben het een beetje verkeerde begrepen”. (interview 3)

De verpleegkundigen beschrijven verschillende manieren voor het inlichten van de patiënt: in het opnamegesprek, mondeling, een folder en/of visitekaartje of een combinatie hiervan.

Subthema: duidelijkheid voor de verpleegkundigen

Onder duidelijkheid verstaan de verpleegkundigen dat duidelijk is wat de verwachtingen zijn. Zij geven aan dat niks op papier staat: er is geen protocol** of vaste richtlijn. Alle verpleegkundigen geven aan hier wel behoefte aan te hebben. De verpleegkundigen nemen de invulling van verpleegkundige met regiefunctie nu verschillend op. Iedereen kan het op zijn eigen manier invullen. Dit wordt door de meeste verpleegkundigen als negatief ervaren.

De verpleegkundigen zijn het er over eens dat er vaste regels moeten komen. Zij geven aan eenduidigheid** van belang te vinden, omdat dan de verwachtingen duidelijk zijn, iedereen op dezelfde wijze te werk gaat en zodat men elkaar kan aanspreken.

“Je moet gewoon duidelijke richtlijnen hebben. Dat iedereen ook weet wat er van hem of haar verwacht wordt, en op het moment dat mensen het niet doen, dat je dan ook kunt zeggen van dit zijn de afspraken, waarom is dat niet gebeurd”. (interview 5)

Implementatie en randvoorwaarden

De verpleegkundigen geven aan dat het belangrijk is dat de verandering goed geïmplementeerd gaat worden. Een enkeling benoemt expliciet dat zij nauw betrokken willen worden: ‘het moet iets zijn van allemaal’. Meerdere verpleegkundigen benoemen dat coördinatie van zorg meer onder de aandacht moet worden gebracht.

“Nou ja, misschien dat je het tijdens een overleg o.i.d. onder de aandacht kunt brengen. (..) Leuk om daar iets aan te wijden, zo van wat houdt dat in, (..). Dat je het een beetje bekend maakt, ook voor poolers, studenten, nieuwe mensen”. (interview 2)

*Subthema: gebruik van Elektronisch ZorgInformatieSysteem (EZIS)***

De meerderheid geeft aan dat er bij de implementatie gebruik gemaakt kan worden gemaakt van EZIS. Het communicatievel en het activiteitenplan worden door alle verpleegkundigen benoemd als mogelijke plaatsen om informatie kwijt te kunnen.

“Laten we dan maar bij EZIS verder gaan. Want dat hebben we. Daar kun je het inpassen. We hebben een communicatie vel, je hebt een activiteitenplan. Eventueel een kort kopje van rapportage van EVV”. (interview 4)

Een enkeling geeft aan dat dit nog niet voldoende is. Er moet ook een opzetje komen voor het schrijven hierin: wat vragen wij, wat noteren we, naam op het daglijstje noteren en een bord waarop inzichtelijk is wie de verpleegkundige met regiefunctie van welke patiënt is.

Subthema: klik tussen verpleegkundige met regiefunctie en patiënt

Alle verpleegkundigen benoemen dat de klik tussen de verpleegkundige met regiefunctie en de patiënt een belangrijke voorwaarde is. Meerdere verpleegkundigen geven aan dat er een klik moet zijn vanuit beide kanten. Als er geen klik is, kan dat als gevolg hebben dat een patiënt zich niet openstelt. Dat vinden zij reden om te wisselen van persoon.

“Maar dan blijft nog dat je wel de klik moet hebben met de patiënt, of andersom. Dat iemand zich durft open te stellen. (..) Dat je dan ook wisselt, als je erachter komt dat de patiënt meer een klik heeft met de ander, en daar mee aan vertelt”. (groepsinterview)

2.3 Deelconclusie

Aan het begin van dit hoofdstuk is de onderzoeksvraag geformuleerd. Deze luidt:

'Hoe wordt de huidige werkwijze rond zorg coördinatie door de verpleegkundigen van afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis ervaren, waar zien zij de knelpunten en wat zijn de wensen van de verpleegkundigen en / of wat zien zij als mogelijke ideeën, oplossingen en suggesties?'

In deze laatste paragraaf zal antwoord worden gegeven op deze vraag.

In de interviews met verpleegkundigen is gesproken over de huidige werkwijze. Wat hierbij opvalt is dat verpleegkundigen verschillende ideeën hebben bij wat coördinatie van zorg betekent in de huidige situatie. Dit zal ervoor zorgen dat zij hier ook een andere betekenis en invulling aan geven. Over het verpleegstelsel op de afdeling worden tegenstrijdige antwoorden gegeven. In het afdelingsprofiel beschrijft de afdeling het patiëntgericht werken. In interviews benoemt de een het taakgericht verplegen, de ander patiëntgericht verplegen en weer een ander teamverpleging. De ervaring van verpleegkundigen is dat er verschillende verpleegsystemen gehanteerd worden. De gang van zaken in de dagelijkse praktijk komt niet overeen met wat er op papier staat. De onderzoeker maakt op dat er niet eenduidig gewerkt wordt. De verpleegkundigen trekken niet gezamenlijk één lijn.

In de interviews is daarnaast aandacht besteed aan de toekomst, aan welke wensen en ideeën de verpleegkundigen zien voor de verbetering van coördinatie van zorg. De meeste verpleegkundigen zijn het erover eens dat er meer duidelijkheid over het beleid rond zorg coördinatie moet komen. Er is op dit moment geen protocol of vaste richtlijn. Verpleegkundigen geven aan hier wel behoefte aan te hebben. Zij willen graag dat iedereen op dezelfde wijze te werk gaat, weten wat de verwachtingen zijn en elkaar kunnen aanspreken. Ook voor de patiënten vinden zij duidelijkheid belangrijk. Het lijkt erop dat de verpleegkundigen de positieve aspecten van de verpleegkundige met regiefunctie erkennen. Zij geven aan dat het wenselijk is dat één iemand het overzicht heeft en goed op de hoogte is van de gehele zorg rondom de patiënt. Zij zien het als een meerwaarde voor de patiënt als zij één vast aanspreekpunt hebben. Alle verpleegkundigen geven aan de meerwaarde van de verpleegkundige met regiefunctie in te zien.

Echter wekken de verpleegkundigen de indruk dat zij ook wel tevreden zijn over hoe ze het nu organiseren op de afdeling. Ze laten geen specifieke knelpunten horen over de huidige situatie. De verpleegkundigen lijken vooral geneigd veel knelpunten te zien bij de invoering van de verandering. De verpleegkundigen geven de indruk dat zij er niet volledig achterstaan en vooral veel beren op de weg zien. In de interviews is uitgebreid gesproken over deze knelpunten. Enkele termen waren: hoeveelheid, beladenheid, mentaliteit, haalbaarheid en tijdsgebrek. Wat daarbij vooral opvalt is dat verpleegkundigen weinig vertrouwen in de verandering hebben. Het EVV-schap is al meerdere keren gefaald. Dit zorgt ervoor dat het EVV-schap een beladen onderwerp is geworden, evenals het inbrengen van verandering.

Een positief aspect dat naar voren komt is dat verpleegkundigen over het algemeen wel overeenstemming laten zien in het beeld wat zij hebben bij een verpleegkundige met regiefunctie. Alle verpleegkundigen benoemen bijvoorbeeld de volgende taken: aanspreekpunt zijn, het overzicht houden en vooruit kijken. Ook zijn zij actief in het aandragen van ideeën, zoals het gebruik van EZIS bij de implementatie.

Alles omvattend komt het er op neer dat er duidelijkheid en overeenstemming moet komen. Die is er nu niet ten aanzien van het werken met verpleegsystemen in de werkelijke situatie en zou er wel moeten zijn wil men verder met een duidelijk en eenduidig beleid. Er moet helderheid worden verschaft over het beleid rond zorg coördinatie. De verpleegkundigen moeten daarbij een handvat krijgen om in de praktijk alert te zijn op het uitvoeren van coördinatie van zorg. De verpleegkundigen moeten hierbij ondersteund worden en elkaar ondersteunen om het invoeren van een verandering niet opnieuw te laten falen.

Hoofdstuk 3 Patiënten perspectief

Auteur: R. Verberne

In dit hoofdstuk staat het patiënten perspectief centraal. Het hoofdstuk is verdeeld in drie hoofdparagrafen: onderzoeksmethoden, resultaten en deelconclusie.

3.1 Onderzoeksmethoden

In deze paragraaf wordt beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is. De volgende punten worden beschreven: de vraagstelling en onderzoeksbenadering, dataverzamelingstechniek, de onderzoekspopulatie, het onderzoeksinstrument, de dataverwerking en data-analyse en de kwaliteit waarborging.

3.1.1 Vraagstelling en onderzoeksbenadering

Op de volgende vraagstelling wordt een antwoord gezocht:

‘Wat zijn de ervaringen van chirurgische patiënten op afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis, met betrekking tot de coördinatie van zorg en wat zijn hun wensen en behoeften hierin?’

Een deel van het gehele onderzoek zal zich richten op het patiënten perspectief, om uiteindelijk de probleemstelling over coördinatie van zorg volledig te kunnen beantwoorden. De verpleegkundigen zijn degene die de zorg leveren, waaronder ook de coördinatie van zorg. De kant van de patiënten moet ook belicht worden, zij zijn de groep die deze zorg ontvangen. Zij ervaren hoe de opname gecoördineerd wordt en mogelijk zien zij hierin verbeterpunten of wordt er niet voldaan aan de wensen en behoeften die er bij hen zijn.

Patiëntentevredenheid is de laatste jaren steeds belangrijker geworden. Factoren als wetgeving, keuzevrijheid en accreditaties spelen hierbij een belangrijke rol (Niessen & Cox, 2011). De mening van patiënten is belangrijk, ook voor het Catharina Ziekenhuis. Een van de speerpunten van het ziekenhuis is dan ook de gastvrijheid. Twee maal per jaar wordt er een patiëntentevredenheid onderzoek gehouden in de vorm van de Consumer Quality Index (CQI)**. Een vragenlijst over de ervaringen van de patiënten tijdens de ziekenhuisopname, deze uitkomsten zijn ook meegenomen in de beantwoording van de deelvraag. In deze vragenlijst staan ook vragen opgenomen over de coördinatie van zorg, deze vraag gaan dan over de aandacht en tijd die verpleegkundigen hebben voor de patiënten en of er goed naar vragen en problemen wordt geluisterd.

Om de vraagstelling te kunnen onderzoeken heeft de onderzoeker gekozen om een kwalitatief beschrijvend onderzoek uit te voeren. Bij kwalitatief onderzoek worden er onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen, met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren (Evers, 2007).

3.1.2 Dataverzamelingstechnieken

De onderzoeker gebruikt ondervragen als belangrijkste dataverzamelingstechniek. Daarnaast is er gebruik gemaakt van inhoudsanalyse als aanvulling op de interviews met de patiënten.

A. Ondervragen / interviews

Om de deelvraag goed te kunnen beantwoorden, is het van belang dat de patiënt spreekt en haar ervaringen deelt. De regievoering op de afdeling heeft betrekking op de patiënten, die daar opgenomen liggen. Daarom is het ook belangrijk om deze kant van het probleem te belichten. Er is gekozen voor individuele interviews, om de privacy van de patiënten die opgenomen liggen te waarborgen. Er kunnen persoonlijke zaken aan bod komen, die waarschijnlijk niet gezegd worden wanneer er gekozen wordt voor een groepsinterview.

Als structuur van de interviewstijl en als methode hoe de onderzoeker gaat doorvragen tijdens de interviews, gaat de voorkeur uit naar het sluismodel. Dit model wil zo breed mogelijk inzicht krijgen in het onderwerp van het onderzoek. De patiënt moet haar verhaal kunnen vertellen en niet gestuurd worden. In deze interviewstijl zijn vooral doorvragen dominant. Tijdens het onderzoek bleek deze stijl van interviewen moeilijk te realiseren. Het begin van het interview werd wel open gehouden. De patiënten werd gevraagd hun ervaringen te delen, maar doordat het begrip ‘coördinatie van zorg’ vaak niet bekend is bij de patiënt, moet dit nader toegelicht worden.

Enkele deelonderwerpen zijn aangedragen (vanuit de topiclist, paragraaf 3.1.4) wanneer patiënten hierover gingen praten, heeft de onderzoeker daarop doorgevraagd, zodat de patiënt wel goed kon aangeven wat zij belangrijk vindt.

Tijdens de interviews zijn er geluidsopnames gemaakt. Het gaat vooral om wat de patiënt zelf vertelt en niet zo zeer hoe de houding is van de patiënt, waardoor beeldmateriaal overbodig zou zijn. Bovendien kan een videocamera ook leiden tot dat de patiënt zenuwachtig wordt, of zich anders voordoet (Evers, 2007).

B. Inhoudsanalyse

Inhoudsanalyse is een dataverzamelingstechniek die wordt gebruikt voor het verkrijgen van gegevens uit documenten. In dit onderzoek zullen dat de resultaten zijn van de CQ index en van de spiegelbijeenkoms^{**}. Deze documenten worden geraadpleegd om aanvullende informatie over de coördinatie van zorg op de afdeling te verkrijgen van patiënten die niet op dit moment opgenomen liggen. Deze documenten zijn verkregen van de teamleider, tevens de opdrachtgever. De onderzoeker zal de inhoudsanalyse in de kwalitatieve variant uitvoeren, zij zal dan vooral bezig zijn met de inhoud van de documenten te duiden en te begrijpen en weer te geven onder een aandachtspunt of label (Migchelbrink, 2009).

Thema's waar naar gekeken is tijdens de documentenanalyse zijn gericht op de regievoering op de afdeling, over de meerwaarde van een aanspreekpunt, opnameverloop en contact met de verpleegkundigen. Deze thema's zijn voort gekomen uit de opgestelde topiclist. Veel instellingen in welzijn en zorg registreren via de computer allerlei gegevens, over deelnemers, cliënten en personeel (Migchelbrink, 2009). Het Catharina Ziekenhuis beschikt over de afdeling 'Bureau Patiëntenbelangen'^{**}. Wanneer patiënten ontevreden, teleurgesteld of boos zijn kunnen zij dit melden bij de klachtenfunctionaris van Bureau Patiëntenbelangen. De onderzoeker wil bereiken via deze klachtenfunctionarissen informatie te verkrijgen over problemen die gemeld zijn over de regievoering op afdeling 11 oost.

3.1.3 De onderzoekspopulatie

Om het onderzoek uit te kunnen voeren worden er gegevens verzameld. De gegevens worden op verschillende manieren verzameld, zoals benaderen van individuele personen, documenten, databanken en registratiesystemen. Er is gekozen om een combinatie van databronnen te gebruiken om zo de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te bevorderen (Migchelbrink, 2009).

A. Individuele personen

De eerste keuze voor de databron is een chirurgische patiënt van afdeling 11 oost, in de functie van respondent. Als databron wordt ook de familie of betrokkenen van de patiënt benaderd, zij zijn dan in de functie van informant. Het gaat niet om hen zelf, maar om een familielid die is opgenomen op de afdeling. Zij hebben nauw contact met de patiënt en kunnen mogelijk aanvullingen geven wat voor hen wenselijk is in de coördinatie van zorg. Zeker wanneer de patiënt ziek is, en mogelijk dingen langs haar heen gaat, is de familie het aanspreekpunt voor verpleegkundigen om informatie te geven. Nadeel kan zijn dat de familie een andere kijk heeft op het onderwerp dan de patiënt zelf en dat ze meer voor zichzelf praten en niet zo zeer wat belangrijk is voor degene die opgenomen ligt.

a. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria

- De hoofdbehandelaar van de patiënt is de chirurg;
- De patiënt heeft een chirurgische buikoperatie ondergaan;
- Minimaal verblijf van 72 uur op de afdeling; zodoende heeft de patiënt een goede indruk van de afdeling kunnen krijgen (Niessen & Cox, 2011);
- Nederlands kunnen spreken en begrijpen;
- Vrijwillige deelname;
- Cognitief en fysiek in staat zijn om toestemming te geven een eigen verhaal te kunnen vertellen.
- Wanneer patiënten nog te ziek zijn van de operatie, of door complicaties, dan zal de familie worden benaderd.

Exclusiecriteria

- Patiënten wordt verdacht van een cognitieve stoornis. Zo'n stoornis kan problemen opleveren met het geheugen, taal, gedrag en het oplossen van problemen.

b. Soort steekproef en steekproefgrootte

Een steekproef is een klein deel van je populatie waarover je gegevens verzamelt. Het doel is om informatie dáár te halen waar deze zit (Verhoeven, 2011). Patiënten die deel kunnen nemen aan het onderzoek staan beschreven in een steekproefkader, dit is een vorm van administratie waarin de te onderzoeken eenheden zijn geregistreerd (Migchelbrink, 2009). De te onderzoeken doelgroep (chirurgische patiënten) staan geregistreerd in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)**.

De individuele personen, hier de patiënt en familie, zijn vooraf geselecteerd, omdat het niet realistisch is om elke patiënt te ondervragen. Door middel van doelgerichte, selecte steekproef zijn er in totaal 5 patiënten benaderd. Deze patiënten hebben een diversiteit in leeftijd, opname indicatie en lig duur. De onderzoeker is voor de selectie van de patiënten in overleg gegaan met de opdrachtgever. De opdrachtgever is op de hoogte van wat voor soort patiënten er op de afdeling liggen en kon zo de onderzoeker informeren bij de keuze voor de patiënten. Tijdens het overleg zijn alle patiënten bekeken die op dat moment op de afdeling lagen, met het daglijstje en het EPD, daarbij is gelet op, opname indicatie, dag van operatie, voorlopige ontslagdatum, verloop van opname, leeftijd en of dat zij in staat zijn om hun mening te geven. Deze selectie heeft vaker plaatsgevonden, omdat er iedere week weer nieuwe patiënten opgenomen lagen op de afdeling.

Er wordt rekening gehouden met de inclusiecriteria, maar uiteindelijk is er wel een diversiteit ontstaan onder deze patiënten. Deze diversiteit is terug te zien in de groep patiënten die zijn geïnterviewd, er is verschil in leeftijd: van 33 tot 69 jaar, lig duur: van 1 week tot 2 maanden en eerdere ervaringen in dit ziekenhuis, zowel positief als negatief. Eén interview is afgenomen met de partner van een patiënt.

Wanneer tijdens de gesprekken veel dezelfde antwoorden teruggeven worden zal de inhoudelijke verzadiging bereikt zijn (Baarda e.a., 2005). Er zijn 5 individuele interviews gehouden. Hierbij kwam deels een verzadiging naar boven, maar niet op alle vlakken. Dat er geen volledige verzadiging is, betekent niet dat de gegevens niet bruikbaar zijn. De patiënten hebben allemaal eigen ervaringen en die verschillen van elkaar. Dit heeft ook te maken met de diversiteit van de achtergronden van de patiënten, die hierboven beschreven staan.

c. Werving personen

Alle wervingsactiviteiten zijn ten alle tijden overlegd met de opdrachtgever. Via de opdrachtgever is er een selectie gemaakt wie van de patiënten en diens familie mogelijk deel zou kunnen nemen aan de gesprekken. De onderzoeker heeft daarna contact gezocht met de verpleegkundige die op dat moment voor de patiënt zorgt. Aan haar is de vraag voorgelegd en naar haar mening gevraagd of dat de patiënt daar toe in staat is. De verpleegkundige is vervolgens bij de patiënt binnengelopen om toestemming te vragen dat wij bij hem/haar langskwamen. Dit is altijd goedgekeurd.

Vanaf dat moment heeft de onderzoeker het stokje overgenomen van de verpleegkundige en inhoudelijke uitleg gegeven over het onderzoek. De patiënt kreeg een informatiebriefje met kort nog de uitleg en de datum en tijd van het interview. Aan de verpleegkundige is gevraagd om de datum en tijd te noteren in het activiteitenplan, zodat de collega's daar ook van op de hoogte zijn. De onderzoeker heeft de datum en tijd genoteerd in de map met de daglijstje en daarbij ook de ruimte genoteerd, zodat die gereserveerd is.

Wanneer het gesprek ver vooruit was gepland (een week later) heeft de onderzoeker in de ochtend naar de afdeling gebeld, om te vragen of dat de patiënt nog steeds achter het besluit staat en ook nog steeds in staat was om het interview te geven. Ongeveer een half uur voor het gesprek heeft de onderzoeker de 'informed consent' uitgereikt aan de patiënt, zodat zij dit rustig kon doorlezen.

d. Ethiek

De patiënten zijn vooraf geïnformeerd over het onderzoek. Hierbij zijn zaken benoemd zoals het doel van het onderzoek, privacyrechten en anonimiteit. De onderzoeker heeft rekening gehouden met de privacy van alle patiënten, door in een afzonderlijke ruimte het interview af te nemen. De verzamelde gegevens zijn geanonimiseerd door geen namen te noemen, maar een beschrijving te geven van geslacht, leeftijd, opname indicatie, opnameduur, achtergronden en andere eventuele bijzonderheden.

Zoals hierboven al beschreven is aan het begin van de samenwerking met de patiënten, hen gevraagd om een 'informed consent' te tekenen, waarin alle informatie over het onderzoek staat beschreven en daarbij ook de rol van de patiënt. Hiermee geeft de patiënt toestemming om mee te werken aan het onderzoek. Dit houdt echter niet in dat de patiënt vast zit aan het onderzoek. Ze mochten nog te allen tijden uit het onderzoek stappen.

3.1.4 Het onderzoeksinstrument

De onderwerpen die besproken worden tijdens het interview, maar ook de gegevens die gezocht worden in de documenten en bij het gesprek met de klachtenfunctionaris worden beschreven in een topiclijst. Dit is een overzicht van belangrijke aspecten die bij het hoofdonderwerp, in dit geval coördinatie van zorg, een rol kunnen spelen (Baarda e.a., 2005).

Tijdens de dataverzameling zijn de volgende topics aan bod gekomen:

- Ervaringen over de ziekenhuisopname op gebied van coördinatie van zorg (eerste deel van de deelvraag);
- De fases van opname (opname, verloop en ontslag) (Sesink, 2004);
- (Vertrouwens)relatie tussen verpleegkundigen en patiënt (Sesink, 2004; Silverman e.a., 2006);
- Contact met EVV'er (Pool e.a., 2001);
- Positieve en negatieve ervaringen met EVV-schap (Jong e.a., 2003);
- Taken van EVV'er (Jong e.a., 2003).

Deze topics zijn tot stand gekomen, na literatuuronderzoek tijdens de verdieping in het hoofdonderwerp en kennis die verkregen is van de opdrachtgever. In bijlage 3B is de gehele voorbereiding van de interviews te lezen. De stappen die ondernomen zijn staan daarin beschreven.

3.1.5 Dataverwerking en data-analyse

Er zijn veel manieren om een kwalitatieve analyse uit te voeren. De data analyse van dit onderzoek is gedaan via een thematische analyse (Cardiff, 2012). De onderzoeker heeft hier voor gekozen omdat dit een overzichtelijk analyse model is, met duidelijk beschreven stappen die leiden naar een antwoord. Daarnaast is er workshop over kwalitatieve data analyse aangeboden, met dit model als leidraad.

Het is een methode voor het identificeren, analyseren en (in detail) rapporteren van patronen (thema's) binnen de data. Een thema geeft betekenis aan de inhoud van de data in relatie tot de onderzoeksvraag. Er zal een inductieve benadering zijn van de gegevens, dit wil zeggen dat er een sterke link is tussen het thema en de ruwe data. Het is een open benadering, vanuit de data ontstaan de items en theorie (Cardiff, 2012). Om de data goed te kunnen analyseren zijn de zes fasen doorlopen, zoals Braun en Clarke (2006) die beschrijven.

De eerste fase is de data transcriberen, het letterlijk woord voor woord uittypen van de interviews. Opvallendheden en ideeën zijn bij het lezen en herlezen genoteerd, dit is per interview gedaan. In de tweede fase zijn de interessante uitspraken van de patiënten gecodeerd. Deze codes zijn in de kantlijn geschreven en wanneer de gehele tekst doorgelezen is, op een post-it gezet. Gelijkwaardige codes zijn in verband gebracht met elkaar en samen geclusterd. De onderzoeker heeft dit vijf maal gedaan, bij elk interview.

Bij fase drie komen alle verzamelde codes bij elkaar. Deze zijn allemaal gesorteerd in (potentiële) thema's, samen met de citaten. In fase vier zijn de thema's herzien. Hier vindt de check plaatst of dat alle data die bij een thema zijn geplaatst ook daadwerkelijk allemaal over hetzelfde onderwerp gaan. Zo nodig zijn hier de thema's nog veranderd. De onderzoeker heeft hier hulp bij gekregen van de andere onderzoeker, samen hebben zij beoordeeld of de thema's allesomvattend zijn.

In fase vijf zijn de thema's verfijnd en specifiek gemaakt. In eigen woorden geeft de onderzoeker aan wat in dat thema beschreven wordt. Er zijn dan ook definitieve namen aan de thema's gegeven. Deze stap is toegevoegd in bijlage 4B. In de laatste fase, zijn alle gegevens gerapporteerd, zoals deze in paragraaf 3.2 beschreven staan. De thema's staan beschreven in eigen woorden, zodat het voor een leek ook te lezen is. Elk thema zal eindigen met een citaat, als bewijsstuk (Cardiff, 2012).

3.1.6 Kwaliteit waarborgen

Aan de hand van vier aandachtsgebieden beschrijven Cox e.a. (2008) de betrouwbaarheid van onderzoek met kwalitatieve methoden:

A. Geloofwaardigheid (credibility)

Dit heeft betrekking op de realistische beelden van de verschijnselen die onderzocht worden. De resultaten mogen niet gebaseerd zijn op verwachtingen en aannames van de onderzoeker. Een goede test voor de geloofwaardigheid is, of de beschrijvingen en interpretaties van het onderzochte

verschijnsel herkenbaar zijn, voor degenen die met het verschijnsel te maken hebben en voor personen buiten de onderzoekssetting (Cox e.a., 2008).

Om de geloofwaardigheid hoog te houden van het onderzoek, kiest de onderzoeker ervoor om verschillende soorten triangulatie toe te passen (Baarda e.a., 2005):

- Datatriangulatie, middels verschillende databronnen is er informatie verzameld tijdens het onderzoek, zowel via verschillende individuele personen als via documenten.
- Methodetriangulatie, dit houdt in dat er verschillende dataverzamelings technieken worden gecombineerd, in dit onderzoek zowel interviews en inhoudsanalyses.

B. Verplaatsbaarheid (transferability)

Een van de uitgangspunten in kwalitatief onderzoek is dat de resultaten gebonden zijn aan tijd, plaats en context (Cox e.a., 2008). De setting waarin dit onderzoek plaatsvindt wordt gedetailleerd beschreven in het onderzoek, zodat de lezer informatie heeft om vergelijkingen te trekken met ander settings en te bezien of de resultaten daar van nut kunnen hebben.

C. Plausibiliteit (dependability)

Plausibiliteit heeft te maken met veranderingen die door de onderzoeker of het onderzoeksdesign geïnduceerd worden (Cox e.a., 2008). Alle keuzes die gemaakt worden tijdens dit project, worden door de onderzoekers afgewogen, wat het beste past bij het onderwerp en onderbouwd de keuzes vanuit de literatuur. De referentiegroep, projectbegeleider, opdrachtgever kunnen zo het project kritisch volgen en ook naderhand bestuderen, waardoor er peer review** en member checking is voor dit onderzoek. Er worden interviews afgenomen bij meerdere perspectieven die betrekking hebben op het hoofdprobleem, waardoor er ook vanuit verschillende perspectieven een conclusie kan worden getrokken.

D. Verifieerbaarheid (confirmability)

De verifieerbaarheid laat de onderzoeker zien doordat beide onderzoekers een eigen logboek bijhouden, waarin beschreven wordt wat er gedaan is, in welk document dit terug te lezen is en hoeveel tijd daarvoor is gebruikt. Ideeën, aannames en aantekeningen worden bijgehouden. De interviews die gehouden zijn worden opgenomen met geluidsapparatuur. Dit blijft bewaard en dient als bewijslast. Regelmatig is er contact met collega-onderzoekers die een peer review en een member check (zie verklarende woordenlijst) geven over het onderzoek. Bij de interviews waren beide onderzoekers aanwezig, zodat na het interview gereflecteerd kan worden op eigen handelen en zo nodig tips kunnen worden uitgewisseld.

3.2 Resultaten

De patiënten van afdeling 11 oost staan in dit deelonderzoek centraal. In de vorige paragraaf, de onderzoeksmethoden, is te lezen dat de onderzoeker op drie verschillende wijze gegevens verzameld. In deze paragraaf 'resultaten' worden de resultaten van de drie databronnen beschreven.

3.2.1 Resultaten uit interviews

De onderzoeksvraag kan in twee delen worden opgesplitst, het eerste deel van de deelvraag gaat namelijk over de ervaringen van de patiënten op afdeling 11 oost. Het tweede deel betreft de wensen en behoeften van de afdeling op het gebied van coördinatie van zorg. Om een helder antwoord te krijgen op deze twee deelvragen zijn de resultaten van de interviews op deze twee gebieden opgedeeld.

Ervaringen

De patiënten die deelgenomen hebben aan de interviews hebben open verteld over hun ervaringen en belevingen tijdens de opname. Alle respondenten geven aan dat zij de gehele opname als goed en prettig hebben ervaren. Zij hebben over het algemeen een positief beeld van de afdeling. Tijdens de interviews was ook goed te merken dat er veel positieve zaken werden benoemd, maar er zijn wel verbeterpunten voor de afdeling.

'De ervaring is prima. Ik ben goed en netjes behandeld, allemaal vriendelijke dames. Het is eigenlijk heel goed gegaan.' (interview 2)

Continuïteit van zorg

Een deel van de opmerkingen die patiënten geven over coördinatie van zorg kunnen samengevat worden met het begrip continuïteit van zorg. Als bij patiënten gevraagd wordt naar de coördinatie benoemen zij de continuïteit van zorg. Sommige patiënten beschrijven dat zij de opname als een

vloeiende lijn zien, alles verliep soepel en het liep gelijkmatig door. Het ontslag is over het algemeen ook goed ervaren, dit werd wel veel buiten de kamer om geregeld, maar de betrokken disciplines lieten wel allemaal weten waar zij mee bezig waren. Dit zorgt ervoor dat de continuïteit van de zorg gehandhaafd blijft, dit betekent dat de zorg voor de patiënt goed gecoördineerd wordt.

'Er is op tijd actie ondernomen. Het is een beetje buiten mijn kamer om geregeld. Maar het liep allemaal vanzelf. Ze kwamen iedere keer vertellen: we hebben die ingeschakeld, we hebben dit en dat gedaan..' Dat is allemaal goed geregeld. Ik ga morgen met een gerust hart naar huis'. (interview 1)

De patiënten vertellen dat over het algemeen de verpleegkundigen goed op de hoogte waren van wat speelde, doordat zij zich door middel van het EPD goed inlezen. Alle disciplines stelden zich altijd voor, waardoor de patiënt goed wist wie er aan zijn bed stond. Een patiënt gaf ook een compliment over de manier van werken van een van de verpleegkundigen, zij gaf aan dat er geluisterd werd naar wensen die zij had, de planning werd daarop aangepast.

'Ik kon goed aangeven als ik iets had en daar hebben ze ook naar geluisterd. Ik moest er bijvoorbeeld een keertje uit, maar toen was ik helemaal niet lekker (...) en dan leg je dat uit en dan is het ook goed.' (interview 2).

Een enkeling gaf aan de ervaring te hebben dat er regelmatig gewacht moest worden, voordat actie werd ondernomen. Soms als een verpleegkundige dan eindelijk kwam, drukte ze de bel uit en gaf aan dat ze over vijf minuten terug zou komen. De indruk was dat het te druk was op de afdeling en te weinig personeel, waardoor de planning veranderd werd.

'Ik had soms de indruk dat er te weinig personeel was.' (interview 4)

Als de planning dan veranderde, nadat iets was aangekondigd bij de patiënt, werd deze verandering niet medegedeeld. Daardoor ontstaat er bij de patiënt onbegrip en vragen.

'Hè, ze hebben intussen al aangekondigd, want ze hebben al handdoeken neergelegd en beddengoed en (...) tussen de aankondiging dat het ging gebeuren en daadwerkelijke verzorgen daar zat soms te veel tijd tussen.' (interview 4)

Communicatie

Veel ervaringen die patiënten deelden met de onderzoeker hadden betrekking op de manier van communiceren door de verpleegkundigen naar de patiënt. Patiënten benoemen dit ook als belangrijk onderdeel als er wordt gesproken over coördinatie van zorg. De meerderheid van de patiënten geeft aan dat zij altijd goed geïnformeerd zijn en wanneer zij vragen hadden wisten zij bij wie ze die moesten stellen en werd er altijd netjes antwoord gegeven.

'Ja, daar heb ik eigenlijk niet zo'n punt van gemaakt. Als er iemand was en ik had een vraag, dan stelde ik hem gewoon. En daar kreeg ik ook altijd antwoord op. En wisten ze het niet direct dan zeiden ze, dat ga ik even vragen aan die en die en dan kwamen ze terug en dan was het goed.' (interview 2)

Opvallend gegeven, dat uit meerdere interviews naar voren kwam, was de onwetendheid van patiënten over wat er precies in de computer geschreven werd. De indruk werd bij de patiënten gewekt dat er een erg lang en uitgebreid verhaal werd getypt, elke dag opnieuw. Patiënten ervaren dat zij op deze manier niet optimaal betrokken worden bij de zorgverlening, doordat zij hun vraagtekens hadden over in hoeverre de teksten daadwerkelijk teruggelezen werden. Er is een groot deel onwetend over wat er allemaal speelt en geschreven wordt. Patiënten willen graag op de hoogte zijn van wat er door verpleegkundigen allemaal gedaan wordt.

'Mensen moeten goede notities maken en als iedereen dat goed doet dan... Ik heb wel het idee, en ik weet niet hoe het werkt, maar hoe veel mensen soms intypen, vraag ik me af of iemand dat dan nog terugleest.' (interview 1)

Vertrouwelijke band met verpleegkundigen

Alle patiënten vertelden in hun interviews wel iets over de band die zij met verpleegkundigen kregen tijdens de opname. Patiënten ervaren het als prettig dat er meerdere dagen achter elkaar dezelfde verpleegkundigen voor hen zorgt. Door een juiste planning te maken elke dag, kan er gezorgd worden dat de patiënten ook veel dezelfde verpleegkundigen aan hun bed hadden. Dit werd erg gewaardeerd. Bij het interview met een patiënt die kort opgenomen was (1 week) bleek dat het niet uitmaakte wie aan zijn bed stond, de tijd was te kort om een band met een persoon op te bouwen.

Daar tegenover staat het verhaal van een patiënt die ongeveer 1,5 week was opgenomen, zij vertelde de onderzoeker dat ze het als prettig heeft ervaren dat ze een verpleegkundige vaker zag en gaf aan ook een band met haar te hebben opgebouwd. Zo kon ze met die verpleegkundigen, ook gezellig kletsen en ging het niet altijd alleen maar over het ziek zijn.

'Ja, (...) een hele leuke zuster. Ja, daar heb je dan ook wel een klik mee, dat heb je toch altijd wel met de een of de ander. Bedoel ze zijn allemaal even lief, daar gaat het niet om.'
(interview 2)

De patiënten die langer opgenomen lagen gaven aan, dat er zeker wel met enkele verpleegkundigen een band wordt opgebouwd. De patiënten geven aan dit ook belangrijk te vinden. Het is een vertrouwensband, dat is belangrijk om vertrouwen te hebben in dat het goed komt, maar ook om het gevoel van 'zo maar een patiënt zijn' of wel 'een nummer' zijn weg te kunnen nemen. De manieren waarop sommige verpleegkundigen het vertrouwen bij de patiënt meer wekken dan anderen zit vaak in kleine dingen.

'Maar die kleine dingetjes, die het gewoon maken, dat je weet van ze zorgen goed voor hem. Dat is gewoon top.' (interview 3)

Ervaringen met een vast aanspreekpunt.

De onderzoeker heeft enkele patiënten geïnterviewd die op dat moment een EVV'er hebben toegewezen gekregen. De patiënten gebruiken af en toe het begrip EVV'er, maar spreken voornamelijk van "een vast aanspreekpunt". Nu is ook bekend hoe de ervaring is als een verpleegkundige de rol krijgt van een aanspreekpunt. Bij patiënten was het soms niet direct duidelijk wat de rol nu van dit aanspreekpunt was.. Belangrijk is dus dat patiënten wel goede uitleg krijgen over de taak en rol van het aanspreekpunt.

'Maar dat was mij vanaf het begin niet helemaal duidelijk wie dat was. Ook omdat er verschillende diensten waren. Soms ook een andere. Want degene die de intake heeft gedaan hier op de afdeling, die was ook vaak bij de hand bezig om mij te vertellen hoe of wat, dus ik wist niet goed wie of hoe het was?' (interview 4)

Een partner van een patiënt die het interview heeft gegeven, was lovend over het hebben van een vast aanspreekpunt. Ze kon alleen maar voordelen noemen, daar bij ging het vooral om het vertrouwen dat je met een verpleegkundige krijgt, waardoor je weet dat er goed gezorgd wordt voor de patiënt.

'Ik vind het echt een mega uitkomst en ik vind eigenlijk dat inderdaad bij patiënten met complexere operaties (...) eigenlijk bij een intake gesprek al meteen zo'n aanspreekpunt moet krijgen, meteen een EVV'er aanwijst en (...) maar belangrijk ik ben er, wil je iets ventileren, kom dan. Ja, en dat geeft gewoon een goed gevoel.' (interview 3)

Patiënten durven zich bij deze verpleegkundigen meer te uiten, waardoor ook problemen eerder opgespoord kunnen worden.

'Dus we hebben ook voor de eerste keer een EVV'er toegewezen gekregen, meteen vanaf het begin en dat werkt echt fantastisch. Daar kun je gewoon alle privé dingetjes kwijt, waar je bang van bent, als het ware, want we wisten dat het een mega gevaarlijke operatie zal gaan worden en dan is het gewoon fijn als je een aanspreekpunt hebt, die je, ja die je het gevoel geeft dat ze ontzettend goed hun best gaan doen voor de patiënt, in deze mijn man.'
(interview 3)

Daarnaast is het ook zo dat patiënten vaak niet meer onthouden wat er allemaal is gebeurd, een aanspreekpunt kan dit nog eens rustig uitleggen, aan de patiënt maar ook aan de familie. Een aanspreekpunt is namelijk op de hoogte van de voorgeschiedenis en alle gesprekken die hebben plaatsgevonden tijdens de opname.

'Op gegeven moment is er.. tijdens mijn ziektebeeld zijn er moment geweest dat ik me afvroeg hoe zit het nu onderhand? Ik begreep het niet meer en dan is zo'n EVV'er heel fijn, om dat nog eens door te nemen.' (interview 4)

Wensen en behoeften

Meerwaarde aanspreekpunt

Alle patiënten konden ideeën geven over hoe de coördinatie van zorg verbeterd zou kunnen worden. Deze wensen gingen vooral over de meerwaarde van het hebben van een aanspreekpunt of niet en voor welke patiënten dit dan een meerwaarde zou zijn.

De patiënten bekeken dit vanuit hun eigen visie. Hierbij benoemde enkelen dat het erg persoonlijk is of dat het een meerwaarde heeft of niet, omdat sommige patiënten het waarschijnlijk meer nodig hebben dan anderen.

'Ik denk dat, dat aan de patiënt, zelf ligt. De een is misschien, ja, misschien wat vertrouwelijker, (...) maar opgegeven moment dan denk je daar moet ik over heen stappen en maakt het eigenlijk niks meer uit.' (interview 2)

De opnameduur is ook een bepalende factor of dat een patiënt de meerwaarde ervan in zag. Bij een korte opname zien zij het niet als een meerwaarde, het gewenste resultaat zou dan niet bereikt worden. De tijd is te kort om een band met de verpleegkundige op te bouwen. Een enkele patiënt gaf aan het niet vervelend te vinden om meer verschillende verpleegkundigen aan bed te hebben, als ze maar op de hoogte zijn wat er allemaal speelt. Dat de verpleegkundigen op de afdeling wel laten merken dat ze op één lijn werken.

'Als je een vraag hebt dan is het belangrijk dat je een antwoord krijgt, niet van wie je dat krijgt, als het maar een bevredigend antwoord is. Dan is het op zich voldoende, dan maakt het niet veel uit. Het prettigste is dat mensen wel met één tong spreken en dat gebeurt hier wel.' De verpleegkundigen hier zitten wel op één lijn.' (interview 1)

Meerderheid van de patiënten zien de meerwaarde er wel van in, zij noemen dan zaken als dat het belangrijk is dat één iemand het gehele overzicht houdt tijdens de opname.

'Dat vond ik toen wel interessant, want dan klopt naarmate je er langer bent heb je al zo veel verhalen gehoord. En deze vertelt het zus en deze vertelt het zo. Dat het inderdaad een mooi systeem zou kunnen zijn, als je dat bij een persoon neerlegt.' (interview 4)

Bij problemen is duidelijk bij wie de patiënt terecht kan en problemen kunnen daarmee eerder aangepakt worden. Je hebt een persoon waar je, je gevoel mee kunt delen.

'Dat als je patiënt hier langer ligt, even lekker je ei kwijt kan. Dat je gewoon even kan mopperen, of lekker kan janken, of even een schouder om je heen krijgen, zoiets weet je wel, dat zou ik dan verwachten van een aanspreekpunt, dat die dan ook echt voor jou er is.' (interview 5)

Het is iemand die je veel ziet, dat is ook een reden waarom die persoon als aanspreekpunt dient en het wordt als prettig ervaren dat je zo iemand hebt tijdens een opname. Dit wordt allemaal gezien als verbetering van de coördinatie van zorg. Door een persoon het overzicht te laten bewaren, wordt de continuïteit tijdens de opname gewaarborgd.

'Ik zie het wel als van zij zal toch wel diegenen zijn die het bijhoudt over haar EVV patiënten, als het ware, dat doet ze volgens mij ook wel hoor, want ze weet echt heel veel. Met bijhouden bedoel ik, het dossier bijhouden, van wat er dagelijks bijgeschreven wordt, (...) en noem maar op.' (interview 3)

Zorgcategorie

De onderzoeker heeft in het interview gevraagd naar mogelijke patiëntencategorieën, waar een aanspreekpunt zeker een meerwaarde voor zou kunnen zijn en waar de verbetering van de coördinatie van zorg dan ook zeker goed is. Uit ervaring sprak een enkeling over een complexe situatie, een ingrijpende operatie, waar een lange herstelperiode voor wordt verwacht.

'Ik kan me voorstellen dat bij korte opnames of zo dat je daar niet bereikt wat het eigenlijk hoort te zijn. Maar ik heb het puur over lange opnames, complexe operatie en noem maar op, waar je weet van deze patiënt zal langer hier zijn.' (interview 3)

Een andere belangrijke doelgroep zijn patiënten die, elders in het ziekenhuis, al eerder negatieve ervaringen hebben gehad. Deze mensen komen al met een verminderd vertrouwen en dit vertrouwen moet weer beter worden, de verpleegkundige op de afdeling hebben daar een belangrijke taak in, doordat zij de zorg dragen.

'Ja absoluut, alles is genoteerd, zodat ze ook wisten, de rest van de collega's natuurlijk, dat die ook wisten van god, deze mensen hebben iets meegemaakt en daarom zijn ze wat voorzichtiger en hebben ze misschien extra begeleiding nodig.' (interview 3)

Verwachtingen aanspreekpunt

De patiënten hebben laten horen hoe zij denken over een vast aanspreekpunt bij de opname. De onderzoeker was daarnaast nog benieuwd naar wat de patiënten verwachten van de verpleegkundige in deze functie. Daar waren de patiënten erg eensgezind over.

Een patiënt die al vaker opgenomen heeft gelegen op deze afdeling en goed weet hoe de gang van zaken is, gaf aan dat het heel erg belangrijk is dat een aanspreekpunt tijdens een gesprek 'door je heen kan prikken'. Ze vindt het belangrijk dat verpleegkundigen doorvragen naar problemen die er spelen bij de patiënt. Zij moeten niet te snel tevreden zijn met een antwoord, maar echt tot de kern van het probleem komen.

'Maar dat is wel waar jullie misschien naar toe willen, jullie willen een aanspreekpunt plaatsen bij een persoon. (...) als je toch zoiets wilt, moet je daar geen zacht iemand op zetten. Ik wil aangeven dat sommige moeilijker ergens door heen prikken dan anderen, sommige zijn daar veel pittiger in.' (interview 5)

Het aanspreekpunt hoeft niet dagelijks de verzorging op zich te nemen voor de patiënt, wel wordt verwacht dat ze regelmatig haar gezicht laat zien.

'Aan de ene kant is het natuurlijk wel prettig als ze voor mij zorgt, omdat ze ziet hoe het reilt en zeilt. Hoe de dag verloopt. Maar aan de andere kant, ik zeg al het hoeft niet per sé. Zij hoeft niet de hele dag om mij heen te wandelen, ik denk dat ik dat zelf ook niet prettig ga vinden. Niet je handje vasthouden... dat hoeft dan weer net niet.' (interview 5)

Belangrijk is dus wel een aantal keer in de week, een kort gesprek te houden met de patiënt en eventueel de familie om de nieuwste ontwikkelingen door te nemen. Dat zorgt ook voor vertrouwen en daarmee weet dat patiënt dat de verpleegkundige op de hoogte is van wat er allemaal speelt en kan ze opkomen voor de patiënt wanneer dit nodig is.

'Maar wat wel belangrijk is, is dat ze gewoon zo nu en dan en dan voor mijn part één keer in de week, want ik spreek over langdurige opnames, (...) heel even binnen wippen, twee minuten een stoel erbij en even van 'God... nog wat dingetjes gebeurd?' (...) zodat je weet dat ze nog steeds betrokken zijn en dat is genoeg. Klaar. Zo'n gesprek hoeft maar een paar minuten te duren en that's it.' (interview 5)

Bij het aanstellen van een aanspreekpunt moet daarbij ook altijd rekening worden gehouden dat van beiden kanten het gevoel goed is, zowel de verpleegkundigen moet met de patiënt overweg kunnen en andersom. Anders geeft de rol van een aanspreekpunt geen meerwaarde.

'Ik denk ook niet dat elke verpleegkundige, iets met elke patiënt heeft.. (...) Maar dat kan bijvoorbeeld hier ook zijn, dat de een mij wel lief vindt, maar dat ik diegene niet mag. Ik noem maar wat, dat kan. En dat kan ook andersom.' Maar dat is denk ik ook wel belangrijk om rekening mee te houden.' (interview 5)

3.2.2 Resultaten CQ index - Patiëntenervaringsonderzoek

De onderzoeker heeft de uitkomsten van de meting van het najaar 2012 verkregen via de opdrachtgever. De totale aantal respondenten is 39, aan hoeveel patiënten de vragenlijst is uitgedeeld is onbekend. De belangrijkste conclusie hierin is al direct dat de afdeling Gynaecologie**/Chirurgie** als hoogste scoort van alle afdelingen in het ziekenhuis, met een gemiddelde van een 8,38.

Beoordelingen	Resultaten	Gem.
▶ V35 Totaalcijfer ziekenhuis	0% 100%	8,36
▶ V36 Totaalcijfer afdeling	0% 100%	8,38
▶ V37a Hoe waarschijnlijk is het dat u dit ziekenhuis aanbeveelt aan familie of vrienden?	0% 100%	48,7%

De 39 respondenten die hun mening hebben gegeven, zijn over het algemeen zeer positief en dat heeft er voor gezorgd dat de afdeling boven het gemiddelde van het ziekenhuis uitkomt. De respondenten geven veel scores tussen de 9-10. Bij de onderwerpen waar de balken meer paars gekleurd waren (score 0-5), waren er nog steeds ook een groot percentage dat een 9-10 gaf. De grafieken van de scores zijn te vinden in bijlage 5A.

De onderwerpen waar de afdeling nog meer vooruitgang kan boeken die te maken hebben met de coördinatie van zorg zijn 'tegenstrijdige informatie door zorgverleners', de respondenten geven een hoge score, maar gezien het doel dat vooraf gesteld was, is dit niet behaald. Daarnaast kan er nog meer bereikt worden door patiënten meer eigen inbreng te laten geven of alert te zijn dat dit voldoende is. Dit is het onderdeel dat het laagst heeft gescoord. Waarom dat het hier precies laag heeft gescoord, is niet goed op te maken uit de resultaten. Bij de open vragen is te lezen dat een patiënt vond dat hij of zij erg snel met ontslag mocht, de patiënt had dit niet verwacht en had mogelijk hier geen inbreng in.

3.2.3 Resultaten Spiegelbijeenkomst

In december 2011 is er een spiegelbijeenkomst gehouden voor (ex)patiënten en alle disciplines die te maken hebben gehad met de patiënten van afdeling 11 oost. De door de patiënten ervaren dienstverlening en zorg in het ziekenhuis staat centraal. De medewerkers van de afdeling zijn aanwezig als toehoorder. De resultaten van deze bijeenkomst heeft de onderzoeker verkregen van de opdrachtgever. Deze resultaten geven een beeld hoe patiënten met een oncologische aandoening hun ziekenhuisopname op afdeling 11 oost hebben ervaren.

Een belangrijk kanttekening bij deze bijeenkomst was dat er alleen patiënten aanwezig waren met een gynaecologische oncologische aandoening. Zij hebben een operatie ondergaan en zijn verpleegd op afdeling 11 oost. De patiëntencategorie sluit niet direct aan bij die van het afstudeeronderzoek, maar de uitkomsten zijn toch zeker wel bruikbaar, doordat de patiënten verpleegd zijn op afdeling 11 oost en ervaringen hebben met hoe de coördinatie op de afdeling verliep. Daarnaast omdat er gesproken is over een vast aanspreekpunt en hoe de patiënten hier tegenover staan.

Uit de resultaten kwam duidelijk naar voren dat patiënten een vast aanspreekpunt erg waarderen en de meerwaarde hier van inzien. Patiënten gaven namelijk aan dat ze iemand gemist hebben die het totale overzicht had, want als patiënt zijnde kan dit nog wel eens moeilijk zijn, wanneer je erg ziek bent. Familie was niet altijd aanwezig op de afdeling en wist niet goed aan wie zij vragen moesten stellen. Het gehele verslag van de bijeenkomst met de opmerkingen en citaten van patiënten daarbij is te lezen in bijlage 5B.

Als laatste is de onderzoeker in gesprek gegaan met een klachtenfunctionaris van Bureau Patiënten Belangen, via haar heeft de onderzoeker nog meer informatie verkregen van problemen die mogelijk ontstaan zijn door de huidige werkwijze van coördinatie van zorg op afdeling 11 oost. In bijlage 5C is een verslag te lezen van dit gesprek. De klachtenfunctionaris kon de onderzoeker geen directe informatie geven over problemen van de afdeling. Uit het gesprek werd het belang van goede coördinatie van zorg wel bevestigd.

3.3 Deelconclusie

Aan het begin van dit hoofdstuk is de onderzoeksvraag geformuleerd. Deze luidt:

‘Wat zijn de ervaringen van chirurgische patiënten op afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis met betrekking tot de coördinatie van zorg en wat zijn hun wensen en behoeften hierin?’

In deze laatste paragraaf zal vanuit alle databronnen waar vanuit informatie is verzameld en geanalyseerd antwoord worden gegeven op deze vraag.

De ervaringen die de patiënten hebben kunnen samengevat worden met de begrippen: continuïteit van zorg (daarmee de planning), communicatie, band met verpleegkundige en ervaringen met een aanspreekpunt. Deze begrippen omvatten de ervaring die patiënten hebben als hen wordt gevraagd naar de coördinatie van zorg. Op deze vlakken zijn positieve punten genoemd, maar ook verbeterpunten.

Deze begrippen die patiënten aandragen over coördinatie van zorg komen grotendeels overheen met resultaten die uit de CQ index en spiegelbijeenkomst naar voren zijn gekomen. Op het gebied van de communicatie hadden enkele patiënten ervaren dat zij zich niet betrokken voelen bij het opnameproces. Dit uitte zich onder andere in de onwetendheid over hoe er gerapporteerd wordt door verpleegkundigen in de computer, maar ook dat het niet duidelijk was wie het aanspreekpunt voor de patiënt was en wat haar taken waren. In de CQ index is af te lezen dat het onderdeel ‘eigen inbreng’ het laagste scoort, op schaal van 1 tot 4, is de score 3,08. Bij de open vragen gaf een patiënt aan dat het ontslag erg snel in gang werd gezet en dit nog niet had verwacht. Deze gegevens vanuit verschillende bronnen geven aan dat eigen inbreng en daarmee de betrokkenheid bij het opnameproces, gezien vanuit het patiënten perspectief, verbeterd kunnen worden.

Een andere belangrijke overeenkomst uit de spiegelbijeenkomst en de interviews met de patiënten is dat er behoefte is aan iemand die het totale overzicht heeft. Deze patiënten hadden allemaal geen aanspreekpunt toegewezen gekregen bij hun opname en dit zien zij als een gemis. Patiënten gaven in het interview aan dat er zo veel gebeurd in korte tijd dat het moeilijk is om het bij te houden. De ervaring met een aanspreekpunt is dat het een geruststelling is te weten dat er iemand is die het totale overzicht bewaard en dit ook regelmatig doorneemt met de patiënt.

De meerwaarde van een aanspreekpunt wordt door alle patiënten genoemd bij langere opnames (> 1 week). Daarnaast heeft het wel sterk te maken met de persoonlijke voorkeur van patiënten of dat ze het zien als een meerwaarde. Wanneer er geen spoedig herstel wordt ervaren of wanneer patiënten en familie al negatieve ervaringen hebben in het ziekenhuis is het zeker wel een meerwaarde om een aanspreekpunt aan te stellen. De verwachting van een aanspreekpunt is dat zij het totale overzicht overziet. Een aanspreekpunt moet iemand zijn die stevig in haar schoenen staat, zodat ze met alle situaties van de patiënt kan omgaan. Van een aanspreekpunt wordt verwacht dat de patiënt haar ‘ei’ kwijt kan, dat er geluisterd wordt en dat problemen tijdig worden gesignaleerd en worden opgelost. Daarnaast moet naar de patiënt goed gecommuniceerd worden wat de bedoeling is dat ze weten wat zij kunnen verwachten van een aanspreekpunt. Het vertrouwen is ook een belangrijk gegeven dat goed moet zijn bij zowel het aanspreekpunt (de verpleegkundige) als bij de patiënt. Als er een vertrouwensband wordt opgebouwd is het contact leggen met elkaar vele malen makkelijker en zorgt dat het aanspreekpunt ook een meerwaarde is voor zowel de patiënt.

Het is belangrijk dat een aanspreekpunt regelmatig haar gezicht laat zien bij de patiënt, maar ook bij de familie. Een aanspreekpunt hoeft niet dagelijks voor de patiënt te zorgen. Het wordt gewaardeerd als ze ongeveer twee maal per week even kort een gesprek voert met de patiënt en familie over de stand van zaken op dat moment. Het vertrouwen wordt met deze gesprekken ook gevoed.

Patiënten ervaren daardoor dat zij niet optimaal betrokken worden bij de zorgverlening, vooral als het gaat om de coördinatie van zorg. Het is belangrijk dat de patiënten merken dat zij betrokken worden bij de zorg die verleent wordt buiten de kamer, want daar hebben zij vaak geen idee van, maar zijn er wel nieuwsgierig naar. Als de coördinatie van zorg meer gestructureerd verloopt richting de patiënt en dit ook duidelijk in kaart wordt gebracht voor de patiënt, wordt er aan de behoeften van de patiënt voldaan.

Hoofdstuk 4 Conclusie analysefase

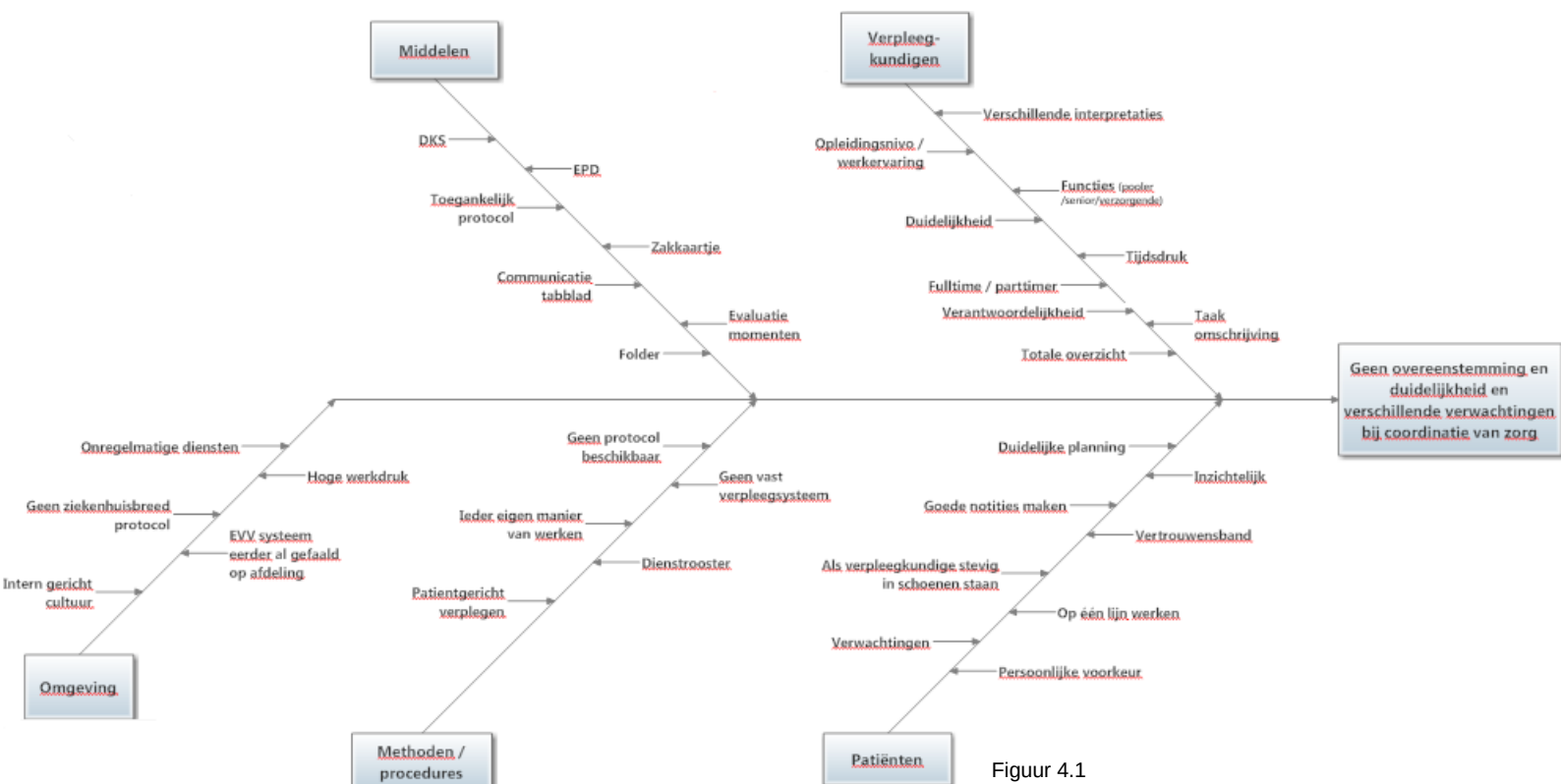
In dit hoofdstuk staat de conclusie geschreven van de analysefase, dat houdt in van de probleemanalyse, de wenselijke situatie en de contextanalyse. Er zal een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag die aan het begin van dit onderzoek gesteld is, deze luidt:

‘Hoe kan de zorg rondom de patiënt gecoördineerd worden door de verpleegkundigen en op welke manier kan dit op afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis vorm worden gegeven, zodat de zorgcoördinatie aansluit bij de wensen, behoeften en werkwijzen van de afdeling?’

4.1 Conclusie probleemanalyse

In deze paragraaf wordt een conclusie getrokken uit de analyse van het probleem. Er wordt een overall conclusie gegeven, die voort komt uit de deelconclusies van voorgaande hoofdstukken. De onderzoekers hebben hierbij gebruik gemaakt van een visgraatdiagram. Een visgraatdiagram geeft in één figuur, een overzicht van alle factoren die een rol spelen bij het probleem dat speelt (Laat, 2005). Normaal gesproken gaat het bij een visgraatdiagram om oorzaak en gevolg in kaart te brengen. Dit is bij dit onderzoek niet bruikbaar, aangezien het om kwalitatief onderzoek gaat. De onderzoekers gebruiken het visgraatdiagram om de samenhang tussen de verschillende factoren inzichtelijk te maken (figuur 4.1).

Na het uitvoeren van alle onderzoeken is er hoofdprobleem uitgekomen, waarom de coördinatie van zorg niet goed wordt uitgevoerd. Dit probleem staat uiterst recht beschreven en luidt: ‘Er is geen overeenstemming, duidelijkheid en er zijn verschillende verwachtingen ten aanzien van het beleid rond zorgcoördinatie.’ Het visgraatdiagram bevat vijf graten, deze geven weer op welke vlakken dit probleem naar voren komt. Ieder graat heeft weer kleine graten, daar staan de zaken benoemd die tijdens de onderzoeken naar voren zijn gekomen en die invloed hebben op het probleem, dit kan zijn als oorzaak van het probleem of als mogelijke oplossing van het probleem.



Figuur 4.1

Er is geen ziekenhuisbreed protocol omtrent de uitvoering van de coördinatie van zorg op een verpleegafdeling. Dit zorgt ervoor dat verpleegkundigen nu niet kunnen opzoeken hoe dat het zou moeten. Daarnaast worden zij niet op hun verantwoordelijkheden aangesproken.

De verpleegkundigen ervaren daardoor ook onduidelijkheden. Dit heeft als resultaat op de patiënten dat zij niet altijd weten welke stappen er worden ondernomen, waardoor zij het gevoel krijgen dat ze niet betrokken worden bij het opnameproces. De verandering moet ervoor zorgen dat alle neuzen dezelfde kant op komen te staan en dat de verpleegkundigen één lijn trekken op het gebied van coördinatie van zorg. Dat is ook wat de patiënten aangeven, ze zien graag dat verpleegkundigen op één lijn werken en met één tong spreken.

De chirurgische patiënten wensen een patiëntgerichte benadering. De patiënt zal centraal moeten staan op de afdeling en niet de efficiëntie van het werk. Sesink (2004) zegt ook dat patiënten steeds meer een patiëntgerichte benadering verwachten, daarbij hoort bereidheid om informatie te geven, rekening houden met wensen en behoeften van patiënt en het kunnen uiten van hun opmerkingen en klachten wanneer er iets fout gaat. Dit ondersteunt dus wat patiënten zelf ook benoemen en waarvan verpleegkundigen ook hebben aangegeven dat het belangrijk is.

De afdeling is bekend met het uitvoeren van het EVV-schap. De meerderheid van de verpleegkundigen ziet hier ook de meerwaarde van in. Patiënten worden op deze wijze meer persoonlijk benaderd en er is een vast aanspreekpunt gedurende de gehele opname. Echter zien zij daar ook nog enkele knelpunten bij, die ondervangen moeten worden. Patiënten zien de meerwaarde ook in van een aanspreekpunt. Zowel de patiënt, als verpleegkundige en de literatuur benoemen dat er een klik moet zijn tussen verpleegkundige en patiënt, zodat er een goede vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd tijdens het opnameproces.

4.2 Conclusie wenselijke situatie

Er is een overeenstemming tussen de verpleegkundigen en patiënten als het gaat om de wensen en ideeën ten aanzien van de verbetering van de coördinatie van zorg. De invoering van een vast aanspreekpunt voor de patiënt wordt als een meerwaarde gezien, daarbij is ook een beeld geschetst van de taken en verantwoordelijkheden die zij moet kunnen uitvoeren. De positieve aspecten die verpleegkundigen ervaren van een aanspreekpunt (EVV'er) zijn gelijk aan de aspecten die Jong e.a., (2003) beschrijven.

Om het voor verpleegkundigen duidelijk te maken op welke manier de coördinatie van zorg georganiseerd is, is er behoefte aan een protocol. Daarin moeten de taken en verantwoordelijkheden worden beschreven van een aanspreekpunt, maar ook de criteria waaraan een patiënt moet voldoen om een aanspreekpunt toegewezen te krijgen. Doordat in te voeren kan iedereen op dezelfde wijze te werk gaat, weten ze wat de verwachtingen zijn en kunnen ze elkaar aanspreken op hun verantwoordelijkheden.

Patiënten geven aan dat het voor hen soms onduidelijk was wie nu het aanspreekpunt was. De verpleegkundigen van de afdeling herkennen dit wel. Daarom is het van belang dat patiënten informatie krijgen over wie het aanspreekpunt is, zowel mondeling als schriftelijk. De patiënten weten dan bij wie ze terecht kunnen voor hun problemen of emoties. Daarnaast is de verwachting dat die verpleegkundige, de patiënt beter bij het opnameproces kan betrekken.

4.3 Conclusie context analyse

Om het product zo goed mogelijk te kunnen implementeren op de afdeling is door middel van het ESH-model (Koeleman, 2007) een context analyse gemaakt. Daarin worden op zes aspecten informatie verzameld over de afdeling. Op basis van die gegevens staan hieronder de kansen en bedreigingen beschreven om veranderingen op het gebied van coördinatie van zorg te implementeren. De volledige analyse is te lezen in bijlage 7.

Kansen

- Open en geïnteresseerd in het onderzoek.

De onderzoekers hebben ondervonden dat de meeste verpleegkundigen op de hoogte zijn van het onderzoek en er ook geïnteresseerd in zijn, doordat ze vragen stellen.

- Gedurende het onderzoek zijn er bij patiënten EVV'ers aangesteld.

De onderzoekers hebben tijdens hun onderzoek gezien dat bij meerdere complexe patiënten die opgenomen lagen, EVV'ers werden aangesteld door de verpleegkundigen. Dat het voor deze groep patiënten belangrijk wordt gevonden, is hiermee dus zeker bevestigd.

- Het EPD biedt mogelijkheden bij de implementatie (bekendmaking van EVV'er).

Continue wordt er gewerkt met het EPD, dit computerprogramma wordt door alle verpleegkundigen gebruikt. Dat zorgt er voor dat de kans van slagen van de implementatie groot wordt als we dit erbij betrekken. Wie het vaste aanspreekpunt wordt voor de patiënt en de gespreksverslagen, kunnen daar duidelijk en overzichtelijk in worden beschreven.

Bedreigingen

- Beladen onderwerp, doordat het in het verleden al paar keer is gefaald.

Er zijn in het verleden pogingen gedaan om het EVV-schap van de grond te krijgen, maar dit mislukte keer op keer. Dit zorgt ervoor dat verpleegkundigen het vertrouwen in dit systeem deels kwijt zijn. Dit is een grote bedreiging van het invoeren van zo'n dergelijk systeem.

- Tijdsgebrek bij uitvoering.

Tijdgesprek zal altijd een issue blijven. Verpleegkundigen hebben dit ook bijna allemaal benoemd in de interviews. Wanneer duidelijk op papier komt te staan hoe de coördinatie van zorg uitgevoerd wordt, zorgt dit er hopelijk voor dat het bekend wordt en dat het een vaste manier van werken wordt. Waardoor het uiteindelijk minder tijd kost en behoort tot de dagelijkse werkzaamheden.

- Intern gerichte cultuur.

Doordat er een intern gerichte cultuur heerst, kan het moeilijk zijn om als buitenstaander daar tussen te komen en een nieuw product te implementeren. Daarbij komt ook dat veranderingen op zich al steeds moeilijk realiseerbaar zijn op de afdeling, omdat daar het gevoel heerst dat alles het beste kan blijven zoals het is.

- Ziekenhuisbreed is er geen richtlijn.

Doordat dit ziekenhuisbreed niet is vastgelegd, wordt de afdeling hier niet direct door 'hogerhand', (zoals het afdelingshoofd en teamleider) op aangesproken dat het niet loopt, zoals het zou moeten verlopen. Er zijn geen afspraken over de verantwoordelijkheden vastgelegd, waardoor er ook geen consequenties aan gehangen kunnen worden.

Hoofdstuk 5 Implementatie

In dit laatste hoofdstuk richten de onderzoekers zich op de implementatie. De laatste deelvraag wordt beantwoord:

'Hoe kunnen verbeteringen rond zorgcoördinatie aansluiten bij de werkprocessen van de verpleegkundigen?'

Eerst wordt kort de aanleiding van het onderzoek weergegeven. Daarna worden de producten die de onderzoekers hebben ontwikkeld beschreven met doel, voor- en nadelen, al ondernomen acties en adviezen. In de laatste paragraaf worden de adviezen beschreven over hoe de implementatie geëvalueerd kan worden: door wie, wat, wanneer en hoe.

Aanleiding van het onderzoek

Op het moment dat de onderzoekers startten met hun onderzoek was er geen vaste richtlijn voor de coördinatie van zorg voor de individuele zorgvrager op afdeling 11 oost. De teamleider van de afdeling heeft de onderzoekers gevraagd een onderzoek te starten naar mogelijke manieren om de coördinatie van zorg te verbeteren. Gedurende het onderzoek stond centraal hoe het opnameproces van de patiënt het beste gecoördineerd kan worden. Conclusie uit het onderzoek was dat er geen overeenstemming en duidelijkheid en verschillende verwachtingen zijn ten aanzien van de coördinatie van zorg op afdeling.

Hieronder is te lezen welke producten de onderzoekers hebben ontwikkeld om aan bijdrage aan de oplossing van het probleem te leveren. Deze keuzes zijn in overleg met de opdrachtgever en twee verpleegkundigen van de afdeling gemaakt. Bij het schrijven van dit implementatieplan hebben de onderzoekers zich laten inspireren door de implementatietheorie van Grol en Wensing (2011).

5.1 Producten

5.1.1 Product 1: Protocol 'een vast aanspreekpunt voor patiënten op afdeling 11 oost'

Doel: richtlijnen en protocollen dienen als een leidraad om kwalitatief goede zorg te verlenen, het geeft houvast aan verpleegkundigen in de dagelijkse zorg en omvat een wetenschappelijke achtergrond (Everdingen e.a., 2004). Dit protocol zorgt voor eenduidigheid in handelen op het gebied van coördinatie van zorg. Verpleegkundigen weten zo hoe zij moeten handelen, wat de verwachtingen zijn en kunnen elkaar aanspreken op hun verantwoordelijkheden, doordat zij iets achter de hand hebben waar zij de ander op kunnen wijzen. Het geeft verpleegkundigen handvaten, die er in het verleden niet waren.

Voordelen: - Duidelijk wat verwachtingen zijn; - Meer inzichtelijke informatie over goede zorg; - Onderbouwing en verantwoording van keuzen; - Basis voor onderwijs en toetsing; - Basis voor samenwerkingsafspraken; - Bijdrage aan doelmatige zorg (Grol en Wensing, 2011).	Nadelen: - Een richtlijn gaat uit van een standaard patiënt; - Mogelijk neemt de verpleegkundige de richtlijn klakkeloos over in situaties waarin beargumenteerd afwijken van de richtlijn gewenst zou zijn; - Professionele weerstand; - Mogelijk irreële verwachtingen (Grol en Wensing, 2011).
Ondernomen acties: - Onderzoekers hebben een protocol opgesteld (bijlage 8A) aan de hand van de richtlijnen op Documentmanagement voor KwaliteitsSystemen (DKS)**, deze is voorgelegd aan de opdrachtgever en twee verpleegkundigen en met hun feedback aangepast. - Onderzoekers hebben het protocol onderbouwd vanuit de literatuur en de informatie uit de interviews met patiënten en verpleegkundigen. Deze onderbouwing is terug te vinden in de rationale van het protocol (bijlage 8B). - Protocol is verzonden naar de aandachtsvelder** 'protocollen' op de afdeling. Zij is geïnformeerd en heeft ons doorverwezen naar info@DKS. - Mail met protocol is verzonden naar info@DKS, om te informeren of en hoe het protocol daadwerkelijk geplaatst kan worden op DKS. - Aandachtsvelder toegewezen. Een aandachtsvelder is een verpleegkundige die zorg draagt voor het onderwerp 'aanspreekpunt'. Zij is diegene die dit up-to-date houdt en dit onder de aandacht brengt en houdt. - Twee maal korte presentatie van het protocol gegeven op de afdeling om draagvlak te creëren bij de doelgroep voor de implementatie (Grol en Wensing, 2011).	

Adviezen:

- Kortsluiten of het protocol alleen geïmplementeerd wordt voor afdeling 11 oost Gynaecologie/Chirurgie, of ook op afdeling 10 west chirurgie. Aangezien zij de protocollen beheren van de chirurgische patiënten. De afdeling gebruikt deze ook. De aandachtsvelder overlegt dit met hen binnen 3 weken.
- Protocol dient beoordeeld en geautoriseerd te worden en ook daadwerkelijk op DKS geplaatst te worden.
- Protocol dient ieder jaar gecontroleerd te worden, kijkend naar nieuwe inzichten, veranderingen in de praktijk of eventuele slechte ervaringen met het protocol (Grol en Wensing, 2011). De aandachtsvelder protocollen is hiervoor verantwoordelijk.

5.1.2 Product 2: tabel 'criteria aanspreekpunt' in zakboekje voor verpleegkundigen**

Doel: Er is besloten om in het protocol een beslisboom in vorm van een tabel te plaatsen. Dit draagt bij aan duidelijkheid van de logica in de besluitvorming (Grol en Wensing, 2011). Het maakt voor verpleegkundigen inzichtelijk wanneer er een aanspreekpunt voor de patiënt aangesteld dient te worden. Deze tabel wordt opgenomen in het zakboekje voor de verpleegkundigen. De verpleegkundigen hebben het zakboekje altijd op zak. Grol en Wensing (2011) beschrijven dat een implementatie met meer succes verloopt als een richtlijn in verschillende vormen beschikbaar is. Voor de dagelijkse praktijk zal men meer hebben aan handige, overzichtelijke schema's.

Voordelen: - Samenvatting van de criteria (Grol en Wensing, 2011); - Makkelijk in het gebruik - Snel inzichtelijk en kost weinig tijd om het te raadplegen.	Nadelen: - Mist gedetailleerde informatie en argumenten uit het protocol (Grol en Wensing, 2011); - Moet binnen het budget van de afdeling passen; - Kan makkelijk vergeten worden.
Ondernomen acties: - Onderzoekers hebben een tabel ontwikkeld (bijlage 8C), deze voorgelegd aan de opdrachtgever en twee verpleegkundigen en hun feedback aangepast. - Tabel is verzonden naar de vormgever van het zakboekje om de tabel daarin te plaatsen. - Twee maal korte presentatie van de tabel gegeven op de afdeling.	
Adviezen: - Tabel invoegen in het zakboekje voor verpleegkundigen en uitdelen aan alle verpleegkundigen, studenten en nieuwe medewerkers. Dit dient te gebeuren door de vormgever op het moment dat het zakboekje opnieuw gedrukt wordt. De nieuwe medewerkers krijgen dit uitgereikt door de teamleider of de praktijkopleider. - Om verpleegkundigen te herinneren aan het feit dat zij op de 7^e dag van de opname de tabel raadplegen, is besloten om een reminder in het EPD toe te voegen. Een reminder is bedoeld om een zorgverlener te herinneren aan het uitvoeren van een bepaalde actie of te ondersteunen bij het nemen van de juiste beslissing (Grol en Wensing, 2011). De aandachtsvelder van het EPD is hierover gemaild om dit te realiseren. - Overleg met aandachtsvelder van afdeling 10 west chirurgie of de reminder in de routinezorgplannen** bij hen geïmplementeerd kan worden. Verpleegkundigen van afdeling 11 oost gebruik namelijk de routinezorgplannen van de afdeling chirurgie bij chirurgische patiënten. Dit gebeurt binnen 3 weken door de aandachtsvelder.	

5.1.3 Product 3: Een visitekaartje voor de patiënt

Doel: Patiënten hebben aangegeven behoefte te hebben aan duidelijkheid. Het in kaart brengen van de meningen en voorkeuren van patiënten draagt bij aan de implementatie in de praktijk (Grol en Wensing, 2011). Zij willen graag kunnen teruglezen wie hun aanspreekpunt is en wat de taken zijn van deze verpleegkundige. Patiënten ontvangen erg veel informatie tijdens opname en geven aan het fijn te vinden om informatie op papier na te kunnen lezen. De onderzoekers hebben na overleg met de opdrachtgever en twee verpleegkundigen besloten een visitekaartje te ontwikkelen. Hierop wordt de naam van het aanspreekpunt genoteerd en worden kort de taken omschreven.

Voordelen: - Makkelijk in het gebruik; - Relatief lage kosten in vergelijking met foldermateriaal;	Nadelen: - Alleen een visitekaartje is niet voldoende. De verpleegkundige dient de informatie mondeling toe te lichten (Silverman e.a.,
---	--

- Hoeft alleen uitgereikt te worden aan patiënten die daadwerkelijk een aanspreekpunt toegewezen hebben gekregen; - Patiënten kunnen informatie nalezen.	2006); - Kan makkelijk vergeten worden; - Geschreven materiaal is niet geschikt als de patiënt niet goed kan lezen, of als de patiënt niet vertrouwd is met het taalgebruik (Silverman e.a., 2006).
Ondernomen acties: - Onderzoekers hebben een visitekaartje ontwikkeld (bijlage 8D), deze voorgelegd aan de opdrachtgever en twee verpleegkundigen en hun feedback aangepast. - De tekst voor het visitekaartje is verzonden naar de teamleider van de afdeling. - Proefdruk is gemaakt door teamleider, tekst aangepast door onderzoekers en opnieuw gedrukt. - Twee maal korte presentatie van het visitekaartje gegeven op de afdeling.	
Adviezen: - Teamleider zorgt er binnen 1 maand voor dat het visitekaartje definitief wordt vorm gegeven, inclusief logo van het ziekenhuis, en regelt dat er meerdere visitekaartjes gedrukt wordt bij de reproductie. - De visitekaartjes moeten een vaste plaats krijgen in de verpleegpost. - Visitekaartjes worden uitgedeeld aan patiënten die een aanspreekpunt toegewezen krijgen.	

5.2 Advies voor evaluatie

In het gesprek dat heeft plaatsgevonden tussen de onderzoekers, de opdrachtgever en twee verpleegkundigen is tevens gesproken over de evaluatie. Het advies voor de evaluatie is als volgt:

Wie:

Als aandachtsvelder is mevrouw S. van Loon, verpleegkundige op afdeling 11 oost, aangewezen. Zij zal degene zijn op de afdeling die zorgt dat de implementatie van de producten gecontinueerd wordt, dat ze de nieuwe werkwijze onder de aandacht houdt van de collega's en regelmatig het werken met de producten evalueert. De onderzoekers zullen aan de afdeling bekend maken wie de aandachtsvelder is tijdens de korte presentaties, die worden gegeven om verpleegkundigen bekend te maken met de producten en adviezen.

Wat:

De drie bovenstaande producten hebben leveren allemaal een bijdrage bij de invoering van een vast aanspreekpunt voor patiënten. De aandachtsvelder zal de implementatie op alle drie de onderdelen voorzetten en het gebruik hiervan evalueren.

De evaluatie kan bestaan uit onderstaande vragen:

Proceevaluatie

- Zijn alle activiteiten volgens plan uitgevoerd? Hoe ervaren de verpleegkundigen de implementatie en de hieruit voortvloeiende veranderingen?

Productevaluatie

- In hoeverre zijn de producten bekend en in hoeverre worden ze gewaardeerd: is het protocol gelezen, wordt het besproken onderling, worden ze begrepen en onthouden, worden ze geaccepteerd en gebruikt in de dagelijkse zorg?
- In hoeverre worden ze toegepast: worden ze opgevolgd, welk deel van het protocol wel en welk niet, wat zijn de knelpunten bij de toepassing? Wat zijn bevorderende en/of belemmerende factoren?

Effectevaluatie

- In hoeverre hebben ze effect: leidt toepassen ervan tot het bereiken van de doelen die men ermee voor ogen had (Grol en Wensing, 2011).

Wanneer:

De evaluatie zal in het eerste half jaar, maandelijks plaatsvinden. Dit zal gebeuren in de eerste week van de maand. De aandachtsvelder zal hier zelf initiatief innemen en dit bekend maken op de afdeling.

Hoe:

Dit kan zijn of bij een donderdagmiddagbespreking of bij een dagevaluatie. Alle verpleegkundigen die, die dag werkzaam zijn, dienen aanwezig te zijn bij de evaluatie.

Belangrijk is dat er een notulen wordt geschreven van de evaluatie van deze producten. De aandachtsvelder kan hiervoor per keer één verpleegkundige aanwijzen. In deze notulen worden de verbeterpunten geschreven, waar tijdens de volgende evaluatie op geëvalueerd kan worden. Hiermee kunnen succeservaringen of nieuwe verbeterpunten ontdekt worden. Procesevaluatie staat centraal omdat informatie over uitvoerbaarheid en haalbaarheid aanknopingspunten kan bieden voor de bijstelling van de gekozen implementatieactiviteiten (Grol en Wensing, 2011).

5.3 Bedreigingen bij de implementatie

In deze laatste paragraaf is te lezen hoe de onderzoekers zijn om gegaan met de weerstand die er heerst op de afdeling over het onderwerp coördinatie van zorg. Hier is ook te lezen hoe er is ingespeeld op de bedreigingen, die naar voren zijn gekomen in de contextanalyse (bijlage 7).

Een reden waarom er weerstand is tegen het onderwerp heeft te maken met de tijd. De verpleegkundigen geven meerdere malen aan dat een verandering niet meer tijd mag gaan kosten. Het is nu al vaak druk genoeg op de afdeling. Ze zeggen dat wanneer er meer tijd in moet gaan zitten, dit niet gedaan wordt en dan zal de implementatie van een verandering niet lukken. De onderzoekers zijn tijdens het hele onderzoek erg bewust bezig geweest met een product te bedenken dat uiteindelijk niet meer tijd gaat kosten. Erg belangrijk is dat een aanspreekpunt als een meerwaarde wordt ervaren en daarmee een belangrijk persoon is tijdens de opname van de patiënt. De onderzoekers hebben in samenspraak met de verpleegkundigen besloten dat niet iedere patiënt direct een aanspreekpunt krijgt toegewezen. Het aanstellen van een aanspreekpunt voor iedere patiënt wordt door de verpleegkundigen als onnodig en belastend ervaren. Er zijn criteria opgesteld, waaraan een patiënt moet voldoen, wil hij of zij in aanmerking komen voor een aanspreekpunt. Deze criteria zijn te lezen in het protocol dat is opgesteld. Dit zorgt er voor dat bij de meerderheid van de patiënt geen aanspreekpunt nodig zal zijn. Het is dus geen extra dagelijkse taak die alle verpleegkundige uit moeten gaan voeren. Het aanspreekpunt wordt alleen toegewezen wanneer een patiënt hier ook daadwerkelijk behoefte aan heeft.

Daarnaast is deze tabel met criteria in het zakboekje gezet. Dit boekje heeft iedere verpleegkundige op zak. Het is dus makkelijk en snel te raadplegen. Deze beslissing is in samenspraak met de verpleegkundigen gemaakt. Met deze tabel hopen de onderzoekers te bereiken dat de verpleegkundigen op de hoogte zijn van wat de taken zijn en het hierdoor sneller eigen gaan maken.

Tijdens het focusgroepsinterview was de eerste reactie van verpleegkundige, toen er een vraag werd gesteld, een diepe zucht. Dit laat de onderzoekers inzien dat het een lastig onderwerp is. De onderzoekers hebben er op ingespeeld door de verpleegkundigen enthousiast maken. Door te benadrukken dat zij hun willen helpen en verpleegkundigen mogen aangeven hoe ze het graag willen zien. Daar leken de verpleegkundigen tevreden over te zijn, want uiteindelijk kwam het gesprek goed op gang. De verpleegkundigen hebben daarnaast in de individuele interviews de gelegenheid gekregen om hun wensen en ideeën te laten horen. De producten die zijn ontwikkeld sluiten aan de wensen en ideeën die de verpleegkundigen hebben laten horen. Dit zorgt ervoor dat zij achter de producten staan en hun bijdrage zullen leveren aan de uitvoering daarvan.

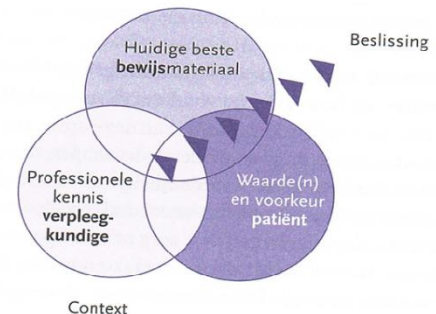
Hoofdstuk 6 Discussie

In dit laatste hoofdstuk staan de sterke en minder sterke punten van het onderzoek beschreven. Er wordt beschreven wat deze punten zijn en welk effect dit heeft gehad op de kwaliteit van het onderzoek. Daarnaast wordt de rol van de onderzoeker kritisch bekeken.

6.1 Sterke punten uit het onderzoek

Alle aspecten van evidence based practice (EBP)** komen in dit onderzoek naar voren. Dit zorgt voor een sterk onderbouwde conclusie vanuit de drie aspecten. Het gaat bij evidence-based practice namelijk om het nemen van klinische beslissingen op grond van het afwegen van de volgende drie aspecten (zie figuur 6.1 hiernaast):

- Het huidige beste beschikbare bewijs vanuit de literatuur;
- De kennis en ervaring van de verpleegkundigen;
- De waarde(n) en voorkeur van de individuele patiënt (Cox e.a., 2008).



Figuur 6.1

Om het onderwerp levendig onder de verpleegkundigen te houden en draagvlak te creëren op de afdeling voor de implementatie hebben de onderzoekers regelmatig contact gelegd met de afdeling. De teamleden van de afdeling hebben zij op de hoogte gehouden door maandelijks een kort bericht in de nieuwsbrief te laten plaatsen over de voortgang (bijlage 9). Er is een nauwe samenwerking geweest met de opdrachtgever. Zij was ten alle tijden op de hoogte van de voortgang van het onderzoek.

Bij kwalitatief onderzoek zijn de resultaten gebonden aan tijd, plaats en context. De context waarin het onderzoek plaatsvindt is gedetailleerd beschreven. Dit maakt het voor de lezer duidelijk in welke specifieke context het onderzoek is uitgevoerd. Andere afdelingen zullen door vergelijkingen te maken in de context bezien of dat de resultaten ook op hun afdeling van toepassing kunnen zijn. Zij zullen daarvoor in overleg moeten gaan met de eigen verpleegkundigen, om te zorgen voor aansluiting bij hun wensen en behoeften.

Rol van onderzoekers

Een ander sterk punt uit het onderzoek is dat allebei de onderzoekers een persoonlijke reflectie gaven na ieder interview, zowel mondeling met de andere onderzoeker als schriftelijk. Deze reflecties zorgen ervoor dat de sterke en minder sterke punten uit het interview naar voren kwamen. Bijvoorbeeld meer open vragen stellen, om de respondent te laten vertellen, begrip verduidelijken voor de patiënt, omdat dit niet altijd helder was en tussentijdse samenvattingen geven bij overgang naar een andere topic. Bij het volgende interview kon de onderzoeker hier rekening mee houden en zorgen dat ze vooral de minder sterke punten verbeterde. Op die manier kon er nog meer uit het interview gehaald worden, waardoor meer informatie verkregen is van zowel de verpleegkundigen als de patiënt. Dit zorgt voor meer resultaten en een sterke conclusie.

Er is bewust gekozen voor deze verdeling van de deelonderzoeken. R. Verberne is namelijk bekend op de afdeling, door haar stage. Zij heeft al een band kunnen opbouwen met de verpleegkundigen en zou daardoor mogelijk minder objectief de interviews ingaan. De resultaten mogen niet gebaseerd zijn op verwachtingen en aannames van de onderzoeker. Daarom is er voor gekozen om D. Trommels het deelonderzoek voor verpleegkundigen uit te laten voeren.

Gedurende het onderzoek is er zowel afzonderlijk als gezamenlijk gewerkt. Tijdens de analysefase hebben de onderzoekers elkaar ondersteunt door middel van een peer review. Enkele interviews zijn door beide onderzoekers afzonderlijk geanalyseerd. Daarbij is gekeken in hoeverre de interpretaties overeenkomen. Daarnaast zijn diverse stukken aan elkaar voorgelegd om deze te onderwerpen aan een kritische blik.

6.2 Minder sterke punten van het onderzoek

Het onderzoek gericht op patiënten is op bepaalde vlakken discutabel. Het werven van patiënten werd bemoeilijkt, doordat patiënten in het begin van hun opname vaak nog te ziek zijn om een gesprek aan te gaan en wanneer het beter gaat, ze al snel met ontslag gaan en de onderzoeker ze mis lopen. Dit heeft als effect op de onderzoeksresultaten, dat er mogelijk niet genoeg diversiteit is of dat er patiënten met andere ervaringen niet benaderd zijn.

Daarnaast is op te merken, vanuit de interviews, dat het voor patiënten soms moeilijk blijkt om negatieve punten te noemen over de gang van zaken op de afdeling. Patiënten ontkrachten vaak een negatieve uitspraak, terwijl ze tegelijkertijd ook vertelden dat ze dit echt zo vonden. Patiënten zijn afhankelijk van de verpleegkundigen die hen verzorgen. Daarmee acht de onderzoeker de kans dat er een neiging is tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Dit geeft als effect op de resultaten dat deze mogelijk niet de 'echte' mening is van de patiënt. De onderzoeker heeft dit probleem deels ondervangen door ook patiënten te interviewen op dag van ontslag en toen ze al met ontslag waren. De interviews hebben plaatsgevonden in een afzonderlijke ruimte op de afdeling, buiten de patiëntenkamers. Hier was voldoende privacy. De patiënten hebben vooraf aan het interview een 'informed consent' getekend, waarin onder andere staat dat ze ten alle tijden kunnen stoppen met het onderzoek.

De verpleegkundigen kunnen op hun manier ook sociaal wenselijk antwoorden geven. Zij zijn niet altijd even objectief over hun eigen gedrag en willen mogelijk een goede indruk maken op de onderzoeker. Hierop is ingespeeld door van te voren duidelijk te benoemen dat het gaat om hun mening en ervaringen en dat zij hierop niet beoordeeld of getoetst zullen worden.

Er is gekozen om maar één focusgroepsinterview te houden, omdat uit dit interview geen nieuwe informatie naar voren is gekomen. Tijdens dit interview waren er allemaal andere verpleegkundigen aanwezig, dan die individueel geïnterviewd zijn, waardoor er een grote groep verpleegkundigen van de afdeling is bereikt. Uit het focusgroepsinterview is de conclusie gehaald dat de verpleegkundigen hetzelfde dachten, het heeft de informatie uit de individuele interviews bevestigd. Een andere focusgroepsinterview zal niet meer resultaten opleveren, omdat er al een groot deel verzadiging is bereikt.

Er is een selecte steekproef gehouden op de afdeling om verpleegkundigen en patiënten te werven. Door deze manier van respondenten verzamelen kan het zo zijn dat de onderzoekers te selectief zijn geweest en daardoor bepaalde respondenten niet aan het woord zijn gekomen. De onderzoekers hebben de representativiteit verhoogd door binnen de inclusie- en exclusiecriteria toch een diversiteit van patiënten en verpleegkundigen te benaderen. Er is onder andere verschil in leeftijd, geslacht, functie, opleidingsniveau en ervaringen. Een aselechte steekproef was in dit onderzoek niet mogelijk gezien de tijdsduur van het onderzoek. Verder kan daardoor de diversiteit van de populatie gemist worden en er bestaat de mogelijkheid dat er gynaecologische patiënten uitgekozen worden, terwijl dit onderzoek zich richt op de chirurgische patiënt.

Nawoord

Met veel enthousiasme heeft de afstudeergroep 18 weken lang, aan deze schriftelijke verantwoording gewerkt. Zij zijn trots op het eindresultaat. In al die weken hebben zij veel geleerd over hoe onderzoek plaatsvindt en wat daar allemaal bij komt kijken. Ze hebben veel nieuwe kennis opgedaan door in de theorie te duiken, maar ook door deze kennis direct toe te passen in de praktijk.

In de analysefase, wanneer alle gegevens verzameld worden, waren er af en toe momenten dat het even niet mee zat. Verwachtingen van interviews waren anders, onderzoeksinstrumenten moesten bijgesteld worden en de data-analyse was een tijdrovende klus. Door overleg met elkaar en met de projectbegeleider, werden hier altijd oplossingen voor gevonden. Er is regelmatig met elkaar gereflecteerd op het handelen, tijdens de interviews, maar ook bij het maken van het document. Dit heeft ervoor gezorgd dat beide groepsleden continue scherp bleven. Daarmee is het hen gelukt om het onderzoek op deze schriftelijke manier netjes en volledig vorm te geven.

De samenwerking is gedurende alle weken optimaal geweest. De meningen konden goed gedeeld worden en hier werd rekening mee gehouden. Een goede planning heeft ervoor gezorgd, dat het onderzoek gestructureerd verliep. Beide groepsleden wisten wat ze te doen stonden en haalden daardoor alle deadlines ruim op tijd.

Uiteindelijk heeft de afstudeergroep een aantal producten kunnen ontwikkelen. Gezien het tijdsbestek van 18 weken was het echter niet haalbaar om alle producten volledig te implementeren. De afstudeergroep hoopt dat zij een goede aanzet hebben gegeven voor een succesvolle implementatie en dat er voldoende draagvlak gecreëerd is om het onderwerp levendig te houden op de afdeling.

Deze schriftelijke verantwoording draagt bij aan het behalen van de competenties ROM, DESK en KWAL op het niveau verbeteren, zoals deze door de opleiding Verpleegkunde van Fontys Hogeschool staan beschreven.

Verklarende woordenlijst

11 oost

Verpleegafdeling in het Catharina Ziekenhuis op de 11^e etage aan de oostzijde.

Aandachtsvelder

Een verpleegkundige die zich extra belangstellend opstelt op een gebied. Dit kan bijvoorbeeld zijn stomazorg, wondzorg of diabeteszorg. Van hen wordt verwacht dat zij zeker deelnemen wanneer er bijscholingen of cursussen zijn over dit onderwerp.

Bureau Patiëntenbelangen

Wanneer patiënten ontevreden, teleurgesteld of boos zijn kunnen zij dit melden bij een klachtenfunctionaris van Bureau Patiëntenbelangen. Zij zullen in gesprek gaan en bemiddelen tussen de betrokkenen.

Chirurgie

Snijdend specialisme, waar vooral patiënten opgenomen liggen die een operatie krijgen of ondergaan hebben.

Continuïteit van zorg

Ervoor zorgen dat de verpleegkundige zorg aan patiënten op een 'onafgebroken manier' verloopt.

Coördinatie van zorg

De gehele verpleegkundige zorg voor de patiënten op een bewuste en doordachte manier op elkaar laten afstemmen.

CQI

Consumer Quality Index. Een patiënten tevredenheidsonderzoek in de vorm van een vragenlijst. Enkele patiënten krijgen deze thuis gestuurd, nadat ze opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis. Zij mogen deze vrijblijvend en anoniem invullen. Dit onderzoek wordt twee maal per jaar uitgevoerd bij patiënten van alle verpleegafdelingen.

DKS

Documentmanagement voor KwaliteitsSystemen. Dit is een databank op het intranet binnen het Catharina Ziekenhuis, waar alle medewerkers documenten kunnen zoeken en raadplegen.

EBP

Evidence Based Practice. Het onderbouwen / verantwoorden van gegevens gebaseerd op de best beschikbare informatie. Elementen waar deze informatie in opgezocht kan worden zijn: in de literatuur, van de professional en/ of door de voorkeuren van patiënten.

Eenduidigheid

Ondubbelzinnig, duidelijk. Dat er op één dezelfde wijze te werk wordt gegaan.

EPD

Elektronisch Patiënten Dossier. Vervanging van de schriftelijke patiëntendossiers. Alle gegevens van de patiënten worden daar in bijgehouden, zoals: controles van de vitale functies, rapportages van verpleegkundigen en andere disciplines en er is een werkveld waarin alle afspraken en handelingen staan gepland.

EVV

Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige. Een verpleegkundige krijgt een 'eigen patiënt' toegewezen. Deze verpleegkundige is verantwoordelijk van opname tot ontslag, gedurende de tijden dat zij zelf aanwezig is op de afdeling. Ze verzorgt de patiënt zo veel mogelijk zelf en voor de tijden van afwezigheid regelt zij dat een ander de zorg voor de patiënt op zich neemt en verantwoordelijk is.

EZIS

Elektronisch ZorgInformatieSysteem. Dit is de naam van het EPD dat gebruikt wordt in het Catharina Ziekenhuis om de patiëntendossiers te raadplegen en gegevens in te voeren.

Focusgroepsinterview

Een focusgroepsinterview is een interview met een middelgrote (10-15) tot grote (15-20) groep mensen over één specifiek onderwerp. Een focusgroepsinterview geeft de voorkeur wanneer er geen persoonlijke belangen in het geding zijn of wanneer het niet zozeer om betekenisverlening gaat, maar meer om het genereren van ideeën.

Gynaecologie

Specialisme dat zich bezighoudt met organen en ziekten die specifiek zijn voor de vrouw, bijvoorbeeld aandoeningen aan de baarmoeder of eierstokken.

Gynaecologische oncologie patiënten

Patiënten met een kwaadaardige aandoening van de vrouwelijke geslachtsorganen.

Member checking

Voorleggen van de uitgewerkte gegevens aan de deelnemers. Hiermee kan de juistheid van de weergave gecontroleerd worden. Het vormt een toetsing van de betrouwbaarheid van de waarneming.

Patiëntgericht verplegen

Een manier van werken waarbij de inhoud van de verpleegkundige activiteiten ontwikkeld en afgestemd worden vanuit de zorgbehoeften van elke individuele patiënten. Bij dit verpleegsysteem wordt er gewerkt met patiënttoewijzing. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor de totale zorg voor een beperkt aantal patiënten, voor een aantal dagen.

Peer review

Ook wel collegiale toetsing genoemd. Dit is een methode om de kwaliteit van (geschreven) werk te verbeteren door het werk te onderwerpen aan de kritische blik van een aantal gelijken, bijvoorbeeld collega's van de auteur.

Pooler

Een verpleegkundige die vanuit een flexpool op de afdeling werkzaam is. Zij werkt op oproepbasis met een 0-uren contract. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de vaste flexpool en de piek-ziek. Vanuit de vaste flexpool worden verpleegkundigen enkele weken tot maanden op één afdeling geplaatst. De piek-ziek wordt gebruikt voor, zoals de naam al zegt, het opvullen van de pieken en wanneer er zieken zijn.

Protocol

Een protocol is een document dat inzicht geeft in hoe een handeling uitgevoerd dient te worden. Het is een geheel van vastgelegde regels en afspraken.

Routinezorgplannen

Een routinezorgplan is een voorgestructureerd plan voor een groep patiënten met dezelfde medische indicatie (onderzoek, behandeling of ziektebeeld). Het beschrijft de problemen die je kunt verwachten bij deze medische indicatie, de daarbij behorende doelen en routinematige verpleegkundige interventies om deze doelen te bereiken en te evalueren.

Senior verpleegkundige

Een verpleegkundige die, net als de andere verpleegkundigen, op de afdeling in de zorg werken. Daarnaast hebben zij ook meer overstijgende taken, zoals: werkgroepen aansturen, projecten opstarten en overleggen op afdelingsniveau.

Spiegelbijeenkomst

Door middel van een groepsinterview wordt er door (ex)patiënten de spiegel voorgehouden aan alle artsen, verpleegkundigen, paramedici en leidinggevenden die rondom de patiëntencategorie hebben gewerkt. De medewerkers zijn aanwezig als toehoorder. Daarbij krijgen ze achteraf wel gelegenheid tot het stellen van verduidelijkende vragen, maar het is niet toegestaan om met de patiënten te discussiëren.

Topiclijst

De topiclijst is een lijst met onderwerpen die aan de hand van de begripsafbakening is samengesteld, die als uitgangspunt bij het gesprek dient. Het is de basis voor het inbrengen van nieuwe onderwerpen en is de basis voor het stellen van open vragen.

Verpleegkundige met regiefunctie

Deze term wordt gebruikt wanneer het gaat om wensen en ideeën van verpleegkundige in de toekomst. Er is gekozen voor een neutrale term. Een verpleegkundige die in de dagelijkse praktijk een leidende rol heeft, zij geeft sturing aan het zorgproces van de patiënt.

Verpleegsysteem

Een verpleegsysteem is een manier om het werk van verpleegkundigen te structureren. Bij structuur gaat het om het ordenen van meerdere, complexe factoren. Die manieren kunnen bijvoorbeeld patiëntgericht of taakgericht verplegen zijn.

Zakboekje

Iedere (leerling)verpleegkundige krijgt bij indiensttreding een zakboekje uitgereikt. Het boekje wordt gebruikt als een spieker, waar verpleegkundigen snel in kunnen kijken. In het boekje staan bijvoorbeeld: belangrijke telefoonnummers, doelstelling van afdeling en afdelingsafspraken.

Literatuurlijst

Boeken

- Baarda, D. e.a. (2005). Basisboek Kwalitatief Onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen. Den Haag: Boom Lemma.
- Boeije, H. e.a. (2009). Onderzoeksmethoden. Den Haag: Boom Lemma.
- Broeken, R. e.a. (2006). De verpleegkundige als regisseur. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Cox, K. e.a. (2008). Evidence-based practice voor verpleegkundigen: methodiek en toepassing. Den Haag: Lemma.
- Everdingen, van J. e.a. (2004). Evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Evers, J. (2007). Kwalitatief interviewen: kunst en kunde. Den Haag: Lemma.
- Jong, de J. e.a. (2003). Handboek verpleegkunde. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Jong, de A. e.a. (2008). Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Grol, R. & Wensing, W. (2011). Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Koeleman, H. (2003). Interne communicatie als managementinstrument. Alpen aan den Rijn/Diegem: Kluwer.
- Laat, de S. (2005). Daadkrachtig verbeteren. Een praktisch stappenplan. Zaltbommel: uitgeverij Thema.
- Linge, van R., (2006). Innoveren in de gezondheidszorg: theorie, praktijk en onderzoek. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Louz, C. e.a. (2000). Verplegen van zorgvragers voor en na een chirurgische ingreep, onderzoek of behandeling: deelskwalificatie 406. Baarn: NijghVersluys bv.
- Migchelbrink, F. (2009). Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Niessen, T. & Cox. K. (2011). Innoverend leren in het ZorgInnovatieCentrum: het creëren van ruimte voor vernieuwingen. Den Haag: Boom Lemma.
- Plooi, F. (2008). Onderzoek doen: een praktische inleiding in onderzoeksvaardigheden. Amsterdam: Pearson Education.
- Pool, A. e.a. (2001). Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. Utrecht: NIZW zorg.
- Sesink, E. (2004). Verplegen van interne en chirurgische zorgvragers, niveau 5. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Silverman, J. e.a. (2006). Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: een evidence-based benadering. Den Haag: Lemma.
- Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Den Haag: Boom Lemma.

Artikelen

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), pp 77-101.

Thygesen, M, K. (2012). Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study. *BioMed Central Health Services Research*.

Internet sites

BabelMeSH Multilanguage Search for MEDLINE/PubMed [online]. NCBI Copyright and Disclaimers, Oktober 2009. Gezien op 07 maart 2013.

(http://babelmesh.nlm.nih.gov/index_dut.php?com).

CQ-index [online]. Gezien op 02 april 2013.

(www.mediquest.nl/cerium)

Catharina Ziekenhuis, Jaardocument 2011 [online]. Eindhoven: Catharina ziekenhuis, mei 2012: gezien op 07 maart 2013.

(http://www.catharinaziekenhuis.nl/files/Over_Catharina/Jaardocument_2011_Catharina_Ziekenhuis.pdf).

Documenten

Afdelingsprofiel & Leerplaatsprofiel afdeling Chirurgie & Gynaecologie 11 oost Catharina Ziekenhuis Eindhoven. November 2012.

Cardiff, S., samenvatting thematische analyse van kwalitatieve data. September 2012.

Regiehouderschap. Catharina Ziekenhuis, voor de klinisch opgenomen patiënt. April 2013
Verslag spiegelbijeenkomst 11 oost. December 2011. Versie 0.3

Bijlagen



Bijlage 1: Literatuurstudie

Hieronder is de volledige literatuurstudie te lezen, waarvan in hoofdstuk 1 een samenvatting is geschreven. Onderstaande informatie is gevonden in boeken en artikelen.

Coördinatie van zorg

Op de meeste chirurgische afdelingen is het een drukte van belang. Het is een komen en gaan van patiënten van en naar OK's en onderzoeksafdelingen. De patiënten worden acuut dan wel gepland opgenomen en daarna weer ontslagen en allerlei disciplines hebben hun taak op de afdeling. In deze dynamische omgeving is de rol van de verpleegkundige buitengewoon belangrijk om alles in goede banen te leiden. Kwaliteit van zorg bestaat uit de goede planning en coördinatie van de zorgverlening, het geven van complete voorlichting, deskundige zorg en een houding die zorgvragers rust en zekerheid biedt (Louz e.a., 2000).

De verantwoordelijkheden van HBO-verpleegkundigen op het gebied van coördinatie en organisatie van zorg wordt door Broeken e.a. (2006) als volgt beschreven: "De verpleegkundige is in staat verantwoordelijkheid te dragen voor de organisatie van de zorg rond individuele zorgvragers. Zij kan overleg voeren met de eigen discipline en andere disciplines. Daarnaast kan de verpleegkundige een zorginhoudelijke regiefunctie vervullen".

Pool e.a. (2001) beschrijven dat de verpleegkundige meerdere rollen vervult in haar functie, een van deze centrale rollen is de regisseur. De verpleegkundige geeft in de rol van regisseur aanwijzingen over de wijze waarop de zorgactiviteiten door de andere verpleegkundigen en verzorgden uitgevoerd moeten worden ten behoeve van een individuele zorgvrager en over de inhoud van deze activiteiten. Meestal zal de verpleegkundige dit doen vanuit een functie waarin zij verantwoordelijk is voor de samenhang van het gehele zorgproces voor een bepaalde zorgvrager.

De volgende basisfuncties behoren bij het coördineren van zorg:

- In kaart brengen van de zorgbehoefte en nagaan welke factoren van invloed zijn op de zorgvraag (vraagverheldering);
- Geven van inzicht in de keuze in het zorgaanbod (democratisering);
- Bewaken van de zelfstandigheid van de patiënt (inspireren, motiveren en stimuleren);
- Ontwikkelen van een plan op maat (vraaggericht);
- Afstemmen van de interventies, bepalen in welke volgorde en door welke beroepsbeoefenaren dit uitgevoerd moet worden (bemiddelen);
- Bevorderen van kennis delen en kennis beschikbaar stellen (transparantie);
- Ondersteunen van de belangen van de zorgvrager (versterken van de patiënt);
- Bevorderen, bewaken en regisseren van een resultaatgericht zorgverleningsproces (versterken van het proces) (Broeken e.a., 2006).

Organisatie van de verpleegkundige zorg

Een verpleegstelsel is een manier om het werk van verpleegkundigen te structureren. Bij structuur gaat het om het ordenen van meerdere, complexe factoren. In eerste plaats gaat het hierbij om het uitvoerend werk (het werk met patiënten) en in de tweede plaats gaat het om het leidinggeven aan of managen van dit uitvoerend werk. Naast de term verpleegstelsel worden in Nederland ook wel de termen verpleegkundig organisatie-model en verpleegstructuur gebruikt (Linge, 2006; Jong e.a., 2003).

De structuur op een verpleegafdeling kan worden opgedeeld in drie hoofdstromingen:

- Taakgericht verplegen: niet de patiënt staat centraal, maar de efficiëntie van werk. Er worden geen patiënten toegewezen, maar taken. Alleen de hoofdverpleegkundige heeft het overzicht.
 - o Voordeel: hoge mate productief gevoel, tijdsbesparend door ontwikkeling van routine, inzicht in de manier waarop een verpleegkundige haar taak verricht.
 - o Nadeel: afdelingshoofd kent niet alle behoeften van de patiënten, te erge hiërarchie aanwezig, onpersoonlijk richting patiënten, geen vertrouwensrelatie.
- Teamverpleging: de patiënt staat centraal. Er wordt patiëntgericht verpleegd. Patiënten worden toegewezen aan verpleegkundigen/verzorgenden; dit wordt van dag tot dag bekeken, waarbij patiënten wel zo veel mogelijk dagen achter elkaar aan dezelfde zorgverlener wordt gekoppeld. Het hele team is verantwoordelijk voor een goede patiëntenzorg, waarbij de teamleider specifieke verantwoordelijkheden heeft.

- Voordeel: goede garanties voor continuïteit van de zorg, patiënt ziet meer dezelfde gezichten, gezamenlijke verantwoordelijkheid, grote stimulatie, ontwikkelen als beroepsbeoefenaar.
- Nadeel: onderlinge afhankelijkheid, doordat je samen de verantwoordelijkheid draagt, waardoor er dus ook geen individuele verantwoordelijkheid is.
- Primary nursing: hier staat ook de patiënt centraal en wordt er patiëntgericht verpleegd. Patiënten worden toegewezen, van opname tot ontslag. De verpleegkundige aan wie de patiënt is toegewezen, is verantwoordelijk voor het gehele verpleegkundige proces, ook voor de handelingen die anderen tijdens haar afwezigheid uitvoeren (Jong e.a., 2003).

Primary nursing is niet zo bekend in Nederland, hier wordt eerder gewerkt met het systeem van eerstverantwoordelijke verpleegkundige (EVV'er). Een groot verschil tussen deze beide is dat bij primary nursing de verpleegkundige altijd verantwoordelijk blijft, dat is niet zo bij het EVV-systeem. Een belangrijk kenmerk van het EVV-schap is dat elke patiënt een eigen verpleegkundige krijgt toegewezen. Deze verpleegkundige is verantwoordelijk van opname tot ontslag, gedurende de tijden dat zij zelf aanwezig is op de afdeling. Ze verzorgt de patiënt zo veel mogelijk zelf en voor de tijden van afwezigheid regelt zij dat een ander die zorg op zich neemt en verantwoordelijk is. Een belangrijk hulpmiddel van de EVV'er is het verpleegdossier en dan met name het verpleegplan waarin de zorg wordt gepland. Het verpleegplan wordt gemaakt op basis van de verpleegkundige diagnose en de verpleegdoelen, er vindt periodiek evaluatie plaats (Jong e.a., 2003).

Positieve aspecten van het EVV'schap:

- De duidelijkheid die dit systeem geeft: elke patiënt weet precies bij welke verpleegkundige zij terecht kan met vragen, opmerkingen, kritiek en suggesties;
- Elke verpleegkundige weet precies wat haar verantwoordelijkheden zijn, daarmee is ook gelijk de aansprakelijkheid geregeld. De verpleegkundige kan tot verantwoording worden geroepen, dit kan de kwaliteit van zorg gunstig beïnvloeden;
- De verpleegkundige is autonoom in haar handelen, dit heeft een positief uitstralingseffect op de verdere ontwikkeling en professionalisering van het verpleegkundig beroep;
- De motivatie van de verpleegkundige kan versterkt worden, door het dragen van verantwoordelijkheid en het autonoom mogen handelen;
- De verpleegkundige kan in dit systeem intensieve contacten houden met patiënten, daardoor ontstaat een gedegen basis voor een vertrouwensrelatie;
- Het systeem geeft optimale garanties voor de continuïteit van de vereiste verpleegkundige zorg (Jong e.a., 2003).

Negatieve aspecten van het EVV'schap:

- Dit systeem biedt nauwelijks de ruimte om er gezamenlijk de schouders onder te zetten. De last van de verantwoordelijkheid drukt op de schouders van de individuele verpleegkundige;
- Het kan voorkomen dat een patiënt wordt toegewezen aan een verpleegkundige die haar niet ligt. Dit kan niet bevorderlijk zijn voor de verpleegrelatie;
- Het is gebruikelijk om voor het tijdstip van de opname de patiënt al toe te wijzen aan een bepaalde verpleegkundige, om zo een gelijke verdeling te maken tussen de verpleegkundigen. Achteraf kan echter wel eens blijken dat niet de juiste keuze is gemaakt en een verpleegkundige meer belast wordt dan een ander;
- Dit systeem doet een groot beroep op de flexibiliteit en op het samenwerkingsvermogen van de verpleegkundige;
- Bij langdurige opname van een patiënt, waarbij weinig vooruitgang valt te bespeuren, kan de toepassing van dit systeem gepaard gaan met negatieve consequenties, zoals confrontatie met machteloosheid en gedemotiveerd raken (Jong e.a., 2003).

Er kan er ook gesproken worden van een zorgcoördinator, als invulling bij teamverpleging. Belangrijkste verschil tussen een zorgcoördinator en het EVV is dat een zorgcoördinator meer actief is op organisatorisch vlak en zich niet alleen maar richt op de patiënt. Wanneer bij een patiënt allerlei activiteiten op elkaar moeten worden afgestemd kan er een coördinator worden benoemd. Het werken met zorgcoördinatoren is een moderne manier om sturing te geven aan een verpleegafdeling. Modern in de zin dat de meeste zorginstellingen via een reorganisatie 'verplatten'. Verplatten houdt in dat er managementlagen verdwijnen. Dit kan betekenen dat er minder leidinggevenden zijn en dat de taken daardoor herverdeeld moeten worden. Verpleegkundigen zullen er dan ook nieuwe taken bij krijgen. Deze kunnen liggen op organisatorisch

vlak (roosters maken, bestellingen doen, deelname aan werkgroepen), maar ook op zorggebied. Op zorggebied gaat de zorgcoördinator zich bezighouden met het coördineren van de zorg voor een groep patiënten. Deels door zelf deel te nemen aan deze zorg en deels door andere verpleegkundigen toe te wijzen aan patiënten. Een zorgcoördinator kan deze verpleegkundigen dan ook coachen. Een zorgcoördinator zal dus niet alleen zorg verlenen, maar ook de zorgvraag en het zorgaanbod van individuele patiënten of groepen op elkaar afstemmen. Zij is meer overkoepeld bezig, daardoor is deze rol meer dan wat een EVV'er doet, die is vooral gericht op de individuele patiënten (Jong e.a., 2003).

In het artikel van Thygesen (2012) is nog een andere manier beschreven, die als invulling van de regiefunctie kan worden gebruikt. In het artikel werd deze verpleegkundige een 'nurse navigator' genoemd. Haar taak is om oncologische patiënten te begeleiden tijdens het gehele ziekteproces, je zou het kunnen vergelijken met de gynaecologische oncologie verpleegkundige. De invulling van de rol als nurse navigator ziet er zo uit;

- De nurse navigator is voornamelijk werkzaam op de polikliniek; maar gaat ook zo nodig bij de patiënten langs in het ziekenhuis;
- Communiceren met de patiënt en diens familie, informatieve gesprekken, uitleg geven, luisteren naar de patiënt, angsten wegnemen en adviseren;
- Optreden als belangenbehartiger van de patiënt; bemiddelen en onderhandelen (onder andere met polikliniek en artsen);
- De nurse navigator gaat, indien gewenst, mee naar de afspraken van de patiënt;
- De nurse navigator zorgt voor de following up; wanneer een patiënt ontslagen is uit het ziekenhuis of na behandelingen.

Wat verder in dit artikel sterk naar voren komt is dat een nurse navigator vooral een grote meerwaarde heeft bij patiënten die een verminderd vertrouwen hebben in zorgverleners door negatieve ervaringen.

Postoperatieve zorg bij een chirurgische patiënt

De zorg voor mensen die een operatieve behandeling ondergaan, vindt –afhankelijk van de complexiteit- op verschillende afdelingen in een algemeen ziekenhuis plaats. De chirurgische patiënten die centraal staan tijdens dit onderzoek zijn opgenomen op afdeling algemene chirurgie en gynaecologie. Deze patiënten hebben voornamelijk een buikoperatie ondergaan. Bij deze patiënten is intensievere bewaking en nazorg noodzakelijk is. De directe zorg na de operatie vindt plaats op de recovery –of verkoeverafdeling. Sommige patiënten die langere tijd intensieve bewaking en zorg nodig hebben komen na de operatie op de intensive care – afdeling. Wanneer de patiënten stabiel genoeg zijn, komen zij daarna over naar de verpleegafdeling (Sesink, 2004).

De zorgvrager mag overgebracht worden naar de afdeling wanneer de vitale lichaams- functies stabiel zijn en de reflexen en bewustzijn hersteld zijn. De verpleegkundige interventies vinden plaats gericht op veiligheid, preventie van weefselbeschadiging en infecties, comfort, rust en psychisch welbevinden. Na de operatie, tijdens de herstelfase, is de verpleegkundige degene die de pijn helpt verminderen, ondersteuning geeft bij zelfzorgactiviteiten en de zorgvrager stimuleert om mogelijk complicaties te voorkomen (Sesink, 2004).

Er zijn verschillende verpleegsystemen die gebruikt worden bij het verplegen van chirurgische patiënten. In sommige gevallen is het duidelijk middels welk systeem het beste kan worden gewerkt. Onderstaande literatuur beschrijft waarom het belangrijk is om een EVV'er toe te wijzen aan chirurgische patiënten.

Acute verwardheid is een complicatie die postoperatief kan optreden. Acute verwardheid kan voorkomen bij (plotselinge) veranderingen op lichamelijk gebied mogelijk in samenhang met plotselinge veranderingen op psychisch en/of sociaal gebied. Geadviseerd wordt om bij deze patiëntencategorie een eerstverantwoordelijke verpleegkundige aan te wijzen, zodat de zorgvrager steeds dezelfde verpleegkundige ziet. Door deze verpleegkundige verantwoordelijk te stellen voor de totale zorg, wordt ook voorkomen dat andere verpleegkundigen een eigen aanpak gaan hanteren (Sesink, 2004).

Daarnaast is de huidige trend in de gezondheidszorg dat de opnameduur in het ziekenhuis zo kort mogelijk wordt gehouden en de zorgvrager thuis verder te laten herstellen, zo nodig met ondersteuning van de thuiszorg (Sesink, 2004). Pool e.a. (2001) beschrijven: 'de korte opnameduur maakt dat de hbo-verpleegkundige over de muren van de instelling moet kijken en moet inschatten hoe de toekomstige zorg voor de patiënt eruitziet. Dit zorgt voor een goede afstemming en continuïteit

van de zorg.' Het is dus van belang dat de verpleegkundige tijdens de opname al vooruit werkt en het ontslag in gang gaat zetten. Wanneer er gebruikt wordt gemaakt van een EVV'er zal dit proces gestructureerd verlopen wat de kwaliteit van zorg voor de patiënt bevordert.

De relatie tussen verpleegkundige en chirurgische patiënt

Een ander belangrijk aspect waarom een EVV'er een meerwaarde kan zijn voor chirurgische patiënten is de relatie tussen zij en de verpleegkundigen. De relatie tussen de verpleegkundige en de chirurgische patiënt is namelijk vaak kortdurend en intensief. De verpleegkundige moet streven naar een gelijkwaardige relatie met de chirurgische patiënt die past in het heden, waarin de patiënten mondig zijn en zich kritisch opstellen. Steeds meer, verwachten patiënten ook een klantgerichte benadering van zorgverleners, daarbij hoort bereidheid om informatie te geven, rekening houden met de behoeften en wensen van de patiënt en het kunnen uiten van hun opmerkingen en klachten wanneer er iets fout gaat. De patiënt moet kunnen vertrouwen op het respect, de deskundigheid en het inlevingsvermogen van de verpleegkundige. De verpleegkundige is voor de patiënt een belangrijke steun en toeverlaat aan wie hij vragen kan stellen, maar ook probeert de naasten van de patiënt te helpen hun angst te hanteren. De verpleegkundige is tevens voor de patiënt een schakel tussen hem en de andere hulpverleners. Samenwerking met de andere disciplines is een voorwaarde om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de behoefte van de patiënten (Sesink, 2004).

Om ervoor te zorgen dat patiënten en hun naasten op een chirurgische afdeling de verleende zorg als een samenhangend geheel ervaren, onderhoudt de EVV'er het contact met de juiste personen en instellingen (Pool e.a., 2001). De taken van de EVV'er staan eerder in dit hoofdstuk al omschreven.

Bijlage 2: Kwalitatieve analyse wetenschappelijk artikel

(uit: *evidence based practice voor verpleegkundigen*, 2004 pag. 49 en 96 – 99, hoofdstuk 4)

In deze bijlage is een kwalitatieve analyse te lezen van het artikel dat gebruikt is voor het onderzoek. Het artikel gaat over een onderzoek in Denemarken naar de rol van een Nurse Navigator. Het artikel is gevonden in PubMed en de volledige titel met auteurs is als volgt: *Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study*. M.K. Thygesen, B.D. Pedersen, J. Kragstrup, L. Wagner and O. Mogensen. Ofwel Thygesen et al; (mei 2012)

Interne validiteit

Is het doel en focus van het onderzoek duidelijk geformuleerd?

Het doel en de focus voor het interview zijn duidelijk beschreven bij de aanleiding van het onderzoek. Zie de uitleg hieronder;

De gezondheidszorg in Denemarken is erg gefragmenteerd. Dit heeft gevolgen voor de kankerpatiënten. Dit kan namelijk zorgen voor problemen als angst, wanhoop en verwarring tijdens het ziekteproces. In sommige omstandigheden krijgen patiënten hulp aangeboden van een extra contactpersoon, in de rol van een Nurse Navigator. Dit is een verpleegkundige die een coördinerende taak heeft tijdens het ziekteproces van de kankerpatiënten. In het artikel wordt beschreven dat het kan worden vergeleken met een case manager. Het verschil is dat een NN meer persoonlijk betrokken is bij de patiënt. In andere landen zijn er al verschillende onderzoeken naar gedaan en daar komt uit dat voor een bepaalde patiëntencategorie dit wel een meerwaarde heeft.

Is kwalitatieve methodologie geschikt voor uitwerking van onderzoeksvraag?

De onderzoeksvraag is of gynaecologische oncologie patiënten een vast aanspreekpunt nodig hebben tijdens het hele ziekenhuis traject dat zij moeten gaan doorlopen.

Een kwalitatieve methodologie is hier een juiste keuze, omdat je de mening van de patiënten wilt horen en argumenten van hen wilt waarom het wel of niet zinvol is.

De meningen, ervaringen en wensen staan centraal en de uiteindelijke conclusies in het artikel zijn daarop gebaseerd. Er is nog maar beperkte kennis over dit onderwerp beschikbaar, daarom zijn de ervaringen van patiënten belangrijk. De onderzoekers verkennen de meerwaarde van een NN. De ervaringen van de patiënten en wat zij van betekenis vinden in het contact met de NN worden beschreven.

Is de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden duidelijk beschreven? Zijn de criteria voor selectie en selectieprocessen bewust gekozen en beargumenteerd (zowel context als respondenten en duidelijk beschreven?)

Aan het begin van het onderzoek zijn er 30 deelnemers benaderd, via de telefoon, om deel te nemen aan het onderzoek. Uit hoeveel mensen deze 30 zijn gekozen, staat niet beschreven in het onderzoek, de totale onderzoekspopulatie is dus niet bekend.

De steekproef die gehouden is een selecte steekproef. Er is bewust gekozen voor 30 deelnemers, deze zijn geselecteerd aan de hand van inclusiecriteria.

Er waren twee inclusiecriteria:

- Bij de vrouwen moest een verdenking zijn op een gynaecologische tumor.
- Zij moesten Deens verstaan en spreken.

Er waren geen exclusiecriteria opgesteld, omdat er juist diversiteit gewenst was tijdens het onderzoek. Daarvoor is gekozen om te zorgen dat de uitkomsten meer betrouwbaar waren, omdat de groep veel verschillende eigenschappen heeft.

9 deelnemers wilde niet deelnemen aan het onderzoek, om verschillende redenen. Uiteindelijk zijn er 21 deelnemers met verschillende kenmerken op het gebied van leeftijd, woonplaats, burgerlijke staat en diagnose gevolgd tijdens hun ziekteproces.

Enkel 15 daarvan ondergingen een operatie, om de primaire tumor te verwijderen. 4 bleken een goedaardige tumor te hebben en zijn niet nader gevolgd. De overige 11 zijn geselecteerd om nader te worden gevolgd door de NN. Zij hebben maximale periode aan hulp gekregen van de NN, vanaf de inclusie voor de studie tot en met de opnameperiode in het ziekenhuis. Zij hebben aan het volledige onderzoek deelgenomen.

De andere 10 deelnemers die geen operatie hebben ondergaan zijn alleen bij bezoeken aan de poliklinieken gevolgd. Zij hebben hulp gekregen van de NN hierbij. Deze patiënten hebben wel dagboeken bijgehouden over hoe zij zich voelen. Er is een duidelijke beschrijving in de tekst hoe het onderzoek is verlopen (zie hierboven) en daarnaast is het onderzoeksproces deels gevisualiseerd in een schema. Elke nieuwe stap in het onderzoek is een aparte alinea in de tekst. De verschillende essentiële thema's komen aan bod: achtergrond, methoden, steekproef, dataverzameling, data-analyse, ethiek, resultaten en conclusie. Dit is allemaal in logische volgorde in het artikel beschreven.

Is de strategie om een steekproef te trekken geschikt voor het doel van het onderzoek?

De strategie die gebruikt is, is het opstellen van inclusiecriteria en geen exclusiecriteria. Dit is geschikt voor het onderzoek. Een kenmerk hebben de patiënten nu gemeen; de diagnose van een gynaecologische tumor, maar verder verschillen zij in persoon en achtergrond. Dat zorgt voor een diversiteit in de groep.

Zijn de strategieën om gegevens te verzamelen duidelijk beschreven en geschikt?

Er is op drie verschillende manieren data verzameld:

- Via observaties op de polikliniek, tijdens afspraken van de patiënten, voorafgaand aan het interview.
- Via geschreven teksten van de patiënten in een vooraf opgesteld dagboek, de patiënten krijgen de mogelijkheid om de ervaringen en gevoelens bij te houden en het geeft de onderzoeker inzicht in de ervaringen van de patiënten tijdens het ziekteverloop.
- Semigestructureerde interviews. Voor het interview werden het dagboek en de specifieke aantekeningen van de observaties bij de patiënt doorgelezen. De interviews werden ondersteund door een gids (met thema's en suggesties) en een visuele techniek, wat de patiënten hielp om te herinneren en om diepere verhalen te creëren.

Dit zijn goede methoden voor de dataverzameling. Er is gebruikt van verschillende methoden, dat zorgt voor triangulatie. Daarbij zijn dit ook de beste manieren om de mening van de patiënten te horen te krijgen.

Is het duidelijk dat analyse van gegevens (betrouwbaar) en valide is?

In het artikel is niet te lezen hoe dat de onderzoekers hun meetinstrumenten hebben getest op betrouwbaarheid. Het onderzoek maakt gebruik van verschillende meetinstrumenten zoals, de observaties, dagboeken en interviews, maar hoe deze tot stand zijn gekomen is niet terug te vinden.

De validiteit is bevorderd door het benutten van verschillende dataverzamelmethode. Daarnaast is er ook overleg onderling geweest tussen de onderzoekers. De eerste auteur heeft zelf de analyse gedaan, maar tussentijdse resultaten werden onderzocht en besproken tussen de andere auteurs/onderzoekers tijdens verschillende momenten van het onderzoek. Dit duidt op inhoudsvaliditeit, maar ook op verhogen van de betrouwbaarheid van het onderzoek doordat naar de analyse beide onderzoekers op dezelfde resultaten uitkomen.

Beschouwt de onderzoeker het effect van de relatie tussen zichzelf en proefpersonen in het onderzoek?

De onderzoekers staan helemaal buiten het onderzoek. Zij zijn de observators geweest en de interviewers maar het effect wat de onderzoekers hadden op de patiënt staat niet vermeld in het artikel.

Zijn de resultaten duidelijk en gemakkelijk te begrijpen?

Er kunnen verschillende redenen zijn om een NN in te schakelen, het heeft vooral te maken met het hebben van vertrouwen of juist niet in de hulpverlening.

Er wordt onderscheidt gemaakt tussen;

- Trust (volledig vertrouwen hebben)
- Guarded trust (bewaakt vertrouwen, al eens wat meegemaakt, dus volle vertrouwen is er niet, maar nog wel iets van vertrouwen. Je bent op je 'hoede').
- Distrust (geen vertrouwen).

Dit is per alinea uitlegt in het artikel en dit zorgt ervoor dat de resultaten duidelijk en gemakkelijk te begrijpen waren.

Rechtvaardigen de onderzoekers de interpretatie van gegevens in de analyse?

De gegevens zijn door meerdere onderzoekers geanalyseerd, waardoor ze geen eigen interpretatie aan de uitkomsten hebben gegeven.

Ze hebben beide hun interpretaties voorgelegd en samen vergeleken wat de betrouwbaarheid verhoogt. Dit is een vorm van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Dat zorgt er wel voor dat de gegevens gerechtvaardigd zijn.

Belang resultaten?

Hoe relevant en bruikbaar is het artikel voor patiënt, een klinisch probleem of een beroepsbeoefenaar?

Voor kankerpatiënten is dit een zeer relevant artikel. Het artikel is op deze patiëntencategorie onderzocht. De uitkomsten kunnen dus gebruikt worden in de zorg voor deze patiënten. Daarnaast kan de beroepsbeoefenaar (zoals verpleegkundigen) hier ook hun voordeel mee doen, doordat ze weten wat belangrijk is voor patiënten in de begeleiding. De meerwaarde op het gebied van zorgcoördinatie is dat er vastgesteld moet worden hoe het vertrouwen van de patiënt is in de hulpverlening. Als er geen vertrouwen is bij de patiënten, kan dit een reden kan zijn om een NN in te schakelen. patiënten.

Toepassing in de praktijk

Zijn de resultaten van dit onderzoek te generaliseren naar anderen patiënt(groep)en?

Het onderzoek kan alleen uitgevoerd bij vrouwen, omdat het gaat om gynaecologische tumoren. Dit zorgt ervoor dat de steekproef select is, dat maakt het moeilijker om dit onderzoek te generaliseren. Bijvoorbeeld generaliseren naar beleving van mannen ten aanzien van NN is moeilijk. De representativiteit van de steekproef is echter wel vergroot door geen exclusiecriteria vast te stellen. Hierdoor ontstaat er een diversiteit in de onderzoeksgroep.

Het onderzoek is alleen uitgevoerd met vrouwen. De Nurse Navigator, was namelijk ook een vrouwelijke verpleegkundige. Mogelijk heeft dit wel invloed op de resultaten, doordat vrouwen zich meer verbonden voelde met de verpleegkundige.

Verschilt mijn patiënt zodanig van de patiënten in het onderzoek dat ik de bevindingen niet kan gebruiken?

De patiëntencategorie waar wij ons op richten tijdens het afstudeeronderzoek zijn chirurgische patiënten, maar vaak wel patiënten die de diagnose kanker hebben. De meerwaarde die sommige patiënten wel hebben van de NN, is een belangrijk aspect voor ons onderzoek. Vooral ook om te weten waarom sommige patiënten er wel een voorkeur voor hebben en anderen niet. Dit blijkt dus met het vertrouwen te maken te hebben.

Zijn de patiënt en/of familie zich bewust van eigen waarden en voorkeur?

De patiënten die deel hebben genomen aan het onderzoek, hebben bewust hun mening laten horen en wisten wat het onderzoek inhield, dus in die zin zijn zich wel bewust van eigen waarden en voorkeur.

Samenvattend

Wat zijn argumenten voor en tegen?

Dit artikel gericht op het afstudeeronderzoek. Dit artikel geeft ons informatie over hoe er invulling kan worden gegeven aan een coördinerende taak van een verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis. En wat hier een grote rol in speelt: het vertrouwen in de hulpverlening. Echter is dit onderzoek wel gericht op één patiëntencategorie en dat zijn niet de chirurgische patiënten die wij als uitgangspunt hebben genomen. Dus in hoeverre het zinvol is om voor deze chirurgische patiënten een Nurse Navigator aan te stellen is niet uitgezocht in dit artikel. De vraag die ook nog openblijft aan het einde van het artikel is: hoe kan men het beste de patiënten identificeren die extra hulp van een NN nodig hebben.

Dat neemt niet weg dat wanneer uit andere literatuuronderzoek naar voren komt dat één coördinerende verpleegkundige als zinvol ervaren wordt door patiënten. De eigenschappen van deze verpleegkundigen kunnen worden afgeleid uit dit artikel. In het artikel worden de volgende eigenschappen van deze verpleegkundigen benoemd:

- De nurse navigator is voornamelijk werkzaam op de polikliniek; maar gaat ook zo nodig bij de patiënten langs in het ziekenhuis;

- Communiceren met de patiënt en diens familie, informatieve gesprekken, uitleg geven, luisteren naar de patiënt, angsten wegnemen en adviseren;
- Optreden als advocaat van de patiënt; bemiddelen en onderhandelen (onder andere met polikliniek en artsen);
- De nurse navigator gaat, indien gewenst, mee naar de afspraken van de patiënt;
- De nurse navigator zorgt voor de following up; wanneer een patiënt ontslagen is uit het ziekenhuis of na behandelingen.

Waar moet rekening mee gehouden worden als je over wilt gaan op implementeren van informatie?

Dit onderzoek is vooral relevant voor een afdeling die gynaecologische oncologie patiënten verpleegd. Zij zouden hier mogelijk wel een meerwaarde uit kunnen halen, als zij merken dat sommige patiënten behoefte hebben aan een verpleegkundige die een coördinerende taak tijdens hun ziekteproces op zich neemt. Die behoefte heeft dan vooral te maken met het vertrouwen dat patiënten hebben in de hulpverlening. Bij goed vertrouwen is een NN niet noodzakelijk, bij geen vertrouwen of al minder vertrouwen geeft dit wel een meerwaarde.

Bijlage 3: Gebruikte onderzoeksinstrumenten bij interviews

In deze bijlage staan de onderzoeksinstrumenten van beide onderzoekers. Het is de voorbereiding voor de interviews met de verpleegkundigen en patiënten. De topiclijsten zijn uitgebreid beschreven en daarbij ook communicatieve vaardigheden die tijdens het gesprek gebruikt zijn.

A. Verpleegkundig perspectief

Onderzoeksinstrument individuele interviews met verpleegkundigen

Vorbereiding

- Doornemen van DRP (dienstrooster);
- In overleg met de opdrachtgever de personen vaststellen;
- Personen persoonlijk benaderen;
- 2 dagen voor het interview een reminder via de mail versturen;
- Controleren van opnameapparatuur;
- Locatie regelen;
- Noteren van functie, aantal contracturen, leeftijd, aantal jaren werkervaring;
- Benodigdheden:
 - o pen en papier;
 - o opnameapparatuur;
 - o topiclijst.

Interview

Locatie: individuele ruimte op afdeling 11 oost

Tijdsduur: min. ½ en max. 1 uur

Aanwezig: 1 verpleegkundige, 1^e en 2^e onderzoeker (ter ondersteuning)

Hoofdvraag:

Hoe wordt de huidige werkwijze rond zorg coördinatie door de verpleegkundigen van afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis ervaren, waar zien zij de knelpunten en wat zijn de wensen van de verpleegkundigen en / of wat zien zij als mogelijke ideeën, oplossingen en suggesties?

Doel van het onderzoek:

Het in kaart brengen van de ervaringen van de verpleegkundige met betrekking tot coördinatie van zorg & de wensen en behoeften en mogelijke ideeën van de verpleegkundige.

Opening

- Introductie van het onderzoek;
- Vertrouwelijkheid;
- Anonimiteit;
- Alles duidelijk?!;
- Toestemming vragen voor opname;
- Inschakelen van opnameapparatuur (Evers, 2007).

Kern

- Beginvraag stellen;
 - o Waar denk je aan bij het begrip coördinatie van zorg?
 - o Wat zijn jouw ervaringen met betrekking tot zorg coördinatie op afdeling 11 oost?
- Open vragen stellen;
- Doorvragen;
- Geven van tussentijdse samenvattingen (Evers, 2007);
- Aan bod laten komen van de topics;
 - o Uitvoering zorg coördinatie / regiefunctie;
 - o Verpleegkundige rollen: rol van regisseur (Pool e.a., 2001);
 - o Invloed van functie en het aantal contracturen op regievoering;
 - o Verschillende verpleegsystemen (Broeken e.a., 2006; Jong e.a., 2003);
 - o Wensen en behoeften met betrekking tot zorg coördinatie;
 - o Ideeën en mogelijke oplossingen voor de regievoering op de afdeling.
- Voldoende ruimte laten voor eigen inbreng van de verpleegkundige.

Afsluiting

- Aankondigen van de afronding;
- Alles kort samenvatten en controleren;
- Eventuele vragen beantwoorden;
- Bedanken;
- Uitschakelen van opname apparatuur;
- Eventueel napraten;
- Maken van eerste aantekeningen (Evers, 2007).

Vorbereiding groepsinterview met verpleegkundigen

Vorbereiding

- Datum plannen in overleg met opdrachtgever;
- Stukje in nieuwsbrief plaatsen ter aankondiging van het interview;
- Poster maken en ophangen ter aankondiging van het interview;
- Controleren van opnameapparatuur;
- Locatie regelen;
- Noteren van namen, functie, leeftijd;
- Benodigdheden:
 - o pen en papier, voor aantekeningen;
 - o opnameapparatuur, voor het transcript;
 - o draaiboek;
 - o uitgeprinte stellingen op A4-papier.

Draaiboek interview

Datum: 18-04-2013

Locatie: verpleegpost op afdeling 11 oost

Tijdsduur: 15.00 – 15.45 uur

Aanwezig: onderzoeker, mede-onderzoeker, de opdrachtgever en min. 4 verpleegkundigen (die niet deelgenomen hebben aan de individuele interviews).

Onderzoeker: leider van het gesprek

Mede-onderzoeker: aantekeningen maken en eventueel ondersteunen, tijdspad in de gaten houden

Hoofdvraag van het deelonderzoek:

Hoe wordt de huidige werkwijze rond zorg coördinatie door de verpleegkundigen van afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis ervaren, waar zien zij de knelpunten en wat zijn de wensen van de verpleegkundigen en / of wat zien zij als mogelijke ideeën, oplossingen en suggesties?

Doel van het onderzoek:

Het in kaart brengen van de wensen en behoeften van de verpleegkundige en mogelijke ideeën van de verpleegkundige. Meer informatie krijgen over hoe het beter kan, de concrete verbeterpunten.

Introductie (5 – 7 min.)

- Introduceren van mijzelf en de mede-onderzoeker
- Hoofdvraag
- Doel van het onderzoek
- Waarom voor dit onderwerp gekozen: nu geen vaste richtlijn voor zorg coördinatie van het opnameproces, het is ziekenhuisbreed een hot-item (gestroomlijnd werken is speerpunt; regiehouderschap april 2013), centraal staat hoe het opnameproces van de patiënt het beste gecoördineerd kan worden.
- Verdere inhoudelijke vragen over het onderzoek, mogen achteraf gesteld worden.
- Gesprekregels
 - o naam benoemen alvorens iets in te brengen i.v.m. transcript;
 - o elkaar uit laten spreken;
 - o duidelijk en hardop spreken i.v.m. opname.
- Benoemen van opname (eigen gebruik) en inschakelen opnameapparatuur (Evers, 2007).

Kern

Er wordt gebruik gemaakt van (halfgestructureerd) trechtermodel: eerst 1-2 breed gestelde open hoofdvragen die het onderzoeksonderwerp verkennen, dan 3-4 centrale thema's met betrekking tot het onderzoeksonderwerp.

- Hoofdvraag (20 min.)
 - o Welke verbeterpunten zien jullie op de afdeling met betrekking tot coördinatie van zorg, tijdens het opnameproces van de patiënt?
 - o Hoe kan de opname van de patiënt het beste gecoördineerd worden en hoe kun je dit bewerkstellingen?
- Deelvragen:
 - o Wat vinden jullie belangrijk? Wat zijn jullie wensen?
 - o Knelpunten en concrete verbeterpunten?
 - o Hoe vorm geven? Aan welke randvoorwaarden moet het voldoen?
- Stellingen voorleggen (15 min.): input komt vanuit individuele interviews (antwoorden met eens / oneens + onderbouwing)
 - o 1. Een vast aanspreekpunt heeft bij iedere patiënt een meerwaarde.
 - o 2. Er moet meer duidelijkheid en eenduidigheid over coördinatie komen, voor zowel de verpleegkundige als de patiënt.
 - o 3. EZIS is een goed bruikbaar ondersteunend middel bij de implementatie van het EVV-schap.
- Vragen naar concrete voorbeelden uit de dagelijks praktijk (vooral bij algemene antwoorden);
- Zorgen dat iedereen aan bod komt, mensen uitnodigen;
- Overzicht houden en structuur aanbrengen;
- Regelmatig samenvatten;
- Ruimte bieden voor voldoende eigen inbreng van de verpleegkundigen.

Afronding

- Rondvraag: heeft iemand nog iets toe te voegen?
- Bedanken voor deelname;
- Stopzetten opnameapparatuur;
- Eventueel napraten: ervaringen, voldoende tijd, voldoende ruimte voor inbreng (Evers, 2007).

B. Patiënten perspectief

Onderzoeksinstrument interview chirurgische patiënt

Locatie:	een afzonderlijke ruimte op afdeling 11 oost
Tijd:	duur van het interview is maximaal 1 uur
Aanwezig:	de onderzoeker in de rol van interviewer; mede - onderzoeker (ter ondersteuning); patiënt als respondent (en indien gewenst een familielid)
Benodigdheden:	pen en notitieblok, geluidsopname apparatuur

Hoofdvraag voor dit deelonderzoek, luidt:

'Wat zijn de ervaringen van chirurgische patiënten op afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis met betrekking tot de coördinatie van zorg en wat zijn hun wensen en behoeften hierin?'

Doel van het interview is door middel van een open interview informatie te verkrijgen over de ervaringen, ideeën, wensen en behoeften van de chirurgische patiënt op het gebied van coördinatie van zorg op de afdeling.

Verloop interview

Opening

- Introductie van het onderzoek, met doel en verloop interview.
- Vertrouwelijkheid en anonimiteit benoemen.
- Toestemming vragen voor opname.
- Inschakelen van geluidsapparatuur (Evers, 2007).

Kern

- Stellen van de beginvraag. Deze luidt:
 - o Wat zijn uw **ervaringen** over de gehele opname op de afdeling?
- Doorvragen (door middel van topiclijst) voorbeelden;
Vragen naar voorbeelden. Waaruit blijkt dit? Concreet laten maken door de patiënt.
Bij veel positieve uitspraken, ook vragen naar de negatieve. Dit kan ik doen door de positieve uitspraken te herhalen en naar mogelijke verbeterpunten te vragen. Naar tips vragen. Als de patiënt een tip geeft, deze weerspiegelen.. 'Ging dit bij u dan niet goed?'
- o Wat wordt er verstaan onder coördinatie van zorg ofwel hoe is de organisatie van de zorg en de rol van de verpleegkundige hierin ervaren?
 - Werd de opname als een *vloeiende lijn* ervaren?
 - vertrouwensrelatie met verpleegkundige kunnen opbouwen?
- o hoe is de opname in zijn geheel verlopen?
 - werd hierin iets gemist, wat precies en op welke momenten?
 - hoe is het ontslagprocedure verlopen?
 - bij vragen of problemen deze kunnen stellen of laten horen?
- Samenvatting geven, wanneer deze vraag genoeg uitgediept heeft. Eindigen met open vraag: 'Heeft u hier nog aanvullingen bij?'
- Hoe ervaart u de opname als partner van de patiënt?
 - Informatievoorziening
 - Communicatie
 - Beleid
- EVV'er is aangesteld:
 - o Welke eigenschappen zijn belangrijk voor de rol van EVV'er?
 - o Welke taken moet een EVV'er uitvoeren?
 - o Wat is uw ervaring met de EVV'ers nu hier?
- Nieuw thema vervolgen; naar tips vragen.
 - o Wat zijn uw ideeën en/of opvattingen voor verandering van de coördinatie?
 - o Waar liggen uw wensen en behoeften?
 - hoe ziet u de coördinatie van zorg het best voor zich?
 - Wat is hier voor nodig?
 - Vanaf welke lig duur?
- Samenvatting geven
- Toewerken naar de afronding
 - o Overstijgende samenvatting geven

Afronding

- Respondent bedanken
- Mail adres vragen voor verslag van het gesprek te mailen (member check)
- Uitschakelen geluidsapparatuur
- Napraten
- Eventuele vragen nog beantwoorden
- Maken van eerste aantekeningen (Evers, 2007)

Bijlage 4: Thematische analyse; stap 5

Als aanvulling op de resultaten die beschreven staan in hoofdstuk 2 en 3 staan hier de thema's benoemd die in stap 5 van de thematische data-analyse naar voren zijn gekomen. De thema's worden weergegeven met een aantal kernwoorden en begrippen.

A. Verpleegkundig perspectief

Benoemen en herdefiniëren van thema's

Onderzoeksvraag:

'Hoe wordt de huidige werkwijze rond zorg coördinatie door de verpleegkundigen van afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis ervaren, waar zien zij knelpunten en wat de zijn de wensen van de verpleegkundigen en/of wat zien zij als mogelijke ideeën, oplossingen en suggesties?'

Huidige werkwijze

Betekenis van coördinatie van zorg en invulling die verpleegkundigen daaraan geven

- ✓ Het indelen van je zorg, voor je eigen patiënten.
- ✓ De zorg regelen, heel breed, rondom de patiënt.
- ✓ Het informeren en aansturen van de patiënt naar de leefregels.
- ✓ Prioriteiten stellen.
- ✓ Inschatten, in gang zetten, naar ontslag toewerken.
- ✓ Een goede anamnese is de basis.
- ✓ Meer te weten komen over achtergrond van patiënt.
- ✓ Zo gastvrij mogelijk zijn.

Verpleegstelsel op afdeling 11 oost

- ✓ Officieel kamerverpleging, steeds meer naar taakgericht.
- ✓ Dagoudste houdt overzicht over de hele afdeling.
- ✓ Kamergericht verplegen
- ✓ Patiëntgericht verplegen
- ✓ Vaak paar dagen na elkaar op een paar patiënten gezet
- ✓ Goed om te kijken naar wie er die dag is, en die het dan coördineert.
- ✓ Oppassen dat je niet functioneel gaat verplegen.

Knelpunten

Invloeden van arbeidsovereenkomsten op uitvoering regiefunctie

Parttimer:

- ✓ Te weinig aanwezig.
- ✓ Laat het meer los, is lastig.
- ✓ Zou het wel moeten kunnen zijn.
- ✓ Krijgt nooit compleet plaatje.
- ✓ Moeilijk om in de gaten te houden en te volgen.
- ✓ Meer tijd nodig om erin te komen.
- ✓ Veel minder werktijd.
- ✓ Weinig ruimte voor overstijgende.
- ✓ Ook een persoonlijke tint.

Opleidingsniveau en werkervaring:

- ✓ Mag een student zijn, gekoppeld aan gediplomeerde.
- ✓ Geen onderscheid MBO of HBO
- ✓ Meer werkervaring is fijn.

Fulltimer:

- ✓ Die "moeten" dat dan doen.
- ✓ Dat geeft wel een extra belasting.
- ✓ Krijgt heel veel op je nek.
- ✓ Fulltime is belangrijk, zeker als het om een hoogcomplex patiënt gaat.

Pooler:

- ✓ Afdeling staat ervoor open.
- ✓ Prettig als iemand van het vaste team het doet.
- ✓ Moet het ook kunnen.

Verzorgende:

- ✓ Mag officieel geen EVV'er zijn.
- ✓ Door meer werkervaring kunnen vaardigheden ontwikkeld zijn.
- ✓ Sommige doen het toch.

Planning

Kamerplanning:

- ✓ Zoveel mogelijk dezelfde patiënten.
- ✓ Paar dagen achter elkaar.

Planmatige problemen:

- ✓ Onregelmatige diensten
- ✓ Continuïteit van de andere patiënten.

2 EVV'ers:

- ✓ Met z'n tweeën op één patiënt.
- ✓ Moeilijkheden creëren.
- ✓ Wisselwerking: elkaar opvolgen in werk.
- ✓ Overdrachtsmomenten.

Tijd en haalbaarheid

- ✓ Hoeveelheid werk
- ✓ Bewerkelijkheid
- ✓ Weinig vertrouwen
- ✓ Beladenheid
- ✓ Moeilijk onderwerp
- ✓ Instelling van de mensen
- ✓ Tijdsgebrek
- ✓ Haalbaarheid

Wensen en ideeën

Beelvorming van EVV

De meerwaarde van het EVV

- ✓ EVV heeft meerwaarde.
- ✓ Goed als EVV terugkomt.
- ✓ Dat één iemand het overzicht heeft en goed op de hoogte is.
- ✓ Meer overstijgende rol.
- ✓ Iedereen weet overal een klein beetje van, niemand overziet het geheel.
- ✓ Fijn om één vast aanspreekpunt te hebben.
- ✓ Anders wordt er langs elkaar heen gewerkt.
- ✓ Klachten mee ondervangen.
- ✓ Zeker bij iemand die een heel traject is doorgegaan.
- ✓ Voor mensen hun houvast, hun informatie, hun zekerheid.

Bij welke patiëntencategorie

Niet alle patiënten hebben een EVV'er nodig.

Een enkeling denkt hier anders over (gelijk behandelen).

Deze patiëntencategorieën wel:

- ✓ Langdurige opnames, vanaf meer dan 1 week
- ✓ Complexe patiënten
- ✓ Meerdere disciplines
- ✓ Oncologische patiënten
- ✓ Slecht nieuws casussen
- ✓ Lichamelijke en/of psychische beperking
- ✓ Uitgebreide voorgeschiedenis
- ✓ Meerdere heropnames
- ✓ IC-overnames
- ✓ Onbekend specialisme

Vraag die overblijft: je kunt niet altijd van het begin van de opname overzien hoe een OK verlopen.

Wanneer kies je er dan voor om iemand wel te benoemen.

Gewenste taken en verantwoordelijkheden van de EVV'er

Taken

- ✓ Aanspreekpunt zijn, voor familie en collega's.
- ✓ Zorgproces globaal in de gaten houden en sturing geven.
- ✓ Het overzicht houden.
- ✓ De rode draad in de gaten houden, meer vanaf de zijlijn.
- ✓ Regelmatig contact houden met patiënt en familie.
- ✓ Dingen bespreekbaar maken en evalueren van de zorg.
- ✓ Vooruit kijken, vooruit werken.
- ✓ Aanspreken van andere disciplines en collega's.
- ✓ Opkomen voor de patiënt.
- ✓ Tussenpersoon tussen arts en familie.
- ✓ Af en toe samenvatten.
- ✓ Taken bovenop haar eigen werk.
- ✓ Gewoon de verzorging.
- ✓ Hoeft niet altijd op die kamer te staan.
- ✓ Wel af en toe zodat je er wat meer zicht op hebt.

Verantwoordelijkheden

- ✓ Zelf verantwoordelijk voor eigen taken.
- ✓ Wenselijk dat iedereen zich meer verantwoordelijk gaat voelen.
- ✓ Je hoort het bij iedere patiënt te doen.
- ✓ Extra taak bovenop eigen werk.

Duidelijkheid voor zowel patiënt als verpleegkundige

Duidelijkheid creëren voor de patiënt

- ✓ Duidelijk maken wie de EVV'er is.
- ✓ Overzichtelijkheid.
- ✓ Informeren.
- ✓ Inzichtelijk maken wat de EVV'er doet.
- ✓ Beeld creëren bij wat EVV inhoudt en verschil met vpk van de dag.
- ✓ Patiënt geen andere/verkeerde verwachtingen kan krijgen.
- ✓ Folder ontwikkelen: fijn nog eens na te lezen
- ✓ Uitleg geven op moment dat EVV'er is benoemd.
- ✓ Uitleggen hoe, wat, waarom.

Duidelijkheid voor de verpleegkundigen

- ✓ 'Uit je blote bol bedenken'
- ✓ Komt niet eenduidig naar voren.
- ✓ Niet expliciet voren.
- ✓ Het staat niet op papier.
- ✓ Iedereen doet het op zijn eigen manier.
- ✓ Geen protocol of vaste richtlijn.
- ✓ Het heeft geen plaats. Het hangt in de lucht.
- ✓ Verpleegkundigen nemen het verschillend op.
- ✓ Er moet een richtlijn komen.
- ✓ Duidelijk over wat er verwacht wordt.
- ✓ Elkaar aanspreken.
- ✓ Er moeten vaste regels komen.
- ✓ Inzichtelijk maken wat diegene moet doen.

De implementatie en het gebruik van EZIS daarbij

- ✓ Moet iets zijn van allemaal.
- ✓ Aansluiten bij de mogelijkheden van EZIS.
- ✓ Communicatievel en het activiteitenplan.
- ✓ Apart blokje voor rapportage van EVV.
- ✓ Een pop-up van wie EVV'er is.
- ✓ Opzetje voor het schrijven van een EVV-rapportage: wat vragen wij.
- ✓ Op daglijstje noteren.
- ✓ Bord waarop inzichtelijk is wie EVV'er van welke patiënt is.

- ✓ Belangrijk goed te implementeren en blijven evalueren.
- ✓ Meer onder de aandacht brengen.

Klik tussen verpleegkundige en patiënt

- ✓ Moet klik zijn vanuit beide kanten.
- ✓ Wisselen indien nodig.
- ✓ Ene persoon past gewoon beter bij de andere.
- ✓ Geen klik zorgt ervoor dat patiënt zich moeilijk openstelt.

B. Patiënten perspectief

Benoemen en herdefiniëren van thema's.

Onderzoeksvraag:

'Wat zijn de ervaringen van chirurgische patiënten op afdeling 11 oost van het Catharina Ziekenhuis met betrekking tot de coördinatie van zorg en wat zijn hun wensen en behoeften hierin?'

Ervaringen

Continuïteit van zorg

- ✓ Opname is ervaren als een vloeiende lijn, alles liep soepel en gelijkmatig door.
- ✓ Ontslag goed geregeld, op tijd actie ondernomen en de betrokken disciplines zijn langs geweest.
- ✓ Bij het intakegesprek werd direct een aanspreekpunt aangesteld en alle belangrijke informatie genoteerd, zodat collega's er ook van op de hoogte waren.
- ✓ Onduidelijkheid ontstaan over de overname van IC naar afdeling.
- ✓ Soms kwamen verpleegkundigen onprofessioneel over, door niet overal van op de hoogte te zijn.
- ✓ Veel tijd tussen aankondiging van de verzorging tot aan wanneer dit daadwerkelijk gebeurd.
- ✓ Follow-up van het belletje kan met meer toewijding worden opgevolgd.

De dagelijkse werkwijze van de verpleegkundigen

Positief

- ✓ Verpleegkundige waren goed op de hoogte van wat er speelde, er werd goed ingelezen.
- ✓ Iedereen stelde zich altijd netjes voor aan de patiënt.
- ✓ Iedereen werkt op haar eigen manier en geeft eigen invulling aan een handeling, maar in grote lijnen loopt het wel hetzelfde.
- ✓ Er werd geluisterd naar wensen die patiënten hadden.
- ✓ Ontvangst op de afdeling werd als erg fijn ervaren.

Negatief

- ✓ De indruk is gewekt dat er soms te weinig personeel aanwezig was.
- ✓ Niet altijd mening kunnen / durven geven, omdat er een groot respect is voor wat de verpleegkundigen doen op de afdeling.
- ✓ Soms te lang wachten, na het drukken op de bel.

Communicatie

Mondeling:

- ✓ Onpersoonlijk, dat er vanachter een computerscherm gevraagd wordt hoe dat het gaat.
- ✓ Ervaring is dat er een goede overdracht is.
- ✓ Goed geïnformeerd en ingelicht over de gang van zaken.
- ✓ Duidelijkheid bij wie er vragen konden worden gesteld.
- ✓ Alles waar je naar vroeg werd goed uitgelegd.

Schriftelijk:

- ✓ Indruk gewekt dat soms bepaalde zaken niet goed genoteerd werden.
- ✓ De verpleegkundigen moeten wel goede notities maken.
- ✓ Wanneer ze iets niet direct wisten, gingen ze dit teruglezen.
- ✓ Er wordt veel getypt in de computer, patiënten vragen zich af in hoeverre er staat genoteerd hoe het daadwerkelijk gaat.

Vertrouwensband met verpleegkundigen

- ✓ Door kleine dingen die voor patiënten gedaan worden, ontstaat het vertrouwen dat er goed gezorgd wordt voor de patiënt.
- ✓ Door een langdurige opname, wordt er iets speciaals met verpleegkundige opgebouwd.
- ✓ Verpleegkundigen kunnen het gevoel wegnemen dat je een nummer bent.
- ✓ Door feedback geven wordt er ook een samenwerkingsrelatie opgebouwd met verpleegkundigen.
- ✓ Rekening houden dat er wel een 'klik' is tussen de verpleegkundige en de patiënt, wanneer er een aanspreekpunt wordt aangesteld.
- ✓ Allemaal even lieve verpleegkundigen, maar met sommige heb je toch sneller een klik, wat er voor zorgt dat daar meer gesprekken mee worden gevoerd.

Persoonlijke ervaringen met EVV'er (of wel aanspreekpunt).

- ✓ Verhaal niet steeds opnieuw te herhalen.
- ✓ Aandacht voor partners en echtgenoten.
- ✓ Na veel gebeurtenissen werd er uitleg gegeven over wat er is gebeurd.
- ✓ Het aanspreekpunt moet wel regelmatig langskomen
- ✓ Vervanger aanstellen, bij afwezigheid.
- ✓ Alle privé dingetjes kunnen worden gedeeld.
- ✓ Het positief benaderen van de situatie.

Wensen en behoeften

Geschikte zorgcategorie voor een aanspreekpunt

- ✓ Patiënten met een lange lig duur (> 1 week);
- ✓ Situatie waarin geen vooruitgang wordt gezien;
- ✓ Complexe casussen;
- ✓ (verwachte) Grote operaties;
- ✓ Ouderen patiënten;
- ✓ Patiënten met al minder positieve ervaringen in het ziekenhuis;
- ✓ Uitgebreide voorgeschiedenis

Betere coördinatie van zorg met een aanspreekpunt

Positieve meerwaarde tijdens de opname:

- ✓ Het zou mooi en prettig zijn, maar praktisch misschien niet haalbaar.
- ✓ Zodat een iemand het gehele overzicht heeft.
- ✓ Problemen die zich voordoen, meteen kunnen worden gedeeld en worden aangepakt.
- ✓ Personen waar een band mee wordt gevoeld.
- ✓ Meerdere aanspreekpunten mogelijk, zodat er (bijna) altijd iemand is.
- ✓ Interessant, doordat één persoon weet te vertellen hoe alles precies zit.
- ✓ Bij een persoon je ei kwijt kunnen.

Geen meerwaarde tijdens de opname:

- ✓ Hangt ook sterk van de patiënten zelf af en hun voorkeuren.
- ✓ Iedereen kun je vragen en krijgt van iedereen netjes een antwoord.
- ✓ Een verpleegkundige wordt al meerdere dagen achter elkaar op dezelfde kamer / patiënten gezet.
- ✓ Als je een vraag hebt is het belangrijk dat je een antwoord krijgt, niet van wie je die krijgt, als je maar antwoord krijgt op je vraag. Dat is voldoende.
- ✓ Verpleegkundigen moeten op één lijn zitten en dus met 'één tong' praten.
- ✓ Als er meer wisseling van verpleegkundigen is, wordt dit niet altijd als vervelend ervaren.
- ✓ Alles staat duidelijk in de computer beschreven en de overdracht is goed.

Gewenste taken van een aanspreekpunt

- ✓ Niet de bedoeling dat het aanspreekpunt continue om de patiënt heen hangt: 'Niet je hand vasthouden en over je bol te aaien.'
- ✓ Op de hoogte zijn van wat er speelt.
- ✓ Aanspreekpunt hoeft niet altijd op de kamer van die patiënt ingedeeld te worden.
- ✓ Bijhouden van het dossier;
- ✓ Stevig in haar schoenen staan, zich niet zo maar laten afschepen.
- ✓ Ongeveer één keer in de week, even paar minuten binnenlopen en vragen naar hoe het gaat.

Bijlage 5: Documenten analyse

De volledige uitwerkingen van de documentenanalyse staat in deze bijlage beschreven. Er zijn verschillende documenten geraadpleegd, zoals de resultaten van de CQ-index. De grafieken van deze resultaten zijn toegevoegd. Daarnaast zijn de resultaten van de spiegelbijeenkomst te lezen met citaten daar bij van patiënten. Als laatste is er een verslag geschreven naar aanleiding van het gesprek met de klachtenfunctionaris van Bureau Patiëntenbelangen.

A. Resultaten CQ index - Patiëntenervaringsonderzoek

Twee keer per jaar vraagt het Catharina Ziekenhuis een groot aantal patiënten hoe zij de zorg in het ziekenhuis ervaren hebben. Dit doen zij met een systeem: de Consumer Quality Index (CQI-ziekenhuizen). Hierdoor beschikken zij steeds over actuele informatie. Zij zien graag wat ze goed doen en belangrijker nog: wat beter kan.

De onderzoeker heeft de uitkomsten van de meting van het najaar 2012 verkregen via de opdrachtgever. De totale aantal respondenten is 39, aan hoeveel patiënten de vragenlijst is uitgedeeld is niet bekend. De belangrijkste conclusie hierin is al direct dat de afdeling Chirurgie/Gynaecologie als hoogste score van alle afdelingen in het ziekenhuis, met een gemiddelde van een 8,38, zie het figuur hieronder:

Beoordelingen	Resultaten	Gem.
▶ V35 Totaalcijfer ziekenhuis	0%  100%	8,36
▶ V36 Totaalcijfer afdeling	0%  100%	8,38
▶ V37a Hoe waarschijnlijk is het dat u dit ziekenhuis aanbeveelt aan familie of vrienden?	0%  100%	48,7%

Bij V36 is af te lezen dat 54% van de respondenten de afdeling een cijfer geeft tussen de 6 en 8 (grijs gedeelte) en dat 46% van de respondenten de afdeling een cijfer geeft tussen de 9 en 10 (groen gedeelte). Daarbij scoort de afdeling 0,02 punten hoger dan het gemiddelde van het hele ziekenhuis.

Score afdeling

In totaal zijn er over 13 verschillende onderwerpen vragen gesteld. Het zijn meerkeuze vragen, met als antwoord mogelijkheden: nooit, soms, meestal, altijd. Maar er waren ook vragen bij waar met 'ja' of 'nee' moet worden geantwoord of waar een cijfer gegeven moest worden. De resultaten van alle gevraagd onderwerpen:

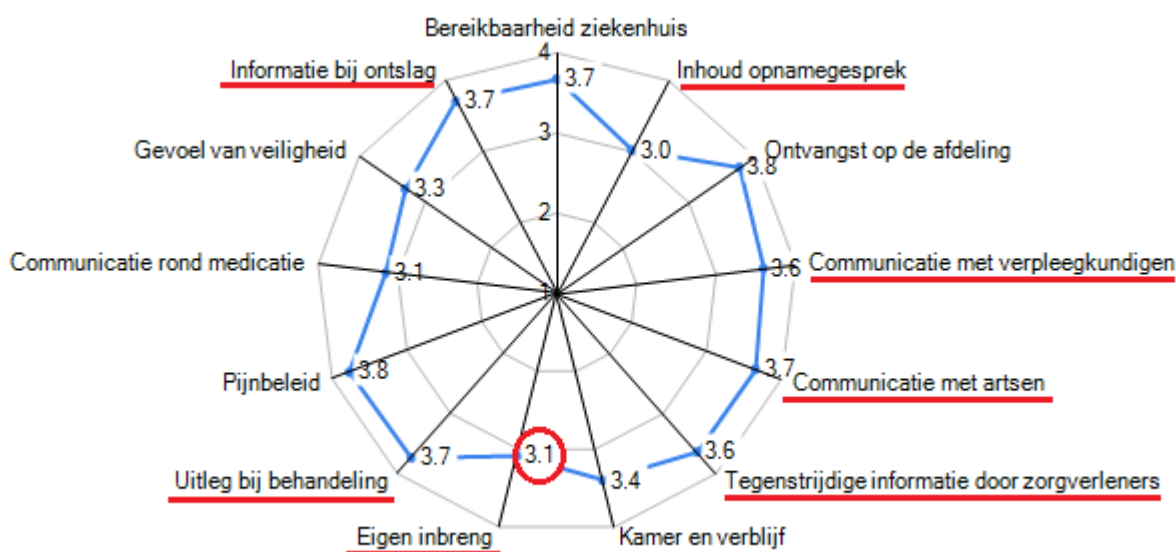
Kwaliteitsdimensies	Resultaten	Gem.	N
▶ Bereikbaarheid ziekenhuis	0%  100%	3,68	N = 39
▶ Inhoud opnamegesprek	0%  100%	3,02	N = 39
▶ Ontvangst op de afdeling	0%  100%	3,77	N = 39
▶ Communicatie met verpleegkundigen	0%  100%	3,60	N = 39
▶ Communicatie met artsen	0%  100%	3,65	N = 39
▶ Tegenstrijdige informatie door zorgverleners	0%  100%	3,64	N = 39
▶ Kamer en verblijf	0%  100%	3,40	N = 39
▶ Eigen inbreng	0%  100%	3,08	N = 37
▶ Uitleg bij behandeling	0%  100%	3,74	N = 39
▶ Pijnbeleid	0%  100%	3,77	N = 30
▶ Communicatie rond medicatie	0%  100%	3,15	N = 17
▶ Gevoel van veiligheid	0%  100%	3,30	N = 35
▶ Informatie bij ontslag	0%  100%	3,70	N = 39

De belangrijkste onderwerpen gezien het onderzoek hebben betrekking op de coördinatie. Dat zijn de onderwerpen over inhoud opnamegesprek, communicatie met verpleegkundigen en met de artsen, tegenstrijdige informatie door zorgverleners, eigen inbreng, uitleg bij behandeling en informatie bij ontslag. Bijna alle respondenten hebben hun mening over deze punten gegeven.

Het onderwerp 'eigen inbreng' scoort het minst hoog, 49% van de respondenten geven een cijfer tussen de 9 en 10. Bij 'inhoud opnamegesprek' geeft 33% van de respondenten een cijfer tussen de 0-5 (paarse kleur), de meerderheid geeft het een hoger cijfer, maar dit is wel het punt dat meeste paarse kleur heeft. Over het algemeen zijn alle respondenten dus erg tevreden over de geleverde zorg op de afdeling.

De tabel zoals deze hierboven staat weergegeven, is ook afgezet in een spinnengrafiek. De minimum score per onderwerp is '0', maximum score is '4'. Hieronder is overzichtelijk te zien hoe de scores op alle onderwerpen is. Daarbij is duidelijk te zien dat 'eigen inbreng' het minst scoort. Zie figuur hieronder:

Catharina Ziekenhuis - Spinnenwebgrafiek CQI Rapportage Opname



Doelen Ziekenhuis

Daarnaast is in het document van de CQ Index te lezen, hoe het Catharina Ziekenhuis haar doelen heeft gesteld ten aanzien van ieder onderwerp dat gevraagd, zie hieronder:

Kliniek (CQI Ziekenhuisopname)

Thema	Q1 2012 (spreiding)	Ondergrens (norm)	Doelstelling
Bereikbaarheid	3,52-3,74	3,64	3,85
Inhoud opnamegesprek	2,50-2,76	2,70	2,85
Ontvangst op de afdeling	3,67-3,82	3,76	3,89
Communicatie met verpleegkundigen	3,37-3,52	3,46	3,59
Communicatie met artsen	3,30-3,43	3,37	3,50
Tegenstrijdige informatie door zorgverleners	3,66-3,75	3,71	3,85
Kamer en verblijf	3,11-3,48	3,29	3,55
Eigen inbreng	2,84-3,27	3,08	3,35
Uitleg bij behandeling	3,42-3,57	3,52	3,65
Pijnbeleid	3,41-3,59	3,54	3,69
Communicatie rond medicatie	2,78-3,17	3,00	3,21
Gevoel van veiligheid	3,27-3,49	3,39	3,56
Informatie bij ontslag	3,07-3,26	3,16	3,35

De afdeling scoort ook op deze manier erg goed. De doelstellingen die het ziekenhuis heeft gemaakt bij deze CQ index worden in de meerderheid van de gevallen behaald. Het onderwerp 'tegenstrijdige informatie door zorgverleners' scoort beneden de doelstelling, de gemiddelde score is 3.6. Deze valt ook niet binnen de spreiding, dus wil het doel behaald worden, zal hier nog extra aandacht aan moeten worden besteed op de afdeling. Het andere onderwerp dat het doel niet bereikt heeft is 'eigen inbreng', gemiddelde score was 3.1, het doel is gesteld op 3,35. Maar in dit geval valt de score wel binnen de spreidingsgetallen die genoteerd staan. Ook hier dus een positief beeld van de afdeling gezien de ziekenhuisbrede doelen die gesteld zijn.

Open vragen

Daarnaast worden in de vragenlijst ook nog open vragen gesteld. Zo mag de respondent één tip noemen en een top geven. Enkele opvallende uitspraken waren:

De vraag voor de tips: *'Wat wilt u veranderen aan de zorg die u kreeg in dit ziekenhuis? U mag maar één ding noemen'.*

Patiënten gaven aan:

- Erg snel ontslag.
- Weinig informatie bij ontslag. Graag meer advies gewild.
- Meer privacy tijdens de opname.

Een compliment die de respondenten gaven:

- Aardige verpleegkundigen en artsen.
- Er wordt altijd netjes naar je geluisterd.
- Aardige, geduldige, meedenkende en respectvolle verpleegkundige.
- Er wordt persoonlijke aandacht gegeven.

Conclusie

De conclusie die de onderzoeker uit deze gegevens haalt is dat de afdeling erg goed scoort bij dit onderzoek. De 39 respondenten die hun mening hebben gegeven, zijn over het algemeen zeer positief en dat heeft er voor gezorgd dat de afdeling boven het gemiddelde van het ziekenhuis uitkomt. De respondenten geven veel scores tussen de 9-10. Bij de onderwerpen waar de balken meer paars gekleurd waren (score 0-5), waren er nog steeds ook een groot percentage dat een 9-10 gaf.

De onderwerpen waar de afdeling nog meer winst kan boeken die te maken hebben met de coördinatie van zorg zijn 'tegenstrijdige informatie door zorgverleners', de respondenten geven een hoge score, maar gezien het doel dat vooraf gesteld was, is dit niet behaald. Daarnaast kan er nog meer bereikt worden door patiënten meer eigen inbreng te laten geven of alert te zijn dat dit voldoende is. Dit is het onderdeel dat het laagst heeft gescoord. Waarom dat het hier precies laag heeft gescoord, is niet goed op te maken uit de resultaten. Bij de tip en top die de respondenten mochten invullen, is hier ook niet iets specifiek over terug te lezen. Wel werd eenmaal aangegeven dat het ontslag er snel in gang werd gezet, de patiënt had dit mogelijk nog niet verwacht en ging daarom voor hem of haar te snel en mogelijk werd niet genoeg met hem of haar overlegd, dus had de patiënt geen inbreng hierin.

B. Resultaten Spiegelbijeenkomst

In december 2011 is er een spiegelbijeenkomst gehouden voor (ex)patiënten en alle disciplines die te maken hebben gehad met de patiënten van afdeling 11 oost. De resultaten van deze bijeenkomst heeft de onderzoeker verkregen van de opdrachtgever. Deze resultaten geven een beeld hoe patiënten met een oncologische aandoening hun ziekenhuisopname op afdeling 11 oost hebben ervaren.

In een spiegelgesprek wordt er daadwerkelijk 'gespiegeld'. Tijdens een groepsinterview werd er door een tiental (ex)patiënten de spiegel voorgehouden aan alle artsen, verpleegkundigen, paramedici en leidinggevenden die rondom de patiëntencategorie hebben gewerkt. De door de patiënten ervaren dienstverlening en zorg in het ziekenhuis staat centraal. De medewerkers van de afdeling zijn aanwezig als toehoorder. Daarbij krijgen ze achteraf wel gelegenheid tot het stellen van verduidelijkende vragen, maar het is niet toegestaan om met de patiënten te discussiëren.

Het doel van deze spiegelbijeenkomst is het zichtbaar maken van verbeterpunten in de zorgverlening vanuit de patiënt bezien. Door de routine van alledag schuift het perspectief van de patiënt soms onbedoeld naar de achtergrond. Een spiegelgesprek vindt plaats onder leiding van een onafhankelijke en getrainde gespreksleider.

De patiënten zijn allemaal geopereerd en zijn opgenomen geweest op afdeling 11 oost. Bij de keuze van de patiënt is gekeken naar enkele criteria zoals mondelinge uitdrukkingsvaardigheid, geen lopende klacht tegen het ziekenhuis, reële beeldvorming over de zorgverlening en opname-indicatie. Er is voor de doelgroep een representatieve mix gemaakt in geslacht en leeftijd.

De resultaten van dit onderzoek zijn in zes verschillende categorieën gerangschikt. De categorieën zijn weer onderverdeeld in positieve en negatieve aspecten. Zie de tabel hieronder:

Telling van alle, in het spiegelgesprek genoemde positieve en negatieve aspecten, per categorie:							
Thema	Informatie	Attitude	Organisatie	Medisch/ Verpleegk. Zorg	Hotel- Voorziening	Privacy	Totaal
Positief	8	2	4	13	0	4	31
Negatief	4	3	12	12	3	4	38
Totaal	12	5	16	25	3	8	69

Voor het afstudeeronderzoek is vooral belangrijk om te weten hoe de patiënten de informatievoorziening hebben ervaren, de organisatie binnen het ziekenhuis en de verpleegkundige zorg. Naast negatieve zijn er ook veel positieve aspecten benoemd bijna 50% van het totaal. Verbetering is volgens de patiënt vooral mogelijk in de organisatie en het medisch/verpleegkundig handelen. Over het algemeen waren de patiënten erg tevreden en dankbaar. De patiënten waren mondig en durfden ook een kritische opmerking te maken.

Hieronder staan de positieve en negatieve ervaringen van de patiënten per categorie beschreven:

Informatievoorziening

Positief:

Patiënten hebben de persoonlijke informatiemap die zij bij begin van het behandeltraject hebben verkregen erg prettig. Bij twijfel konden zij (thuis) de informatie nog eens teruglezen. De persoonlijke informatiemap wordt nu alleen gegeven aan gynaecologische oncologie patiënten. In deze map verzamelen zij alle folders, afsprakenkaarten en belangrijke informatie rondom hun behandeltraject. Dit zorgt er voor dat de patiënt een overzicht heeft en alle informatie op een rij heeft.

Negatief:

Ondanks het herhaaldelijke aangeven van een het hebben van een ziektebeeld, werd dit niet opgenomen in het zorgdossier, waardoor de verpleegkundigen hier niet van op de hoogte waren.

Organisatie

Positief:

Vanaf begin, direct contact met oncologie verpleegkundige, alles prima ervaren. Goede organisatie.

Negatief:

Een patiënt gaf aan dat er een betere communicatie moet zijn, iemand die het overzicht heeft, dat is gemist.

Dit is tijdens de opname belangrijk is dat er een verpleegkundige weet wat er allemaal speelt bij een patiënt, zodat zij dit ook precies kan uitleggen aan de patiënt. Voor de patiënt is dit waarschijnlijk ook een geruststelling, dat ze weet dat iemand het overzicht heeft.

Het zou wenselijk zijn als de onderzoeken allemaal korter op elkaar plaats konden vinden, je hebt als patiënt angst dat de kanker verder groeit. De procedure moet compacter, zoals bij borstkanker. Het zou de kwaliteit van het ziekenhuis ten goede komen.

Wanneer patiënten opgenomen liggen in het ziekenhuis, is het inderdaad prettiger voor hen als onderzoeken dicht achter worden gepland, zodat er sneller een behandelplan kan worden gestart. Iemand die het overzicht heeft, kan hier dan ook in bemiddelen.

Verpleegkundige zorg

De verpleegkundige zorg is vooral positief ervaren, hier komt veel terug dat patiënten het fijn vinden dat ze een vast aanspreekpunt hebben. Dit geeft aan dat het ook echt een meerwaarde is voor de patiënten.

Positief:

- Ik ben geweldig begeleid, er was echt persoonlijke aandacht, mensen waren heel betrokken. Voor de OK en ook na ontslag. Ik kon altijd een beroep doen op de oncologie verpleegkundige. Ik heb het gevoel gekregen dat ik geen patiënt was maar een mens met veel emoties.
- Al had de verpleegkundige geen tijd, ze belde altijd terug. Dat schiep vertrouwen.
- Een vast aanspreekpunt is een must. Je verlaat vaak in de war dit ziekenhuis. De vragen komen thuis pas. Het is dan heel prettig als je ergens over twijfelt dat je dan een vast punt hebt waar je alles aan kunt vragen, dit werkt voortreffelijk.
- De begeleiding, de oncoloog, de oncologie verpleegkundige, verpleegkundigen op de afdeling, alles was prima. Buiten alle ellende om ging alles prima, dat hielp mij ontzettend. Ik heb alleen maar lof, ze waren er altijd als ik iets vroeg of nodig had.
- Ik heb goede ervaring met de begeleiding en ook de nazorg. De verpleegkundigen gaven haar letterlijk en figuurlijk een warm dekentje, chapeau! Ze geven je hoop en dat maakt dat je als patiënt houvast krijgt en er doorheen komt.

Deze spiegelbijeenkomst is met patiënten gehouden die een gynaecologische aandoening hadden, zij hadden wel een operatie ondergaan en zijn verpleegd op afdeling 11 oost. De patiëntencategorie sluit niet direct aan bij die van het afstudeeronderzoek, maar daarnaast zijn de uitkomsten toch zeker wel bruikbaar. Vooral omdat er gesproken is over een vast aanspreekpunt en hoe de patiënten hier tegenover staan. Naar voren kwam dan ook dat patiënten dit erg waarderen en de meerwaarde hier wel van inzien.

Patiënten gaven namelijk aan dat ze iemand mistte die het totale overzicht had, als patiënt zijnde kan dit nog wel eens moeilijk zijn, wanneer je erg ziek bent.

Deze punten zal de onderzoeker dan ook zeker meenemen in het verdere onderzoek.

C. Gesprek klachtenfunctionaris

Gesprek klachtenfunctionaris Bureau Patiëntenbelangen

11 april 2013

Op 11 april 2013 heeft er een gesprek plaatsgevonden met mevrouw M. van den Bosch, klachtenfunctionaris van Bureau Patiëntenbelangen van het Catharina Ziekenhuis. De achtergrond van deze klachtenfunctionaris is dat ze jaren gewerkt heeft als verpleegkundige, hier in het ziekenhuis. Daarna heeft ze zich gericht op voorlichting geven aan patiënten en ze is uiteindelijk als klachtenfunctionaris gaan werken. Ze is docent verpleegkunde, (NMI) Mediator en heeft de opleiding bachelor Recht (cum laude) volbracht. Daardoor kan ze de klachten van patiënten vanuit drie invalshoeken kan bekijken, zowel vanuit de rechten en plichten van de patiënt en zorgverlener, de communicatie en vanuit haar verpleegkundig / organisatorisch perspectief.

De vraag is voorgelegd in hoeverre zij mij meer informatie kan geven over het onderwerp van het onderzoek coördinatie van zorg. Is het zo dat er geregeld klachten, problemen of opmerkingen binnenkomen die betrekking hebben op dit onderwerp en dan in het speciaal van afdeling 11 oost, de chirurgische patiënten.

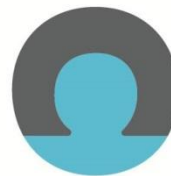
Ze heeft ons kunnen vertellen dat op afdeling 10 west, algemene chirurgie, veel aan het onderwerp coördinatie van zorg wordt gedaan. De teamleider van deze afdeling steekt hier veel tijd in en zorgt dat de kwaliteit verbeterd wordt. Zo is het dat er vanaf heden regelmatig een arts op de afdeling is, die gesprekken voert met patiënten en familieleden. Er is gestart met werken met seniorverpleegkundige, als vast aanspreekpunt voor patiënten. Er vindt ook een nauwe samenwerking plaats tussen de specialisten en de verpleegkundigen.

Mevrouw geeft verder aan dat zij zeker de relevantie van dit onderwerp inziet. Ze geeft aan dat veel onderwerpen van klachten die binnenkomen uiteindelijk te maken hebben met de coördinatie en daarmee de regievoering, ongeveer 9 van de 10 klachten. Patiënten hebben behoefte aan één aanspreekpunt. Zij geeft aan dat de klachten zeker gereduceerd kunnen worden wanneer dit onderwerp beter wordt aangepakt op de verpleegafdelingen.

Onder coördinatie van zorg vallen namelijk veel deelonderwerpen, als continuïteit van zorg, informatievoorziening en communicatie tussen meerdere disciplines/specialismen. Zij ziet meerwaarde in een vast aanspreekpunt, zodat er niet in vakjes wordt gewerkt, maar het geheel wordt overzien tijdens de opname van een patiënt. Dit is vooral belangrijk, wanneer patiënten te maken krijgen met meerdere specialisten, door meerdere ziektebeelden of complicaties. Daarnaast is niet alleen de patiënt belangrijk om goed voor te lichten, ook de familie moet bij dit proces betrokken worden.

Ziekenhuisbreed is het in betere banen leiden van de coördinatie van zorg en dus de regievoering een 'hot item'. Een van de speerpunten van het ziekenhuis is ook 'gestroomlijnd werken'. 4 april jl. is het er een nieuw protocol ontwikkelt over het regiehouderschap. Dit is gericht op de medisch specialisten. Er is daarvoor ook een nieuwe functie ontwikkeld in EZIS, zodat voor iedereen inzichtelijk is wie de regiehouder is voor de klinische patiënt. Dit is ontwikkeld op aandringen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Door het ontwikkelen van dit eenduidige beleid is het voor de patiënt en betrokkenen duidelijk wie eindverantwoordelijk is voor het gevoerde beleid. Daar was namelijk nogal eens verwarring over.

Dit is gericht op de artsen en niet zo zeer op de verpleegkundigen. Maar dit toont wel aan dat het een belangrijk onderwerp is, waar aandacht aan wordt besteed. Verpleegkundigen kunnen ook het verschil maken en zorgen dat klachten gereduceerd worden. Verpleegkundigen zijn toch de spil tussen de patiënt en artsen in. Zo geeft mevrouw aan dat er in EZIS zeker iets ontwikkeld zou kunnen worden, zodat er meer overzicht is over de opname. Er zou bijvoorbeeld een blad kunnen komen waarin samenvattingen geschreven kunnen worden (per week). Vooral bij langdurige opnames. Dit moet wel snel en gemakkelijk toegankelijk zijn voor iedereen. Dit zou een meerwaarde zijn, omdat er niet altijd tijd is om het hele dossier door te lezen. Uiteindelijk is het wel belangrijk dat dit ook gedaan wordt, ook al zal hier extra tijd in gaan zitten. Verpleegkundigen zullen de meerwaarde hiervan in moeten gaan zien, zodat het uiteindelijk een positieve uitwerking geeft op de kwaliteit van zorg. Het is belangrijk dat je elkaar scherp houdt en elkaar durft aan te spreken op verantwoordelijkheden, daarvoor moet natuurlijk wel duidelijk zijn wat de verantwoordelijkheden zijn van een verpleegkundige op het gebied van regievoering.



Bijlage 6: Informed consent

Toestemmingsverklaring

Fontys Hogeschool Verpleegkunde
Ds. Th. Fliednerstraat 2
5631 BN Eindhoven

Eindhoven, april 2013

Betreft: Toestemmingsverklaring

Beste deelnemer van het afstudeeronderzoek,

U bent gevraagd om deel te nemen aan een onderzoek over de coördinatie van zorg op afdeling 11 oost Chirurgie / Gynaecologie van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Romy Verberne en Dieuwertje Trommels in het kader van het afstudeeronderzoek van de opleiding Verpleegkunde aan de Fontys Hogeschool te Eindhoven.

Het doel van dit onderzoek is om de ervaringen van patiënten in kaart te brengen, op het gebied van de coördinatie van zorg. Dit houdt in de regievoering, communicatie en betrokkenheid van de verpleegkundige richting de patiënt en diens familie.

Door middel van individuele interviews zal de onderzoeker u vragen stellen om uw ervaringen, wensen en behoeften te weten te komen. Uw uitspraken zullen worden vastgelegd door middel van geluidsopnamen, zodat de onderzoekers na het interview de gegevens kunnen uitwerken. Deze opnamen zijn alleen bestemd voor het onderzoek en zullen aan niemand, buiten de onderzoekers, gegeven worden.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden. De resultaten van het onderzoek zullen naast de resultaten van de interviews van de verpleegkundigen gelegd worden, waardoor hopelijk een product ontwikkelt kan gaan worden waardoor de coördinatie van zorg meer gestructureerd wordt en daarmee de kwaliteit van zorg zal verbeteren. Er zal zorg voor gedragen worden dat de privacy van u voorop staat, alle gegevens zullen dan ook anoniem worden verwerkt, nergens zal uw naam gebruikt worden.

U kunt op ieder moment uit het onderzoek stappen en deze toestemming alsnog intrekken, daarvoor hoeft u geen verantwoording af te leggen bij de onderzoekers.

Als u vragen heeft tijdens of na het onderzoek kunt u contact opnemen met de teamleider van afdeling 11 oost, Laura Jue of met Romy Verberne, romy.verberne@student.fontys.nl.

Ik heb dit formulier gelezen en stem hiermee in,

Datum:

Handtekening deelnemer:

Bedankt voor uw deelname aan het onderzoek.

Met vriendelijke groet,
Romy Verberne & Dieuwertje Trommels



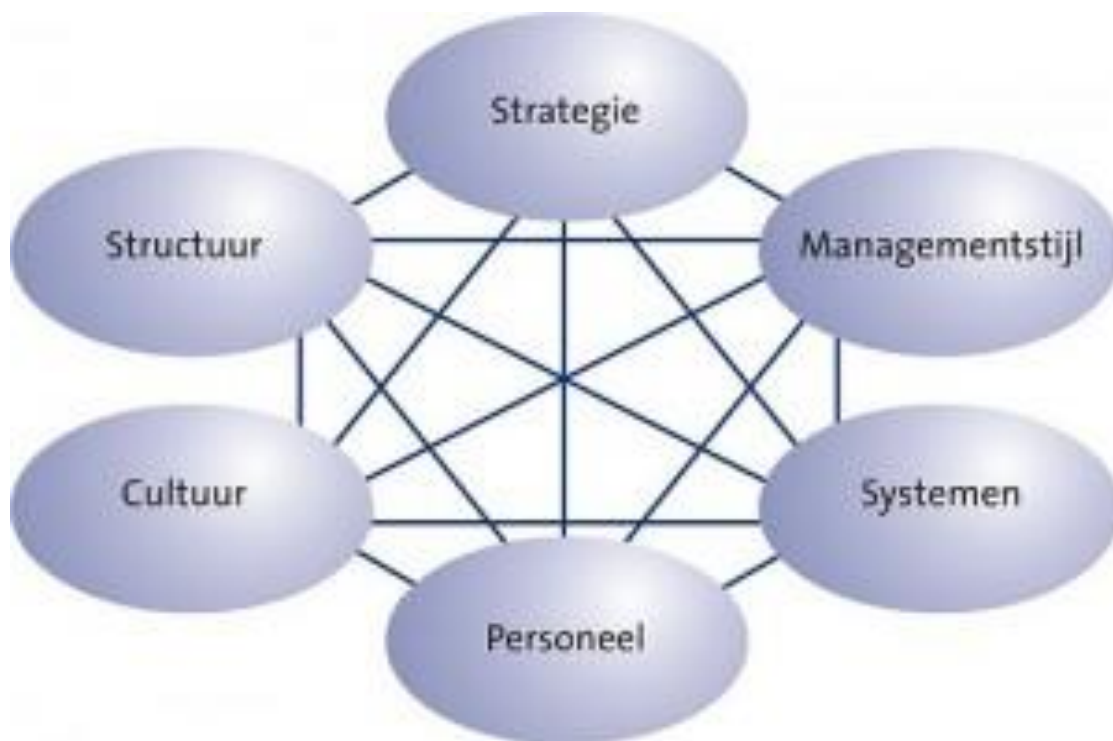
Bijlage 7: Context analyse

In deze bijlage wordt de context beschreven waarin het uiteindelijke product geïmplementeerd gaat worden. Hier zal duidelijk worden hoe de afdeling 11 oost: chirurgie/gynaecologie precies in elkaar steekt en wie daar werkzaam zijn. Aan eind van deze analyse zal duidelijk worden waar de kansen en bedreigingen liggen om veranderingen op het gebied van coördinatie van zorg te implementeren.

De context zal in kaart worden gebracht door middel van het ESH-model (Koeleman, 2003). Dit houdt in dat via 6 onderdelen de gehele context beschreven zal worden, te weten:

- Strategie
- Managementstijl
- Structuur
- Cultuur
- Personeel
- Systemen

Deze zes onderdelen zijn allemaal met elkaar verbonden, dit zorgt ervoor dat het nieuwe product bij alle onderdelen moet aansluiten voor een zo goed mogelijke geslaagde implementatie. In het figuur hieronder is het ESH-model in zijn geheel te zien:



Deze analyse is tot stand gekomen door het raadplegen van het afdelingsprofiel (dat aan nieuwe medewerkers van de afdeling wordt uitgereikt) (november 2012) en een gesprek met de teamleider.

Strategie

Ziekenhuisbreed

Het nieuwe meerjarenbeleidsplan (2012) geeft richting aan de koers die het Catharina Ziekenhuis de komende drie jaar volgt. Daarbij zijn een nieuwe missie, visie en kernwaarden ontwikkeld.

Doel

' Patiënten, medewerkers en partners waarderen het Catharina ziekenhuis in 2015 als het beste ziekenhuis van Zuid-Nederland'

Missie

"Samen dienstbaar en vernieuwend in de beste specialistische zorg en opleiding."

Visie

'In samenwerking met elkaar en onze omgeving willen wij onze patiënten aantoonbaar de beste specialistische zorg bieden. Op een aantal terreinen leveren wij hooggespecialiseerde zorg. Om dat te kunnen blijven realiseren werken wij aan innovatie. Wij investeren in de ontwikkeling en opleiding van onze medewerkers, omdat het altijd nog beter kan. Onze patiënten bieden wij deze zorg in een gastvrije en moderne omgeving. Wij stimuleren onze medewerkers hoogwaardige en klantgerichte zorg te verlenen door het bieden van een professioneel en prettig werkklimaat.'

Kernwaarden

Datgene waar we als ziekenhuis in geloven en voor staan. Onze normen en waarden. Sommige nieuw, andere al jarenlang sterk verankerd in de organisatie:

- Gastvrij en aanspreekbaar;
- Betrouwbaar en gedreven;
- Deskundig en grensverleggend (meerjarenbeleidsplan Catharina ziekenhuis, 2012).

Dit doel en deze missie, visie en kernwaarden zijn ziekenhuisbreed. Afdeling chirurgie/gynaecologie streeft er naar om aan deze peilers te voldoen. Daarnaast hebben zij een eigen visie ontwikkeld gericht op de patiëntencategorie.

Afdeling 11 oost

Doel

Het behandelen, verplegen en verzorgen van patiënten met chirurgische en / of gynaecologische aandoeningen die voor operatie, onderzoek of voor een andere behandeling worden opgenomen.

Visie

Wij volgen de visie van het ziekenhuis met het meerjaren beleidsplan. Onze afdelingsvisie heeft 3 duidelijke kenmerken:

1. holistisch zorgvisie;
2. verantwoordelijkheidsrelatie;
3. participatie.

Holistische zorgvisie

De verpleegkundige verleent vanuit een holistische mensvisie verpleegkundige zorg. Hierbij houdt zij rekening met de lichamelijke, geestelijke en culturele aspecten en de veranderende situatie waarin de patiënt zich bevindt. De verpleegkundige verleent zorg volgens bovenstaande visie binnen haar verantwoordelijkheidsgebied.

Verantwoordelijkheidsrelatie:

De zorgverlener draagt vanuit het professioneel handelen de verantwoordelijkheid voor de zorgvrager. Die verantwoordelijkheid uit zich in:

- respect voor de autonomie en uniciteit van de ander;
- de ander bij te staan om te leren omgaan met ziekte en gezondheid;
- persoonlijk gerichte zorg, voortvloeiende uit de morele situatie waarin de patiënt zich bevindt.

De zorgvrager heeft recht op deskundigheid, zorgvuldigheid, discretie en privacy. De zorgverlener dient zich in de zorgrelatie te distantiëren van iedere vorm van vooroordeel.

Participatief model:

Samen met de zorgvrager dient men te kunnen bepalen wat zinvol is en wat niet en op welk tijdstip. Voorwaarde is dat de zorgverlener deze verantwoordelijkheid ook krijgt en kan dragen. De zorgverlener dient de eigen grenzen binnen het verpleegkundige domein te bewaken. Het handelen is afgestemd op de totale mens. De subjectieve behoeften en belevingen van de zorgvrager in de individuele unieke situatie staan centraal.

Deze visie is terug te zien in het handelen van alle medewerkers op de afdeling. Daarnaast heeft de afdeling doelstellingen ontwikkeld gericht op de patiëntenzorg maar ook met betrekking tot de personele zorg.

Doelstellingen met betrekking tot de patiëntenzorg

- De verleende zorg dient doeltreffend en deskundig te zijn bij behandeling en begeleiding tijdens ziekte en/of herstelproces eventueel in samenspraak met andere disciplines.
- De zorg is patiëntgericht en patiëntvriendelijk. Er wordt op een methodische wijze zorg verleend, via het elektronische patiëntendossier (EPD).
- De begeleiding is gericht op zowel de lichamelijke als de psychosociale aspecten van de patiënt; oog hebben voor de behoeften en mogelijkheden van het sociale netwerk en de relatie van dit netwerk met de zorgvrager.
- De zorg wordt door de diverse medewerkers conform het rapport “Gekwalificeerd voor de Toekomst” en het desbetreffende “Functie taakprofiel” verleend. Op de afdeling werken niveau 4 en niveau 5 verpleegkundigen, seniorverpleegkundigen en er werkt 1 niveau 3 verzorgende IG.

Doelstelling met betrekking tot personele zorg

In de samenwerking tussen verschillende medewerkers worden een aantal facetten als zeer waardevol en belangrijk geacht:

- De medewerkers hebben kwaliteit, zijn deskundig en creatief in het bieden van zorg;
- De medewerkers identificeren zich positief en zijn gemotiveerd in het bieden van zorg;
- Een open communicatie, het kritisch kijken naar elkaar en het geven van feedback;
- De medewerkers mogen invloed uitoefenen in het te voeren beleid van de afdeling;
- Een klimaat gewaarborgd wordt, waarin iedere medewerker zo optimaal mogelijk functioneert.
- Goede werksfeer en betrokkenheid naar elkaar.
- De medewerkers leveren een positieve bijdrage aan het leerklimaat voor de studenten; bieden een begeleiding waarin zelfstandig werken geleerd kan worden.
- De medewerkers zijn flexibel ten aanzien van roosteren en het werken in wisselende diensten.

Structuur

Op de afdeling zijn er veel medewerkers te vinden, die allemaal hun eigen rol en de daarbij behorende taken vervullen. Onder deze medewerkers is een structuur te vinden, in wat de medewerkers doen. Op de afdeling is deze structuur duidelijk zichtbaar, maar dit betekent niet dat er onderling geen goede band met elkaar is.

Afdelingsmanager / afdelingshoofd

De afdeling 11 oost en ook 11 west hebben een operationeel manager in de persoon van dhr. H. Bijsterveld. Hij legt verantwoording af aan de zorggroep manager. Hij wordt bijgestaan door teamleiders. Hij draagt de verantwoordelijkheid voor alle operationele zaken op afdelingsniveau en voor alle randvoorwaarden om de processen goed te laten verlopen. Hij ontvangt nieuwe zaken die geïmplementeerd moeten worden op de afdeling en geeft deze opdrachten door aan de teamleiders. Daarnaast houdt hij zich bezig met de financiën en daarmee het budget van de afdeling.

Teamleider

Voor afdeling 11 oost is mw. L. Jue de teamleider, sinds september 2012. Haar functie is vooral, zoals de naam het zegt: het team leiden. Daarnaast houdt zij zich ook bezig met de opdrachten die ziekenhuisbreed binnenkomen, uit te voeren op de afdeling door het over te brengen naar het team. Zij is meer op gelijke hoogte met het team en steekt niet boven het team uit. Naast de management taken, werkt zij ook één dag per week mee in de zorg.

Praktijkopleider

De praktijkopleider is de contactpersoon tussen de opleiding van de student en de afdeling. Voor 11 oost wordt de praktijkopleider voor een groot aantal taken ondersteunt door de teamleider. De teamleider bewaakt samen met de werkbegeleider onder andere de inhoud en het leerproces van studenten. Tevens biedt de praktijkopleider samen met de teamleider ondersteuning door middel van coaching en scholing aan werkbegeleiders in de directe begeleiding van studenten. De praktijkopleider voert regelmatig gesprekken met de studenten en hun werkbegeleiders om het leerproces nauw te volgen. De praktijkopleider is bekend met methoden die studenten gebruiken op school en zorgt er voor dat de studenten dit ook gebruiken en dit laten zien in hun handelen.

Senior verpleegkundige (dag oudste)

In het gehele team zijn zes seniorverpleegkundigen. Zij werken, net als de andere verpleegkundigen, op de afdeling in de zorg. Daarnaast hebben zij ook meer overstijgende taken, zoals werkgroepen aansturen, projecten opstarten en zij hebben iedere zes weken een overleg met alle seniorverpleegkundige en teamleider waar voorstellen en ideeën op afdelingsniveau worden besproken. Daarbij worden ook telkens casusbesprekingen gehouden, om te leren van situaties die zij hebben meegemaakt.

De dagelijkse coördinatie van zorg is in handen van een dag / dienstoudste, dit is meestal een seniorverpleegkundige. Zij is verantwoordelijk voor het coördineren van opnames op de gehele afdeling en het coachen van collega's.

Verpleegkundigen

Op de afdeling werken ongeveer 30 verpleegkundigen met opleidingsniveau MBO of HBO. De leeftijden en werkervaringen variëren sterk van jongvolwassene tot bijna gepensioneerd. De verpleegkundige op de afdeling hebben bijna allemaal een aandachtsgebied waar zij vertegenwoordiger voor zijn (aandachtsvelder), bijvoorbeeld voor stomazorg, delier, diabetes, protocollen en het EPD. Sommige onderwerpen behoren bij een grotere werkgroep. De werkgroep stelt jaarlijks doelen op, waar de afdeling mee aan de slag kan gaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Verpleegkundige als werkbegeleider

De werkbegeleider is verantwoordelijk voor de directe begeleiding en beoordeling van de student. Zij werkt veel samen met de student om zich een beeld te vormen van het leren van de student en deze te coachen in haar leerproces. Zij houdt hierbij rekening met de zelfsturing van het leerproces door de HBO-V student en helpt met sturen voor de beginnende HBO-V en voor de MBO-V student. Zij stelt open vragen om de student te stimuleren tot nadenken. De werkbegeleider is op de hoogte van het leerplan van de student en is op de hoogte van de eindtermen die behaald moeten worden per stage. Er worden 2 werkbegeleiders gekoppeld aan een student. Deze vaste werkbegeleiders zijn verantwoordelijk voor de begeleiding gedurende de gehele stageperiode.

Cultuur

De teamleider geeft aan dat er op afdeling 11 oost een intern gerichte cultuur heerst: mensen zijn sterk op elkaar gericht, het is een sociaal gebeuren. Als nieuwe medewerker moet je aansluiting zoeken bij de groep. Tevens geeft zij aan dat mensen gauw zeggen: "dat het maar vooral zo blijft zoals het is". Mensen staan wel open voor nieuwe dingen, maar de uitvoering blijft vaak lastig en dingen zakken gauw naar de achtergrond, waardoor het 'blijven doen' niet altijd lukt.

Iedereen in het team is gelijk en veel op elkaar gericht. Toch zijn er in het team wel sterke leiders terug te vinden. Dit zijn vaak verpleegkundigen die al voor een langere tijd werkzaam zijn op de afdeling. Opvallend aan de groep is dat er weinig tot geen negatieve feedback aan elkaar wordt gegeven. Mensen spreken elkaar niet aan bij problemen, maar zijn vooral geïnteresseerd naar elkaar en hebben een groot sociaal belang.

Een ander kenmerk van de cultuur die er heerst op de afdeling is dat het nu vaak zo is als je aan iemand vraagt om iets te doen, dat zij antwoorden met: 'ja, maar...'. Er is besproken dat ze met het gehele team meer moeten naar "ja, en, wat dan nu?". Ja, maar betekent eigenlijk nee. Ja, en betekent dat je vooruit kijkt en ideeën hebt.

Deze informatie die verkregen is van de teamleider betekent voor de onderzoekers dat de implementatie van het product hoogstwaarschijnlijk moeilijk zal verlopen. Nu wordt ook zeker gemerkt dat de verpleegkundigen open staan voor nieuwe ideeën, maar de input van hen wordt minder als het over de implementatie gaat. Hoe het zou moeten zijn, hebben zij wel voor ogen, maar zij kunnen niet benoemen hoe het ook daadwerkelijk uitgevoerd moet gaan worden, zodat het ook blijvend wordt gedaan.

Managementstijl

De teamleider geeft aan dat er geen vaste managementstijl is op de afdeling. Dit is afhankelijk van de persoon. Ze geeft aan vooral zichzelf te blijven met het managen van de afdeling. Daarnaast streeft zij er naar om aan te sluiten bij de visie en missie van de afdeling en daarmee ook van het ziekenhuis. Zij wil inspirerend en vooruitstrevend zijn, ook omdat het een opleidingsziekenhuis is.

De teamleider heeft gekeken naar soorten management stijlen en beschrijft haar managementstijl dan als 'krachtige aanvoerder'. De kracht van deze stijl is snelheid, vastberadenheid, besluitvaardigheid en communiceert op een directe manier. Valkuilen kunnen zijn: argwanend, kan impulsief reageren en is daardoor onvoorspelbaar. Zij geeft aan dat ze probeert mensen meer zelfsturend te laten zijn. Dit betekent dat zij mensen probeert zelf dingen uit te laten zoeken, tot ontdekkingen te komen, zonder al te veel voor te kauwen.

Zij moeten zelf hun problemen aanpakken.

Een andere stijl waar ze zich wel ik kan vinden is 'de ondernemer'. De kracht hiervan is hoge resultaatgerichtheid en gedreven zijn. Dit laatste benadrukt precies dat ze de visie van het ziekenhuis opvolgt, een van de speerpunten van het ziekenhuis is namelijk gedreven zijn.

Personeel

In de directe patiëntenzorg op afdeling 11 oost werken (senior)verpleegkundigen niveau 4 en 5, één verzorgende. Er zijn enkele verpleegkundigen die de specialisatie Obstetrie & Gynaecologie gevolgd hebben en op de afdeling werkzaam zijn. Daarnaast zijn er verpleegkundige die op de afdeling werkzaam zijn vanuit een 'flexpool' hier in het ziekenhuis, dit houdt in dat ze enkele maanden op de afdeling zijn en dan weer vetrekken naar een andere afdeling.

Verder zijn er studenten op de afdeling vanuit verschillende opleidingen zoals; BOL 4 (Beroeps Opleidende Leerweg) en HBO-V (Hogere beroepsopleiding voor Verpleegkundigen), deze studenten zijn altijd boventallig in gepland.

Overige disciplines betrokken bij de zorg zijn: afdelingssecretaresses, voedingsassistenten, diëtisten, fysiotherapeuten, transferverpleegkundigen, geestelijke verzorgers, maatschappelijk werkers, medewerkers algemene dienst en medewerkers van de huishoudelijke dienst.

Systemen

In het afdelingsprofiel van de afdeling staan twee systemen genoemd, waar de afdeling dagelijks mee te maken heeft.

Model van verplegen

Op de afdeling wordt het systeem van kamertoewijzing gehanteerd. Elke dag wordt er voor de volgende gekeken welke verpleegkundige op welke kamers staat en dit wordt genoteerd op het daglijstje. Bij de planning wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de continuïteit en de complexiteit van de patiëntenzorg. Ook met de kennis en vaardigheden van de (leerling) verpleegkundigen.

Er wordt ook gewerkt volgens het systeem van EVV (Eerste, Verantwoordelijke, Verpleegkundige) waarbij gedurende de opname er voor de patiënt en familie één aanspreekpunt is. Zeker bij complexe patiënten. De continuïteit wordt zoveel mogelijk gewaarborgd door de zorgverlener te koppelen aan dezelfde zorgvragers en het EVV schap.

Voor het EVV schap is een protocol ontwikkeld met een theoretische verantwoording erbij.

De zorgverlener is gedurende haar dienst verantwoordelijk voor de werkzaamheden ten behoeve van de directe en indirecte zorg van de toegewezen zorgvragers. De zorgverlener voert activiteiten uit ten behoeve van het individuele zorgproces, samenwerking met andere disciplines staat ten dienste van dit zorgproces.

In deze recente afdelingsprofiel staat beschreven dat er een theoretische verantwoording beschikbaar is voor het EVV schap. Dit is waarschijnlijk de verantwoording die op afdeling 11 oost en 11 west in 2005 is opgesteld op papier. Deze is op de afdeling niet te vinden en bij na vraag weten de verpleegkundige niet dat deze verantwoording bestaat. Via de praktijkopleider hebben de onderzoekers de verantwoording rondom het EVV schap verkregen. Deze is niet up-to-date en deze manier van verplegen wordt niet meer eenduidig gebruikt door de verpleegkundigen.

EPD

EPD staat voor Elektronisch Patiënten Dossier. Het EPD vervangt het verpleegkundige dossier op papier en het vervangt de medische status. Iedereen die de zorg draagt voor de patiënten beschrijft de bevinden in dit digitale dossier. Om met het EBP te kunnen werken, moet er een cursus gevolgd worden om de fijne kneepjes in de vingers te krijgen.

Het EPD omvat globaal de volgende deelaspecten:

- De anamnese volgens de 11 gezondheidspatronen van mw. Gordon;
- Gestandaardiseerd verpleegplan met per opname indicatie gestelde specifieke aandachtspunten / doelen; waar de rapportages per dienst bij geschreven kunnen worden;
- Activiteitenplan waarin dagelijks de aandachtspunten en uit te voeren taken staan beschreven;
- Registratie van laboratoriumuitslagen, medicatie, verslaglegging van gesprekken, wondplan, consulten van andere specialismen en nog veel meer.

Samenvatting contextanalyse

Om het product, dat ontwikkelt gaat worden door de onderzoekers, zo goed mogelijk te kunnen implementeren op de afdeling is door middel van het ESH-model (Koeleman, 2007) een context analyse gemaakt. Daarin worden op zes aspecten informatie verzameld over de afdeling. Op basis van die gegevens staan hieronder de kansen en bedreigingen beschreven om veranderingen op het gebied van coördinatie van zorg te implementeren. De volledige analyse is te lezen in bijlage 7.

Kort samengevat zijn de volgende zaken leidend bij het invoeren van het veranderplan;

Kansen

- Open en geïnteresseerd in het onderzoek.
- Op dit moment zijn er bij patiënten EVV'ers aangesteld.
- Het EPD biedt mogelijkheden bij de implementatie (bekendmaking van EVV'er).

Bedreigingen

- Beladen onderwerp, doordat het in het verleden al paar keer is gefaald.
- Tijdsgebrek bij uitvoering.
- Intern gerichte cultuur.
- Ziekenhuisbreed is er geen richtlijn.

Kansen

Uit het gesprek met de teamleider, maar ook uit ervaringen die zijn opgedaan tijdens de analysefase, staat de afdeling open voor het onderzoek. Zij dragen allemaal hun steentje bij en zijn geïnteresseerd in hoe de voortgang verloopt. Daarin merken de onderzoekers wel, dat de een daar meer mee bezig is dan een ander.

Op dit moment zijn er patiënten die heropgenomen liggen, een complexe operatie achter de rug hebben of complicaties hebben gekregen na een operatie. Bij deze patiënten is een EVV'er aangesteld door de afdeling. Dat geeft aan dat het onderwerp op de afdeling leeft en dat sommige verpleegkundigen zich bezig houden met het bedenken voor welke patiënten het zinvol is om een aanspreekpunt aan te stellen. De noodzaak wordt er dus wel van ingezien bij een aantal patiëntencategorieën.

Tegenwoordig wordt alles digitaal vastgelegd in het Elektronisch Patiënten Dossier. Het is zeer belangrijk dat het uiteindelijke product bij deze bestaande processen wordt aangesloten. Daarmee zal de kans groter worden dat de implementatie slaagt. Het EPD heeft veel functies en er kunnen nieuwe functies toegevoegd worden om bijvoorbeeld duidelijk te krijgen voor iedereen, wie het aanspreekpunt is van die patiënt. Hiervoor kan een functieknop ontwikkeld worden in het activiteitenplan of dit kan standaard in een zorgplan worden opgenomen. Op die manier sluit je aan bij processen en worden verpleegkundigen er aan herinnerd dat die patiënt een aanspreekpunt nodig heeft.

Bedreigingen

De grootste bedreiging om op het gebied van coördinatie van zorg iets nieuws te implementeren is dat het niet de eerste keer is dat het wordt geprobeerd. De afdeling heeft al een heel verleden met het EVV-schap. In het afdelingsprofiel wordt geschreven hoe dat het EVV-schap zou moeten werken, maar in de praktijk wordt hier de laatste maanden weinig tot geen invulling aan gegeven. Er zijn in het verleden pogingen gedaan om het EVV-schap van de grond te krijgen, maar dit mislukte keer op keer. Wat hier de precieze oorzaken van zijn, kunnen de onderzoekers niet met zekerheid zeggen. Zij vermoeden dat het voor de verpleegkundigen niet duidelijk is wat van hen verwacht wordt, waardoor de rol niet goed vervuld wordt. Dit horen zij terug van de verpleegkundigen, er zijn verschillende interpretaties over de verpleegsystemen en wat coördinatie van zorg inhoudt. Belangrijk is dat de

taakomschrijving van een EVV duidelijk opgeschreven wordt in een richtlijn. Daarbij is het belangrijk dat de verpleegkundige het EVV-schap als een hulpmiddel gaan zien en niet iets dat moet.

Een grote bedreiging is en blijft altijd de tijd. Op een afdeling is het altijd, continue druk, ieder moment van de dag. Daardoor wordt door verpleegkundigen ondervonden dat er geen tijd is om EVV'er te zijn. Ze hebben geen tijd om het dossier door te lezen en gesprekken te voeren met de patiënten. Of wanneer ze een paar dagen vrij zijn geweest, om naast het werk van die dag, ook nog de dagen terug te lezen van 'hun EVV-patiënt'. In de taakomschrijving moet duidelijk naar voren komen dat het EVV tot de dagelijks taken behoort en dat het niet een extra taak bovenop de dagelijkse werkzaamheden is. Er kan mogelijk tijd bespaard worden doordat één of twee verpleegkundigen op de hoogte zijn wat er allemaal is gebeurd tijdens de opname.

De cultuur die op de afdeling heerst kan ook een bedreiging zijn voor de implementatie. Doordat het een erg intern gerichte cultuur is, kan het moeilijk zijn om als buitenstaander daar tussen te komen en een nieuw product te implementeren. Het EVV-schap is al een beladen onderwerp, doordat het eerder gefaald heeft. Daarbij komt ook dat veranderingen op zich al steeds moeilijk realiseerbaar zijn op de afdeling, omdat daar het gevoel heerst dat alles maar zo moet blijven zoals het is.

Als laatste kan het een bedreiging zijn dat er ziekenhuisbreed geen richtlijn is over de coördinatie van zorg op patiëtniveau. Doordat dit ziekenhuisbreed niet is vastgelegd, wordt de afdeling hier niet direct door de 'hogerhand', zoals het afdelingshoofd en teamleider, op aangesproken dat het niet loopt, zoals het zou moeten verlopen. Er zijn geen afspraken over de verantwoordelijkheden vastgelegd, waardoor er ook geen consequenties aan gehangen kunnen worden.

De onderzoekers zullen zo veel mogelijk bij de ideeën van de verpleegkundigen aansluiten, zodat het voor hen werkbaar wordt. Er zullen suggesties worden gegeven voor het inbouwen van evaluatiemoment voor in de toekomst, zodat de verpleegkundigen zelf ook kunnen bespreken hoe dat zij de coördinatie van zorg vinden verlopen. Er wordt bij de opgestelde doelen voor de patiëntenzorg aansluiting gezocht, zodat deze bereikt kunnen worden. Maar ook bij de visie en kernpunten van de afdeling die daarbij horen, zullen de onderzoekers op aansluiten. Daarnaast is het ook belangrijk dat de verpleegkundigen overtuigd worden van het belang van een vast aanspreekpunt door dit te zien vanuit het patiënten perspectief. Patiënten hebben ook aangegeven wat zij belangrijk vinden en dit kan doorslaggevend zijn. Hopelijk kunnen zij met al deze facetten daarmee de verpleegkundigen overtuigen van de noodzaak van de verandering.

Bijlage 8: Producten voor implementatie

A. Protocol aanspreekpunt

Titel

Een vast aanspreekpunt voor patiënten op afdeling 11 oost

Doelstellingen

- Het aanspreekpunt draagt zorg voor de coördinatie en bewaakt de continuïteit van zorg. Zij is verantwoordelijk voor de samenhang van het gehele opnameproces van de patiënten die haar toegewezen zijn.
- Voor patiënt en zijn/haar familie is duidelijk welke zorg door wie wordt geleverd tijdens de opname en bij wie zij terecht kunnen voor vragen, opmerkingen, kritiek en suggesties.

Uitvoerenden

- Verpleegkundigen
- Verzorgende
- Leerling verpleegkundigen minimaal 3e jaars MBO of HBO, met als leerdoel aanspreekpunt, gekoppeld aan hun werkbegeleider.

Voorwaarde om een aanspreekpunt te mogen zijn is dat de verpleegkundige minimaal 28 uur per week werkt. Wanneer iemand minder dan 28 uur per week werkt, dan dient de rol van aanspreekpunt te worden vervuld door 2 personen.

Algemene opmerkingen

- Een verpleegkundige mag niet van meer dan twee patiënten het aanspreekpunt zijn.
- Wanneer een aanspreekpunt wordt toegewezen, wordt er een sticker bij de patiënt op het planbord geplakt en wordt de naam van het aanspreekpunt in het activiteitenplan genoteerd, onder kopje 'communicatie'.
- Het aanspreekpunt geeft de patiënt 'het visitekaartje' met daarop haar naam, telefoonnummer van de afdeling en de belangrijkste taken van het aanspreekpunt.
- Het aanspreekpunt zal niet altijd voor de patiënt zorgen, maar is wel op de hoogte van de situatie rondom de patiënt.
- Het aanspreekpunt kan taken delegeren aan andere collega's, ziet toe op de uitvoering en spreekt zo nodig verpleegkundigen aan.
- De verpleegkundige die de zorg in haar dienst voor de patiënt heeft, blijft verantwoordelijk voor het uitvoeren van activiteiten.
- De verpleegkundige kan het aanspreekpunt om informatie vragen over het zorgproces.
- Wanneer er blijkt dat er vanuit een van beide kanten (verpleegkundige of patiënt), geen klik wordt gevoeld, dan wordt er gewisseld van verpleegkundige.
- **Belangrijk:** wanneer het aanspreekpunt meer dan 5 dagen afwezig is, dan dient zij de taak over te dragen aan een collega. Hiermee wordt de continuïteit van zorg alsnog bewaakt.

Proces

Wanneer een patiënt wordt opgenomen of overgenomen en op de 7^{de} dag van opname, ga je de onderstaande vragen af. Wanneer één of meer van onderstaande vragen met "ja" beantwoord wordt, dan wordt in overleg met de patiënt een aanspreekpunt toegewezen.

Indicatie	Ja of nee
(verwachte) opnameduur >10 dagen	
3 of meer disciplines in consult	
Slecht nieuws casussen	
IC-overname	
Communicatieproblemen (bv. taalbarrière)	
Patiënt met lichamelijke of psychische beperking (bv. borderline)	
Patiënt met geriatrische stoornissen (bv.	

delier, Alzheimer)	
Behoeftte vanuit patiënt en/of familie (bv. negatieve ervaringen, klachten, eerder aanspreekpunt gehad).	
Aanspreekpunt toewijzen	

Taken

- Bij het aanstellen van een aanspreekpunt gaat de verpleegkundige in gesprek met de patiënt om uitleg te geven over wat het aanspreekpunt inhoudt en om de zorgbehoefte in kaart te brengen. Zij zorgt ervoor dat er een patiëntgericht plan wordt opgesteld.
- Het aanspreekpunt is diegene die het contact onderhoudt met de patiënt en/of zijn/haar familie. Zij voert tenminste twee keer per week een kort gesprek om de stand van zaken te bespreken.
- Het aanspreekpunt signaleert knelpunten rondom het zorgproces van de patiënt en neemt hierin zelfstandig beslissingen en communiceert hierover naar het team. In uiterste gevallen kan er overlegd worden met de dagoudste en/of teamleider.
- Het aanspreekpunt rapporteert afspraken in het activiteitenplan. Evaluaties en gesprekken met de patiënt worden gerapporteerd bij het tabblad communicatie, met als titel "rapportage aanspreekpunt".
- Het aanspreekpunt vat belangrijke gebeurtenissen van een week in een beknopte samenvatting samen onder het tabblad communicatie met als titel "samenvatting aanspreekpunt".
- Het aanspreekpunt heeft zicht op welke disciplines in consult zijn, waarom en wat hun taken zijn. Zij stemt de interventies met hen af en spreekt hen zo nodig aan op hun verantwoordelijkheden.
- Het aanspreekpunt houdt zicht op het naderende ontslag en zet de nodige acties in gang.

Beoordelaar(s)

Autorisator

Auteurs

Publicatiedatum

Controledatum

B. Rationale protocol aanspreekpunt 11 oost

Titel

Een vast aanspreekpunt voor patiënten op afdeling 11 oost

Dit protocol is geschreven voor afdeling 11 oost, omdat daar het onderzoek verricht is naar de wensen en behoeften van patiënten en verpleegkundigen op het gebied van coördinatie van zorg.

Er is gekozen voor de titel 'vast aanspreekpunt' omdat patiënten niet bekend zijn met de term EVV. Zij benoemen zelf de naam 'aanspreekpunt'. Daarnaast is de term EVV op de afdeling een beladen begrip doordat het in het verleden meerdere keren is gefaald. Door het een andere naam te geven wordt het hopelijk beter opgepakt.

Doelstelling(en)

- Het aanspreekpunt draagt zorg voor de coördinatie en bewaakt de continuïteit van zorg. Zij is verantwoordelijk voor de samenhang van het gehele opnameproces van de patiënten die haar toegewezen zijn (Pool e.a., 2001).
- Voor patiënt en zijn/haar familie is duidelijk welke zorg door wie wordt geleverd tijdens de opname en bij wie zij terecht kunnen voor vragen, opmerkingen, kritiek en suggesties (Jong e.a., 2003).

Uitvoerenden

- Verpleegkundigen

Een van de vijf beroepsrollen van de verpleegkundigen is de rol van de regisseur en moet dus een opnameproces van een patiënt kunnen coördineren (Pool e.a., 2001).

- Verzorgende

In de interviews gaf een verzorgende aan dat zij de rol van aanspreekpunt officieel niet zou mogen vervullen. Zij gaf hierbij als reden, dat zij geen opnamegesprek mag doen. Echter hoeft het aanspreekpunt niet degene te zijn die het opnamegesprek heeft gedaan. De beroepscompetentie profiel van MOVISIE (2007) beschrijft: 'De verzorgende is in staat om methodisch en resultaatgericht zorg te bieden volgens het zorgplan, richtlijnen, protocollen en kwaliteitscriteria waardoor de zorgverlening effectief, verantwoord en volgens afspraak verloopt. Dit betekent dus dat een verzorgende de rol van aanspreekpunt dus wel moet kunnen vervullen.

- Leerling verpleegkundigen minimaal 3^e-jaars MBO of HBO, met als leerdoel aanspreekpunt/EVV, gekoppeld aan hun werkbegeleider.

Vanaf het derde studiejaar mogen leerling verpleegkundige samen met hun werkbegeleider de rol van aanspreekpunt op zich nemen. Deze keuze is gebaseerd op dat een student in het tweede leerjaar zich richt op het niveau toepassen. Vanaf het derde jaar richt de student zich meer op het overstijgende deel van zorgverlening en het regisseren en plannen van de zorg.

Voorwaarde om een aanspreekpunt te mogen zijn is dat de verpleegkundige minimaal 28 uur per week werkt. Wanneer iemand minder dan 28 uur per week werkt, dan dient de rol van aanspreekpunt te worden vervuld door 2 personen.

Deze voorwaarde is in overleg met de opdrachtgever en de doelgroep vastgesteld. Ook in interviews is dit naar voren gekomen. Parttimers geven aan het lastig te vinden het meer overstijgende deel te kunnen uitvoeren. Daarom is de keuze gemaakt om 2 personen te kunnen aanstellen. Dan worden de fulltimers ook niet volledig belast.

Algemene opmerkingen

- Een verpleegkundige mag niet van meer dan twee patiënten het aanspreekpunt zijn.

De maximum is twee patiënten bij één aanspreekpunt. Met maximaal twee patiënten kun je de taken nog combineren met de andere dagelijkse werkzaamheden.

- Wanneer een aanspreekpunt wordt toegewezen, wordt er een sticker bij de patiënt op het planbord geplakt en wordt de naam van het aanspreekpunt in het activiteitenplan genoteerd, onder kopje 'communicatie'.

De sticker op het planbord is er voor om bekend te maken dat de patiënt een aanspreekpunt heeft. De naam van het aanspreekpunt is dan terug te vinden in het activiteitenplan. Er is nagedacht om de naam van het aanspreekpunt te noteren op het dag lijstje, of dit werd door de afdeling niet als meerwaarde gezien.

- Het aanspreekpunt geeft de patiënt 'het visitekaartje' met daarop haar naam, telefoonnummer van de afdeling en de belangrijkste taken van het aanspreekpunt.

Dit is door de afdeling aangedragen, om duidelijkheid te geven aan de patiënt. In interviews is gesproken over foldermateriaal. Echter bleek dit veel kosten met zich mee te brengen en patiënten krijgen al veel folders. Vandaar de keuze van het visitekaartje, het kaartje wordt alleen uitgereikt aan patiënten die daadwerkelijk een aanspreekpunt hebben.

- Het aanspreekpunt zal niet altijd voor de patiënt zorgen, maar is wel op de hoogte van de situatie rondom de patiënt.

Uit de interviews van patiënten en verpleegkundigen kwam naar voren dat het niet zo hoeft te zijn dat het aanspreekpunt altijd voor de patiënt zorgt. Het moet niet zo zijn dat een aanspreekpunt continue bij de patiënt aanwezig is en als het ware 'haar handje vasthoudt'. Zij moet meer het globale overzicht behouden.

- Het aanspreekpunt kan taken delegeren aan andere collega's, ziet toe op de uitvoering en spreekt zo nodig verpleegkundigen aan.

Het aanspreekpunt hoort het totale overzicht te behouden. Zij ziet wat er nog moet gebeuren en kan collega's die, die dag voor de patiënt zorgen er op aanspreken dat belangrijke zaken ook zeker gebeuren.

- De verpleegkundige die de zorg in haar dienst voor de patiënt heeft, blijft verantwoordelijk voor het uitvoeren van activiteiten.

Een verpleegkundige is zelf verantwoordelijk voor de taken die zij uitvoert. Het aanspreekpunt kan een verpleegkundige een opdracht geven, wat zeker moet gebeuren die dag. Dat het goed gebeurt is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen zelf.

Het aanspreekpunt is niet 24/7 aanwezig en kan dus niet alle zorg geven aan een patiënt.

- De verpleegkundige kan het aanspreekpunt om informatie vragen over het zorgproces.

Het aanspreekpunt is op de hoogte van het totale opnameproces van de patiënt. Een parttimer werkt vaak maar een aantal dagen per week, het is niet haalbaar om weken terug te lezen in de rapportage, daarom kan een aanspreekpunt om informatie en raad worden gevraagd.

- Wanneer er blijkt dat er vanuit een van beide kanten (verpleegkundige of patiënt), geen klik wordt gevoeld, dan wordt er gewisseld van verpleegkundige.

Vanuit de interviews van zowel de patiënten als verpleegkundigen, kwam naar voren dat wanneer er gewerkt gaat worden met een vast aanspreekpunt, dat er dan wel een goede klik moet zijn, omdat er anders geen vertrouwensband wordt opgebouwd. Dit is van belang zodat een patiënt zich openstelt om informatie te geven en vragen durft te stellen aan verpleegkundigen.

- **Belangrijk:** wanneer het aanspreekpunt meer dan 5 dagen afwezig is, dan dient zij de taak over te dragen aan een collega. Hiermee wordt de continuïteit van zorg alsnog bewaakt.

In interviews is naar voren gekomen dat wanneer het aanspreekpunt langere tijd afwezige is, zij haar taken moet overdragen aan een collega die er wel geregeld is. Op die manier wordt alsnog de continuïteit van het opnameproces van de patiënt gewaarborgd.

Proces

Wanneer een patiënt wordt opgenomen of overgenomen en op de 7^{de} dag van opname, ga je de onderstaande vragen af. Wanneer één of meer van onderstaande vragen met "ja" beantwoord wordt, dan wordt in overleg met de patiënt een aanspreekpunt toegewezen.

Indicatie	Ja of nee
(verwachte) opnameduur >10 dagen	
3 of meer disciplines in consult	
Slecht nieuws casussen	
IC-overname	
Communicatieproblemen (bv. taalbarrière)	
Patiënt met lichamelijke of psychische beperking (bv. borderline)	
Patiënt met geriatrische stoornissen (bv. delier, Alzheimer)	
Behoeftte vanuit patiënt en/of familie (bv. negatieve ervaringen, klachten, eerder aanspreekpunt gehad).	
Aanspreekpunt toewijzen	

Bovenstaande criteria zijn naar voren gekomen uit interviews met patiënten en verpleegkundigen. Het punt van geriatrische stoornissen is niet benoemd, maar dit komt wel duidelijk naar voren in de literatuur (Sesink, 2004). Deze criteria zijn ook vergeleken met informatie die er al is vanuit andere afdelingen.

Taken

- Bij het aanstellen van een aanspreekpunt gaat de verpleegkundige in gesprek met de patiënt om uitleg te geven over wat het aanspreekpunt inhoudt en om de zorgbehoefte in kaart te brengen. Zij zorgt ervoor dat er een patiëntgericht plan wordt opgesteld (Broeken, 2006).

Naast het visitekaartje dat wordt uitgereikt, is het ook van belang dat de patiënt en/of familie mondeling uitleg krijgen van het aanspreekpunt zelf over haar taken.

- Het aanspreekpunt is diegene die het contact onderhoudt met de patiënt en/of zijn/haar familie. Zij voert tenminste twee keer per week een kort gesprek om de stand van zaken te bespreken.

Een van de criteria van een aanspreekpunt die zowel een verpleegkundige als een patiënt heeft benoemd.

- Het aanspreekpunt signaleert knelpunten rondom het zorgproces van de patiënt en neemt hierin zelfstandig beslissingen en communiceert hierover naar het team. In uiterste gevallen kan er overlegd worden met de dagoudste en/of teamleider.

Patiënten en verpleegkundigen vinden het belangrijk dat een aanspreekpunt klachten en problemen (knelpunten) tijdig ondervangen en hierop acties ondernemen. Het aanspreekpunt heeft een individuele verantwoordelijkheid en moet daarom problemen eerst zelf proberen op te lossen, alvorens zij anderen om hulp vraagt.

- Het aanspreekpunt rapporteert afspraken in het activiteitenplan. Evaluaties en gesprekken met de patiënt worden gerapporteerd bij het tabblad communicatie, met als titel "rapportage aanspreekpunt".

Het is belangrijk dat het aanspreekpunt voor anderen inzichtelijk maakt waar zij mee bezig is, hiermee verantwoord zij zich ook hoe ze deze rol invult. De gemaakte afspraken uit de gesprekken met de patiënt en familie moeten genoteerd worden, zodat collega's de afspraken kunnen nakomen. De patiënt krijgt dan meer het gevoel dat er met één tong wordt gepraat, dit vinden zij belangrijk.

- Het aanspreekpunt vat belangrijke gebeurtenissen van een week in een beknopte samenvatting samen onder het tabblad communicatie met als titel "samenvatting aanspreekpunt".

Het is lastig, als een patiënt lang ligt, om het overzicht te houden van het gehele opnameproces. Het is niet haalbaar om meerdere dagen in de rapportage terug te lezen. Daarom is het zinvol als het aanspreekpunt overzichtelijk noteert wat de belangrijkste gebeurtenissen zijn, zodat collega's hier in ieder geval zeker van op de hoogte zijn.

- Het aanspreekpunt heeft zicht op welke disciplines in consult zijn, waarom en wat hun taken zijn. Zij stemt de interventies met hen af en spreekt hen zo nodig aan op hun verantwoordelijkheden.

Pool e.a. (2001) beschrijft dat een verpleegkundige moet kunnen samenwerken en zorg moet kunnen afstemmen met meerdere disciplines.

- Het aanspreekpunt houdt zicht op het naderende ontslag en zet de nodige acties in gang. Verpleegkundigen geven aan in de interviews dat zij vinden dat een aanspreekpunt vooruit moet werken en vooruit moet denken. Dat een ontslag van te voren goed geregeld moet worden, acties ondernemen en taken delegeren. Zodat niet alles op het laatste moment hoeft te gebeuren. Daarmee wordt voorkomen dat patiënten langer moet blijven, omdat het ontslag nog niet rond is.

C. Tabel 'criteria voor aanspreekpunt'

Criteria voor aanspreekpunt	Ja of nee
(verwachte) opnameduur >10 dagen	
3 of meer disciplines in consult	
Slecht nieuws casussen	
IC-overname	
Communicatieproblemen (bv. taalbarrière)	
Patiënt met lichamelijke of psychische beperking (bv. borderline)	
Patiënt met geriatrie stoornissen (bv. delier, Alzheimer)	
Behoeft vanuit patiënt en/of familie (bv. negatieve ervaringen, klachten, eerder aanspreekpunt gehad).	
Aanspreekpunt toewijzen	

Deze criteria worden nagekeken bij:

- Opname
- Overname
- Op de 7^e dag van opname.

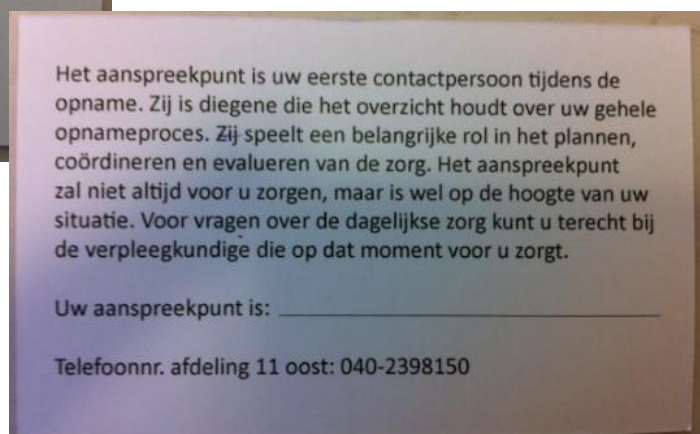
Wanneer één of meer van bovenstaande vragen met "ja" beantwoord wordt, dan wordt in overleg met de patiënt een aanspreekpunt toegewezen.

Het aanspreekpunt is de eerste contactpersoon voor de patiënt en/of familie. In opnameproces van de patiënt heeft zij een regisserende rol. Zij is degene die het totale overzicht houdt over de opname en hieraan sturing geeft.

Zie voor de gehele taakomschrijving van het aanspreekpunt het protocol op DKS.

D. Visitekaartje voor de patiënt

Dit is een proefdruk van het visitekaartje voor de patiënt. De tekst is inmiddels wat ingekort, zodat het beter leesbaar is. Het definitieve visitekaartje is helaas nog niet klaar.



Bijlage 9: Nieuwsbrief berichten

In deze bijlage zijn alle berichten te vinden die de onderzoekers gedurende het onderzoek hebben geschreven. De berichten zijn geplaatst in de nieuwsbrief van de afdeling. Met deze nieuwsbrief worden de verpleegkundigen wekelijks op de hoogte gehouden van belangrijke zaken en gang van zaken op de afdeling. De onderzoekers hebben het gebruikt om de verpleegkundigen op de hoogte te houden van de voortgang van het onderzoek. Het doel hiervan was om het onderwerp levendig te houden op de afdeling en draagvlak te creëren bij de verpleegkundigen.

19-06-2013

Hallo collega's,

Ons afstudeeronderzoek is inmiddels afgerond, ingeleverd en wordt beoordeeld.
We willen jullie allemaal middels dit stukje nogmaals bedanken!!!
Voor jullie interesse, aandacht en alle informatie die jullie met ons gedeeld hebben.

We hebben naar ons idee een goede start gemaakt voor de implementatie. De volgende producten zijn ontworpen: een protocol, een beslissingstabel voor in de spieker en een visitekaartje voor de patiënt.

Vanaf nu zal Saskia het van ons overnemen. Zij wordt aandachtsvelder voor 'het aanspreekpunt'. Jullie kunnen bij haar of Laura terecht bij vragen en/of onduidelijkheden.

Groetjes, Romy en Dieuwertje

30-05-2013

Hallo collega's,

We zijn inmiddels beland in de laatste fase van ons onderzoek, de implementatie.
We hebben de afgelopen weken hard gewerkt om producten te ontwikkelen die aansluiten bij de wensen van zowel jullie als de patiënten.

Graag willen wij deze producten aan jullie presenteren op:

- 7 juni om 13.30uur
- 19 juni om 13.30uur.

Op 18 juni van 15.30-16.15uur vindt onze afstudeerpresentatie plaats in Radiotherapie zaal nr. 3. Ook daar zijn jullie van harte uitgenodigd, als jullie interesse hebben om het hele verhaal te horen.

Groetjes, Romy en Dieuwertje

06-05-2013

Beste collega's,

De afgelopen weken hebben wij ons onderzoek uitgevoerd op de afdeling.

We willen jullie allen bedanken voor jullie actieve deelname!!

We hebben inmiddels alle gegevens geanalyseerd en we zijn bezig met het schrijven van de resultaten.

De komende weken zullen in het teken staan van het afronden van de analyse, dan gaan we over tot de implementatiefase.

In deze fase zullen wij weer enkele keren naar de afdeling toe komen.

We hopen dat we uiteindelijk een veranderplan kunnen ontwikkelen wat aansluit bij jullie wensen en ideeën.

Groetjes, Romy & Dieuwertje

10-04-2013

Beste collega's van afdeling 11 oost,

Volgende week donderdag 18 april vindt er een groepsgesprek plaats. De donderdagmiddagbespreking zal die dag door ons opgevuld worden. We willen jullie graag een aantal stellingen voorleggen en daarover discussiëren. Verder willen we te weten komen welke veranderingen er door gevoerd moeten worden voor de verbetering van coördinatie van zorg, gericht op het opnameproces van de patiënt: Wat zien jullie als verbeterpunten? Welke dingen vinden jullie belangrijk? Wat zijn wensen en ideeën? Wat zijn jullie randvoorwaarden?

Denk er alvast eens over na en we zien jullie graag 18 april!

Groetjes, Romy & Dieuwertje

07-03-2013

Hallo collega's van 11 oost,

Hierbij weer een berichtje van ons, "de afstudeerders". We zijn inmiddels druk bezig met de opzet van ons onderzoek. De volgende hoofdvraag zal onderzocht worden:

"Hoe kan de zorg rondom de patiënt gecoördineerd worden door de verpleegkundigen en op welke manier kan dit op afdeling 11oost vorm worden gegeven, zodat de zorgcoördinatie aansluit bij de wensen, behoeften en werkwijzen van de afdeling?"

In week 12 of 13 zullen wij starten met onze analyse.

Onze onderzoeksmethoden zijn interviews bij verpleegkundigen & patiënten en een groepsinterview.

Het kan zijn dat jullie hier in de aankomende weken voor benaderd worden.

We houden jullie op de hoogte van onze voortgang.

Mochten jullie vragen / opmerkingen / aanvullingen hebben, dan horen wij het graag.

Groeten Romy & Dieuwertje

06-02-2013

Hallo afdeling 11 oost,

Wij zijn Dieuwertje Trommels en Romy Verberne. Samen volgen wij de opleiding HBO Verpleegkunde aan Fontys Hogeschool. Afgelopen week zijn we gestart met ons afstudeerproject. Laura is de opdrachtgever en zal ons begeleiden.

We zullen de aankomende 18 weken werken aan een kwaliteitsproject rondom het EVV'schap op de afdeling. Wij hopen regelmatig op de afdeling te kunnen zijn om de informatie te delen en naar jullie ervaringen te vragen. Jullie mogen ook altijd ideeën of meningen met ons delen, zodat we dit mee kunnen nemen tijdens het project.

Groetjes Romy en Dieuwertje