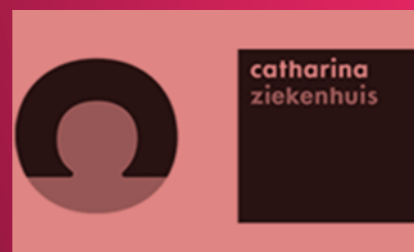


Januari 2013

*S*chriftelijke verantwoording

Interne Geneeskunde

Eenduidigheid in handelen



Anouk van den Corput 2147331

Kim Wouters 2147091

Fase: Afstuderen

Begeleidend docent: Harry van de Leijgraaf

In opdracht van: Vera Meeusen
Yvonne Wouters

Examinator: Herm Kisjes

Correspondentienummer: 35

Samenwerken is een vaardigheid die van verpleegkundigen gevraagd wordt. Niet alleen het samenwerken met andere collega's, ook het contact met patiënten/cliënten kan om samenwerking vragen. Voor het laatste jaar van het HBO-V wordt van de studenten verwacht dat er een afstudeerproject gemaakt wordt. In het afstudeerproject wordt een onderzoek gedaan naar een probleem binnen een zorginstelling. Tijdens het afstuderen wordt er ook van de studenten gevraagd dat er samengewerkt wordt. Dit in een groep van twee personen. Na het vormen van een afstudeergroep, was het ook van belang dat er een afstudeeropdracht gevonden werd. Dat was in principe een taak van de afstudeergroep zelf. De afstudeergroep heeft er bewust voor gekozen om zelf op zoek te gaan naar een opdracht. Dit hebben zij gedaan, omdat zij na overleg met elkaar het snel eens waren over het punt dat zij een opdracht wilde vinden binnen een algemeen ziekenhuis.

Een van de studenten heeft in het Catharina ziekenhuis een stage gelopen op de afdeling Interne Geneeskunde. Om die reden heeft de afstudeergroep via de mail contact gezocht met verschillende leden van de afdeling. In de mail werd gevraagd of er de mogelijkheid bestond een afstudeerproject op de afdeling uit te voeren. Hierop werd erg enthousiast gereageerd, wat voor de afstudeergroep prettig was. Er kwam een opdracht op tafel, welke is voorgelegd aan de afstudeercommissie. Na enig overleg is deze goedgekeurd door de afstudeercommissie.

Tijdens een gesprek met de opdrachtgever, de begeleider en de afstudeergroep is de opdracht nogmaals besproken en zijn zij samen tot een consensus gekomen. Uit voorgaand onderzoek door een manager in opleiding is gebleken dat de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde het moeilijk vinden om de werkprocessen te onthouden en na te leven. Er wordt daardoor niet eenduidig gehandeld. Verschillende middelen zijn ingezet om dit te verbeteren, maar allen blijken ineffectief te zijn geweest (herindeling van de protocollen waarin de werkprocessen omtrent de dagindeling omschreven staan, onderzoek door een verpleegkundige van de afdeling, themaweken waarin iedere 3 weken één protocol centraal staat). Het beoogde resultaat van het afstudeerproject is daardoor dat de afstudeergroep minimaal één product ontwikkelt voor de verpleegkundigen op de afdeling. Het doel van dat product is verbetering creëren ten aanzien van het eenduidigheid in handelen, conform de afspraken rondom de werkprocessen.

Gedurende dit project is evidence based werken het uitgangspunt. Dit is een continue proces en bestaat onder andere uit kritisch denken en redeneren, bewustwording van routinematig handelen, het zoeken naar het beste bewijsmateriaal en rekening houden met de afdelingscultuur, waarin de praktijkvoering geïmplementeerd moet worden. Hierbij is het voornamelijk belangrijk om in dit project concreet te zijn met eventuele verbeterlagen en is de beredenering hierachter van belang (Cox, 2009).

De afstudeergroep verwacht dat het een zeer interessante en vooral leerzame periode wordt, waarin er veel nauw samen gewerkt zal worden. De opdracht wordt gezien als een uitdaging, omdat er al eerder onderzoek is gedaan, waaruit is gebleken dat het geen makkelijk onderwerp is. Toch is dit een extra motivatie voor de afstudeergroep om zelf te gaan kijken waarom de eenduidigheid in het handelen mist en vervolgens door middel van verschillende onderzoeken zelf te ondervinden waar de hiaten liggen en kritisch na te kunnen denken over wat er volgens hen een bijdrage zou kunnen leveren aan het realiseren/bevorderen van eenduidigheid in handelen op de afdeling Interne Geneeskunde.

Bij dit project passen de competenties ROM, KWAL en DESK. De afstudeergroep heeft zelf op het gebied van 'Regie Op Maat' een probleem geselecteerd, waarvoor zij in samenwerking met de opdrachtgever in de beroepspraktijk een innovatief product gaan ontwikkelen, dat direct geïmplementeerd kan worden, of waartoe zij binnen de organisatie op zijn minst de voorwaarden zullen scheppen. Ook zal de competentie ROM tot uiting komen tijdens de analysefase welke voorafgaat aan het veranderproces. Hiermee zullen zij de aard van de verandering onderbouwen. Hetgeen dat van de afstudeergroep gevraagd wordt, is dat zij zelfstandig alle stappen van de onderzoekscyclus bij minimaal één deelonderzoek uitvoert. De resultaten van de verschillende deelonderzoeken, vormen samen de basis voor het onderwerp en de implementatie van het product. Hierbij zullen ook de competenties KWAL en DESK naar voren komen. Met KWAL zal de afstudeergroep gedurende het hele project bezig zijn, aangezien het gaat om kwaliteitsbevordering. Daarbij komt ook DESK aan bod, doordat er kritisch gekeken wordt naar de literatuur, de huidige situatie op de afdeling en zal feedback gegeven en verkregen worden zowel binnen de afstudeergroep als door een referentiegroep.

Wij willen Harry van de Leygraaf ontzettend bedanken voor zijn tijd, energie, feedback en manier van begeleiden. Ook willen we Vera Meeusen en Yvonne Wouters-Vaessen bedanken voor het geven van de opdracht en het geven van feedback en de begeleiding. De referentiegroep willen we ook bedanken, voor hun gegeven feedback. Als laatste willen we elkaar bedanken voor de fijne samenwerking en leuke/leerzame periode.

Het verslag is geschreven door Anouk van den Corput en Kim Wouters.

Eindhoven, 14 januari 2013

amenvatting

Samenwerken is een vaardigheid die van verpleegkundigen gevraagd wordt. Niet alleen het samenwerken met andere collega's, ook het contact met patiënten/cliënten kan om samenwerking vragen. Voor het laatste jaar van het HBO-V wordt van de studenten verwacht dat er een afstudeerproject gemaakt wordt. In het afstudeerproject wordt een onderzoek gedaan naar een probleem binnen een zorginstelling.

De afstudeergroep heeft een opdracht gevonden op de afdeling Interne Geneeskunde van het Catharina ziekenhuis Eindhoven. Op de afdeling vinden de verpleegkundigen het moeilijk om de algemene werkprocessen rondom de dagindeling te onthouden en deze na te leven. De eenduidigheid in handelen op de afdeling is reeds onderzocht door een manager in opleiding. Wat en waarom is het dan nu nog een probleem, zou men zich kunnen afvragen? Het antwoordt hierop komt van de afdelingsmanager: 'Omdat de verpleegkundigen met de huidige werkwijze de beoogde resultaten die omschreven staan in het protocol rondom de dagindeling, niet behalen.'

De afstudeergroep is van start gegaan met een verkennende literatuurstudie. Dit hebben zij gedaan om gegevens te verzamelen en de kennis te verbreden omtrent onder andere verschillende onderzoeksmethoden, dataverzamelingstechnieken, validiteit, betrouwbaarheid, etc.

Na literatuurstudie is gekozen om het PARIHS- raamwerk te gebruiken als leidraad voor het analyseren van het voorgaand onderzoek "eenduidigheid in handelen". Door middel van het PARIHS- raamwerk kon gestructureerd gekeken worden naar het verslag en konden de sterke en/of zwakke punten van het afstudeerscript in kaart gebracht worden. Op basis hiervan is uiteindelijk de keus gemaakt nogmaals naar het probleem te gaan kijken en praktijkgericht onderzoek te doen.

Om een beeld te krijgen van de afdeling en om de huidige situatie in kaart te brengen heeft de afstudeergroep gekozen voor een inventariserende enquête. Uit voorgaand onderzoek was gebleken dat verpleegkundigen een checklist als de oplossing zouden zien. Zagen de verpleegkundigen dit nog steeds als dé oplossing?

Als leidraad voor het volgende onderzoek (de observatiedagen) is het protocol 'Front Office Nursing' gebruikt, waarin de werkprocessen omtrent de dagindeling beschreven staan. Er is door de afstudeergroep tijdens de observaties meerdere malen aan de verpleegkundigen teruggegeven wat zij hadden gezien. Op die manier kon nagegaan worden of een situatie/activiteit vaker zo uitgevoerd werd, of juist niet. Dit alles riep vragen op bij de afstudeergroep, zoals bijvoorbeeld: 'Is het huidige protocol wel realistisch en volledig?'.

Om de cultuur van de afdeling in beeld te brengen heeft de afstudeergroep gekozen om de NUCAT cultuurmeting af te nemen op de afdeling. Naar aanleiding van de ingevulde vragenlijsten is door de afstudeergroep een analyse gemaakt. Er waren niet genoeg vragenlijsten ingevuld om het onderzoek als betrouwbaar aan te duiden. Toch is ervoor gekozen het onderzoek wel mee te nemen in de analyse, omdat ook deze uitslag volgens de afstudeergroep iets zegt over de cultuur op de afdeling.

Tot slot heeft de afstudeergroep face-to-face interviews afgenomen bij een aantal verpleegkundigen van de afdeling. Op basis van de resultaten van alle onderzoeken zijn drie producten en een implementatieplan opgesteld.

nhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 – literatuurstudie	6
- 1.1 Inleiding	
- 1.2 Databronnen	
- 1.3 Onderzoeksmethoden	
- 1.4 Gegevens	7
- 1.5 Validiteit	
- 1.5.1 Interne validiteit	
- 1.5.2 Externe validiteit	
- 1.5.3 Instrumentele of dataverzamelingsvaliditeit	8
- 1.6 Triangulatiebenadering	
- 1.7 Betrouwbaarheid	
- 1.8 Bias	
Hoofdstuk 2 – voorgaand onderzoek	9
- 2.1 Inleiding	
- 2.2 Analyse voorgaand script	
- 2.2.1 Resultaten kritische beschouwing element 'evidence'	10
- 2.2.2 Resultaten kritische beschouwing element 'context'	11
- 2.2.3 Resultaten kritische beschouwing element 'facilitation'	
- 2.3 Conclusie	
Hoofdstuk 3 – taken en verantwoordelijkheden verpleegkundigen	12
- 3.1 Inleiding	
- 3.2 Observatiedagen	
- 3.2.1 Doel	
- 3.2.2 Resultaten observatiedagen	
- 3.3 Conclusie	13
Hoofdstuk 4 – cultuur	14
- 4.1 Inleiding	
- 4.2 NUCAT cultuurmeting	
- 4.2.1 Verschillende culturen	
- 4.2.2 Resultaten NUCAT cultuurmeting	
- 4.3 Conclusie	15
Hoofdstuk 5 – inventariserende enquête en semigestructureerde interviews	17
- 5.1 Inleiding	
- 5.2 Inventariserende enquête	
- 5.2.1 Resultaten	
- 5.3 Conclusie	18
- 5.4 Semigestructureerde interviews	
- 5.4.1 Resultaten middels thematische analyse	19
- 5.5 Conclusie	22
Hoofdstuk 6 – conclusie en aanbevelingen	23
- 6.1 Inleiding	
- 6.2 Deelvraag 1	
- 6.2.1 Evidence	

- 6.2.2 Context	
- 6.2.3 Facilitation	
- 6.2.4 Conclusie	
- 6.3 Deelvraag 2	24
- 6.3.1 Observaties	
- 6.3.2 Conclusie	25
- 6.4 Deelvraag 3	
- 6.4.1 Culturen	
- 6.4.2 NUCAT cultuurmeting	26
- 6.4.3 Conclusie	
- 6.5 Deelvraag 4	27
- 6.5.1 Inventariserende enquête	
- 6.5.2 Semigestructureerde interviews	28
- 6.5.3 Conclusie	30
- 6.6 Probleemstelling	
Hoofdstuk 7 – keuze en ontwerp producten	32
- 7.1 Inleiding	
- 7.2 Implementatiemodel	
- 7.3 Beginpunt	
- 7.4 Analyse voorgaand onderzoek	
- 7.5 Inventariserende enquête	
- 7.6 Observatiedagen	
- 7.7 Cultuurmeting	33
- 7.8 Semigestructureerde interviews	
- 7.9 Keuze van product	
Hoofdstuk 8 – implementatieplan	34
- 8.1 Inleiding	
- 8.2 Implementatieplan	
Nawoord	36
Literatuurlijst	37
Bijlage 1 – analyse voorgaand onderzoek	39
Bijlage 2 – inventariserende enquête	46
Bijlage 3 – observatiedagen	51
Bijlage 4 – cultuurmeting	59
Bijlage 5 – semigestructureerde interviews	63

nleiding

Dit verslag is de schriftelijke verantwoording dat naar aanleiding van de afstudeeropdracht is geschreven. Voor het opstellen van dit verslag is onderzoek gedaan naar het hoofdonderwerp: "eenduidigheid in handelen".

Op de afdeling Interne Geneeskunde van het Catharina ziekenhuis in Eindhoven vinden de verpleegkundigen het moeilijk om de algemene werkprocessen rondom de dagindeling te onthouden en deze na te leven. De literatuur geeft aan dat werkprocessen iets anders zijn dan protocollen. Echter zag de eerste opdrachtgever protocollen wel als werkprocessen. Aangezien de dagindeling als belangrijkste term/protocol wordt gezien, is dat als uitgangspunt gebruikt. Van hieruit is de keus gemaakt werkprocessen rondom de dagindeling te gebruiken als hoofdterm.

De eenduidigheid in handelen op de afdeling is reeds onderzocht door een manager in opleiding. Wat en waarom is het dan nu nog een probleem, zou men zich kunnen afvragen? Het antwoord hierop komt van de afdelingsmanager: 'Omdat de verpleegkundigen met de huidige werkwijze de beoogde resultaten die omschreven staan in het protocol rondom de dagindeling, niet behalen.' Bijvoorbeeld: in het protocol waarin de dagindeling wordt beschreven, wordt omschreven dat de rapportage om 14.30 uur volledig moet zijn. Dit gebeurt regelmatig niet, waardoor de volgende dienst met een achterstand begint. Vele middelen (herindeling van de protocollen waarin de werkprocessen omschreven staan, onderzoek door verpleegkundige van de afdeling, themaweken waarin iedere 3 weken één protocol centraal staat), zijn al ingezet, maar deze methoden hebben geen bruikbaar resultaat opgeleverd. Het probleem komt naar voren tijdens iedere dienst. Dat wil zeggen tijdens de dagdienst, avonddienst en nachtdienst. De manager wil onderzocht hebben waarom de huidige werkwijze niet effectief blijkt te zijn wanneer het gaat om het naleven van de werkprocessen gedurende de verschillende diensten. Zij hoopt hiermee dat de afstudeergroep uiteindelijk tot een bruikbare implementatie komt.

De probleemstelling luidt: 'Welke manier is voor de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde van het Catharina ziekenhuis een praktische manier om de werkprocessen omtrent de dagindeling na te kunnen leven?'

Naar aanleiding van de probleemstelling, is een doelstelling opgesteld. Hiermee wordt aangegeven wat de afstudeergroep wil bereiken en welk tijdspad zij hiervoor hebben staan. De doelstelling is als volgt: 'Over 18 weken hebben de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde de beschikking over minimaal één product dat hen ondersteunt bij het onthouden van de algemene werkprocessen en ervoor zorgt dat er op een eenduidige manier samengewerkt wordt conform de werkprocessen'.

Om het onderzoek gericht uit te kunnen voeren, zijn naar aanleiding van de probleemstelling de onderstaande deelvragen opgesteld:

- 1) Is de informatie uit voorgaand onderzoek "eenduidigheid in handelen" van de afdeling evidence based en wat is het niveau hiervan?
- 2) Wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van een verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde omtrent de werkprocessen gedurende 24 uur? Wat zegt de literatuur hierover? En op welke wijze komt dit tot uiting in de praktijk?
- 3) Van welke cultuur is sprake op de afdeling en wat is de invloed hiervan op het werken volgens de werkprocessen en een eventuele implementatie?
- 4) Uit voorgaand onderzoek "eenduidigheid in handelen" blijkt dat verpleegkundigen een checklist als oplossing zien. Er is nog niet nagegaan of deze informatie evidence based is. Wat zou de inhoud van zo'n checklist moeten zijn en aan welke voorwaarden zou een checklist of een ander product moeten voldoen? Hoe kan de effectiviteit van zo'n checklist of een ander product geëvalueerd worden?

Het verslag is opgesteld uit verschillende hoofdstukken. Het 1^e hoofdstuk omschrijft kort de literatuurstudie die allereerst is uitgevoerd. Hoofdstuk 2 is een weergave van de analyse van het voorgaand onderzoek "eenduidigheid in handelen". Hoofdstuk 3 beschrijft het onderzoek omtrent de taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen op de afdeling. Hoofdstuk 4 geeft de cultuurmeting weer. Hoofdstuk 5 is een omschrijving van de inventariserende enquête en de semigestructureerde interviews. In hoofdstuk 6 worden de deelvragen- en de hoofdvraag beantwoord (conclusie). Hoofdstuk 7 omschrijft de keuze en het ontwerp van de producten. Tot slot geeft hoofdstuk 8 het implementatieplan weer. Vervolgens volgen het nawoord, de literatuurlijst en de bijlagen.

Hoofdstuk 1 – literatuurstudie

1.1 Inleiding

Om het onderzoek te starten en de kennis omtrent onderzoeksmethoden te verbreden is gestart met een literatuurstudie. Naar aanleiding van de literatuurstudie zijn middels een theoretische onderbouwing onderzoeksmethoden gekozen voor het uit te voeren onderzoek. Zowel de literatuurstudie als de onderzoeken zijn uitgevoerd om de deel- en hoofdvraag te beantwoorden. In dit hoofdstuk wordt een stuk literatuurstudie weergegeven omtrent de verschillende onderzoeksmethoden.

1.2 Databronnen

Wanneer men gegevens gaat verzamelen, moet allereerst vastgesteld worden waar precies de benodigde informatie vandaan gehaald zal worden. Daarvoor zijn zes databronnen beschikbaar. Door te kijken naar de verschillende informatiebronnen en vervolgens na te gaan welke geschikt zijn, kan uiteindelijk een juiste keuze gemaakt worden (Migchelbrink, 2007).

1. Individuele personen

Individuele personen kunnen voor verschillende onderdelen ingezet worden. Er kan bijvoorbeeld een persoon aangesproken worden als de persoon zelf, om informatie over diegene zelf, de ideeën, opvattingen en dergelijke te verkrijgen. Dit wordt een respondent genoemd. Een persoon kan ook aangesproken worden als persoon met kennis en informatie over andere personen of onderwerpen buiten hemzelf. Dit is een informant (Migchelbrink, 2007).

2. Documenten

Een andere, veelvuldig gebruikte groep van databronnen zijn reeds bestaande documenten. Hiermee worden dagboeken, brieven en verslagen van bijvoorbeeld vergaderingen bedoeld (Migchelbrink, 2007).

3. Mediaproducten

Een volgende groep is de media, zoals radio, tv, internet, kranten, boeken, films en tijdschriften. Deze media omvatten informatie over situaties, processen en bekende personen (Migchelbrink, 2007).

4. Sociale werkelijkheid

De vierde groep databronnen betreft de sociale situatie van de mensen waarover of van wie de onderzoeker iets wil weten. Kort gezegd betekent dit dat de alledaagse werkelijkheid een rechtstreekse databron is. Bijvoorbeeld: de samenwerking binnen een team (Migchelbrink, 2007).

5. Literatuur

Literatuur is de volgende groep. Hiermee wordt bedoeld de literatuur als bron van talige en cijfermatige gegevens, dus literatuur die de te onderzoeken werkelijkheid geheel of gedeeltelijk omschrijft. Bijvoorbeeld: praktijkbeschrijvingen, projectbeschrijvingen, onderzoeksrapporten, artikelen e.d. (Migchelbrink, 2007).

6. Databanken en registratiesystemen

Databanken en registratiesystemen zijn de laatste groep van databronnen. Vooral als er cijfermatige gegevens nodig zijn, kan het nuttig zijn databanken en registratiesystemen te raadplegen. Databanken kunnen verbonden zijn aan overheidsorganen als gemeentes en provincies, aan een werkgevers- of brancheorganisatie of een onderzoeksinstituut (Migchelbrink, 2007).

Bij onderzoek is het mogelijk om een combinatie van de verschillende databronnen te gebruiken. Gebruik van een combinatie van bronnen bevordert de validiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde informatie (Migchelbrink, 2007).

1.3 Onderzoeksmethoden

Om gegevens te verzamelen uit de verschillende databronnen kan gebruik gemaakt worden van verschillende onderzoeksinstrumenten of dataverzamelmethode. Een onderzoeksinstrument wordt toegepast om de juiste gegevens te verkrijgen. Dataverzamelingstechnieken zijn onder te verdelen in drie groepen: ondervragen, observeren en inhoudsanalyse. De onderzoeker gebruikt de techniek 'ondervragen' om bij personen (respondenten, informanten of deskundigen) informatie te vergaren. Observeren, dit is de techniek om te kijken en waar te nemen. Deze techniek kan direct worden gebruikt in het geval van het waarnemen van personen. Indirect kan de techniek worden toegepast met behulp van bijvoorbeeld een videocamera. Inhoudsanalyse is een derde techniek waarmee gegevens verzamelt en bewerkt kunnen worden uit documenten, teksten, media en de omgeving. Inhoudsanalyse wordt toegepast bij gesprekken, radio- of tv-uitzendingen, video-opnames, kranten, tijdschriften, archiefmateriaal en ook op boeken, gedichten, bandopnames en op de antwoorden op open vragen in vraaggesprekken (Migchelbrink, 2007).

Binnen iedere groep bestaan andere dataverzamelingstechnieken, waarbij verschillende varianten gebruikt worden. Er kan bijvoorbeeld heel open ondervraagd worden (open interview), maar er kan ook iemand ondervraagd worden met een voorgestructureerde vragenlijst (enquête).

1.4 Gegevens

Uit ieder onderzoek komen verschillende gegevens. Die gegevens (de informatie) kunnen op verschillende manieren worden weergegeven. Met woorden of met cijfers. Gegevens uitgelegd in de vorm van cijfers zijn kwantitatieve gegevens. Het zijn getallen en geven de mate, hoeveelheden of belangrijkheid waarin de onderzochte verschijnselen, problemen, zaken of gedragingen voorkomen aan. Bijvoorbeeld: 'Geef een cijfer van 1 tot en met 10 voor hoe je alles bij elkaar genomen je hulpverlening hebt ervaren.'

Kwalitatieve gegevens zijn niet getalsmatig uitgelegd, maar zijn beschouwend in de vorm van woorden en/of beelden. Taal is hier het kenmerk. De bevindingen vanuit het onderzoek worden op deze manier uitgedrukt. Ze worden dus uitgedrukt in taal. Kwalitatieve gegevens hebben dan betrekking op aard, de waarde en eigenschappen van het onderzochte verschijnsel/probleem. Bijvoorbeeld: 'Zou je mij willen vertellen hoe je de hulpverlening hebt ervaren?' (Migchelbrink, 2007).

Bij kwantitatief onderzoek wordt meestal gebruik gemaakt van gestructureerde dataverzamelingstechnieken. Bij kwalitatief onderzoek worden meestal meer open technieken als participerende observatie en open interview gebruikt. In actieonderzoek bestaat een voorkeur voor de open dataverzamelingstechnieken. Dataverzamelingstechnieken als interviewen, observeren, enquêtes en de Delphi- techniek kunnen worden toegepast.

Andere gedragsveranderende technieken, waarin ondersteunen van mensen en het opdoen van informatie door elkaar lopen, zijn bijvoorbeeld een discussie en dialoog, rollenspellen en simulatiespellen.

Om een keuze te maken voor een dataverzamelingstechniek moet de onderzoeker eerst nagaan wat hij of zij onderzocht wil hebben. Het is mogelijk meerdere dataverzamelingstechnieken te gebruiken voor één onderzoek (Migchelbrink, 2007).

1.5 Validiteit

Validiteit heeft te maken met de juistheid van de onderzoeksresultaten. Het draait om de vraag in hoeverre de onderzoeksresultaten een goede weerspiegeling geven van datgene wat zich daadwerkelijk in de praktijk afspeelt. Validiteit wordt daarom ook wel geldigheid genoemd. Geldigheid is echter wel iets anders dan betrouwbaarheid. Wanneer gegevens of informatie niet of bijna niet afhankelijk blijken te zijn van toeval, kan de informatie als betrouwbaar beschouwd worden. Dat wil echter niet zeggen dat de gegevens ook een juiste weergave zijn van de gebeurtenissen in de onderzoekssituatie of dat de antwoorden in de interviews juist weergeven wat er bij de onderzochten speelt.

De geldigheid wordt niet alleen bepaald door de manier waarop de gegevens verzameld worden, maar ook door de plekken waar en de tijdstippen waarop de onderzoeker dat doet. De geldigheid van het onderzoek hangt ook samen met het onderzoeksontwerp dat gebruikt wordt. Er zijn drie vormen van geldigheid:

1. De interne geldigheid;
2. De externe geldigheid;
3. De instrumentele of dataverzamelingsgeldigheid (Baarda e.a., 2005).

1.5.1 Interne validiteit

Interne validiteit hangt samen met de keuze van de onderzoeksopzet: welke onderzoeksopzet is het meest geschikt om een geldig antwoord te vinden op de onderzoeksvraag? Wanneer het effect van een verandering nagegaan wordt, dan zal bij kwalitatief onderzoek over het algemeen gekozen worden voor een vorm van experiment, maar wel een experiment waarin het vooral gaat om de betekenis van de verandering. Bijvoorbeeld: 'Wat betekent het voor iemand als hij/zij stopt met roken, wat verandert er dan in het leven?' Als het alleen gaat om het vaststellen of stoppen met roken en het effect op de lichamelijke conditie, dan ligt het meer voor de hand om te kiezen voor een kwantitatief experimenteel onderzoek (Baarda e.a., 2005).

1.5.2 Externe validiteit

Kwalitatief onderzoek heeft een aantal kenmerken die betrekking hebben op het vergroten van de externe validiteit. De onderzoekssituatie is per definitie een bestaande praktijksituatie die zo veel mogelijk intact wordt gelaten. Kwalitatieve onderzoekers proberen de onderzoekssituatie te beschrijven en te interpreteren vanuit het gezichtspunt van de betrokkenen zelf. Het streven om de gewone, alledaagse situatie zo veel mogelijk hetzelfde te laten en tot onderzoekssituatie te maken, wordt mede ingegeven door de wens de onderzoekssituatie en de feitelijke situatie zo veel mogelijk op elkaar te laten lijken. De onderzoeksresultaten zullen dan meer waarde hebben, omdat ze ook toepasbaar of bruikbaar zijn in andere, vergelijkbare situaties. Het toepassen van conclusies uit een specifieke onderzoekssituatie op andere vergelijkbare situaties, wordt ook wel generaliseren genoemd.

Bij kwalitatief onderzoek wordt meestal gesproken over inhoudelijke generalisatie en niet over statistische generalisatie. Met inhoudelijke generalisatie wordt bedoeld dat de resultaten van het eigen onderzoek overdraagbaar zijn op vergelijkbare of overeenkomstige situaties, die dus in feite niet onderzocht zijn. Naarmate de resultaten uit het eigen onderzoek makkelijker zijn over te dragen op vergelijkbare situaties, is er ook sprake van een grotere vergelijkbaarheid. Oftewel; de onderzoeksconclusies hebben dan een grotere reikwijdte.

De kern van die vergelijkbaarheid ligt in het vaststellen van de relevante criteria waarop die vergelijkbaarheid moet worden vastgesteld en die dus de keuze voor de situaties, locaties, groepen, respondenten en informanten bepalen (Baarda e.a., 2005).

1.5.3 Instrumentele of dataverzamelingsvaliditeit

Validiteit heeft ook te maken met de kwaliteit van de verzamelde gegevens, vooral met de mate waarin ze een geldige weergave zijn van het te bestuderen onderwerp in de praktijk (Baarda e.a., 2005).

1.6 Triangulatiebenadering

Met de triangulatiebenadering kan worden nagegaan in hoeverre de onderzoeksgegevens valide (geldig) zijn. Bij gebruik van de triangulatiebenadering kan de onderzoeker verschillende dataverzamelmethode gebruiken om dezelfde gegevens van de onderzoekseenheden te verzamelen. Als de gegevens over een te bestuderen gebeurtenis, situatie of persoon die respectievelijk zijn verzameld via bestaande documenten, via open interviews en via participerend observatie in dezelfde richting wijzen, wordt er gesproken van valide gegevens. Als de resultaten in dezelfde richting wijzen is dat een sterke indicatie voor de validiteit van de dataverzameling. Wanneer de resultaten niet met elkaar overeen komen of elkaar tegenspreken, dan is er een probleem en moet nagegaan worden hoe dat komt, want het toepassen van triangulatie verhoogt niet automatisch de validiteit (Baarda e.a., 2005).

1.7 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid kan worden gedefinieerd als de mate waarin metingen onafhankelijk zijn van toeval. Als er bijvoorbeeld lengten meerdere keren gemeten worden, moeten de resultaten van die verschillende metingen zo min mogelijk van elkaar verschillen. Hoe kleiner de verschillen, hoe betrouwbaarder de meting. Onafhankelijkheid van toeval wordt bij kwalitatief onderzoek als positief ervaren, omdat bij kwalitatief onderzoek open gestaan wordt voor onverwachte gebeurtenissen. Hierbij wordt niet gewerkt volgens een gestructureerd instrument, in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek. Dat wil niet zeggen dat bij kwalitatief onderzoek niet duidelijk moet zijn waar de onderzoeksconclusies op gebaseerd zijn. De gegevens moeten controleerbaar en inzichtelijk zijn. Alert zijn op mogelijke verstoringen is hierbij belangrijk. De toevalligheden of eventuele verstoringen kunnen gelegen zijn in: de situatie of locatie, de respondent of informant, het instrument, de onderzoeker zelf (als interviewer of observator). Bij kwalitatief onderzoek moet altijd goed onderbouwd worden waarom gekozen wordt voor een bepaald instrument.

In kwantitatief onderzoek speelt de nauwkeurigheid van een instrument bij betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten een grote rol. Als bijvoorbeeld de lengte van een persoon opgemeten wordt met een meetlint waar rek in zit, is er sprake van onnauwkeurigheid. De resultaten zullen hierbij dan meer van toeval afhangen dan wanneer er bijvoorbeeld een stalen lat gebruikt wordt. Voor het meten van bijvoorbeeld visies moet met minder betrouwbare meetinstrumenten gewerkt worden en zal dus toeval een grotere rol spelen. Hierbij is dus de onderzoeker zelf het belangrijkste meetinstrument: hij of zij bepaald welke vraag gesteld wordt en/of welke observaties genoteerd worden (Baarda e.a., 2005).

1.8 Bias

Bias wordt ook wel onzuiverheid genoemd en heeft betrekking op de aanwezigheid van systematische fouten en dus op problemen met de validiteit. Er worden drie vormen onderscheiden: response bias (bron van de fout is de respondent), experimenter bias (de bron is de onderzoeker) en observator bias (de bron is de observator) (Universiteit Leiden, 2012).

Bias, wanneer de resultaten van een onderzoek afwijken van de werkelijkheid door een systematische fout. Vertekening kan optreden als gevolg van een fout in alle stappen van een onderzoek. Er zijn verschillende soorten:

- Een fout bij de samenstelling van de onderzoeksgroep veroorzaakt selectie- bias. Wanneer men bijvoorbeeld in een onderzoek naar het voorkomen van kanker alleen patiënten onderzoek die naar het ziekenhuis komen zullen de resultaten vertekend zijn en niet representatief zijn voor de eerste lijn- populatie.
- Wanneer er een fout optreedt in een meting van te de onderzoeken parameters of in de classificatie van de patiënt wordt er gesproken over informatie- bias. De fout kan liggen bij de onderzoeker, wanneer bijvoorbeeld geen eenduidige definities van de onderzoeksparameters zijn vastgelegd. Ook de patiënt kan zorgen voor vertekening door een belangrijk gegeven niet te vermelden (bijvoorbeeld alcohol –of drukgebruik).
- Tot slot is er publicatie- bias. Positieve onderzoeksresultaten hebben over het algemeen een grotere kans op publicatie dan onderzoek met een negatief of neutraal resultaat (Universiteit Leiden, 2012).

Hoofdstuk 2 – voorgaand onderzoek

2.1 Inleiding

Op de afdeling Interne Geneeskunde van het Catharina ziekenhuis in Eindhoven is het voor de verpleegkundigen lastig om de werkprocessen omtrent de dagindeling te onthouden en na te leven. Hierdoor wordt er niet eenduidig gehandeld. Omtrent dit probleem is een onderzoek verricht genaamd: 'eenduidigheid in handelen'. Tijdens dit onderzoek is onderzocht wat mogelijke oorzaken van dit probleem konden zijn en wat een eventuele oplossing zou kunnen zijn. Om te kijken of dit onderzoek evidence based was en geen dubbel onderzoek verricht werd, is het afstudeerscript kritisch bekeken. Er is hiervoor gebruik gemaakt van het PARISH- raamwerk, om vanuit verschillende invalshoeken (evidence, context, facilitation) te kijken naar het gemaakte stuk en op die manier claims en concerns op te stellen. Van daaruit is bekeken of het gemaakte stuk evidence based is en is bepaald welke onderzoeken nog verricht moesten worden om een compleet beeld van de huidige situatie te krijgen. Voor de volledige uitwerking van het onderzoek zie bijlage 1.

2.2 Analyse voorgaand script

Na literatuurstudie is gekozen om het PARIHS- raamwerk te gebruiken als leidraad. Door middel van het PARIHS- raamwerk is op een gestructureerde manier gekeken naar het verslag en zijn de sterke en/of zwakke punten van het afstudeerscript in kaart gebracht. Doordat het PARIHS- raamwerk een wetenschappelijk bewezen meetinstrument is, zal dit de validiteit van de analyse verhogen en is de uitkomst van de analyse betrouwbaarder dan wanneer er voor een niet-wetenschappelijk bewezen instrument gekozen zou zijn. Dit verkleint bovendien de inval van bias, omdat voor het te analyseren document vastgelegd was waar naar gekeken moest worden.

2.2.1 Resultaten kritische beschouwing element 'evidence'

Om een implementatie succesvol aan te dragen en in te voeren, zal evidence verzameld moeten worden omtrent implementatiestrategieën, kwaliteitscyclussen en over het onderwerp zelf. Dit kan op verschillende manieren. Door gebruik te maken van verschillende bronnen van evidence: literatuurstudie, interviews, enquêtes, observaties etc. Op basis hiervan worden inzichten verkregen in de huidige situatie en visies rondom de wenselijke situatie en oplossingen hiervoor kunnen gevormd worden. Van daaruit kan gewerkt worden naar de invoering van een verandering (van Bers, 2008).

In het afstudeerscript wordt er over het algemeen goed Nederlands geschreven. De manier van onderzoeken (kwalitatief, open / semigestructureerd) is passend bij de onderzoeksvraag en doelgroep. Daarentegen is de volgorde van het verslag niet logisch, omdat er van het ene naar het andere onderwerp gegaan wordt; er ontbreekt een rode draad in het verhaal. Daarnaast is het doel van het onderzoek niet SMART geformuleerd, wat wil zeggen: er ontbreekt een tijdsduur en is niet controleerbaar. Tot slot is er onderzoek gedaan door middel van een beknopte literatuurstudie en drie verschillende vragenlijsten. De resultaten van het onderzoek zijn alleen hierop gebaseerd.

Wat goed is om te zien aan het script, is dat er een expert betrokken is bij de literatuurstudie. Er is objectieve informatie verzameld omtrent het implementeren. Ook is er een lezing bijgewoond. Wat er echter gedaan is met de informatie wordt niet beschreven en maakt het noemen van deze lezing overbodig. Daarbij wordt er gesproken over het belang verpleegkundigen gemotiveerd te houden tijdens het invoeren van een verandering. Dit zou volgens de literatuur geanalyseerd moeten worden. Of dit ook gedaan is is niet uit het verslag te halen. Onderstaand schema laat zien wat bij het element 'onderzoek' de claims en concerns zijn.

Claims	Concerns
- Over het algemeen wordt goed Nederlands geschreven. - De manier van onderzoeken: kwalitatief; open-semigestructureerd is passend bij de onderzoeksvraag en doelgroep. - Goed dat er tijdens het interview is meegeschreven en dat aan de geïnterviewde is teruggegeven wat zojuist gehoord is. Dit verhoogt de validiteit. - Het is goed te zien dat er a- selectief gekozen is voor de interviews. Dit voorkomt een eigen invulling van het onderzoek door "eenduidigheid in handelen", aangezien zij werkzaam is op de afdeling en bekend is met het probleem. Daarbij is het ook goed dat er wel rekening gehouden is met de werknemers die het veranderproces hebben	- Onduidelijke en niet consequente bronvermelding. - Er worden belangrijke termen door elkaar gebruikt. Zo wordt er gesproken over werkprocessen en werkafspraken. Eenduidigheid hierin ontbreekt. - Volgorde van het verslag niet logisch. Er wordt van het ene naar het andere gegaan en daarbij ontbreekt een rode draad in het verhaal, waardoor het geen samenhangend geheel is. - Het figuur in hoofdstuk 1.1 komt uit het niets. Het doel van een figuur is dat het een stuk tekst ondersteunt. Er mist een aanduiding en bronvermelding. - Het doel van het onderzoek is niet SMART geformuleerd. Er ontbreekt een tijdsduur en is niet controleerbaar. - De probleemstelling is niet duidelijk geformuleerd. De

doorgemaakt (wel geïnterviewd) en de werknemers die pas kort werkzaam zijn op de afdeling (niet geïnterviewd). - De vernieuwde werkafspraken zijn inzichtelijk gemaakt door ze in de bijlagen te zetten. Dit ondersteunt de eerder genoemde theorie hierover.	zinsopbouw is niet logisch, er ontbreken leestekens en is daardoor niet duidelijk leesbaar. - Er is onderzoek gedaan d.m.v. een beknopte literatuurstudie en drie verschillende vragenlijsten. De gegeven adviezen en resultaten zijn alleen hierop gebaseerd. Wellicht waren er meer effectieve(re) resultaten naar boven gekomen bij een breder onderzoek. - De summary en samenvatting komen uit het niets, zonder enige inleiding. - De samenvatting en hoofdstuk 1.0 (inleiding) gaan niet over het probleem zelf, maar over marktwerking en concurrentie. Wat heeft dit te maken met het probleem op afdeling 9-west? De link tussen deze twee onderwerpen wordt niet gelegd, waardoor het onduidelijk is dat dit erin staat. - Hoofdstuk 2 gaat over literatuurstudie. Deze is inderdaad gedaan, maar waarom de verschillende elementen die hierin verwerkt staan zijn onderzocht is een grote vraag. Ook hier ontbreekt een duidelijke inleiding. Verder is het erg algemeen beschreven, een groot stuk tekst, er is weinig diepgang gericht op het onderwerp en er zit geen logische volgorde in. Verder staat er erg veel tekst die ook in de bijlagen vermeldt had kunnen worden. De kern moet nu gezocht worden, terwijl deze eigenlijk in het hoofdstuk makkelijk te lezen hoort te zijn. - De vragen van de vragenlijst voor de verpleegkundigen zijn erg sturend. Het was de bedoeling de ervaring en mening van verpleegkundigen te achterhalen. De vragen zijn nu erg gericht op de algemene kennis van de verpleegkundigen rondom de veranderingen.
--	--

2.2.2 Resultaten kritische beschouwing element 'context'

Ook zal de context van de afdeling bepaald moeten worden, wil een implementatie succesvol zijn. Daarvoor zal informatie verzameld moeten worden omtrent context, leiderschap en evaluatie. Dit kan op verschillende manieren. Door bijvoorbeeld gebruik te maken van literatuurstudie, interviews en reflectie. Op basis hiervan worden inzichten verkregen in de huidige situatie en verschillende visies rondom de wenselijke situatie en oplossingen hiervoor kunnen worden gevormd. Van daaruit kan gewerkt worden naar een aan de afdeling aangepaste invoering van een verandering (van Bers, 2008).

Op basis van de verzamelde theorie is gekeken naar het afstudeerscript. Wat opvalt is dat er gesproken wordt over dat cultuur een belangrijke factor is binnen een organisatie en verandering. Echter, hier wordt vervolgens niets mee gedaan. Het blijft bij een algemeen stuk literatuur. Deze wordt niet onderzocht op de afdeling en er wordt dus geen rekening gehouden met de cultuur op de afdeling tijdens het aandragen van de adviezen. Onderstaand schema geeft weer welke claim en concern zijn opgesteld bij het element 'cultuur' naar aanleiding van de kritische beschouwing van het script.

Claims	Concerns
- Er wordt over cultuur gezegd dat dit een belangrijke factor is voor organisatie en verandering.	- Bij hoofdstuk 2.2.1 wordt zoals hiernaast beschreven staat de cultuur benoemd en wordt uitgelegd waarom deze belangrijk is. Echter, hier wordt vervolgens niets mee gedaan. Het blijft bij een algemeen stuk literatuur. Deze wordt niet onderzocht op de afdeling en er wordt dus geen rekening gehouden met de cultuur op de afdeling.

Gekeken naar het element 'leiderschap' is het goed dat het gehele personeel betrokken is bij het veranderproces. De afdelingsmanager geeft in een interview aan de weerstand van het personeel hiermee te willen verlagen, maar uit de resultaten van de vragenlijsten die gegeven zijn aan de afdelingsmanager, verpleegkundigen en de expert, blijkt dat verpleegkundigen dit anders hebben ervaren. Zij gaven aan niet goed op de hoogte/betrokken te zijn geweest bij het gehele

proces. Hierdoor blijkt dat de intentie van de afdelingsmanager goed bedoelt was, maar uiteindelijk in de praktijk anders is ervaren.

Als laatste het element evaluatie. Hierbij viel het op dat er geen concreet evaluatieplan is opgesteld, om het hele traject te evalueren. Dit is een gemis in het script.

2.2.3 Resultaten kritische beschouwing element 'facilitation'

Gepaste facilitation (begeleiding) moet tevens geboden worden om een implementatie succesvol in te voeren. Om dat te kunnen bewerkstelligen zal informatie verzameld moeten worden omtrent facilitation. Door bijvoorbeeld gebruik te maken van literatuurstudie, evaluatie en reflectie. Op basis hiervan worden inzichten verkregen in de huidige situatie en verschillende visies rondom de wenselijke situatie en oplossingen hiervoor kunnen worden bedacht. Op deze manier kan een gepaste begeleiding ontwikkeld worden voor het implementatietraject (van Bers, 2008).

Er wordt kritisch omschreven dat er bewust is gekozen (voorafgaand aan het onderzoek) om anonimiteit te garanderen. Dit bewijst dat de onderzoeker zich erg bewust was van de rol als onderzoeker op de afdeling. Op deze manier is geprobeerd de validiteit van het onderzoek zo hoog mogelijk te houden. Door op deze manier te werk te gaan zijn geen wenselijke antwoorden verkregen, maar konden de verpleegkundigen eerlijk antwoord geven zonder sociale druk. Echter is er tijdens het onderzoek niet gekeken naar hoe het traject passend zou kunnen worden begeleidt. Hierover is geen theorie terug te vinden in het verslag en scoort het onderzoek om die reden op dit element niet hoog. Het concern dat is opgesteld bij het element 'facilitation' wordt hieronder schematisch weergegeven.

Claims	Concerns
	- Er is niet gekeken naar hoe het traject passend bij de afdeling zou kunnen worden begeleid. Hierover is geen theorie terug en daarom ook niet onderbouwd.

2.3 Conclusie

Op basis van de bovenstaande gegevens kan worden geconcludeerd dat er minimaal onderzoek gedaan is en het onderzoek om onder andere die reden niet evidence based is. Er is slechts één bron gebruikt tijdens het verrichten van het onderzoek en bijvoorbeeld niet gekeken naar de cultuur op de afdeling. Daarom is de keus gemaakt nogmaals naar het probleem te gaan kijken en praktijkgericht onderzoek te doen. Hiermee wordt gehoopt erachter te komen hoe de eventuele checklisten eruit moeten komen te zien, wat de inhoudt hiervan moet zijn en wat voor de verpleegkundigen op de afdeling daarbij belangrijk is. Er zal rekening gehouden worden met het feit dat er al eerder onderzoek gedaan is en de verpleegkundigen zullen betrokken worden, maar zullen niet belast worden met dubbel onderzoek. Er zullen dus geen vragenlijsten opgesteld worden met dezelfde opzet en uitvoering. Dat wil overigens niet zeggen dat de verpleegkundigen niet meer geïnterviewd zullen worden en betrokken zullen worden bij praktijkgericht onderzoek.

Hoofdstuk 3 – taken en verantwoordelijkheden verpleegkundigen

3.1 Inleiding

Maandag 12 en dinsdag 13 november heeft de afstudeergroep geobserveerd op afdeling 9-west, Interne Geneeskunde. Hierbij is gekeken naar het huidige protocol "Front Office Nursing" (taakomschrijving van de dagindeling per dienst) en is gekeken naar of de verpleegkundigen de werkprocessen die in het protocol beschreven staan ook tijdig uitvoeren. Dit hoofdstuk is een weergave van het onderzoek. Er wordt omschreven waarom voor bepaalde observatiemethodes is gekozen en de resultaten en conclusie van de observatiedagen worden weergegeven. Voor de volledige uitwerking van het onderzoek zie bijlage 3.

3.2 Observatiedagen

Voorafgaand aan de observatiedagen is door de afstudeergroep een observatielijst opgesteld. Er is gezocht naar theorie rondom observeren en gekeken naar wat daarbij belangrijk is. Er is aan de hand van de gevonden literatuur gekozen voor gestructureerde, onverhulde, participerende observatie. De gestructureerde methode is gekozen, omdat in het protocol precies omschreven stond wat de verpleegkundigen zouden moeten doen tijdens een dienst. Het was voor de afstudeergroep dus belangrijk te kijken of dat wat er in het protocol beschreven staat ook daadwerkelijk zo uitgevoerd werd in de praktijk en zo niet, wat er dan eventueel aan het protocol ontbreekt en/of waarbij de verpleegkundigen afwijken van het huidige protocol. Bij gestructureerde of systematische observatie wordt van tevoren vastgelegd welk gedrag geobserveerd gaat worden en welke elementen van het gedrag daarbij belangrijk zijn. De observaties zijn vastgelegd in een observatieformulier, wat alleen kan als van tevoren bepaald is welke elementen belangrijk zijn. Dit verkleint de kans op bias (Migchelbrink, 2007). Ook vergroot deze manier van observeren de geldigheid van het onderzoek, doordat middels gesloten antwoordmogelijkheden geobserveerd is. Eigen invulling is hierbij uitgesloten. Een simpele ja of nee gaf antwoord op de observatiepunten. Dit geeft een reëel beeld van de werkelijke situatie.

Door onverhuld te observeren, hoopte de afstudeergroep dat de verpleegkundigen zich niet anders zouden gedragen dan anders. Het risico bij onverhulde observatie is dat degenen die geobserveerd worden zich juist anders op zouden kunnen stellen, omdat ze weten dat ze geobserveerd worden. Echter ging het in deze situatie niet om het inhoudelijk handelen van de verpleegkundigen, maar om het proces er rondom heen. Dat is daarom ook bekend gemaakt. Wanneer niet aangekondigd was dat er geobserveerd zou worden, kon het voor de verpleegkundigen een raadsel zijn wat er ging gebeuren en zouden zij zich juist anders op kunnen stellen/weerstand kunnen bieden, omdat de gedachte dan zou kunnen zijn dat het specifiek handelen van hen wel geobserveerd zou worden.

De afstudeergroep is tijdens de observaties letterlijk aanwezig geweest om het proces rondom de verschillende diensten te observeren. Dat wil zeggen dat er participierend geobserveerd is, om zo de werkelijke situatie in beeld te krijgen. Ook konden op deze manier de werknemers gevraagd worden vragen te beantwoorden om onduidelijkheden bij de afstudeergroep weg te nemen/om te checken of wat de afstudeergroep zag klopte met hoe dit in werkelijkheid vaker gebeurt (membercheck). Wanneer dit niet was gebeurd, had een eigen interpretatie van de afstudeergroep een grotere rol kunnen spelen en was de betrouwbaarheid van de observatie wellicht een stuk kleiner geweest (Migchelbrink, 2007).

3.2.1 Doel

Het doel van het protocol "Front Office Nursing (FON)" is dat alle verpleegkundigen de toegewezen patiënt zelfstandig en volledig verplegen, verzorgen en observeren, bewaken en begeleiden volgens de gegeven richtlijnen en de eindresultaten die beschreven staan behaald worden.

Om de observatie gestructureerd en met een doel voor ogen uit te kunnen voeren, is een observatievraag opgesteld. De observatievraag luidt: 'Worden de taken vanuit het protocol "Front Office Nursing" nageleefd door de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde? Wat gaat goed en wat kan beter?'

3.2.2 Resultaten observatiedagen

De afstudeergroep heeft een dagdienst en avonddienst geobserveerd en kunnen naar aanleiding hiervan aantonen welke punten uit het protocol wel worden uitgevoerd en welke punten ontbreken/niet op het gevraagde tijdstip worden uitgevoerd. Wat op de gevraagde tijdstippen wordt uitgevoerd en gehaald is door de werknemers op de afdeling zijn:

- Het aanwijzen van een anamneseverpleegkundige.
- 10 van de 10 verpleegkundigen hebben zich tussen 7.15 uur en 7.30 uur ingelezen in de patiëntendossiers.
- Het wassen van de patiënten wordt gedaan, het invullen van de prestatie-indicatoren en de controle van de metingen en het ontlastingspatroon worden in EZIS gezet.
- De koffiepauzes en de lunch verliepen volgens schema. Iedere werknemer was op tijd terug van zijn/haar pauze.
- De afdelingsgang was vóór ieder bezoeken leeg.
- De rapportages waren op tijd volledig, daarbij waren de dagoverdrachten bijgewerkt en uitgeprint.

- 6 van de 6 avonddiensten waren aanwezig bij de overdracht en hebben zich op tijd ingelezen in de patiëntendossiers.
- De ontslaggesprekken werden met behulp van de ontslagfolder gehouden.
- Om 16.45 uur werden de patiënten gepositioneerd voor het avondeten.
- Om 23.00 uur werd de mondelinge overdracht van de avonddienst naar de nachtdienst gedaan. Hier waren 8 verpleegkundigen bij aanwezig, waarvan 2 nachtdiensten.

Echter zijn er ook een aantal punten die niet gehaald zijn door de werknemers. Onderstaand worden die punten puntsgewijs weergegeven:

- De diensttijden zijn sinds 1 oktober 2012 veranderd. Dit is nog niet opgenomen in het huidige protocol, maar wel van invloed hierop. De werknemers beginnen bijvoorbeeld 's ochtends om 7.15 en niet om 7.30 uur. De tijd van bijvoorbeeld het inlezen van de patiëntendossiers zijn niet kloppend met de huidige praktijk.
- Bloedsuiker meten om 7.30 uur. Dit was bij geen enkele patiënt gedaan om dit tijdstip. Het resultaat was dus 0.
- Insuline spuiten om 7.30 uur. Dit was tevens bij geen enkele patiënt gedaan om dit tijdstip. Ook dit resulteerde in een score van 0.
- Patiënt positioneren voor het ontbijt. Het aantal dat gepositioneerd was om 8.00 uur was 5. Het aantal wat niet gepositioneerd was terwijl het ontbijt werd uitgedeeld, was 35.
- 9.30 uur vochtbalans bijwerken. Dit is gebeurd, maar werd gedaan na het ontbijt. Niet om 9.30 uur.
- 9.30 uur algemene indruk van de toestand van de patiënt hebben. Wat is een algemene indruk van de toestand van de patiënt hebben? De huidige werknemers konden hier geen antwoord op geven. Het afdelingshoofd wist ook niet wat dit inhield. Dit zou nagegaan moeten worden bij de auteurs van het protocol. Waren niet aanwezig.
- 11.15 uur weten wie er definitief met ontslag gaat en dit doorgeven aan de coördinator. Dit is het streven, maar was nu niet het geval. Dit is veranderd naar uiterlijk 13.30 uur, aldus een senior verpleegkundige.
- 11.45 uur bloedsuikers meten. Bij 50% van de patiënten was dit wel gedaan, bij 50% niet, in verband met een bepaalde situatie van een patiënt.
- 11.45 uur positioneren van patiënt voor de lunch ontbreekt in het protocol, gebeurt wel.
- 2 van de 5 medicatierondes staan beschreven in het protocol. Echter zonder tijd.
- Om 14.30 uur medicatie afgetekend voor de ronde van 15.00 uur. Om 14.45 uur: medicatie was nog niet volledig afgetekend. Medicatie uitdelen om 15 uur: niet gehaald in verband met overdracht.
- Ontslagkaart uitdelen wanneer de VOD bekend is: VOD kaart is een jaar geleden afgeschaft, aldus de secretaresse van de afdeling.
- 16.45 uur bloedsuikers meten: gehaald. Toedienen van insuline staat niet beschreven in het protocol, wel gedaan.
- Na het bezoeken kamers opruimen: dubbel, werd al gedaan voor het bezoeken.
- Het meten van de vitale functies werd gedaan door de werknemers. Staat nergens beschreven in het protocol.
- Patiënt klaar voor de nacht. Is dit gehaald? Geen idee. Er staat namelijk nergens wat dit inhoudt.
- Mondelinge overdrachten worden gedaan, maar nergens staat een tijd beschreven. Hierdoor is bijvoorbeeld het uitdelen van de medicatie van 15.00 uur niet tijdig gedaan.

3.3 Conclusie

Voorafgaand aan de observaties is door de afstudeergroep een onderzoeksvraag opgesteld, namelijk: 'Worden de taken vanuit het protocol "Front Office Nursing" nageleefd door de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde? Wat gaat goed en wat kan beter?'. Het antwoordt hierop is dat de taken en verantwoordelijkheden rondom de werkprocessen gedurende de dag (die in het huidige protocol "Front Office Nursing" beschreven staan) wel uitgevoerd worden, maar dat er veel taken niet beschreven staan in het huidige protocol (bijvoorbeeld het meten van de vitale functies en de medicijn deelrondes) en daarbij zijn ook de tijden veelal niet gehaald door de werknemers in de praktijk. Dit komt ook naar voren bij de membercheck. Er is door de afstudeergroep tijdens de observaties meerdere malen aan de verpleegkundigen teruggegeven wat zij hadden gezien. Op die manier is nagegaan of een situatie/activiteit vaker zo uitgevoerd werd, of juist niet. Dit alles heeft vragen opgeroepen bij de afstudeergroep, zoals bijvoorbeeld: 'Is het huidige protocol wel realistisch en volledig?'. De uitkomsten van de observaties zijn meegenomen bij het voorbereiden van de semigestructureerde interviews en hebben invloed op de ontwikkeling van het implementatieplan.

Hoofdstuk 4 – cultuur

4.1 Inleiding

Met de context wordt de setting waarbinnen mensen de gezondheidszorgdiensten ontvangen bedoeld. Drie elementen zijn belangrijk om deze context te vormen zodat er persoonsgerichte zorg gegeven kan worden. Deze elementen zijn: cultuur, leiderschap en evaluatie. Om de context op een afdeling in kaart te brengen, te kijken naar de cultuur die er heerst, zijn verschillende meetinstrumenten bruikbaar. Ieder meetinstrument heeft een eigen manier van onderzoeken en brengt vervolgens de cultuur van een afdeling, team of organisatie in beeld. Om voor het afstudeerproject ook te kijken naar dit aspect, is een cultuurmeting gedaan op de afdeling Interne Geneeskunde. De gegevens die van daaruit verzameld zijn, hebben invloed op de implementatie. In dit hoofdstuk wordt kort weergegeven welke cultuurmeting is afgenomen en wat de resultaten en conclusie op basis hiervan zijn. Voor de volledige uitwerking van het onderzoek zie bijlage 4.

4.2 NUCAT cultuurmeting

De NUCAT staat voor Nursing Unit Cultural Assessment Tool en is gericht op het gedrag binnen een team. Er is door middel van de NUCAT gekeken naar hoe de verpleegkundigen zelf tegen een situatie/stelling aankijken en hoe ze het team daarbij zien. Op deze manier is de werkelijke situatie duidelijk geworden en is de wenselijke situatie tevens aangedragen door de verpleegkundigen zelf. Dit heeft ervoor gezorgd dat de haken en ogen van de huidige situatie naar voren zijn gekomen en de verpleegkundigen mee hebben gedacht in het verbeteren en vormen van de wenselijke situatie. Dit heeft de afstudeergroep een extra positief punt opgeleverd, omdat zij hier rekening mee hebben gehouden tijdens het ontwikkelen van het implementatieplan (Cox, 2009; Gorkum, 2010).

De betrouwbaarheid van het onderzoek is gewaarborgd, omdat er gekozen is voor een bestaand meetinstrument. Hierdoor zijn de vragen vooraf al vastgesteld en zal eigen invulling door de afstudeergroep uitblijven. Op dat vlak zal bias geen rol spelen. Wel kan bias een rol spelen bij dit element, aangezien de afstudeergroep niet kan zien wat de verpleegkundigen invullen. Wanneer het voor hen onduidelijk is, kan iemand de vragenlijst anders invullen dan wanneer het voor iemand helemaal duidelijk is. Ook kan dit mogelijk de geldigheid hebben beïnvloed, vanwege het gegeven dat vooraf niet bekend was hoeveel verpleegkundigen de vragenlijst in zouden vullen.

4.2.1 Verschillende culturen

Binnen iedere setting, afdeling of zorginstelling heerst een bepaalde cultuur. Onderstaand worden vier culturen weergegeven.

Familiecultuur

Deze cultuur kenmerkt zich door teamwerk, personeel overal bij te betrekken en programma's te maken waarbij er een goede samenwerking gevraagd wordt. Leiders worden gezien als mentoren, soms zelfs als 'vaderfiguren'. Loyaliteit en traditie staan voorop in de familie cultuur.

Adhocratiecultuur

In deze cultuur steken mensen hun nek uit door risico's te nemen. Leiders nemen risico's die gericht zijn op het bevorderen van ondernemerschap en creativiteit. Dit doen zij om een voorsprong te krijgen en te behouden op de rest van het veld. Experimenteren en innoveren zijn belangrijke punten in de adhocratiecultuur. Iedereen is betrokken bij de productie. Individueel initiatief en vrijheid zijn belangrijk binnen deze cultuur.

Markt cultuur

De markt cultuur is een taakgerichte cultuur, waarbij afronding van het werk voorop staat. Doelstellingen zoals winst, cijfers en een sterke positie op de markt zijn belangrijke aspecten. Leiders zijn jagers, producenten en concurrenten tegelijk. Dit kenmerkt zich met eigenschappen zoals hard en veeleisend.

Hiërarchische cultuur

Een gestructureerde werkomgeving waarbij stabiliteit en efficiëntie een rol spelen kenmerkt de hiërarchische cultuur. Taken en functies kunnen geïntegreerd en gecoördineerd worden, zodat eenduidigheid van producten en diensten gecontinueerd worden. Leiders zijn trots op hun efficiënte, gecoördineerde organisatie. Om de organisatie bijeen te houden worden er regels, procedures en beleidstukken opgesteld (Quinn e.a., 1983).

4.2.2 Resultaten NUCAT cultuurmeting

De NUCAT bestaat uit 47 vragen en is gericht op het gedrag binnen een team. De antwoordmogelijkheden zijn: helemaal niet (1), een beetje (2), enigszins (3), behoorlijk (4), heel erg (5). Naar aanleiding van de ingevulde vragenlijsten is door de afstudeergroep een analyse gemaakt. Er zijn niet genoeg vragenlijsten ingevuld om het onderzoek als betrouwbaar aan te

duiden. Toch is ervoor gekozen het onderzoek wel mee te nemen in de analyse, omdat ook deze uitslag volgens de afstudeergroep iets zegt over de cultuur en werkwijze op de afdeling. Het geeft namelijk aan dat het een dynamische afdeling is, waarbij ze niet altijd tijd hebben om vragenlijsten in te vullen. Dit is tevens middels een membercheck achterhaald. De vragenlijsten zijn doorgenomen en per vraag zijn de ruwe scores genoteerd. Aan de hand daarvan kon gekeken worden naar de meanscore (gemiddelde score). De meanscore bepaalde vervolgens de 10 vragen die het hoogste hebben gescoord (de hoge scores geven aan dat de werknemers dit als belangrijkst zien). De vragen die onder de 2.3 scoorde zijn vervolgens bij elkaar gezet, dit zijn de laagste scores en geven aan wat de verpleegkundigen liever niet willen zien op de afdeling. Als laatste zijn de grootste verschijscores bekeken (de antwoorden op deze vragen liepen het meest uiteen). Onderstaand de resultaten van de cultuurmeting op een rijtje.

Hoogste score

1. Score 4.65 – vraag 5: 'Hoe belangrijk is het om kundig te zijn?'
2. Score 4.60 – vraag 29: 'Hoe belangrijk is om plezier te hebben terwijl je werkt?'
3. Score 4.55 – vraag 44: 'Hoe belangrijk is het om voorlichting en instructie te geven aan cliënten?'
4. Score 4.45 – vraag 47: 'Hoe belangrijk is het om nieuwe technieken en vaardigheden te leren?'
5. Score 4.45 – vraag 46: 'Hoe belangrijk is het om cliënten zich gemakkelijk te laten voelen?'
6. Score 4.45 – vraag 9: 'Hoe belangrijk is het om hard te werken?'
7. Score 4.35 – vraag 3: 'Hoe belangrijk is het om op een efficiënte manier te werken?'
8. Score 4.30 – vraag 13: 'Hoe belangrijk is het om je vertrouwd te voelen in het omgaan met noodgevallen?'
9. Score 4.25 – vraag 28: 'Hoe belangrijk is professionele groei en ontwikkeling?'
10. Score 4.25 – vraag 4: 'Hoe belangrijk is het om zorgbeleid en procedures te volgen?'

Score < 2.3

1. Score 1.95 – vraag 17: 'Hoe aanvaardbaar is het om te proberen het gedrag van anderen te veranderen door er grapjes over te maken?'
2. Score 2.0 – vraag 25: 'Hoe aanvaardbaar is het om te concurreren met je collega's?'
3. Score 2.05 – vraag 34: 'Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je een dagje nodig hebt om uit te rusten?'
4. Score 2.3 – vraag 12: 'Hoe aanvaardbaar is het om je werk alleen te doen in plaats van samen te werken met anderen?'

Grootste verschijscore

1. Score 2.5 – vraag 2: 'Hoe aanvaardbaar is het om te weigeren collega's te helpen wanneer ze dit vragen?'
2. Score 3 – vraag 15: 'Hoe belangrijk is het om aanvullende professionele verantwoordelijkheden op je te nemen binnen of buiten de afdeling (bijvoorbeeld het geven van een klinische les)?'
3. Score 3 – vraag 16: 'Hoe aanvaardbaar is het om het niet eens te zijn met je manager?'
4. Score 2.4 – vraag 18: 'Hoe belangrijk is het om buiten de afdeling om met je collega's af te spreken?'
5. Score 3.45 – vraag 20: 'Hoe belangrijk is het om je hulp aan anderen aan te bieden, zelfs voordat ze hierom hebben gevraagd?'
6. Score 3.35 – vraag 30: 'Hoe aanvaardbaar is het om de nadruk te leggen op het behouden van het leven in plaats van het mogelijk maken van een comfortabele dood, wanneer deze onvermijdelijk is?'
7. Score 3.6 – vraag 32: 'Hoe aanvaardbaar is het om bijscholing te volgen en promotie te bereiken?'
8. Score 2.05 – vraag 34: 'Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je een dagje nodig hebt om uit te rusten?'
9. Score 3.05 – vraag 38: 'Hoe belangrijk is het om eerder in de lichamelijke behoeften van cliënten te voorzien, dan hun psychosociale behoeften?'
10. Score 2.75 – vraag 45: 'Hoe aanvaardbaar is het om anderen rechtstreeks te zeggen wat ze moeten doen, in plaats van hun ideeën te geven over wat ze zouden kunnen doen?'

4.3 Conclusie

Uit bovenstaande gegevens komt duidelijk naar voren dat de hiërarchische cultuur heerst op de afdeling Interne Geneeskunde. Dit omdat er op de afdeling een gestructureerde werkomgeving bestaat, waar volgens protocol gewerkt zou moeten worden. Dit om stabiliteit en efficiëntie te waarborgen. Daarbij draait de hiërarchische cultuur om eenduidigheid van producten en diensten, iets wat ze op de afdeling ook belangrijk vinden. Om die redenen wordt er dan ook gewerkt met protocollen. Al deze gegevens bij elkaar genomen, komt duidelijk naar voren dat er op deze afdeling sprake is van een hiërarchische cultuur.

Naar aanleiding van de analyse van de cultuurmeting kan worden geconcludeerd dat de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde het belangrijk vinden om kundig te zijn en dit te blijven, dat het belangrijk is om plezier te hebben in het werk, het belangrijk is om voorlichting en instructies te geven aan patiënten, zodat zij zich op hun gemak voelen, ze verlangen van zichzelf en collega's dat er efficiënt en hard gewerkt wordt en vinden het belangrijk dat het zorgbeleid en de procedures gevolgd worden (al deze elementen hadden een score van > 4.25). Uit voorgaand onderzoek is echter gebleken dat dit in de praktijk niet altijd zo gebeurt. Bij bijvoorbeeld de semigestructureerde interviews kwam naar voren dat de verpleegkundigen die geïnterviewd zijn geen van allen volgens protocol werken. Uit de cultuurmeting kan dus worden

opgemaakt dat de verpleegkundigen de procedure rondom de dagindeling niet volgen in de praktijk, maar het wel graag zo zouden willen zien binnen het hele team.

De laagste score kwam naar voren bij de vraag: 'Hoe aanvaardbaar is het om te proberen het gedrag van anderen te veranderen door er grapjes over te maken?'. De lage score geeft aan dat de verpleegkundigen dit niet aanvaardbaar vinden en dit het liefst in de praktijk zo niet tegen willen komen. Daarnaast wordt laag gescoord op punten als concurreren met collega's, ziekmelden wanneer een dag nodig is om uit te rusten en het werk alleen te doen in plaats van samen te werken met anderen (al deze elementen hadden een score van < 2.3).

De grootste verschillen kwamen naar voren bij vragen als: 'Hoe aanvaardbaar is het om te weigeren collega's te helpen wanneer ze dit vragen?', 'Hoe belangrijk is het om buiten de afdeling om met je collega's af te spreken?', 'Hoe aanvaardbaar is het om het niet eens te zijn met je manager?', 'Hoe aanvaardbaar is het om de nadruk te leggen op het behouden van het leven in plaats van het mogelijk maken van een comfortabele dood, wanneer deze onvermijdelijk is?', 'Hoe belangrijk is het om eerder in de lichamelijke behoeften van cliënten te voorzien, dan hun psychosociale behoeften?' en 'Hoe aanvaardbaar is het om anderen rechtstreeks te zeggen wat ze moeten doen, in plaats van hun ideeën te geven over wat ze zouden kunnen doen?'. Bij deze vragen kwamen de grootste verschillen naar voren. Dat wil zeggen dat de ene verpleegkundige gereageerd heeft met een '1' (niet belangrijk/aanvaardbaar, oftewel de laagste waardering), terwijl een andere verpleegkundige gereageerd heeft met een '5' (erg belangrijk/aanvaardbaar, oftewel de hoogste waardering). Door deze verschillen onder de respondenten zijn de grootste verschillen ontstaan. Dit geeft aan dat de verpleegkundigen niet eenduidig denken over bovenstaande punten.

Concluderend kan gezegd worden dat de verpleegkundigen het belangrijk vinden om kundig te zijn (en dit te blijven) en dat het belangrijk is om plezier te hebben in het werk. Binnen de hiërarchische cultuur komt er wel een beleidsmatig punt bij, doordat er een jaar geleden veel is veranderd. Er wordt van de verpleegkundigen verwacht dat zij precies werken volgens protocol. Dit gebeurt regelmatig niet, wat mogelijk komt doordat het protocol niet volledig is. Onvolledigheid kan zorgen voor onduidelijkheden. Bij een hiërarchische cultuur kan dit invloed hebben op de praktijkuitvoering. Voor een eventuele implementatie zal daarom gekeken moeten worden vanuit het oogpunt van de verpleegkundigen. Alleen op die manier kan er een product ontwikkeld worden waar zij zich in kunnen vinden en wat daardoor een bijdrage kan leveren aan het bevorderen van eenduidigheid in handelen in de praktijk.

Hoofdstuk 5 – inventariserende enquête en semigestructureerde interviews

5.1 Inleiding

Voorafgaand aan de start van het eerste onderzoek is een inventariserende enquête afgenomen bij de verpleegkundigen op de afdeling. Dit onderzoek is gedaan, om een eerste indruk te krijgen van de huidige situatie op de afdeling en de ervaringen van de verpleegkundigen. Hierdoor kon later gericht onderzoek gedaan worden en konden bij bijvoorbeeld het opstellen van de semigestructureerde interviews de vragen gericht gesteld worden.

De semigestructureerde interviews zijn later afgenomen. Op dinsdag 4 december en donderdag 6 december hebben semigestructureerde interviews plaatsgevonden met 3 verpleegkundigen die een lange tijd werkzaam zijn op de afdeling Interne Geneeskunde en 3 verpleegkundigen die sinds kort werkzaam zijn op de afdeling. Hier waren alvorens open en gesloten vragen voor opgesteld.

Dit hoofdstuk is een weergave van de hierboven beschreven onderzoeken. De uitvoering van de onderzoeken, de resultaten en conclusies worden kort toegelicht. Voor de volledige uitwerking van de onderzoeken, zie bijlage 2 en 5.

5.2 Inventariserende enquête

Om te beginnen met het onderzoek is een inventariserende enquête afgenomen. In de nieuwsbrief waar de afstudeergroep een stukje in geschreven had, was aangekondigd dat de enquête in de postvakken lagen en werd omschreven dat het erg op prijs gesteld zou worden als de verpleegkundigen van de afdeling hier even de tijd voor zouden nemen. Dit onderzoek is gedaan, om een eerste indruk te krijgen van de huidige situatie op de afdeling en de ervaringen van de verpleegkundigen. Hierdoor is later gericht onderzoek gedaan en zijn bij bijvoorbeeld het opstellen van de semigestructureerde interviews de vragen gericht opgesteld.

In het bericht in de nieuwsbrief en nogmaals in de enquête zelf stond vermeld dat de enquête anoniem ingevuld mocht worden en puur voor het onderzoek gebruikt zou worden. De informatie is dus ook niet aan derden verstrekt. De enquête bestond uit 7 vragen, waarvan 3 open vragen en 4 meerkeuze vragen. Wanneer de enquête naar eigen mening en inzichten ingevuld was, is deze in het postvak van de afstudeergroep op de afdeling gelegd. Er was een datum vermeld waarop de afstudeergroep de enquêtes op zou komen halen, zodat de werknemers op de hoogte waren van het moment waarop de enquêtes ingevuld 'moesten' zijn.

5.2.1 Resultaten

Het opstellen van een goede enquête is een kunst op zich. Er zijn een aantal voorwaarden waar een goede enquête aan moet voldoen. De vragen mogen bijvoorbeeld niet dubbelzinnig zijn, wat wil zeggen dat één interpretatie mogelijk is. Dat geldt tevens voor de opgestelde antwoorden. Indien er gekozen wordt voor gesloten vragen, mogen de antwoordalternatieven elkaar niet overlappen. De vragen moeten altijd neutraal gesteld worden en mogen op geen enkele wijze suggestief zijn. Zonder dat de opsteller van de vragenlijst het zelf beseft, kan de volgorde van de vragen al bepalend zijn voor de antwoorden die de respondent geeft. Irritatie moet daarom sowieso worden voorkomen. Om deze reden is om in een schriftelijke vragenlijst persoonlijke vragen over de respondent achteraan in de vragenlijst op te nemen. Om ervoor te zorgen dat er geen fouten (vertekening of bias) meer in de vragenlijst staan, kan de onderzoeker dit laten controleren door iemand met veel ervaring op dit gebied, en/of door de vragenlijst uit te proberen bij een aantal personen uit de groep (Baarda e.a., 2001).

Veel verschillende verpleegkundigen hebben gereageerd, variërend van verpleegkundigen die pas werkzaam zijn op de afdeling tot verpleegkundigen die al jaren werken op de afdeling Interne Geneeskunde. Door de vele reacties kan een totaalbeeld gevormd worden, omdat zowel langwerkende als kortwerkende verpleegkundigen hun mening hebben gedeeld. Kijkend naar de verschillende functiecategorieën is ook hier zichtbaar dat vanuit iedere categorie is gereageerd. Dit wordt als positief gezien door de onderzoekers, omdat op deze manier niet vanuit één invalshoek is gekeken, maar dat vanuit verschillende invalshoeken meningen zijn gedeeld. Dit vergroot de validiteit van het onderzoek.

Bij de vraag omtrent de betrokkenheid tijdens de veranderingen op de afdeling geeft het merendeel van de langwerkende verpleegkundigen aan dat zij zich betrokken hebben gevoeld. De kortwerkende verpleegkundigen hebben hier geen mening over, omdat zij de voorgaande manier van werken niet kennen en de veranderingen niet hebben meegemaakt. Opvallend was dat bij vraag 4, de vraag omtrent het voorgaande project "eenduidigheid in handelen" het grootste deel van de respondenten niet betrokken is geweest bij dit project (1 van de 16 is betrokken geweest). Het heeft volgens hen/voor hen ook niet veel opgeleverd. Elke 3 weken wordt er een protocol (werkproces) in de koffiekamer op een poster gehangen, waardoor verpleegkundigen zich weer even bewust worden van hoe het protocol in elkaar zat (themaweek). Uit de enquête blijkt dat de themaweken die zijn ingesteld naar aanleiding van het voorgaand onderzoek de verpleegkundigen over het

algemeen helpen met het herinneren aan de protocollen. De werknemers geven wel aan dat het nog steeds te veel informatie is om te onthouden. Het merendeel geeft aan niet blindelings te kunnen handelen wanneer een protocol 6 weken eerder in de belangstelling heeft gestaan.

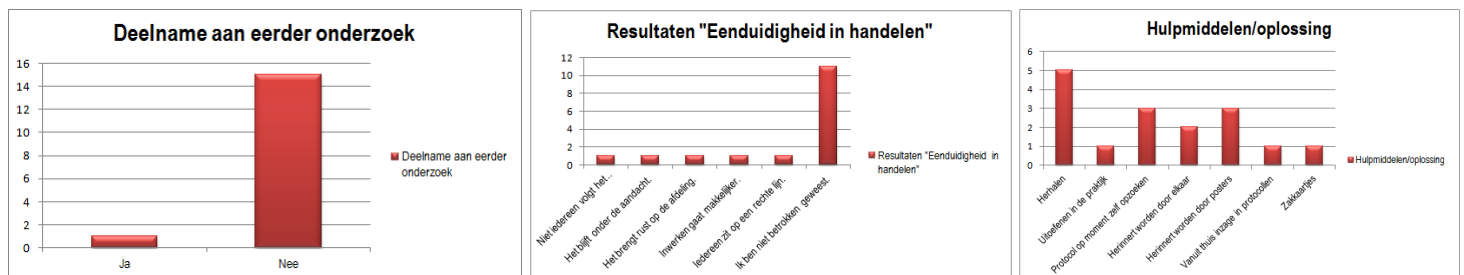
Mogelijke hulpmiddelen die uit de enquête naar voren zijn gekomen omtrent het onthouden en naleven van de werkprocessen omtrent de dagindeling zijn:

- Veelvuldig herhalen;
- Er veel mee werken in de praktijk;
- Het protocol op het moment van handelen opzoeken;
- Herinnert worden door een collega;
- Herinnert worden door middel van posters;
- Vanuit thuis inzage hebben in de protocollen;
- Zakkaartjes.

Mogelijke hulpmiddelen die uit de enquête naar voren zijn gekomen omtrent het onthouden en naleven van de werkprocessen zijn:

- Veelvuldig herhalen;
- Er veel mee werken in de praktijk;
- Het protocol op het moment van handelen opzoeken;
- Herinnert worden door een collega;
- Herinnert worden door middel van posters;
- Vanuit thuis inzage hebben in de protocollen;
- Zakkaartjes.

Onderstaand een aantal grafieken die de resultaten van de enquête weergeven.



5.3 Conclusie

De enquête heeft bijgedragen aan een eerste inventarisatie rondom het probleem. Wat het meest opvalt is dat maar één van de verpleegkundigen deel heeft genomen aan het voorgaande onderzoek en dat er ook maar één van de respondenten een zakkaartje als oplossing zou zien. Uit het voorgaand project: "eenduidigheid in handelen" bleek dat verpleegkundigen dit als dé oplossing zouden zien. De resultaten zijn meegenomen in het verdere onderzoek om de semigestructureerde interviews voor te bereiden.

5.4 Semigestructureerde interviews

Voor de semigestructureerde interviews is gekozen om 6 verpleegkundigen individueel en face to face te ondervragen. Deze keuze is onder andere gebaseerd op hoe lang de verpleegkundigen werkzaam zijn op de afdeling. Zo zijn er verpleegkundigen die al jaren werkzaam zijn op de afdeling, maar ook verpleegkundigen die sinds kort (bijvoorbeeld een paar maanden) werkzaam zijn op de afdeling. De afstudeergroep had ervoor gekozen geen onderscheid te maken qua niveau, omdat het opleidingsniveau niet belangrijk is voor het onderzoek. Wel is onderscheid gemaakt op het gebied hoe lang de verpleegkundigen werkzaam zijn op de afdeling. Zo zijn 3 werknemers uitgekozen die lang werkzaam zijn op de afdeling (langer dan 2 jaar). Zij hebben de veranderingen doorgemaakt die een jaar geleden zijn ingevoerd. Daarnaast is de keus gemaakt ook 3 nieuwe verpleegkundigen te interviewen. Zij zijn nieuw (werkzaam sinds 1 tot 4 maanden) en hebben van meet af aan leren werken met de 'nieuwe' werkwijze. Waar de afstudeergroep zich zeer van bewust is, is dat er op deze manier geen homogene groep geïnterviewd is. Dat kon wellicht de resultaten beïnvloeden. Aan de andere kant, wanneer de afstudeergroep dit onderscheid niet had gemaakt, was bij voorbaat al niet globaal gekeken en zou niet gekeken zijn naar of er verschillen bestonden tussen de lang werkzame verpleegkundigen en de verpleegkundigen die kort werkzaam zijn op de afdeling. Dit was wel de bedoeling van dit onderzoek, omdat er zo gekeken is naar of de hele populatie (zowel de langwerkende als de kortwerkende verpleegkundigen) bekend was met het protocol en hier naar werkt in de praktijk, of dat hier verschillen in bestonden. De opdrachtgever heeft willekeurig op 2 verschillende data de personen gekozen die geïnterviewd zijn. Zij waren die dag toevallig werkzaam op de afdeling. Er is naar hen door de opdrachtgever een mail gestuurd met de vraag of zij deel wilden nemen aan het interview. Zij waren allen hiertoe bereid. Op deze manier is door de afstudeergroep vanuit verschillende invalshoeken informatie te verzameld.

Voor de individuele/face to face ondervraging is gekozen omdat de afstudeergroep specifieke informatie wilde verzamelen en zij op deze manier vanuit verschillende invalshoeken naar het onderwerp konden kijken. De verpleegkundigen zijn op deze manier betrokken bij het onderzoek en beïnvloeden elkaar niet, zoals bijvoorbeeld wel het geval zou kunnen zijn tijdens een groepsgewijze ondervraging. Ook kon iedere respondent zijn of haar eigen mening geven omtrent wat voor hem of haar een effectieve manier zou zijn om de afdelingsgebonden werkafspraken (rondom de werkprocessen gedurende de verschillende diensten) te onthouden en na te leven in de praktijk. Door één op één te ondervragen zijn wenselijke antwoorden en sociale druk zoveel mogelijk voorkomen en is de validiteit van het onderzoek gewaarborgd. Er is gewerkt met een semigestructureerde vragenlijst, omdat de afstudeergroep tijdens het onderzoeken een inventariserende enquête heeft afgenomen bij de werknemers en er geobserveerd is. Dit heeft geresulteerd in topics. Hierdoor kon de afstudeergroep gericht vragen gaan stellen aan de werknemers en hebben zij het interview al enige structuur gegeven. Op deze manier is de kans op bias geminimaliseerd, omdat alle gesprekken vooraf semigestructureerd zijn, zijn opgenomen, er doorgevraagd is bij onduidelijkheden en achteraf letterlijk genoteerd is wat er tijdens de gesprekken gezegd is. Van daaruit is de vergaarde informatie als betrouwbaar beschouwd.

5.4.1 Resultaten middels thematische analyse

Er is gekozen voor een thematische data-analyse. Hiervoor heeft de afstudeergroep een workshop gevolgd van Shaun Cardiff en Miranda Snoeren op dinsdag 27 november 2012. Voorafgaand aan de workshop hebben beide groepsleden de theorie doorgenomen die vereist was voor deelname aan de workshop (Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke (2006), samenvatting door Shaun Cardiff (september 2012)). Tijdens de workshop is informatie verzameld en is in de praktijk geoefend met het uitvoeren van een thematische data-analyse. De zes stappen die bij een thematische data-analyse doorlopen dienen te worden zijn allen doorlopen. Naar aanleiding van deze opgedane kennis heeft de afstudeergroep de semigestructureerde interviews volgens de zes stappen geanalyseerd. Hieronder volgt een weergave van de thematische data-analyse van de semigestructureerde interviews. Stap voor stap wordt uitgelegd wat er door de afstudeergroep gedaan en ondervonden is.

Stap 1: Verkennen van de data

De eerste stap is het verkennen van de data. Hiervoor heeft de afstudeergroep alle interviews letterlijk uitgewerkt. Na het uitwerken van de interviews zijn de teksten in een apart bestand gezet. Alles wat opviel in de antwoorden is gemarkeerd.

Stap 2: Codes maken

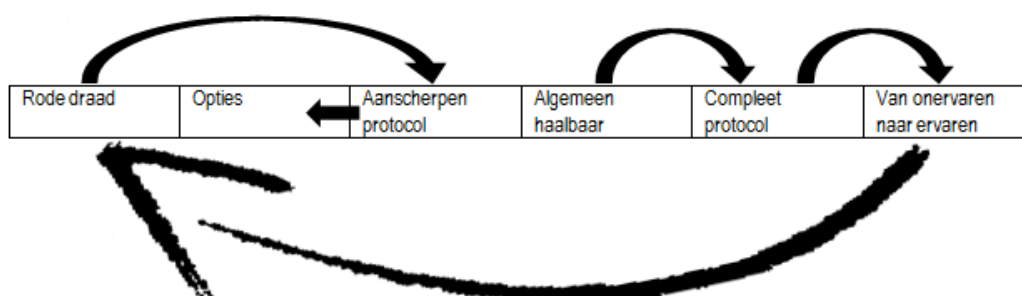
Codes worden gemaakt van relevante segmenten van de data. Met een code worden dus stukken uit de tekst die een betekenis hebben voor de onderzoeksvraag bedoeld (Cardiff, 2012). De afstudeergroep heeft de opvallende stukken in de antwoorden uit de interviews gemarkeerd bij stap 1 en vervolgens gekeken naar het geheel. Om codes te maken zijn zij gaan kijken naar punten als: 'Waar gaat de tekst over?' en 'Wat zegt iemand nou eigenlijk?'. Door op die manier te kijken naar de gegeven antwoorden zijn zij dicht bij de tekst gebleven en zijn woorden gemaakt die kenmerkend waren voor dat stuk tekst.

Stap 3: Thema's zoeken

De volgende stap was het zoeken naar thema's. Om thema's te vormen zijn de codes eerst op post-its geschreven en zijn de post-its vervolgens op één grote hoop gelegd. Door de afstudeergroep is in de hoop gezocht naar gelijkenissen, of anderszins: zagen zij overeenkomsten in de codes? Op die manier heeft de afstudeergroep de codes kunnen clusteren. Alle codes die iets met elkaar te maken hadden zijn bij elkaar gehangen. Zo vormden er groepen codes.

Stap 4: Herziening thema's

Bij stap 4 is gezocht naar één thema voor ieder cluster. Daarbij was het belangrijk dat het woord of de zin de betekenis gaf aan alle codes die onder dat thema vielen. Een gepuzzel dus. Daarvoor heeft de afstudeergroep als het ware uit- en ingezoomd op de codes en zijn sommige codes verplaatst naar een andere clustergroep. Wat paste waar bij en welk woord of welke zin omvatte het hele cluster? Om passende thema's te krijgen is tevens gekeken naar de citaten die kenmerkend waren voor de codes. Dit heeft er mede voor gezocht dat een thema later toch veranderd is. Uiteindelijk heeft de afstudeergroep 6 hoofdthema's gevonden. Voor alle clustergroepen één. Deze thema's weerspiegelen het verhaal dat door de verpleegkundigen tijdens het interview is verteld. Het geeft de essentie weer van de interviews. Onderstaand een schema van de gevormde thema's. De thema's volgen elkaar op middels pijlen. Dat geeft het verband tussen de thema's aan.



Tijdens het thematiseren van de gegeven antwoorden kwam duidelijk naar voren dat het voor de verpleegkundigen op de afdeling in het algemeen haalbaar is om de taken en activiteiten die per tijd beschreven staan te halen. Daarbij gaven zij in het begin van het interview aan dat zij het protocol kennen en als compleet ervaren. Wel geven zowel de oudere als nieuwere verpleegkundigen aan dat er een verschil bestaat tussen de langer werkzame verpleegkundigen en de nieuwere verpleegkundigen. Onder andere het plannen van de werkzaamheden (welke in het protocol specifiek vermeld staan) zorgde vooral bij de nieuwere verpleegkundigen nog wel eens voor het niet halen van de gevraagde activiteiten per tijd. Daarbij komt het feit dat geen van de verpleegkundigen het protocol nog precies kent en hiernaar handelt. Wel geven zij allen aan dat het protocol de rode draad is en het zeker voor nieuwe verpleegkundigen en voor poolers een belangrijk handvat is om de dagindeling en structuur in de dagelijkse handelingen te leren kennen. Op de vraag of ze iets miste in het protocol waren alle antwoorden 'nee'. Hierop doorvragend kwam naar voren dat dit wel het geval was en gaven alle verpleegkundigen aan het verstandig te vinden als het protocol aangescherpt wordt en dan vooral volledig gemaakt wordt. Dit resulteerde in opties, of anders gezegd mogelijkheden, aldus de verpleegkundigen. De opties die naar voren kwamen zijn de dingen die zij denken dat wij zouden kunnen doen om eenduidigheid in handelen te bevorderen op de afdeling.

Stap 5: Benoemen en definiëren van thema's

1) Algemeen haalbaar

Het protocol "Front Office Nursing" is voor de verpleegkundigen een bekend protocol. Ze gaven in het interview allemaal aan dat het over het algemeen, dus meestal, haalbaar is om de gevraagde activiteiten uit te voeren op het genoemde tijdstip. Over het algemeen wil zeggen, wanneer er geen calamiteiten gebeuren.

2) Compleet protocol

De verpleegkundigen kennen het protocol "Front Office Nursing" en vinden dat het protocol compleet is. Er mist volgens hen niets en er is volledig in beschreven wat er wanneer moet gebeuren. Zij vinden dit vooral handig voor nieuwe verpleegkundigen en poolers. Die kunnen aan de hand van het protocol volgens hen de dagindeling en verantwoordelijkheden leren kennen.

3) Van onervaren naar ervaren

De nieuwe verpleegkundigen geven aan dat doordat ze nieuw zijn op de afdeling en dus nog niet precies weten hoe alles werkt en wat er precies gedaan moet worden, dit het werktempo remt en het inschattingsvermogen van de werkzaamheden vermindert. De verpleegkundigen die langer werkzaam zijn op de afdeling, herkennen dit. Zij geven aan dat het vooral ligt aan het wel of niet ervaren zijn op de afdeling. Dat daar een verschil in zit, qua werktempo. Zij zeggen dat hoe meer ervaren iemand op de afdeling is, hoe sneller en efficiënter er gewerkt kan worden.

4) Rode draad

Alle verpleegkundigen geven aan bekend te zijn met het protocol, maar niet precies te weten wat erin staat en of zij ernaar handelen in de praktijk. Wel is het voor een ieder de rode draad en noemen ze het meer een richtlijn dan een protocol. Ook vinden de verpleegkundigen het een rode draad voor nieuwe verpleegkundigen en poolers en geven zij aan dat het een bruikbaar handvat is om wegwijs te worden op de afdeling en structuur te krijgen in de dagelijkse handelingen.

5) Aanscherpen protocol

De verpleegkundigen geven aan dat ze het protocol compleet vinden. Hierop doorvragend komen zij hier allemaal op terug. Ze vinden namelijk dat het protocol vooral voor nieuwe verpleegkundigen volledig hoort te zijn. Ze geven aan dat als er punten als de vitale functies en de medicatierondes ontbreken, dit niet zo hoort te zijn en dat het aanscherpen van het protocol mede daarom verstandig is. Ontbrekende punten zouden volgens hen toegevoegd moeten worden aan het protocol.

6) Opties

Wanneer er gesproken wordt over wat zij denken dat er zou moeten gebeuren op de afdeling en op welke manier de afgestudeergroep een eventuele implementatie het beste aan zou kunnen pakken, geven de verpleegkundigen verschillende opties aan. Met opties bedoelen zij mogelijkheden om eenduidigheid in handelen in de praktijk te vergroten, of anders gezegd te bevorderen.

Stap 6: Rapporteren

1) Algemeen haalbaar

Het protocol "Front Office Nursing" is voor de verpleegkundigen een bekend protocol. Ze gaven in het interview allemaal aan dat het over het algemeen, dus meestal, haalbaar is om de gevraagde activiteiten uit te voeren op het genoemde tijdstip. Over het algemeen wil zeggen, wanneer er geen calamiteiten gebeuren. Zo zegt verpleegkundige K. in het interview letterlijk:

'Veelal wel, maar ja je hebt natuurlijk wel eens op deze afdeling spoedsituaties of dergelijke dat het wel eens ietsje later gebeurt. Dat kan gebeuren. Ja, maar dat is, je probeert zo goed mogelijk de prioriteiten te stellen, maar ja als er zoiets tussendoor komt kan het wel eens iets later worden.'

2) Compleet protocol

De verpleegkundigen kennen het protocol "Front Office Nursing" en vinden dat het protocol compleet is. Er mist volgens hen niets en zij zeggen enigszins twijfelend dat er volledig in beschreven staat wat er wanneer moet gebeuren. Zij vinden dit vooral handig voor nieuwe verpleegkundigen en poolers. Die kunnen aan de hand van het protocol volgens hen de dagindeling en verantwoordelijkheden leren kennen. In het interview met verpleegkundige K. zegt ze:

'Ja, daar staat gewoon goed in beschreven wat er per dienst moet gebeuren, dus ja. Dat is volgens mij wel prima.'

3) Van onervaren naar ervaren

De nieuwe verpleegkundigen geven aan dat doordat ze nieuw zijn op de afdeling en dus nog niet precies weten hoe alles werkt en wat er precies gedaan moet worden, dit het werktempo remt en het inschattingsvermogen van de werkzaamheden vermindert. De verpleegkundigen die langer werkzaam zijn op de afdeling, herkennen dit. Zij geven aan dat het vooral ligt aan het wel of niet ervaren zijn op de afdeling. Dat daar een verschil in zit, qua werktempo. Zij zeggen dat hoe meer ervaren iemand op de afdeling is, hoe sneller en efficiënter er gewerkt kan worden. In het interview met verpleegkundige I. zegt ze het volgende:

'Ja, ik denk dat dat heel veel te maken heeft met ervaring. Hoe meer ervaren je bent. Als nieuwe medewerker moet je zoveel onthouden: de ziektebeelden, de patiëntencategorieën, je nieuwe collega's. Je moet zoveel onthouden, dat remt je werktijd. Dus het ligt meer aan of je lang werkt of niet. Als je hier langer werkt, op een gegeven moment dan kun je ook wel zien of iemand efficiënt werkt of niet, want daar gaat het om.'

4) Rode draad

Alle verpleegkundigen geven aan bekend te zijn met het protocol, maar niet precies te weten wat erin staat en of zij ernaar handelen in de praktijk. Wel is het voor een ieder de rode draad en noemen ze het meer een richtlijn dan een protocol. Ook vinden de verpleegkundigen het een rode draad voor nieuwe verpleegkundigen en poolers en geven zij aan dat het een bruikbaar handvat is om wegwijs te worden op de afdeling en structuur te krijgen in de dagelijkse handelingen. Verpleegkundige I. geeft in het interview twee punten weer die het gebruik van het protocol weerspiegelen:

'Ja, het moet meer een richtlijn zijn. Je moet niet over protocollen praten. Dit is de rode draad, dit moet er gebeuren. En of je dan om 7.15 uur of 7.45 uur de bloedsuikers zijn geprikt, ja... Als het maar voor het ontbijt gedaan is.'

'Het gevaar van een protocol is wel vind ik, een protocol is een rode draad. Wat mensen moeten leren is dat niet letterlijk te nemen. Als ze dat letterlijk gaan nemen wordt het een groot potje.'

5) Aanscherpen protocol

De verpleegkundigen geven aan dat ze het protocol compleet vinden. Hierop doorvragend komen zij hier allemaal op terug. Ze vinden namelijk dat het protocol vooral voor nieuwe verpleegkundigen volledig hoort te zijn. Ze geven aan dat als er punten als de vitale functies en de medicatierondes ontbreken, dit niet zo hoort te zijn en dat het aanscherpen van het protocol mede daarom verstandig is. Ontbrekende punten zouden volgens hen toegevoegd moeten worden aan het protocol. Verpleegkundige L. zegt in het interview:

'Het protocol hoort wel volledig zijn. Het is eigenlijk wel standaard dat de vitale functies 's ochtends gemeten worden, dus dat hoort er wel in het protocol bij te staan. En als er nieuwe mensen komen is dat eigenlijk wel iets wat erin moet.'

Verpleegkundige M. zegt in het interview dat:

'Als het protocol "Front Office Nursing" niet alleen de dagdienst behapt, horen alle medicatierondes erin beschreven staan, wie wat doet.'

6) Opties

Wanneer er gesproken wordt over wat zij denken dat er zou moeten gebeuren op de afdeling en op welke manier de afstudeergroep een eventuele implementatie het beste aan zou kunnen pakken, geven de verpleegkundigen verschillende opties aan. Met opties bedoelen zij mogelijkheden om eenduidigheid in handelen in de praktijk te vergroten, of anders gezegd te bevorderen. Verpleegkundige M. zegt tijdens het interview:

'Ik denk dat een poster een goed idee is, op meerdere plaatsen. En eventueel een spieker voor de liefhebbers.'

Verpleegkundige K. zegt tijdens het interview:
'Af en toe eens vaker later terugkomen zodat iedereen erop gefocust is.'

Verpleegkundige I. geeft tijdens het interview aan dat:
'DKS voor thuis. Want je hebt niet altijd de ruimte en de tijd om achter DKS te kruipen. Misschien kun je bepaalde links met thuis koppelen. Als ik thuis zit, denk ik wel eens: 'Oh, hoe zat dat ook alweer? Dat ga ik morgen opzoeken.' Maar morgen gebeurt het weer niet, dus misschien is dat iets.'

Verpleegkundige E. zegt tijdens het interview:
'Dus ik denk dat je dan echt moet gaan kijken naar de specifieke dingen die echt op de interne aan komen. En ik denk dat dat wel het belangrijkste is, dat dat erin komt te staan. Wat ook kan helpen is verwijzingen naar protocollen maken, omdat onderzoeken een belangrijk punt zijn op de interne. Dus in het protocol 'Front office nursing' verwijzen naar bijvoorbeeld het protocol 'onderzoeken'.'

5.5 Conclusie

Concluderend kan gezegd worden dat uit voorgaand onderzoek is gebleken dat verpleegkundigen een checklist in de vorm van een spieker als dé oplossing zagen. Uit eerder eigen onderzoek (enquête, observaties) bleek dat verpleegkundigen een checklist niet als dé enige oplossing zien. Ook tijdens deze interviews die afgenomen zijn bij verschillende verpleegkundigen komt meerdere malen naar voren dat op dit moment een checklist niet als de (enige) optie gezien wordt. Zo zegt verpleegkundige M. tijdens het interview:

'Zou eventueel ook op zo'n geplastificeerd kaartje kunnen, maar die krijgen we steeds meer, dus dan heb je allemaal van die losse dingen. Dat is misschien ook niet zo handig. Misschien wordt het dan wel een beetje veel.'

Verpleegkundige M. zegt in het interview:
'Er neigt een overkill aan spiekers.'

Hoofdstuk 6 – conclusie & aanbevelingen

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de conclusies. Per deelvraag zal middels het gebruik van de resultaten van de onderzoeken antwoord gegeven worden op de vraag. Uiteindelijk zal dit alles samen een antwoord geven op de probleemstelling.

6.2 Deelvraag 1: 'Is de informatie uit voorgaand onderzoek 'eenduidigheid in handelen' van de afdeling evidence based en wat is het niveau hiervan?'

Na literatuurstudie is gekozen om het PARIHS- raamwerk te gebruiken als leidraad. Door middel van het PARIHS- raamwerk kon gestructureerd gekeken worden naar het voorgaand onderzoek en konden de sterke en/of zwakke punten van het afstudeerscript in kaart gebracht worden. Hieronder staan de conclusies van de kritische beschouwing van het voorgaande onderzoek beschreven. Voor de volledige uitwerking van het onderzoek zie bijlage 1.

6.2.1 Evidence

In het afstudeerscript wordt er over het algemeen goed Nederlands geschreven. De manier van onderzoeken (kwalitatief, open / semigestructureerd) is passend bij de onderzoeksvraag en doelgroep. Daarentegen is de volgorde van het verslag niet logisch, omdat er van het ene naar het andere onderwerp gegaan wordt; er ontbreekt een rode draad in het verhaal. Daarnaast is het doel van het onderzoek niet SMART geformuleerd, wat wil zeggen: er ontbreekt een tijdsduur en is niet controleerbaar. Tot slot is er onderzoek gedaan door middel van een beknopte literatuurstudie en drie verschillende vragenlijsten. De resultaten van het onderzoek zijn alleen hierop gebaseerd.

Wat goed is om te zien aan het script, is dat er een expert betrokken is bij de literatuurstudie. Er is objectieve informatie verzameld omtrent het implementeren. Ook is er een lezing bijgewoond. Wat er echter gedaan is met de informatie wordt niet beschreven en maakt het noemen van deze lezing overbodig. Daarbij wordt er gesproken over het belang verpleegkundigen gemotiveerd te houden tijdens het invoeren van een verandering. Dit zou volgens de literatuur geanalyseerd moeten worden. Of dit ook gedaan is is niet uit het verslag te halen.

6.2.2 Context

Op basis van de verzamelde theorie is gekeken naar het afstudeerscript. Wat opvalt is dat er gesproken wordt over dat cultuur een belangrijke factor is binnen een organisatie en verandering. Echter, hier wordt vervolgens niets mee gedaan. Het blijft bij een algemeen stuk literatuur. Deze wordt niet onderzocht op de afdeling en er wordt dus geen rekening gehouden met de cultuur op de afdeling tijdens het aandragen van de adviezen.

Gekeken naar het element 'leiderschap' is het goed dat het gehele personeel betrokken is bij het veranderproces. De afdelingsmanager geeft in een interview aan de weerstand van het personeel hiermee te willen verlagen, maar uit de resultaten van de vragenlijsten die gegeven zijn aan de afdelingsmanager, verpleegkundigen en de expert, blijkt dat verpleegkundigen dit anders hebben ervaren. Zij gaven aan niet goed op de hoogte/betrokken te zijn geweest bij het gehele proces. Hierdoor blijkt dat de intentie van de afdelingsmanager goed bedoeld was, maar uiteindelijk in de praktijk anders is ervaren.

Als laatste het element evaluatie. Hierbij viel het op dat er geen concreet evaluatieplan is opgesteld, om het hele traject te evalueren. Dit is een gemis in het script.

6.2.3 Facilitation

In het script wordt er kritisch omschreven dat er bewust is gekozen (voorafgaand aan het onderzoek) om anonimiteit te garanderen. Dit bewijst dat de onderzoeker zich erg bewust was van de rol als onderzoeker op de afdeling. Op deze manier is geprobeerd de validiteit van het onderzoek zo hoog mogelijk te houden. Door op deze manier te werk te gaan zijn geen wenselijke antwoorden verkregen, maar konden de verpleegkundigen eerlijk antwoord geven zonder sociale druk. Echter is er tijdens het onderzoek niet gekeken naar hoe het traject passend zou kunnen worden begeleidt. Hierover is geen theorie terug te vinden in het verslag en scoort het onderzoek om die reden op dit element niet hoog.

6.2.4 Conclusie

Op basis van de bovenstaande gegevens kan worden geconcludeerd dat er minimaal onderzoek gedaan is en het onderzoek om onder andere die reden niet evidence based is. Er is slechts één bron gebruikt tijdens het verrichten van het onderzoek en bijvoorbeeld niet gekeken naar de cultuur op de afdeling. Het niveau van onderzoeken, het niveau van het analyseren van de context en de facilitation scoren daarom laag. Daarom is de keus gemaakt nogmaals naar het probleem te gaan kijken en praktijkgericht onderzoek te doen. Hiermee wordt gehoopt erachter te komen hoe het product eruit moet

komen te zien, wat de inhoud hiervan moet zijn en wat voor de verpleegkundigen op de afdeling belangrijk en bruikbaar is. Er zal rekening gehouden worden met het feit dat er al eerder onderzoek gedaan is en de verpleegkundigen zullen betrokken worden, maar zullen niet belast worden met dubbel onderzoek. Er zullen dus geen vragenlijsten opgesteld worden met dezelfde opzet en uitvoering. Dat wil overigens niet zeggen dat de verpleegkundigen niet meer geïnterviewd zullen worden en betrokken zullen worden bij praktijkgericht onderzoek.

6.3 Deelvraag 2: 'Wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van een verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde omtrent de werkprocessen gedurende 24 uur? Wat zegt de literatuur hierover? En op welke wijze komt dit tot uiting in de praktijk?'

"De taken en verantwoordelijkheden van een verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde zijn sinds vorig jaar opnieuw vastgelegd in een protocol. Alle verpleegkundigen zouden hier naar moeten werken. Ik vind het dan ook onvoorstelbaar dat dit nog steeds niet gebeurt."

Bovenstaand citaat is de uitspraak van Vera Meeusen, eerste opdrachtgever van het afstudeerproject. Over het de taken en verantwoordelijkheden van een verpleegkundige viel niet te twisten. *"De afdelingsgebonden afspraken zijn gewoon allemaal vastgelegd. Hoe daar precies mee omgegaan wordt mag naar eigen inzicht ingevuld worden, zolang het maar binnen de vastgestelde kaders is."*

Bovenstaande uitspraken kwamen tijdens een gesprek met Vera naar voren. Zij gaf aan dat ze niet begrijpt waarom er nog steeds niet volgens protocol gewerkt wordt. Die uitspraken gaven de afstudeergroep handvaten. Zij hebben deze uitspraken meegenomen tijdens het onderzoeken van deze deelvraag.

6.3.1 Observaties

Maandag 12 en dinsdag 13 november heeft de afstudeergroep geobserveerd op afdeling 9-west, Interne Geneeskunde. Hierbij is gekeken naar het huidige protocol "Front Office Nursing" en is gekeken naar of de verpleegkundigen de werkprocessen die in het protocol beschreven staan ook tijdig uitvoeren.

Er is gekozen voor de gestructureerde observatiemethode. Bij gestructureerde of systematische observatie wordt van tevoren vastgelegd welk gedrag geobserveerd gaat worden en welke elementen van het gedrag daarbij belangrijk zijn. De observaties worden vastgelegd in een observatieformulier, wat alleen kan als van tevoren bepaald is welke elementen belangrijk zijn. Dit verkleint de kans op bias (Migchelbrink, 2007). Ook zal deze manier van observeren de geldigheid van het onderzoek vergroten, doordat middels gesloten antwoordmogelijkheden geobserveerd is. Eigen invulling is hierbij uitgesloten. Een simpele ja of nee gaf antwoord op de observatiepunten. Dit geeft een reëel beeld van de werkelijke situatie.

De afstudeergroep heeft een dagdienst en avonddienst geobserveerd en kunnen naar aanleiding hiervan aantonen welke punten uit het protocol wel worden uitgevoerd en welke punten ontbreken/niet op het gevraagde tijdstip worden uitgevoerd. Wat op de gevraagde tijdstippen wordt uitgevoerd en gehaald is door de werknemers op de afdeling zijn:

- Het aanwijzen van een anamneseverpleegkundige.
- 10 van de 10 verpleegkundigen hebben zich tussen 7.15 uur en 7.30 uur ingelezen in de patiëntendossiers.
- Het wassen van de patiënten wordt gedaan, het invullen van de prestatie-indicatoren en de controle van de metingen en het ontlastingspatroon worden in EZIS gezet.
- De koffiepauzes en de lunch verliepen volgens schema. Iedere werknemer was op tijd terug van zijn/haar pauze.
- De afdelingsgang was vóór ieder bezoek leeg.
- De rapportages waren op tijd volledig, daarbij waren de dagoverdrachten bijgewerkt en uitgeprint.
- 6 van de 6 avonddiensten waren aanwezig bij de overdracht en hebben zich op tijd ingelezen in de patiëntendossiers.
- De ontslaggesprekken werden met behulp van de ontslagfolder gehouden.
- Om 16.45 uur werden de patiënten gepositioneerd voor het avondeten.
- Om 23.00 uur werd de mondelinge overdracht van de avonddienst naar de nachtdienst gedaan. Hier waren 8 verpleegkundigen bij aanwezig, waarvan 2 nachtdiensten.

Echter zijn er ook een aantal punten die niet gehaald zijn door de werknemers. Onderstaand worden die punten puntsgewijs weergegeven:

- De diensttijden zijn sinds 1 oktober 2012 veranderd. Dit is nog niet opgenomen in het huidige protocol, maar wel van invloed hierop. De werknemers beginnen bijvoorbeeld 's ochtends om 7.15 en niet om 7.30 uur. De tijd van bijvoorbeeld het inlezen van de patiëntendossiers zijn niet kloppend met de huidige praktijk.
- Bloedsuiker meten om 7.30 uur. Dit was bij geen enkele patiënt gedaan om dit tijdstip. Het resultaat was dus 0.
- Insuline spuiten om 7.30 uur. Dit was tevens bij geen enkele patiënt gedaan om dit tijdstip. Ook dit resulteerde in een score van 0.
- Patiënt positioneren voor het ontbijt. Het aantal dat gepositioneerd was om 8.00 uur was 5. Het aantal wat niet gepositioneerd was terwijl het ontbijt werd uitgedeeld, was 35.

- 9.30 uur vochtbalans bijwerken. Dit is gebeurd, maar werd gedaan na het ontbijt. Niet om 9.30 uur.
- 9.30 uur algemene indruk van de toestand van de patiënt hebben. Wat is een algemene indruk van de toestand van de patiënt hebben? De huidige werknemers konden hier geen antwoord op geven. Het afdelingshoofd wist ook niet wat dit inhield. Dit zou nagegaan moeten worden bij de auteurs van het protocol. Waren niet aanwezig.
- 11.15 uur weten wie er definitief met ontslag gaat en dit doorgeven aan de coördinator. Dit is het streven, maar was nu niet het geval. Dit is veranderd naar uiterlijk 13.30 uur, aldus een senior verpleegkundige.
- 11.45 uur bloedsuikers meten. Bij 50% van de patiënten was dit wel gedaan, bij 50% niet, in verband met een bepaalde situatie van een patiënt.
- 11.45 uur positioneren van patiënt voor de lunch ontbreekt in het protocol, gebeurt wel.
- 2 van de 5 medicatierondes staan beschreven in het protocol. Echter zonder tijd.
- Om 14.30 uur medicatie afgetekend voor de ronde van 15.00 uur. Om 14.45 uur: medicatie was nog niet volledig afgetekend. Medicatie uitdelen om 15 uur: niet gehaald in verband met overdracht.
- Ontslagkaart uitdelen wanneer de VOD bekend is: VOD kaart is een jaar geleden afgeschaft, aldus de secretaresse van de afdeling.
- 16.45 uur bloedsuikers meten: gehaald. Toedienen van insuline staat niet beschreven in het protocol, wel gedaan.
- Na het bezoekuur kamers opruimen: dubbel, werd al gedaan voor het bezoekuur.
- Het meten van de vitale functies werd gedaan door de werknemers. Staat nergens beschreven in het protocol.
- Patiënt klaar voor de nacht. Is dit gehaald? Geen idee. Er staat namelijk nergens wat dit inhoudt.
- Mondelinge overdrachten worden gedaan, maar nergens staat een tijd beschreven. Hierdoor is bijvoorbeeld het uitdelen van de medicatie van 15.00 uur niet tijdig gedaan.

6.3.2 Conclusie

Voorafgaand aan de observaties is door de afstudeergroep een onderzoeksvraag opgesteld, namelijk: 'Worden de taken vanuit het protocol "Front Office Nursing" nageleefd door de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde? Wat gaat goed en wat kan beter?'. Het antwoordt hierop en op deze deelvraag is dan ook dat de taken die in het huidige protocol beschreven staan wel uitgevoerd worden, maar dat er veel taken niet beschreven staan in het huidige protocol (bijvoorbeeld het meten van de vitale functies en de medicijn deelrondes) en daarbij zijn ook de tijden veelal niet gehaald door de werknemers in de praktijk. Dit komt ook naar voren bij de membercheck. Er is door de afstudeergroep tijdens de observaties meerdere malen aan de verpleegkundigen teruggegeven wat zij hadden gezien. Op die manier kon nagegaan worden of een situatie/activiteit vaker zo uitgevoerd werd, of juist niet. Dit alles roept vragen op bij de afstudeergroep, zoals bijvoorbeeld: 'Is het huidige protocol wel realistisch en volledig?'.

6.4 Deelvraag 3: 'Van welke cultuur is sprake op de afdeling en wat is de invloed hiervan op het werken volgens de werkprocessen en een eventuele implementatie?'

Bij de literatuurstudie kwam naar voren dat er verschillende culturen worden onderscheiden. Onderstaand worden vier culturen weergegeven.

6.4.1 Culturen

- Familiecultuur
Deze cultuur kenmerkt zich door teamwerk, personeel overall bij te betrekken en programma's te maken waarbij er een goede samenwerking gevraagd wordt. Leiders worden gezien als mentoren, soms zelfs als 'vaderfiguren'. Loyaliteit en traditie staan voorop in de familie cultuur.
- Adhocratiecultuur
In deze cultuur steken mensen hun nek uit door risico's te nemen. Leiders nemen risico's die gericht zijn op het bevorderen van ondernemerschap en creativiteit. Dit doen zij om een voorsprong te krijgen en te behouden op de rest van het veld. Experimenteren en innoveren zijn belangrijke punten in de adhocratiecultuur. Iedereen is betrokken bij de productie. Individueel initiatief en vrijheid zijn belangrijk binnen deze cultuur.
- Markt cultuur
De markt cultuur is een taakgerichte cultuur, waarbij afronding van het werk voorop staat. Doelstellingen zoals winst, cijfers en een sterke positie op de markt zijn belangrijke aspecten. Leiders zijn jagers, producenten en concurrenten tegelijk. Dit kenmerkt zich met eigenschappen zoals hard en veeleisend.
- Hiërarchische cultuur
Een gestructureerde werkomgeving waarbij stabiliteit en efficiëntie een rol spelen kenmerkt de hiërarchische cultuur. Taken en functies kunnen geïntegreerd en gecoördineerd worden, zodat eenduidigheid van producten en diensten gecontinueerd worden. Leiders zijn trots op hun efficiënte, gecoördineerde organisatie. Om de organisatie bijeen te houden worden er regels, procedures en beleidstukken opgesteld (Quinn e.a., 1983).

6.4.2 NUCAT cultuurmeting

Met de context wordt de setting waarbinnen mensen de gezondheidszorgdiensten ontvangen bedoeld. Drie elementen zijn belangrijk om deze context te vormen zodat er persoonsgerichte zorg gegeven kan worden. Deze elementen zijn: cultuur, leiderschap en evaluatie. Om de context op een afdeling in kaart te brengen, te kijken naar de cultuur die er heerst, zijn verschillende meetinstrumenten bruikbaar. Ieder meetinstrument heeft een eigen manier van onderzoeken en brengt vervolgens de cultuur van een afdeling, team of organisatie in beeld. Om voor het afstudeerproject ook te kijken naar dit aspect, zal een cultuurmeting gedaan worden op de afdeling Interne Geneeskunde. De gegevens die van daaruit verzameld worden, kunnen van invloed zijn op de implementatie.

Naar aanleiding van de ingevulde vragenlijsten is door de afstudeergroep een analyse gemaakt. Er zijn niet genoeg vragenlijsten ingevuld om het onderzoek als betrouwbaar aan te duiden. Toch is ervoor gekozen het onderzoek wel mee te nemen in de analyse, omdat ook deze uitslag volgens de afstudeergroep iets zegt over de cultuur en werkwijze op de afdeling. Het geeft namelijk aan dat het een dynamische afdeling is, waarbij ze niet altijd tijd hebben om vragenlijsten in te vullen. Dit is middels een membercheck achterhaald. De vragenlijsten zijn doorgenomen en per vraag zijn de ruwe scores genoteerd. Aan de hand daarvan kon gekeken worden naar de meanscore. De meanscore bepaalde vervolgens de 10 vragen die het hoogste hebben gescoord. De vragen die onder de 2.3 scoorde zijn vervolgens bij elkaar gezet. Als laatste zijn de grootste verschillen bekeken. Onderstaand de resultaten van de cultuurmeting op een rijtje.

Hoogste score

1. Score 4.65 – vraag 5: 'Hoe belangrijk is het om kundig te zijn?'
2. Score 4.60 – vraag 29: 'Hoe belangrijk is om plezier te hebben terwijl je werkt?'
3. Score 4.55 – vraag 44: 'Hoe belangrijk is het om voorlichting en instructie te geven aan cliënten?'
4. Score 4.45 – vraag 47: 'Hoe belangrijk is het om nieuwe technieken en vaardigheden te leren?'
5. Score 4.45 – vraag 46: 'Hoe belangrijk is het om cliënten zich gemakkelijk te laten voelen?'
6. Score 4.45 – vraag 9: 'Hoe belangrijk is het om hard te werken?'
7. Score 4.35 – vraag 3: 'Hoe belangrijk is het om op een efficiënte manier te werken?'
8. Score 4.30 – vraag 13: 'Hoe belangrijk is het om je vertrouwd te voelen in het omgaan met noodgevallen?'
9. Score 4.25 – vraag 28: 'Hoe belangrijk is professionele groei en ontwikkeling?'
10. Score 4.25 – vraag 4: 'Hoe belangrijk is het om zorgbeleid en procedures te volgen?'

Score < 2.3

1. Score 1.95 – vraag 17: 'Hoe aanvaardbaar is het om te proberen het gedrag van anderen te veranderen door er grapjes over te maken?'
2. Score 2.0 – vraag 25: 'Hoe aanvaardbaar is het om te concurreren met je collega's?'
3. Score 2.05 – vraag 34: 'Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je een dagje nodig hebt om uit te rusten?'
4. Score 2.3 – vraag 12: 'Hoe aanvaardbaar is het om je werk alleen te doen in plaats van samen te werken met anderen?'

Grootste verschillen

1. Score 2.5 – vraag 2: 'Hoe aanvaardbaar is het om te weigeren collega's te helpen wanneer ze dit vragen?'
2. Score 3 – vraag 15: 'Hoe belangrijk is het om aanvullende professionele verantwoordelijkheden op je te nemen binnen of buiten de afdeling (bijvoorbeeld het geven van een klinische les)?'
3. Score 3 – vraag 16: 'Hoe aanvaardbaar is het om het niet eens te zijn met je manager?'
4. Score 2.4 – vraag 18: 'Hoe belangrijk is het om buiten de afdeling om met je collega's af te spreken?'
5. Score 3.45 – vraag 20: 'Hoe belangrijk is het om je hulp aan anderen aan te bieden, zelfs voordat ze hierom hebben gevraagd?'
6. Score 3.35 – vraag 30: 'Hoe aanvaardbaar is het om de nadruk te leggen op het behouden van het leven in plaats van het mogelijk maken van een comfortabele dood, wanneer deze onvermijdelijk is?'
7. Score 3.6 – vraag 32: 'Hoe aanvaardbaar is het om bijscholing te volgen en promotie te bereiken?'
8. Score 2.05 – vraag 34: 'Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je een dagje nodig hebt om uit te rusten?'
9. Score 3.05 – vraag 38: 'Hoe belangrijk is het om eerder in de lichamelijke behoeften van cliënten te voorzien, dan hun psychosociale behoeften?'
10. Score 2.75 – vraag 45: 'Hoe aanvaardbaar is het om anderen rechtstreeks te zeggen wat ze moeten doen, in plaats van hun ideeën te geven over wat ze zouden kunnen doen?'

6.4.3 Conclusie

Uit bovenstaande gegevens komt duidelijk naar voren dat de hiërarchische cultuur heerst op de afdeling Interne Geneeskunde. Dit omdat er op de afdeling een gestructureerde werkomgeving bestaat, waar volgens protocol gewerkt zou moeten worden. Dit om stabiliteit en efficiëntie te waarborgen. Daarbij draait de hiërarchische cultuur om eenduidigheid van producten en diensten, iets wat ze op de afdeling ook belangrijk vinden. Om die redenen wordt er dan ook gewerkt met protocollen. Al deze gegevens bij elkaar genomen, komt duidelijk naar voren dat er op deze afdeling sprake is van een hiërarchische cultuur.

De NUCAT cultuurmeting is afgenomen. Van daaruit kan worden geconcludeerd dat de werknemers van de afdeling Interne Geneeskunde het belangrijk vinden om kundig te zijn en dit te blijven, dat het belangrijk is om plezier te hebben in het werk, het belangrijk is om voorlichting en instructies te geven aan patiënten, zodat zij zich op hun gemak voelen, ze verlangen van zichzelf en collega's dat er efficiënt en hard gewerkt wordt en vinden het belangrijk dat het zorgbeleid en de procedures gevolgd worden (al deze elementen hadden een score van > 4.25). Uit voorgaand onderzoek is echter gebleken dat dit in de praktijk niet altijd zo gebeurt. Bij bijvoorbeeld de semigestructureerde interviews kwam naar voren dat de verpleegkundigen die geïnterviewd zijn geen van allen volgens protocol werken. Uit de cultuurmeting kan dus worden opgemaakt dat de verpleegkundigen de procedure rondom de dagindeling niet volgen in de praktijk, maar het wel graag zo zouden willen zien binnen het hele team.

De laagste score kwam naar voren bij de vraag: 'Hoe aanvaardbaar is het om te proberen het gedrag van anderen te veranderen door er grapjes over te maken?'. De lage score geeft aan dat de verpleegkundigen dit niet aanvaardbaar vinden en dit het liefst in de praktijk zo niet tegen willen komen. Daarnaast wordt laag gescoord op punten als concurreren met collega's, ziekmelden wanneer een dag nodig is om uit te rusten en het werk alleen te doen in plaats van samen te werken met anderen (al deze elementen hadden een score van < 2.3).

De grootste verschillen kwamen naar voren bij vragen als: 'Hoe aanvaardbaar is het om te weigeren collega's te helpen wanneer ze dit vragen?', 'Hoe belangrijk is het om buiten de afdeling om met je collega's af te spreken?', 'Hoe aanvaardbaar is het om het niet eens te zijn met je manager?', 'Hoe aanvaardbaar is het om de nadruk te leggen op het behouden van het leven in plaats van het mogelijk maken van een comfortabele dood, wanneer deze onvermijdelijk is?', 'Hoe belangrijk is het om eerder in de lichamelijke behoeften van cliënten te voorzien, dan hun psychosociale behoeften?' en 'Hoe aanvaardbaar is het om anderen rechtstreeks te zeggen wat ze moeten doen, in plaats van hun ideeën te geven over wat ze zouden kunnen doen?'. Bij deze vragen kwamen de grootste verschillen naar voren. Dat wil zeggen dat de ene verpleegkundige gereageerd heeft met een '1' (niet belangrijk/aanvaardbaar, oftewel de laagste waardering), terwijl een andere verpleegkundige gereageerd heeft met een '5' (erg belangrijk/aanvaardbaar, oftewel de hoogste waardering). Door deze verschillen onder de respondenten zijn de grootste verschillen ontstaan. Dit geeft aan dat de verpleegkundigen niet eenduidig denken over bovenstaande punten.

Concluderend kan gezegd worden dat de verpleegkundigen het belangrijk vinden om kundig te zijn (en dit te blijven) en dat het belangrijk is om plezier te hebben in het werk. Binnen de hiërarchische cultuur komt er wel een beleidsmatig punt bij, doordat er een jaar geleden veel is veranderd. Er wordt van de verpleegkundigen verwacht dat zij precies werken volgens protocol. Dit gebeurt regelmatig niet, wat mogelijk komt doordat het protocol niet volledig is. Onvolledigheid kan zorgen voor onduidelijkheden. Bij een hiërarchische cultuur kan dit invloed hebben op de praktijkuitvoering. Voor een eventuele implementatie zal daarom gekeken moeten worden vanuit het oogpunt van de verpleegkundigen. Alleen op die manier kan er een product ontwikkeld worden waar zij zich in kunnen vinden en wat daardoor een bijdrage kan leveren aan het bevorderen van eenduidigheid in handelen in de praktijk.

6.5 Deelvraag 4: 'Uit voorgaand onderzoek "eenduidigheid in handelen" blijkt dat verpleegkundigen een checklist als oplossing zien. Er is nog niet nagegaan of deze informatie evidence based is. Wat zou de inhoudt van zo'n checklist moeten zijn en aan welke voorwaarden zou een checklist of een ander product moeten voldoen? Hoe kan de effectiviteit van zo'n checklist of een ander product geëvalueerd worden?'

6.5.1 Inventariserende enquête

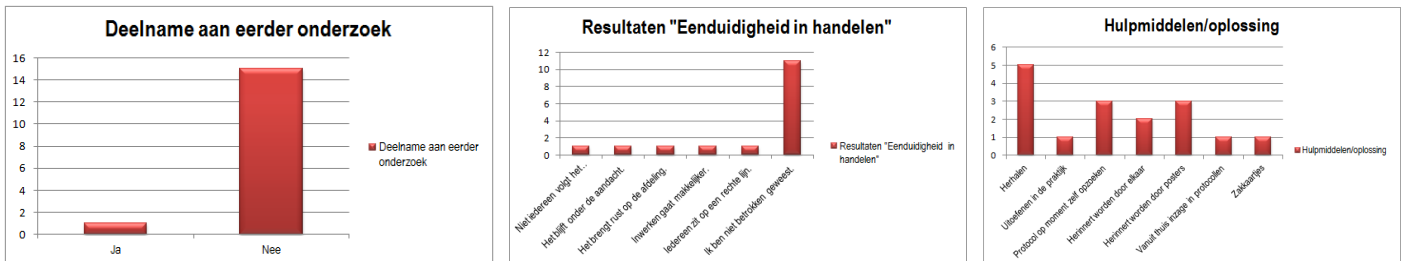
Tijdens de start van het onderzoek is een inventariserende enquête afgenomen bij de verpleegkundige op de afdeling. Veel verschillende verpleegkundigen hebben gereageerd, variërend van verpleegkundigen die pas werkzaam zijn op de afdeling tot verpleegkundigen die al jaren werken op de afdeling Interne Geneeskunde. Door de veel verschillende reacties kan een totaal beeld gevormd worden, omdat zowel ervaren als minder ervaren verpleegkundigen hun mening hebben gedeeld. Kijkend naar de verschillende functiecategorieën is ook hier zichtbaar dat vanuit iedere categorie is gereageerd. Dit wordt als positief gezien door de onderzoekers, omdat op deze manier niet vanuit één niveau is gekeken, maar dat vanuit verschillende niveaus meningen zijn gedeeld.

Bij de vraag omtrent de betrokkenheid tijdens de veranderingen op de afdeling geeft het merendeel van de ervaren verpleegkundigen aan dat zij zich prima betrokken hebben gevoeld. De minder ervaren verpleegkundigen hebben hier geen mening over, omdat zij de voorgaande manier van werken niet kennen en de veranderingen niet hebben meegemaakt. Opvallend was dat bij vraag 4, de vraag omtrent het voorgaande project "eenduidigheid in handelen" het grootste deel van de respondenten niet betrokken is geweest bij dit project. Het heeft volgens hen/voor hen ook niet veel opgeleverd. De themaweken die zijn ingesteld naar aanleiding van het voorgaand onderzoek, helpen de verpleegkundigen over het algemeen goed met het herinneren aan de protocollen, maar zij geven aan dat het over het algemeen nog steeds te veel informatie is om te onthouden. Het merendeel geeft aan niet blindelings te kunnen handelen, wanneer een protocol 2 maanden eerder in de belangstelling heeft gestaan.

Mogelijke hulpmiddelen die uit de enquête naar voren zijn gekomen omtrent het onthouden en naleven van de werkprocessen zijn:

- Veelvuldig herhalen;
- Er veel mee werken in de praktijk;
- Het protocol op het moment van handelen opzoeken;
- Herinnert worden door een collega;
- Herinnert worden door middel van posters;
- Vanuit thuis inzage hebben in de protocollen;
- Zakkaartjes.

Onderstaand een aantal grafieken die de resultaten van de enquête weergeven.



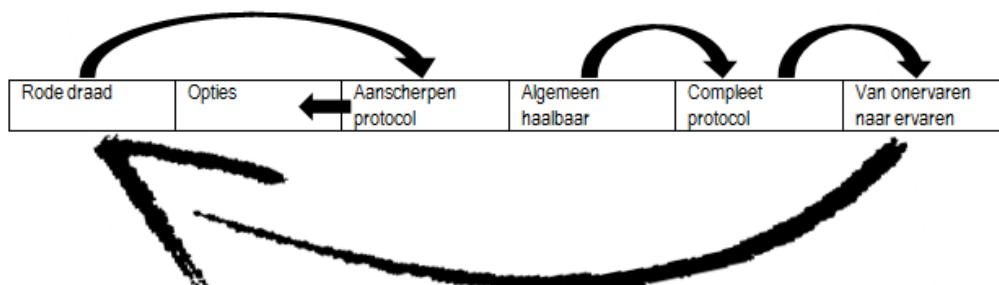
De enquête heeft bijgedragen aan een eerste inventarisatie rondom het probleem. Wat het meest opvalt is dat maar één van de respondenten een zakkaartje als oplossing zou zien. Uit het voorgaand project: "eenduidigheid in handelen" bleek dat verpleegkundigen dit als de oplossing zouden zien. De resultaten zijn meegenomen in het verdere onderzoek, om de semigestructureerde interviews voor te bereiden voor de face-to-face interviews.

6.5.2 Semigestructureerde interviews

Op dinsdag 4 december en donderdag 6 december hebben semigestructureerde interviews plaatsgevonden met 3 verpleegkundigen die een lange tijd werkzaam zijn op de afdeling Interne Geneeskunde en 3 verpleegkundigen die sinds kort werkzaam zijn op de afdeling. Hier waren alvorens open en gesloten vragen voor opgesteld.

Er is gekozen voor een thematische data-analyse. Hiervoor heeft de afstudeergroep een workshop gevolgd van Shaun Cardiff en Miranda Snoeren op dinsdag 27 november 2012. Voorafgaand aan de workshop hebben beide groepsleden de theorie doorgenomen die vereist was voor deelname aan de workshop (Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke (2006), samenvatting door Shaun Cardiff (september 2012)). Tijdens de workshop is informatie verzameld en is in de praktijk geoefend met het uitvoeren van een thematische data-analyse. De zes stappen die bij een thematische data-analyse doorlopen dienen te worden zijn allen doorlopen. Naar aanleiding van deze opgedane kennis heeft de afstudeergroep de semigestructureerde interviews volgens de zes stappen geanalyseerd.

Bij stap 1 heeft de afstudeergroep de interviews uitgewerkt en opvallende antwoorden gearceerd. Stap 2 volgde, waarbij zij de gearceerde stukken nader hebben bekeken en codes hebben gemaakt. Alle codes samen zijn op een hoop gelegd. Bij stap 3 hebben zij de codes geclusterd. Aangekomen bij stap 4 is gezocht naar één thema voor ieder cluster. Daarbij was het belangrijk dat het woord of de zin dé betekenis gaf aan alle codes die onder dat thema vielen. Een gepuzzel dus. Daarvoor heeft de afstudeergroep als het ware uit- en ingezoomd op de codes en zijn sommige codes verplaatst naar een andere clustergroep. Wat paste waar bij en welk woord of welke zin omvatte het hele cluster? Om passende thema's te krijgen is tevens gekeken naar de citaten die kenmerkend waren voor de codes. Dit heeft er mede voor gezocht dat een thema later toch veranderd is. Uiteindelijk heeft de afstudeergroep 6 hoofdthema's gevonden. Voor alle clustergroepen één. Deze thema's weerspiegelen het verhaal dat door de verpleegkundigen tijdens het interview is verteld. Het geeft de essentie weer van de interviews. Onderstaand een schema van de gevormde thema's. De thema's volgen elkaar op middels pijlen. Dat geeft het verband tussen de thema's aan.



Tijdens het thematiseren van de gegeven antwoorden kwam duidelijk naar voren dat het voor de verpleegkundigen op de afdeling in het algemeen haalbaar is om de taken en activiteiten die per tijd beschreven staan te halen. Daarbij gaven zij in het begin van het interview aan dat zij het protocol kennen en als compleet ervaren. Wel geven zowel de oudere als nieuwere verpleegkundigen aan dat er een verschil bestaat tussen de langer werkzame verpleegkundigen en de nieuwere verpleegkundigen. Onder andere het plannen van de werkzaamheden (welke in het protocol specifiek vermeld staan) zorgde vooral bij de nieuwere verpleegkundigen nog wel eens voor het niet halen van de gevraagde activiteiten per tijd. Daarbij komt het feit dat geen van de verpleegkundigen het protocol nog precies kent en hiernaar handelt. Wel geven zij allen aan dat het protocol de rode draad is en het zeker voor nieuwe verpleegkundigen en voor poolers een belangrijk handvat is om de dagindeling en structuur in de dagelijkse handelingen te leren kennen. Op de vraag of ze iets miste in het protocol waren alle antwoorden 'nee'. Hierop doorvragend kwam naar voren dat dit wel het geval was en gaven alle verpleegkundigen aan het verstandig te vinden als het protocol aangescherpt wordt en dan vooral volledig gemaakt wordt. Dit resulteerde in opties, of anders gezegd mogelijkheden, aldus de verpleegkundigen. De opties die naar voren kwamen zijn de dingen die zij denken dat wij zouden kunnen doen om eenduidigheid in handelen te bevorderen op de afdeling.

Stap 5 volgde, waarbij de afstudeergroep de gevormde thema's heeft gedefinieerd. Vervolgens kon verder gegaan worden met stap 6. Hierbij is gebruik gemaakt van citaten die bij de verschillende interviews naar voren zijn gekomen.

1) Algemeen haalbaar

Het protocol "Front Office Nursing" is voor de verpleegkundigen een bekend protocol. Ze gaven in het interview allemaal aan dat het over het algemeen, dus meestal, haalbaar is om de gevraagde activiteiten uit te voeren op het genoemde tijdstip. Over het algemeen wil zeggen, wanneer er geen calamiteiten gebeuren. Zo zegt verpleegkundige K. in het interview letterlijk:

'Veelal wel, maar ja je hebt natuurlijk wel eens op deze afdeling spoedsituaties of dergelijke dat het wel eens ietsje later gebeurt. Dat kan gebeuren. Ja, maar dat is, je probeert zo goed mogelijk de prioriteiten te stellen, maar ja als er zoiets tussendoor komt kan het wel eens iets later worden.'

2) Compleet protocol

De verpleegkundigen kennen het protocol "Front Office Nursing" en vinden dat het protocol compleet is. Er mist volgens hen niets en zij zeggen enigszins twijfelend dat er volledig in beschreven staat wat er wanneer moet gebeuren. Zij vinden dit vooral handig voor nieuwe verpleegkundigen en poolers. Die kunnen aan de hand van het protocol volgens hen de dagindeling en verantwoordelijkheden leren kennen. In het interview met verpleegkundige K. zegt ze:

'Ja, daar staat gewoon goed in beschreven wat er per dienst moet gebeuren, dus ja. Dat is volgens mij wel prima.'

3) Van onervaren naar ervaren

De nieuwe verpleegkundigen geven aan dat doordat ze nieuw zijn op de afdeling en dus nog niet precies weten hoe alles werkt en wat er precies gedaan moet worden, dit het werktempo remt en het inschattingsvermogen van de werkzaamheden vermindert. De verpleegkundigen die langer werkzaam zijn op de afdeling, herkennen dit. Zij geven aan dat het vooral ligt aan het wel of niet ervaren zijn op de afdeling. Dat daar een verschil in zit, qua werktempo. Zij zeggen dat hoe meer ervaren iemand op de afdeling is, hoe sneller en efficiënter er gewerkt kan worden. In het interview met verpleegkundige I. zegt ze het volgende:

'Ja, ik denk dat dat heel veel te maken heeft met ervaring. Hoe meer ervaren je bent. Als nieuwe medewerker moet je zoveel onthouden: de ziektebeelden, de patiëntencategorieën, je nieuwe collega's. Je moet zoveel onthouden, dat remt je werktijd. Dus het ligt meer aan of je lang werkt of niet. Als je hier langer werkt, op een gegeven moment dan kun je ook wel zien of iemand efficiënt werkt of niet, want daar gaat het om.'

4) Rode draad

Alle verpleegkundigen geven aan bekend te zijn met het protocol, maar niet precies te weten wat erin staat en of zij ernaar handelen in de praktijk. Wel is het voor een ieder de rode draad en noemen ze het meer een richtlijn dan een protocol. Ook vinden de verpleegkundigen het een rode draad voor nieuwe verpleegkundigen en poolers en geven zij aan dat het een bruikbaar handvat is om wegwijs te worden op de afdeling en structuur te krijgen in de dagelijkse handelingen.

Verpleegkundige I. geeft in het interview twee punten weer die het gebruik van het protocol weerspiegelen:

'Ja, het moet meer een richtlijn zijn. Je moet niet over protocollen praten. Dit is de rode draad, dit moet er gebeuren. En of je dan om 7.15 uur of 7.45 uur de bloedsuikers zijn geprikt, ja... Als het maar voor het ontbijt gedaan is.'

'Het gevaar van een protocol is wel vind ik, een protocol is een rode draad. Wat mensen moeten leren is dat niet letterlijk te nemen. Als ze dat letterlijk gaan nemen wordt het een groot potje.'

5) Aanscherpen protocol

De verpleegkundigen geven aan dat ze het protocol compleet vinden. Hierop doorvragend komen zij hier allemaal op terug. Ze vinden namelijk dat het protocol vooral voor nieuwe verpleegkundigen volledig hoort te zijn. Ze geven aan dat als er punten als de vitale functies en de medicatierondes ontbreken, dit niet zo hoort te zijn en dat het aanscherpen van het

protocol mede daarom verstandig is. Ontbrekende punten zouden volgens hen toegevoegd moeten worden aan het protocol. Verpleegkundige L. zegt in het interview:

'Het protocol hoort wel volledig zijn. Het is eigenlijk wel standaard dat de vitale functies 's ochtends gemeten worden, dus dat hoort er wel in het protocol bij te staan. En als er nieuwe mensen komen is dat eigenlijk wel iets wat erin moet.'

Verpleegkundige M. zegt in het interview dat:

'Als het protocol "Front Office Nursing" niet alleen de dagdienst behapt, horen alle medicatierondes erin beschreven staan, wie wat doet.'

6) Opties

Wanneer er gesproken wordt over wat zij denken dat er zou moeten gebeuren op de afdeling en op welke manier de afstudeergroep een eventuele implementatie het beste aan zou kunnen pakken, geven de verpleegkundigen verschillende opties aan. Met opties bedoelen zij mogelijkheden om eenduidigheid in handelen in de praktijk te vergroten, of anders gezegd te bevorderen. Verpleegkundige M. zegt tijdens het interview:

'Ik denk dat een poster een goed idee is, op meerdere plaatsen. En eventueel een spieker voor de liefhebbers.'

Verpleegkundige K. zegt tijdens het interview:

'Af en toe eens vaker later terugkomen zodat iedereen erop gefocust is.'

Verpleegkundige I. geeft tijdens het interview aan dat:

'DKS voor thuis. Want je hebt niet altijd de ruimte en de tijd om achter DKS te kruipen. Misschien kun je bepaalde links met thuis koppelen. Als ik thuis zit, denk ik wel eens: 'Oh, hoe zat dat ook alweer? Dat ga ik morgen opzoeken.' Maar morgen gebeurt het weer niet, dus misschien is dat iets.'

Verpleegkundige E. zegt tijdens het interview:

'Dus ik denk dat je dan echt moet gaan kijken naar de specifieke dingen die echt op de interne aan komen. En ik denk dat dat wel het belangrijkste is, dat dat erin komt te staan. Wat ook kan helpen is verwijzingen naar protocollen maken, omdat onderzoeken een belangrijk punt zijn op de interne. Dus in het protocol 'Front office nursing' verwijzen naar bijvoorbeeld het protocol 'onderzoeken'.'

6.5.3 Conclusie

Concluderend voor deze deelvraag kan gezegd worden dat uit voorgaand onderzoek bleek dat verpleegkundigen een checklist in de vorm van een spieker als oplossing zagen. Uit eerder eigen onderzoek (enquête, observaties) bleek dat verpleegkundigen een checklist niet als dé oplossing zien. Ook tijdens deze interviews die afgenomen zijn bij verschillende verpleegkundigen komt meerder malen naar voren dat op dit moment een checklist niet als optie gezien wordt. Zo zegt verpleegkundige M. tijdens het interview:

'Zou eventueel ook op zo'n geplastificeerd kaartje kunnen, maar die krijgen we steeds meer, dus dan heb je allemaal van die losse dingen. Dat is misschien ook niet zo handig. Misschien wordt het dan wel een beetje veel.'

Verpleegkundige M. zegt in het interview:

'Er neigt een overkill aan spiekers.'

6.6 De probleemstelling luidt: 'Welke manier is voor de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde van het Catharina ziekenhuis een praktische manier om de werkprocessen omtrent de dagindeling na te kunnen leven?'

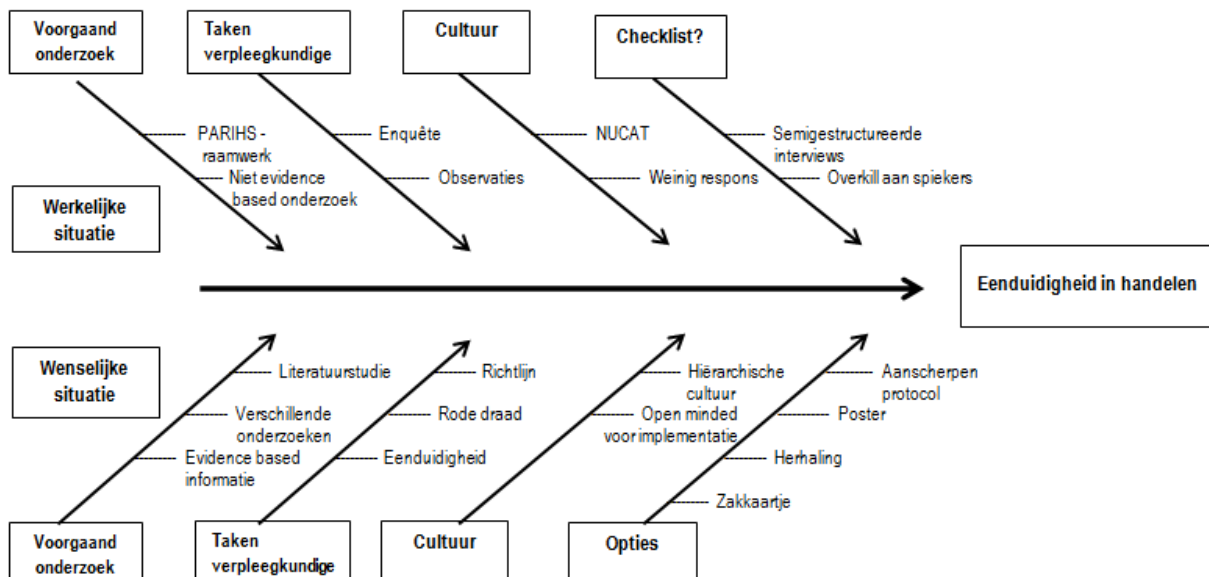
Het antwoord op de voorlopige probleemstelling is eigenlijk bovenstaande antwoorden samen. Uit voorgaand onderzoek bleek dat verpleegkundigen een checklist als dé oplossing zouden zien van het probleem. De eerste opdrachtgever heeft ons daarom ook gevraagd specifiek een checklist te maken. Dit is door de afstudeergroep onderzocht, waarna zij hebben ondervonden dat mogelijk een checklist niet de oplossing was. Dit hebben zij voorgelegd aan de opdrachtgever, waarna zij samen tot een consensus zijn gekomen. De afstudeergroep wilde namelijk open en breed kijken naar het geheel om van daaruit een passend product af te kunnen leveren. Wanneer zij tot de conclusie kwamen dat dit een checklist zou zijn, zou dat het mogelijk kunnen worden, maar ze wilden (en mochten vanuit school) niet meteen vanuit een gegeven uitgaan. Dit begreep de opdrachtgever, waarna verschillende onderzoeken volgde. Met deze onderzoeken is een antwoord gezocht op de deelvragen, en daarmee ook op de probleemstelling. Onderstaand worden puntsgewijs de verschillende antwoorden weergegeven. Deze vormen samen het antwoord op de probleemstelling.

- Bij de observaties en de interviews is duidelijk naar voren gekomen dat het huidige protocol "Front Office Nursing" niet volledig is. Het doel van het protocol is om structuur te geven binnen de verschillende diensten en nieuwe verpleegkundigen sneller in te kunnen werken. Wanneer het protocol niet volledig is, kan dit zorgen voor vertraging in de werkzaamheden, waardoor het werktempo mogelijk vermindert. Daarom is door de verpleegkundige aangegeven dat het volgens hen verstandig is om het protocol aan te scherpen. Daarbij werd benoemd dat het woord protocol niet gepast is, maar dat zij liever een richtlijn zouden zien, waarbij de taken niet zo strikt verbonden

zijn aan tijden. Het zou meer een rode draad moeten zijn die door elke dienst heen loopt en waar een verpleegkundige op terug kan vallen wanneer hij of zij iets niet meer weet.

- Het blijven herhalen kan ervoor zorgen dat een onderwerp/protocol beter blijft hangen, in plaats van dat het even onder de aandacht wordt gebracht, waarna het weer verdwijnt. De verpleegkundigen geven aan dat zij na 2 maanden niet meer weten wat er in het protocol staat. Dit zou in de praktijk bevordert kunnen worden door het gebruik van bijvoorbeeld posters, aldus de verpleegkundigen.
- DKS voor thuis kan ervoor zorgen dat verpleegkundige thuis in alle rust op kunnen zoeken wat zij niet meer weten. Op de werkvloer is hier niet altijd tijd voor en is dit het laatste waar aandacht aan besteedt wordt. Wanneer zij hier thuis de mogelijkheid voor zouden krijgen, geven verpleegkundigen aan dat zij DKS vaker zouden raadplegen.
- Verwijzingen in een protocol zouden ook kunnen bijdragen aan het naleven van de werkprocessen uit het protocol. Het protocol zal dan minder lang worden, waardoor het een overzichtelijk geheel wordt.
- Spiekers voor de liefhebbers is het laatste product dat als alternatief aangegeven wordt door de verpleegkundigen. Veel verpleegkundigen zeggen dat er al veel zakkaartjes zijn, waardoor er een overkill neigt aan spiekers. De mogelijke optie die daarbij aangedragen wordt is dat er een spieker ontwikkeld wordt voor degene die daar graag mee werken. Zo kan iedereen op zijn of haar manier het protocol onder de knie krijgen.

Onderstaand is in een visgraatdiagram de analysefase schematisch uitgelegd. De werkelijke situatie is beschreven, waaronder de wenselijke situatie naar voren komt. Uiteindelijk mond alles uit in het hoofdthema: eenduidigheid in handelen.



Hoofdstuk 7 – keuze en ontwerp van producten

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is een weergave van het proces dat vooraf is gegaan aan de ontwikkeling van het implementatieplan. Allereerst wordt kort het implementatiemodel van Grol & Wensing (2011) omschreven. Vervolgens worden kort de verschillende onderzoeken beschreven. Aan de hand daarvan worden de keuzes voor de verschillende producten nader toegelicht.

7.2 Implementatiemodel

Volgens Grol & Wensing (2011) is het bij elke implementatie van belang om aan de hand van een aantal stappen te werk te gaan. Grol & Wensing hebben een model ontwikkeld waarin met behulp van 7 stappen een effectieve implementatie bewerkstelligd kan worden. Onderstaand worden de zeven verschillende stappen kort weergegeven.

Stap 1: formuleren van een concreet, goed onderbouwd voorstel voor verandering.

Stap 2: analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering.

Stap 3: probleemanalyse doelgroep en setting.

Stap 4: ontwikkeling en selectie van interventies en strategieën.

Stap 5: ontwikkeling, testen en uitvoeren van implementatieplan.

Stap 6: integratie in routines.

Stap 7: (continue) evaluatie en (indien nodig) bijstellen van plan (Grol & Wensing, 2011).

7.3 Beginpunt

De afstudeergroep is van start gegaan met een verkennende literatuurstudie. Dit hebben zij gedaan om gegevens te verzamelen en de kennis te verbreden omtrent onder andere verschillende onderzoeksmethoden, dataverzamelings technieken, validiteit, betrouwbaarheid, etc.

7.4 Analyse voorgaand onderzoek

Na literatuurstudie is gekozen om het PARIHS- raamwerk te gebruiken als leidraad voor het analyseren van het voorgaand onderzoek “eenduidigheid in handelen”. Door middel van het PARIHS- raamwerk kon gestructureerd gekeken worden naar het verslag en konden de sterke en/of zwakke punten van het afstudeerscript in kaart gebracht worden. Op basis van de analyse kan worden geconcludeerd dat er minimaal onderzoek gedaan is en het onderzoek om onder andere die reden niet evidence based is. Er is slechts één bron gebruikt tijdens het verrichten van het onderzoek en bijvoorbeeld niet gekeken naar de cultuur op de afdeling. Daarom is de keus gemaakt nogmaals naar het probleem te gaan kijken en praktijkgericht onderzoek te doen. Hiermee hoopte de afstudeergroep erachter te komen hoe een product eruit moest komen te zien, wat de inhoud hiervan moest zijn en wat voor de verpleegkundigen op de afdeling belangrijk en bruikbaar zou kunnen zijn.

7.5 Inventariserende enquête

Om een beeld te krijgen van de afdeling en om de huidige situatie in kaart te brengen heeft de afstudeergroep gekozen voor een inventariserende enquête. Uit voorgaand onderzoek was gebleken dat verpleegkundigen een checklist als de oplossing zouden zien. Wat uit de enquête blijkt is dat maar één van de zestien respondenten een zakkaartje als de oplossing zou zien. De resultaten zijn meegenomen in het verdere onderzoek. Onder andere om de face-to-face interviews voor te bereiden.

7.6 Observatiedagen

Als leidraad voor de observatiedagen is het protocol ‘Front Office Nursing’ gebruikt, waarin de werkprocessen omtrent de dagindeling beschreven staan. Er is gekozen voor gestructureerde, onverhulde, participerende observatie, omdat in het protocol precies omschreven staat wat de verpleegkundigen zouden moeten doen tijdens een dienst. Het was voor de afstudeergroep dus belangrijk te kijken of dat wat er in het protocol beschreven staat ook daadwerkelijk zo uitgevoerd wordt in de praktijk. En zo niet, wat er dan eventueel aan het protocol ontbreekt en/of waarbij de verpleegkundigen afwijken van het huidige protocol. Voor de onverhulde methode is gekozen, omdat de afstudeergroep hoopte dat de verpleegkundigen zich niet anders zouden gedragen dan anders. De participerende weg, omdat de afstudeergroep letterlijk aanwezig is geweest om het proces rondom de verschillende diensten te observeren. Voorafgaand aan de observaties was door de afstudeergroep een onderzoeksvraag opgesteld, namelijk: ‘Worden de taken vanuit het protocol “Front Office Nursing” nageleefd door de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde? Wat gaat goed en wat kan beter?’. Het antwoord hierop is dan ook dat de taken die in het huidige protocol beschreven staan wel uitgevoerd werden, maar dat er veel taken niet beschreven staan in het huidige protocol (bijvoorbeeld het meten van de vitale functies en de medicijn deelrondes) en daarbij zijn ook de tijden veelal niet gehaald door de verpleegkundigen in de praktijk. Dit kwam ook naar voren bij de membercheck. Op die manier kon nagegaan worden of een situatie/activiteit vaker zo uitgevoerd werd, of juist niet. Dit alles riep vragen op bij de afstudeergroep, zoals bijvoorbeeld: ‘Is het huidige protocol wel realistisch en volledig?’.

7.7 Cultuurmeting

Om de cultuur van de afdeling in beeld te brengen heeft de afstudeergroep gewerkt met de NUCAT cultuurmeting. Naar aanleiding van de ingevulde vragenlijsten is door de afstudeergroep een analyse gemaakt. Er waren niet genoeg vragenlijsten ingevuld om het onderzoek als betrouwbaar aan te duiden. Toch is ervoor gekozen het onderzoek wel mee te nemen in de analyse, omdat ook deze uitslag volgens de afstudeergroep iets zegt over de cultuur op de afdeling. Het geeft namelijk aan dat het een dynamische afdeling is, waarbij ze niet altijd tijd hebben om bijvoorbeeld een vragenlijst in te vullen. Ook dit is middels een membercheck achterhaald. Uit de resultaten van dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat er een hiërarchische cultuur heerst op de afdeling Interne Geneeskunde. Dit omdat er op de afdeling een gestructureerde werkomgeving bestaat, waar volgens protocol gewerkt zou moeten worden om stabiliteit en efficiëntie te waarborgen. Daarbij draait de hiërarchische cultuur om eenduidigheid van producten en diensten, iets wat ze op de afdeling ook belangrijk vinden. Om die redenen wordt er dan ook gewerkt met protocollen. Al deze gegevens bij elkaar genomen, komt duidelijk naar voren dat er op deze afdeling sprake is van een hiërarchische cultuur.

7.8 Semigestructureerde interviews

Tot slot heeft de afstudeergroep face-to-face interviews afgenomen bij een aantal verpleegkundigen van de afdeling. De afstudeergroep had nu al veel informatie verzameld door voorgaande onderzoeken op de afdeling en heeft die informatie meegenomen bij het voorbereiden van de semigestructureerde interviews. Er is gekozen voor de face-to-face interviews om de eerder vergaarde informatie kritisch te bekijken en daarbij te kijken welke informatie nog miste. Door middel van de interviews hoopte de afstudeergroep de aanvullende informatie te verzamelen. Concluderend kan gezegd worden dat uit voorgaand onderzoek bleek dat verpleegkundigen een checklist in de vorm van een spieker als oplossing zagen. Uit eerder eigen onderzoek (enquête, observaties) blijkt dat verpleegkundigen op dit moment een checklist niet als dé oplossing zien. Ook tijdens de interviews die afgenomen zijn bij verschillende verpleegkundigen komt meerdere malen naar voren dat op dit moment een checklist niet als de enige optie gezien wordt.

7.9 Keuze van producten

Op basis van de verzamelde gegevens kan worden geconcludeerd dat een passend implementatieplan geen overbodige luxe is. Uit de onderzoeken komt namelijk naar voren dat de verpleegkundigen de taken en werkprocessen die in het huidige protocol "Front Office Nursing" beschreven staan niet altijd behalen tijdens hun dienst. Dit geeft ook weer dat er dus niet altijd conform het protocol gewerkt wordt. In een ander onderzoek is duidelijk naar voren gekomen dat de verpleegkundigen het wel belangrijk vinden om de procedures te volgen. Om een passend implementatieplan op te stellen, heeft de afstudeergroep al deze gegevens meegenomen bij het laatste onderzoek: de semigestructureerde interviews. Hierbij hebben de verpleegkundigen opties aangedragen, wat volgens hen zou kunnen helpen om eenduidigheid in handelen op de afdeling te bevorderen. Naar aanleiding daarvan zijn de volgende producten ontworpen:

Een richtlijn in plaats van een protocol

De verpleegkundigen gaven allen aan behoefte te hebben aan een richtlijn, een rode draad. Doordat de zorg op de afdeling onvoorspelbaar is, is het voor de verpleegkundigen niet mogelijk om zich strikt te houden aan de tijden die in het huidige protocol beschreven staan. Hierdoor worden regelmatig activiteiten/tijden niet gehaald, wat het werktempo niet ten goede komt. Daarbij staan niet alle taken en werkprocessen in het huidige protocol beschreven, wat er ook voor zorgt dat het o.a. voor nieuwe medewerkers onduidelijk is wat er nou precies per dienst van hen verwacht wordt. Een complete richtlijn, waarin alle taken en werkprocessen omschreven staan per dienst, zou ervoor kunnen zorgen dat het werktempo verhoogt en dat het inwerken van nieuwe verpleegkundigen/poolers/leerlingen/stagiaires sneller verloopt.

Een poster

Een richtlijn zal ervoor zorgen dat het voor iedereen duidelijk is wat er verwacht wordt per dienst. Echter is dat ook veel 'nieuwe' informatie. De ene verpleegkundige zal het snel oppakken en blijven onthouden, terwijl een andere verpleegkundige hier wellicht meer moeite mee heeft. Daarbij is het voor de verpleegkundigen thuis niet mogelijk de protocollen in te zien en het eens rustig door te nemen om het geheugen op te frissen. Diegene geven aan er thuis de tijd voor te hebben, maar op de werkvloer niet. Om voor iedereen duidelijk te maken wat er gedaan moet worden per dienst, zijn er drie posters ontworpen. De posters geven de taken en werkprocessen per dienst weer. Op deze manier kunnen de verpleegkundigen de posters ten alle tijden raadplegen en is de richtlijn altijd bereikbaar. Deze posters kunnen in het kantoor/in de koffiekamer worden opgehangen. Zo is voor iedereen in één oogopslag inzichtelijk wat er van hen verwacht wordt. Makkelijk, bruikbaar, visueel en vooral: snel.

Een zakkaartje

Om voor de verpleegkundigen overal op de werkvloer, dus niet alleen in het kantoor, een handvat te bieden, is een zakkaartje ontwikkeld. Echter gaven een aantal verpleegkundigen in de interviews aan dat er een overkill neigt aan zakkaartjes. Voor degenen die hier toch behoefte aan hebben, is dit product toch ontwikkeld. Zeker voor nieuwe medewerkers kan dit een steuntje in de rug zijn en structuur geven bij het uitvoeren van de dagelijkse handelingen. Ook verhoogt dit mogelijk het werktempo, omdat er direct nagegaan kan worden wat er nog moet gebeuren.

H

Hoofdstuk 8 – implementatieplan

8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is een weergave van het implementatieplan. Op basis van het implementatiemodel van Grol & Wensing (2011) en naar aanleiding van de uitgevoerde onderzoeken en de resultaten/conclusie wordt het implementatieplan beschreven.

8.2 Implementatieplan

Het implementatieplan is tot stand gekomen middels het verzamelen van gegevens vanuit literatuur en het doen van praktijkonderzoek. Tijdens het invoeren van een verandering (implementatie) vormt zich een soort tijdspad. Wat staat wanneer op de planning en waarom is het noodzakelijk? Wanneer en door wie wordt het uitgevoerd? Hoe gaat het proces geëvalueerd worden? Het afstudeerverslag staat in het teken van eenduidigheid in handelen. Onderstaande zin geeft het doel van het implementatieplan weer (van Bers, 2008).

‘Binnen 6 maanden heeft het implementatieplan geholpen om eenduidigheid in handelen op de afdeling Interne Geneeskunde van het Catharina ziekenhuis Eindhoven te bevorderen.’

Om het doel te bereiken is een implementatieplan opgesteld. Het implementatieplan geeft weer hoe de afstudeergroep de implementatie op de afdeling Interne Geneeskunde aan zou pakken.

Wat?	Waarom?	Wanneer?	Wie is verantwoordelijk?	Hoe evalueren?
Nieuwsbrief	Ter introductie, om het implementatieplan en de producten aan te kondigen. Hierdoor zijn de verpleegkundigen voorbereid en komen de producten niet uit het niets. Dit verlaagt mogelijk de weerstand bij de verpleegkundigen en zorgt ervoor dat de producten effectief opgenomen kunnen worden in de dagelijkse handelingen (Grol & Wensing, 2011).	Donderdag 17 januari 2013	De afstudeergroep.	Donderdag 31 januari 2013.
Ontwikkeling richtlijn	Omdat uit de onderzoeken naar voren is gekomen dat het huidige protocol niet volledig is en de verpleegkundigen behoefte hebben aan een complete richtlijn in plaats van een onvolledig protocol. Een volledige richtlijn is concreet, duidelijk en geeft sturing aan de dagindeling, maar ontnemt de verpleegkundigen niet zelf na te denken (Grol & Wensing, 2011).	Van maandag 7 t/m donderdag 15 januari 2013	De afstudeergroep. De opdrachtgever (afdelingsmanager Interne Geneeskunde).	Over 6 maanden. Door rechtstreeks aan de verpleegkundigen (bijv. tijdens een teamvergadering of middels een anonieme enquête) te vragen hoe zij het gebruik ervaren.
Ontwikkeling poster	Om voor alle verpleegkundigen duidelijk te maken wat er per dienst gedaan moet worden, wat er van	Van maandag 7 t/m donderdag 15 januari 2013	De afstudeergroep. De opdrachtgever (afdelingsmanager Interne Geneeskunde).	Over 6 maanden. Door rechtstreeks aan de verpleegkundigen (bijv.

	iedereen verwacht wordt en dit op deze manier voor iedereen snel en gemakkelijk inzichtelijk is (Grol & Wensing, 2011).			tijdens een teamvergadering of middels een anonieme enquête) te vragen hoe zij het gebruik ervaren.
Ontwikkeling spieker	Om voor degene die behoefte hebben aan een spieker een handvat te bieden en structuur te geven om de dagindeling en bijbehorende werkprocessen te leren kennen. Dit zal mogelijk het werktempo bevorderen (Grol & Wensing, 2011).	Van maandag 7 t/m donderdag 15 januari 2013	De afstudeergroep. De opdrachtgever (afdelingsmanager Interne Geneeskunde).	Over 6 maanden. Door rechtstreeks aan de verpleegkundigen (bijv. tijdens een teamvergadering of middels een anonieme enquête) te vragen hoe zij het gebruik ervaren.
Producten introduceren	Om de verpleegkundigen de producten te tonen die de afstudeergroep heeft ontworpen. In de nieuwsbrief wordt aangekondigd vanaf wanneer de producten op de afdeling beschikbaar zijn. Het is voor de afstudeergroep niet mogelijk iedere verpleegkundige apart uitleg te geven over de producten. Op deze manier wordt het gehele team op de hoogte gebracht en weten de verpleegkundigen wat de bedoeling precies is. Voor vragen kunnen zij vervolgens terecht bij de opdrachtgever van het afstudeerproject (Grol & Wensing, 2011).	Dinsdag 22 januari 2013	De afstudeergroep.	Donderdag 31 januari 2013.
Overhandiging verslag	Om voor de opdrachtgever inzichtelijk te maken wat de afstudeergroep in al die weken heeft gedaan, wat de resultaten zijn van de verschillende onderzoeken en waar dit alles in geresulteerd heeft.	Donderdag 24 januari 2013	De afstudeergroep.	Donderdag 31 januari 2013.
Evaluatie van proces	Om het hele traject met de projectbegeleider te bespreken.	Donderdag 31 januari 2013.	De afstudeergroep en de projectbegeleider.	Tijdens het gesprek.
Evaluatie van proces	Om het hele traject en de introductie van de producten met de opdrachtgever te bespreken.	Donderdag 24 januari 2013.	De afstudeergroep en de opdrachtgever.	Tijdens het gesprek.

De afgelopen periode heeft de afstudeergroep samen deze schriftelijke verantwoording gemaakt. Zij hebben zich verdiept in de theorie over evidence, context en faciliteren en door middel van het PARIHS- raamwerk een bestaand, voorgaand afstudeerscript geanalyseerd. Op basis daarvan en aanvullende literatuurstudie omtrent onderzoeksmethoden, zijn keuzes gemaakt voor verdere onderzoeken. Deze onderzoeken hebben zij in de afgelopen periode uitgevoerd. Zo is er een inventariserende enquête afgenomen bij de verpleegkundigen, is de afstudeergroep op de afdeling geweest om te observeren aan de hand van het protocol "Front Office Nursing" (taken en werkprocessen verpleegkundigen per dienst), is een NUCAT cultuurmeting gedaan en zijn er semigestructureerde interviews gehouden. Dit alles samen heeft antwoord gegeven op de deelvragen, maar ook op de probleemstelling. Van hieruit zijn er drie producten ontwikkeld, welke middels het implementatieplan ingevoerd kunnen worden op de afdeling.

De afstudeergroep heeft veel geleerd de afgelopen periode. Zij hebben zich verdiept in allerlei facetten van het uitvoeren van onderzoeken en het analyseren van de resultaten daarvan. Bias, validiteit en betrouwbaarheid hebben hier een grote rol in gespeeld. Er is meer kennis ontwikkeld over de theorie, maar ook hebben zij de link kunnen leggen met de praktijk. Dat blijkt uit de onderzoeken en het daarop volgende verslag waarin dit alles beschreven staat.

De afstudeergroep heeft veel nauw samen gewerkt. Niet alleen met elkaar. Ook de opdrachtgever en projectbegeleider hebben hier een rol in gespeeld. De feedback die zij hebben gegeven is dusdanig van invloed geweest op het uitvoeren van de onderzoeken en het ontwikkelde implementatieplan. De support die de afstudeergroep van hen heeft ontvangen, hebben zij als erg prettig ervaren.

A. Kinébanian, T. Satink and F. van Nes (2006) *Onderwijs in wetenschap: architectuur van kwalitatief wetenschappelijk onderzoek*, P. 50-59.

Auteur oorspronkelijke versie: Coeling & Simms (1993), Vertaling en Nederlandse versie: Oosterink (2006), Nursing Unit Cultural Assessment Tool.

Auteur oorspronkelijke versie: University College Cork en University of Ulster, Prof. Brendan McCormack, vertaald en gevalideerd door: Pieter van Gorkum, Masteropleiding aan de Universiteit van Antwerpen (2010), Gids voor gebruik van de Context Assessment Index (CAI).

Bijlsma I.W. (2006) *Werkprocessen in de polikliniek en sociale gezondheidszorg*. Eerste druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Carriéretijger (2008) www.carriéretijger.nl Geraadpleegd op 07-09-2012.

Catharinaziekenhuis (2012) "Inwendige geneeskunde", www.catharinaziekenhuis.nl. URL bezocht op 27 augustus 2012.

Cox, K. (december 2009) "Evidence Based implementeren: 2 instrumenten om de context in kaart te brengen", *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, Volume 7, Issue 4, pp. 8-10.

De Jong J.H.J., Kerstens J.A.M., Sesink E.M., Vermeulen M.M. *Handboek verpleegkunde*. Eerste druk. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.

Donders W. *Praktische gespreksvoering; basisvaardigheden voor sociale opleidingen*. Amsterdam, Boorn Onderwijs; 2007.

Dr. D.B. Baarda, Dr. M.P.M. de Goede, Dr. J. Teunissen. *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Tweede druk. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff bv.; 2001/2005.

Emans B. *Interviewen; theorie, techniek en training*. Houten, Stenfert Kroese; 2002.

Fontaine, B. (2010) *De plancyclus in het sociaal-agogisch werk*, tweede druk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Frits Harinck. *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Vierde druk. Garant uitgevers, Apeldoorn; 2008.

Grol R., Wensing M. *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Vierde, herziene druk. Reed business, Amsterdam; 2011.

Hunink G.H., Van der Bijl J.J., Cusveller B.S., Leenaarts-Gunnewijk E., Van Linge R.H., Van Swieten-Duijfjes B. *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht/Zutphen, Thieme Meulenhoff; 2000.

Kees van Peer, Dennis Bours, Pascal Beaujean. *Onderzoeksmethoden vragen en antwoorden*. Fontys, 2010.

Koeleman H. *Interne communicatie bij verandering: van middelen- naar interventiedenken*. Tweede druk. Alphen aan den Rijn, Kluwer; 2006.

Leijten, C. (2010) *College Context*. Fontys Eindhoven.

Mark Saunders, Philip Lewis en Adrian Thornhill. *Methoden en technieken van onderzoek*. Derde editie, vijfde druk. Amsterdam, Pearson Education Benelux bv; 2007.

McCormack B., Kitson A., Harvey G., Rycroft-Malone J., Titchen A., Seers K. (2002) *Getting evidence into practice: the meaning of context*. *Journal of Advanced Nursing*, 37-40.

Meredith Belbin R.. *Teamrollen op het werk*. Eerste druk. Den Haag, Sdu Uitgevers bv; 2008.

Mieke van Bers, Guus Munten. Het PARIHS raamwerk. Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice (06), nummer 04; 2008.

Migchelbrink Ferdie. Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam, 2007.

Quinn RE en Rohrbaugh J, A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing value approach to organizational analyses. Management Science, 1983, vol 29, no.3.<http://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/schrier.pdf>

Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke (2006). Samenvatting door Shaun Cardiff, september 2012.

Verbeek G. Het spel van kwaliteit en zorg. Vijfde druk. Paperback, augustus 2004.

V. Meeusen (2012) Kennismakingsgesprek afstudeeropdracht. 13-09-2012. Catharina ziekenhuis Eindhoven: Interne Geneeskunde (9-west).

Vrolijk A. Gesprekstechniek. Houten, Bohn Stafleu van Loghum; 2003.

Werken met teamrollen (2012) "Teamrollen van Belbin". <http://www.werkenmetteamrollen.nl/> Geraadpleegd op 25-09-2012.

Bijlage 1 – analyse voorgaand onderzoek “eenduidigheid in handelen”

Inleiding

Op de afdeling Interne Geneeskunde van het Catharina ziekenhuis in Eindhoven is het voor de verpleegkundigen lastig om de werkprocessen te onthouden en na te leven. Hierdoor wordt niet eenduidig gehandeld. Omtrent dit probleem is een onderzoek verricht door Cecile Verschuren. Dit onderzoek heet: ‘eenduidigheid in handelen’. In haar laatste jaar van de opleiding ‘Management in de zorg’ heeft zij een afstudeerscriptie gemaakt en onderzocht wat mogelijke oorzaken van dit probleem konden zijn en wat een eventuele oplossing zou kunnen zijn. Om te kijken of dit onderzoek evidence based is en geen dubbel onderzoek verricht wordt, wordt het afstudeerscript kritisch bekeken. Er zal hiervoor gebruik worden gemaakt van het PARIHS- raamwerk, om vanuit verschillende invalshoeken (evidence, context, facilitation) te kijken naar het gemaakte stuk en op die manier claims en concerns op te stellen. Zo kan bekeken worden of het gemaakte stuk evidence based is en kan bepaald worden welke onderzoeken nog verricht moeten worden om een compleet beeld van de huidige situatie te krijgen.

1. Evidence

Evidence based werken staat voor handelen door de beroepsbeoefenaar op een manier waarbij de uitvoering is gebaseerd op de best bewezen/beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. Het invoeren van een verandering is niet makkelijk. Het PARIHS raamwerk (Promoting Action en Research Implementation in Health Services) is een hulpmiddel om een implementatie succesvol te laten verlopen. Het laat de samenhang zien van verschillende factoren die van invloed zijn op het succesvol invoeren van evidence in de praktijk. Volgens het PARIHS raamwerk is een verandering succesvol wanneer de evidence wetenschappelijk sterk is en overeenkomt met professionele inzichten en de behoeften van patiënten. In die situatie is de ‘evidence’ hoog of anders gezegd sterk (van Bers, 2008).

Sinds 1998 kent men drie verschillende bronnen van evidence. De drie bronnen van evidence zijn: onderzoek, patiëntenervaring en klinische ervaring. Bij de bron ‘onderzoek’ werden systematische reviews en gerandomiseerde, gecontroleerde experimenten gezien als onderzoek met een hoge mate van bewijs, terwijl beschrijvend onderzoek werd beschouwd als onderzoek met een lage mate van bewijs. Het uitgangspunt was dat het gebruikmaken van evidence in de praktijk bevorderd wordt als alle drie de kennisbronnen ‘hoog’ scoren op de mate van bewijs (van Bers, 2008).

Op dezelfde manier werd evidence verkregen uit patiëntenervaringen. Deze werden toegekend op een hoge of lage mate van bewijs, waarbij ‘samenwerking in de besluitvorming tussen beroepsbeoefenaar en patiënt’ als ‘hoog’ scoorde en ‘het ontbreken van deelname’ als ‘laag’ (van Bers, 2008).

Klinische ervaring als kennisbron werd als ‘hoog’ beschouwd als er sprake was van grote overeenstemming tussen beroepsbeoefenaren en als ‘laag’ wanneer de mening van beroepsbeoefenaren verschillend was (van Bers, 2008).

Om het afstudeerscript kritisch te kunnen bekijken is de verzamelde evidence van het script “eenduidigheid in handelen” vergeleken met de theorie over evidence uit het PARIHS raamwerk.

1.1 Claims en concerns

Het element ‘evidence’ is in het PARIHS raamwerk onderverdeeld in drie bronnen van evidence. De claims en concerns die zijn opgesteld, zijn ondergebracht in de drie verschillende bronnen van evidence. Hierbij is gekeken naar of de verzamelde evidence in het script “eenduidigheid in handelen” als ‘hoog’ of ‘laag’ beschouwd diende te worden.

1.1.1 Claims en concerns ‘onderzoek’

De bron ‘onderzoek’ kan worden onderscheiden in een ‘hoge’ of ‘lage’ mate van bewijs. Wanneer een onderzoek bijvoorbeeld slecht ontworpen of uitgevoerd is, of dient als enige bewijsmateriaal, wordt er gesproken van een lage mate van bewijs. Indien een onderzoek goed ontworpen en uitgevoerd is, passend is bij de onderzoeksvraag en beoordeeld is als relevant, kan bijvoorbeeld worden gesproken van een hoge mate van bewijs (van Bers, 2008). Op basis van de verzamelde theorie, is kritisch gekeken naar het afstudeerscript en zijn de volgende claims (positieve items) en concerns (verbeterpunten) opgesteld. Tabel 1 geeft de claims en concerns omtrent de bron ‘onderzoek’ weer.

Tabel 1. Bron van evidence: onderzoek

Claims	Concerns
- Over het algemeen wordt goed Nederlands geschreven. - De manier van onderzoeken: kwalitatief; open-semigestructureerd is passend bij de onderzoeksvraag en doelgroep.	- Onduidelijke en niet consequente bronvermelding. - Er worden belangrijke termen door elkaar gebruikt. Zo wordt er gesproken over werkprocessen en werkafspraken. Eenduidigheid hierin ontbreekt. - Volgorde van het verslag niet logisch. Er wordt van het

- Goed dat er tijdens het interview is meegeschreven en dat aan de geïnterviewde is teruggegeven wat zojuist gehoord is. Dit verhoogd de validiteit. - Het is goed te zien dat er a- selectief gekozen is voor de interviews. Dit voorkomt een eigen invulling van het onderzoek door “eenduidigheid in handelen”, aangezien zij werkzaam is op de afdeling en bekend is met het probleem. Daarbij is het ook goed dat er wel rekening gehouden is met de werknemers die het veranderproces hebben doorgemaakt (wel geïnterviewd) en de werknemers die pas kort werkzaam zijn op de afdeling (niet geïnterviewd). - De vernieuwde werkafspraken zijn inzichtelijk gemaakt door ze in de bijlagen te zetten. Dit ondersteund de eerder genoemde theorie hierover.	- een naar het ander gegaan en daarbij ontbreekt een rode draad in het verhaal, waardoor het geen samenhangend geheel is. - Het figuur in hoofdstuk 1.1 komt uit het niets. Het doel van een figuur is dat het een stuk tekst ondersteund. Er mist een aanduiding en bronvermelding. - Het doel van het onderzoek is niet SMART geformuleerd. Er ontbreekt een tijdsduur en is niet controleerbaar. - De probleemstelling is niet duidelijk geformuleerd. De zinsopbouw is niet logisch, er ontbreken leestekens en is daardoor niet duidelijk leesbaar. - Er is onderzoek gedaan d.m.v. een beknopte literatuurstudie en drie verschillende vragenlijsten. De gegeven adviezen en resultaten zijn alleen hierop gebaseerd. Wellicht waren er meer effectieve(re) resultaten naar boven gekomen bij een breder onderzoek. - De summary en samenvatting komen uit het niets, zonder enige inleiding. - De samenvatting en hoofdstuk 1.0 (inleiding) gaan niet over het probleem zelf, maar over marktwerking en concurrentie. Wat heeft dit te maken met het probleem op afdeling 9-west? De link tussen deze twee onderwerpen wordt niet gelegd, waardoor het onduidelijk is dat dit erin staat. - Hoofdstuk 2 gaat over literatuurstudie. Deze is inderdaad gedaan, maar waarom de verschillende elementen die hierin verwerkt staan zijn onderzocht is een grote vraag. Ook hier ontbreekt een duidelijke inleiding. Verder is het erg algemeen beschreven, een groot stuk tekst, er is weinig diepgang gericht op het onderwerp en er zit geen logische volgorde in. Verder staat er erg veel tekst die ook in de bijlagen vermeldt had kunnen worden. De kern moet nu gezocht worden, terwijl deze eigenlijk in het hoofdstuk makkelijk te lezen hoort te zijn. - De vragen van de vragenlijst voor de verpleegkundigen zijn erg sturend. Het was de bedoeling de ervaring en mening van verpleegkundigen te achterhalen. De vragen zijn nu erg gericht op de algemene kennis van de verpleegkundigen rondom de veranderingen.
--	--

1.1.2 Claims en concerns ‘klinische ervaring’

De bron ‘klinische ervaring’ kan ook worden onderscheiden in een ‘hoge’ of ‘lage’ mate van bewijs. Indien er een gebrek is aan consensus binnen vergelijkbare groepen of deze gezien worden als bijvoorbeeld slechts één type bewijsmateriaal, dan wordt er gesproken van een lage mate van bewijs. Wanneer er bijvoorbeeld consensus is binnen vergelijkbare groepen, en/of er wordt gereflecteerd op klinische ervaring en expertise, getest op individuen en groepen, is er sprake van een hoge mate van bewijs (van Bers, 2008). Op basis van de verzamelde gegevens is ook op dit vlak kritisch gekeken naar het afstudeerscript. Tabel 2 beschrijft de geresulteerde claims en concerns.

Tabel 2. Bron van evidence: klinische ervaring

Claims	Concerns
- Informatie omtrent de afdeling en het ziekenhuis is duidelijk uitgewerkt. Hierdoor is merkbaar dat De onderzoeker ervaring heeft met het reilen en zeilen van het ziekenhuis, doordat ze zelf werkzaam is binnen het ziekenhuis. - Wat ook als positief gezien wordt is het raadplegen van een expert. Zo is van buitenaf objectieve	- Er wordt gesproken over dat naar aanleiding van klachten en onderzoeken veranderingen zijn doorgevoerd. Klachten van wie en waarover worden echter niet vermeld, waardoor het niet duidelijk is wat de daadwerkelijke argumenten zijn om de veranderingen op de afdeling door te voeren. - Zoals hiernaast vermeld staat is het goed dat De

informatie verzameld omtrent het implementeren. - Hoofdstuk 1.1 geeft een duidelijk overzicht van de coördinatie en inzichten van de leidinggevende op de afdeling. - Er is een lezing bijgewoond van een expert.	onderzoeker een lezing heeft bijgewoond van een expert. Wat ze er echter aan gehad heeft is niet beschreven en maakt het noemen van haar deelname overbodig. - Er wordt gesproken over het belang om verpleegkundigen gemotiveerd te houden bij het doorvoeren van een verandering. Daarbij zou het belangrijk zijn te analyseren wat verpleegkundigen motiveert. Uit het script is niet te halen dat dit gedaan is.
---	---

1.1.3 Claims en concerns 'patiëntervaringen'

De derde bron van evidence 'patiëntervaringen' kan ook onderscheiden worden in een 'hoge' of 'lage' mate van bewijs. Wanneer patiënten bijvoorbeeld niet betrokken zijn of als deze bron als slechts één type bewijsmateriaal wordt beschouwd, is er sprake van een lage mate van bewijs. Echter, wanneer er gebruik gemaakt wordt van meerdere biografieën, of het bijvoorbeeld gezien wordt als één onderdeel van het besluit, dan kan er gesproken worden van een hoge mate van bewijs (van Bers, 2008). Het afstudeerscript is kritisch bekeken naar aanleiding van de theorie en hierna zijn weer claims en concerns opgesteld. Tabel 3 beschrijft de claims en concerns, gericht op de bron van evidence: patiëntervaringen.

Tabel 3. Bron van evidence: patiëntervaringen

Claims	Concerns
	- Er wordt in het script gesproken over klachten die patiënten zouden hebben gehad omtrent de zorg op de afdeling. Uit het onderzoek is niet te halen of in het script "eenduidigheid in handelen" ook gebruik is gemaakt van deze bron (patiënten) om erachter te komen hoe zij de veranderingen hebben ervaren. - Ook wordt er gezegd dat na gesprekken is gebleken dat de klant niet centraal stond. Waar dat precies vandaan komt en wat dan hetgeen was waarom patiënten dat zo ervaren, is niet duidelijk.

2. Context

Zorgverlening vindt plaats in settings, gemeenschappen en culturen. Deze verschillende punten worden beïnvloed door economie, sociale, politieke en psychosociale factoren. In het PARIHS raamwerk betekent de term 'context' het milieu of de setting waarbinnen personen gezondheidszorg ontvangen of aan de context waarin de voorgestelde verandering geïmplementeerd moet worden.

Kenmerken van een context waarin onderzoeksresultaten makkelijk geïmplementeerd kunnen worden zijn

- Helder omschreven grenzen;
- Helderheid over besluitvormingsprocessen;
- Helderheid over patronen van macht en gezag;
- Middelen, informatie en feedbacksystemen (van Bers, 2008).

De context wordt onderverdeeld in drie categorieën: de cultuur, leiderschap en evaluatie. Alle drie zijn zij van belang binnen een afdeling/organisatie. Om in te schatten of het implementatietraject zal slagen, wordt er onderscheid gemaakt in hoog en laag. Wanneer er in de context 'hoog' gescoord wordt, is de kans dat de implementatie slaagt en ook daadwerkelijk doorgevoerd wordt hoger dan wanneer er 'laag' gescoord wordt. In het onderstaande schema wordt uitgelegd wanneer een context zogenoemd 'hoog' of 'laag' scoort (van Bers, 2008).

Laag	Hoog
- Gebrek aan helderheid rondom kaders. - Gebrek aan gepastheid en transparantie. - Gebrek aan kracht en autoriteit. - Gebrek aan middelen. - Gebrek aan informatie en feedback. - Niet ontvankelijk voor verandering.	- Fysieke, sociale, culturele, structurele, systeemkaders zijn helder geformuleerd. - Gepastheid en transparantie in besluitvormingsprocessen, machts- en autoriteitsprocessen. - Informatie en feedback. - Ontvankelijk voor verandering (van Bers, 2008).

Om kritisch naar het afstudeerscript te kunnen kijken is de verzamelde informatie uit het afstudeerscript vergeleken met de theorie over context uit het PARIHS raamwerk.

2.1 Claims en concerns

Het element 'context' wordt in het PARIHS raamwerk onderverdeeld in drie elementen, te noemen: cultuur, leiderschap en evaluatie. De claims en concerns die zijn opgesteld zijn verdeeld in de drie verschillende elementen toebehorend bij de context. Hierbij is gekeken naar of de verzamelde gegevens in het script "eenduidigheid in handelen" wat betreft de context als 'hoog' of 'laag' beschouwd diende te worden.

2.1.1 Claims en concerns 'cultuur'

Om een implementatie te laten slagen zal er door de onderzoekers gekeken moeten worden naar de cultuur die er heerst op een afdeling. Om te bepalen of de cultuur op een afdeling openstaat voor een verandering of nog niet, kan onderscheid worden gemaakt in 'sterke / hoge' of 'zwakke / lage' cultuur. Wanneer er op een afdeling bijvoorbeeld onduidelijke waarden en overtuigingen zijn en/of er is gebrek aan consistentie, dan kan er gesproken worden van een zwakke of 'lage' cultuur. Indien er daarentegen bijvoorbeeld sprake is van waardering van individuele werknemers en patiënten en/of er consistentie is wat betreft rollen met betrekking tot waarden, relaties met anderen en teamwork, dan kan er gesproken worden van een sterke of 'hoge' cultuur (van Bers, 2008). Op basis van de verzamelde theorie is kritisch gekeken naar het afstudeerscript en zijn zij tot de volgende claims (positieve punten) en concerns (verbeterpunten) gekomen. Tabel 4 geeft de claims en concerns wat betreft het element 'cultuur' weer.

Tabel 4. Element context: cultuur

Claims	Concerns
- Er wordt over cultuur gezegd dat dit een belangrijke factor is voor organisatie en verandering.	- Bij hoofdstuk 2.2.1 wordt zoals hiernaast beschreven staat de cultuur benoemd en wordt uitgelegd waarom deze belangrijk is. Echter, hier wordt vervolgens niets mee gedaan. Het blijft bij een algemeen stuk literatuur. Deze wordt niet onderzocht op de afdeling en er wordt dus geen rekening gehouden met de cultuur op de afdeling.

2.1.2 Claims en concerns 'leiderschap'

De kans op een succesvolle implementatie is gebaad bij een effectieve manier van leiding geven. Om te kunnen bepalen of de manier van leiding geven op de afdeling 'sterk / hoog' is, of juist 'zwak / laag', kan er gekeken worden naar verschillende componenten. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van traditioneel leiderschap, sterk gericht op controle en/of er zijn onduidelijke rollen binnen de afdeling, dan kan er gesproken worden van een zwakke of 'lage' manier van leiding geven. Daarentegen, wanneer er sprake is van transformationeel leiderschap, duidelijke rollen en/of effectief teamwork, dan kan er gesproken worden van een sterke of 'hoge' manier van leiding geven. Kortom: effectief leiderschap (van Bers, 2008). Er is kritisch gekeken naar het afstudeerscript en met behulp van bijbehorende theorie resulteerde dit in claims en concerns. Tabel 5 geeft de claims en concerns omtrent het element 'leiderschap' weer.

Tabel 5. Element context: leiderschap

Claims	Concerns
- Het is goed dat het gehele personeel betrokken is bij het veranderproces, de afdelingsmanager geeft in een interview aan de weerstand hiermee te willen verlagen.	- Uit de resultaten van de interviews die gehouden zijn met de afdelingsmanager, verpleegkundigen en een expert blijkt dat verpleegkundigen niet goed op de hoogte/betrokken waren bij het proces. Er zouden door de seniorverpleegkundigen kerngroepen zijn gevormd. De rest zou via de mail gecommuniceerd zijn en daar blijken de overige verpleegkundigen niet veel van meegekregen te hebben, waardoor zij het niet als positief hebben ervaren.

2.1.3 Claims en concerns 'evaluatie'

Het derde element van de context is de evaluatie. Om te kunnen bepalen of verzamelde evidence goed toepasbaar is in de praktijk, kan er gekeken worden naar verschillende methoden en bronnen van feedback. Vervolgens kan er gekeken worden naar of de manier van evalueren 'sterk / hoog' is, of juist 'zwak / laag'. Bijvoorbeeld: wanneer er geen gebruik wordt gemaakt van feedback en/of er beperkt gebruik wordt gemaakt van bronnen om zicht te krijgen op het functioneren, dan wordt er gesproken van een zwakke of 'lage' manier van evalueren. Indien er feedback gegeven wordt op het individu, team en systeem en/of er gebruik gemaakt wordt van meerdere bronnen om zicht te krijgen op het functioneren, dan kan er gesproken worden van een sterke of 'hoge' manier van evalueren. Naar aanleiding van de theorie is kritisch gekeken naar dit element en vervolgens zijn claims en concerns opgesteld. Tabel 6 beschrijft de claims en concerns, gericht op het element van context: evaluatie.

Tabel 6. Element context: evaluatie

Claims	Concerns
	- Er wordt gesproken over het belang van evalueren en het gegeven dat dit in het verleden niet consequent het geval is geweest. Er werd daarom verwacht in het script terug te kunnen vinden hoe het onderzoek dat is verricht geëvalueerd zou worden. Echter, er is geen concreet evaluatieplan opgesteld over hoe het hele traject geëvalueerd zou worden. Dit is daarom dan ook een gemis in het script.

3. Facilitation

Een facilitator is iemand die een sleutelpositie inneemt bij de ondersteuning van individuen en teams. Het doel hiervan is het verkrijgen van inzicht in wat voor veranderingen zij kunnen bewerkstelligen en op welke manier, zodat evidence in de praktijk kan worden toegepast.

Bij faciliteren gaat het om het helpen van anderen om zo een ontwikkeling mogelijk te maken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van verschillende strategieën, zoals bijvoorbeeld: gastcolleges, workshops en feedback.

Ook faciliteren is uit te drukken in een 'laag'- 'hoge' maatstaf. Er is hierbij sprake van een 'hoge facilitering' wanneer de wijze waarop ondersteuning geboden wordt passend is in de context en een 'lage facilitering' wanneer dit tegenovergesteld is. Tevens is de facilitering 'hoog' wanneer de interne en/of externe facilitatoren competent zijn bij het implementeren van veranderingen (van Bers, 2008).

Laag	Hoog
- Ongeschikte methodes van faciliteren; - Het doel is vaak taakgericht; - Er is sprake van een kortstondig contact; - Er wordt praktische en technische hulp geboden; - Er wordt vastgehouden aan de traditionele manier van leren; - Facilitator is extern; - Er is een beperkte intensiteit (van Bers, 2008).	- Het gaat om geschikte methodes van faciliteren; - Het doel is vaak holistisch; - Er is een voortdurende samenwerking; - Ontwikkelingsgericht; - Er is een moderne benadering van leren; - Er is een combinatie van interne en externe facilitator mogelijk; - Er is sprake van een hoge intensiteit; - Anderen worden in staat gesteld zelf de verandering in te voeren (van Bers, 2008).

Om kritisch naar het afstudeerscript te kunnen kijken is de verzamelde informatie uit het afstudeerscript vergeleken met de theorie over faciliteren uit het PARIHS raamwerk.

3.1 Claims en concerns

Het element 'facilitation' wordt in het PARIHS raamwerk onderverdeeld in drie elementen, te weten: facilitation, rol en vaardigheden. Er zijn voor ieder van de drie elementen claims en concerns opgesteld. Hierbij is gekeken naar hoe tijdens het opstellen van het script "eenduidigheid in handelen" de betrokkenen zijn begeleidt: of de aanpak aangepast is op de huidige situatie op de afdeling en of de manier van faciliteren daarom als 'hoog' of 'laag' beschouwd kan worden.

3.1.1 Claims en concerns 'facilitation'

De rol van facilitator is een belangrijke positie binnen het invoeren van een implementatie. Het is zijn of haar taak hulp en steun te bieden bij verschillende taken die uitgevoerd moeten worden. Om te kunnen beschouwen of de manier van aanpak als 'sterk / hoog' aangewezen kan worden, of juist 'zwak / laag' is, is het belangrijk het onderscheidt hiertussen te kunnen maken. Indien er bijvoorbeeld geen geschikte methodes gebruikt worden om te faciliteren of er wordt erg taakgericht (de rol van facilitator is praktisch van aard, de nadruk ligt op begeleiden, ondersteunen en waar nodig specifieke taken op zich nemen) gewerkt, dan kan er gesproken worden van een 'zwakke' of 'lage' manier van faciliteren. Wanneer er echter sprake is van gebruik van geschikte methodes van faciliteren en er meer gewerkt wordt vanuit een holistische aanpak (erop gericht teams en individuen hun eigen houding, gedragingen en werkwijzen te laten analyseren/reflecteren zodat veranderingen mogelijk worden), dan kan er gesproken worden van een 'sterke' of 'hoge' manier van faciliteren (van Bers, 2008). Het afstudeerscript is kritisch bekeken naar aanleiding van de theorie en van hieruit zijn claims en concerns opgesteld. Tabel 7 beschrijft de claims en concerns, gericht op het onderdeel van het element facilitation: facilitation.

Tabel 7. Element facilitation: facilitation

Claims	Concerns
	- Er is niet gekeken naar hoe het traject passend bij de afdeling zou kunnen worden begeleid. Hierover

	is geen theorie terug en daarom ook niet onderbouwd.
--	--

3.1.2 Claims en concerns 'rol'

Het onderdeel 'rol' binnen het element facilitation is te onderscheiden in het 'doen voor anderen' en 'anderen in staat stellen'. Doen voor anderen wordt binnen dit onderdeel als 'zwak / laag' beschouwd. Anderen in staat stellen wordt gezien als 'sterk / hoog'. Wanneer er bijvoorbeeld kortstondig contact is, uitsluitend praktische en technische hulp geboden wordt of er een traditionele benadering is, worden er leermomenten voor anderen 'overgenomen' en worden zij niet in staat gesteld hierbij te experimenteren en zichzelf op die wijze te ontwikkelen. Dit kan dan als 'doen voor anderen' of 'zwak / laag' uitgelegd worden. Indien er echter voortdurend wordt samengewerkt, de benadering ontwikkelingsgericht is en modern van aard, dan kan er gesproken worden van 'anderen in staat stellen' om bijvoorbeeld zichzelf te ontwikkelen op eigen wijze. Dit kan dan als 'sterk / hoog' beschouwd worden (van Bers, 2008). Op basis van de verzamelde theoretische gegevens is ook op dit vlak kritisch gekeken naar het afstudeerscript. Tabel 8 beschrijft de claims en concerns die hieruit voortkwamen.

Tabel 8. Element facilitation: rol

Claims	Concerns
- De onderzoeker is zich erg bewust geweest van haar rol op de afdeling. Zij omschrijft kritisch dat ze bewust heeft gekozen voorafgaand aan het interview bekend te maken dat anonimiteit gegarandeerd was. Zo heeft zij geprobeerd de validiteit van het onderzoek zo hoog mogelijk te houden. Op die manier heeft ze geen wenselijke antwoorden gekregen, maar konden de verpleegkundigen eerlijk antwoorden zonder sociale druk.	

3.1.3 Claims en concerns 'vaardigheden'

Ook bij het derde onderdeel van facilitation wordt er onderscheidt gemaakt tussen het 'doen voor anderen' en 'anderen in staat stellen'. Wanneer er bij het onderdeel vaardigheden sprake is van projectmatige en technische vaardigheden en ze gericht zijn op het aanleren van marketingvaardigheden, dan wordt er 'voor anderen' bepaald wat er gebeurd en is de geloofwaardigheid van het onderwerp laag. Er is dan sprake van een 'zwakke / lage' facilitation. Wanneer er daarentegen sprake is van co-counseling, kritische reflectie, flexibele rolvervulling en echtheid, dan wordt dit bekrachtigd doordat het betekenisgevend is en 'anderen in staat gesteld worden' om zich hierin op persoonlijk vlak te ontwikkelen. De facilitation kan dan als 'sterk / hoog' beschouwd worden (van Bers, 2008). Het afstudeerscript is kritisch bekeken naar aanleiding van de theorie. Er kwamen hierbij geen duidelijke claims en concerns naar voren, aangezien er geen daadwerkelijke interventies zijn doorgevoerd. Het is gebleven bij het geven van adviezen.

4. Conclusie

Om het onderzoek te starten, is allereerst gekeken naar wat er al gedaan was rondom dit probleem. Het afstudeerscript van "eenduidigheid in handelen" was het eerste aanknopingspunt. Om te kijken wat er qua onderzoek al gedaan was en of de informatie die in het script verzameld is evidence based is, is er gekozen het script te analyseren. Zo kon onderbouwd worden of aanvullend onderzoek nodig was en of er gekeken was naar de complete situatie op de afdeling.

Na literatuurstudie is gekozen om het PARIHS- raamwerk te gebruiken als leidraad. Door middel van het PARIHS- raamwerk kon gestructureerd gekeken worden naar het verslag en konden de sterke en/of zwakke punten van het afstudeerscript in kaart gebracht worden.

Evidence

Om een implementatie succesvol aan te dragen en in te voeren, zal evidence verzameld moeten worden omtrent implementatiestrategieën, kwaliteitcyclussen en over het onderwerp zelf. Dit kan op verschillende manieren. Door gebruik te maken van verschillende bronnen van evidence: literatuurstudie, interviews, enquêtes, observaties etc. Op basis hiervan worden inzichten verkregen in de huidige situatie en visies rondom de wenselijke situatie en oplossingen hiervoor kunnen gevormd worden. Van daaruit kan gewerkt worden naar de invoering van een verandering (van Bers, 2008).

In het afstudeerscript wordt er over het algemeen goed Nederlands geschreven. De manier van onderzoeken (kwalitatief, open / semigestructureerd) is passend bij de onderzoeksvraag en doelgroep. Daarentegen is de volgorde van het verslag niet logisch, omdat er van het ene naar het andere onderwerp gegaan wordt; er ontbreekt een rode draad in het verhaal. Daarnaast is het doel van het onderzoek niet SMART geformuleerd, wat wil zeggen: er ontbreekt een tijdsduur en is niet controleerbaar. Tot slot is er onderzoek gedaan door middel van een beknopte literatuurstudie en drie verschillende vragenlijsten. De resultaten van het onderzoek zijn alleen hierop gebaseerd.

Wat goed is om te zien aan het script, is dat er een expert betrokken is bij de literatuurstudie. Er is objectieve informatie verzameld omtrent het implementeren. Ook is er een lezing bijgewoond. Wat er echter gedaan is met de informatie wordt niet beschreven en maakt het noemen van deze lezing overbodig. Daarbij wordt er gesproken over het belang verpleegkundigen gemotiveerd te houden tijdens het invoeren van een verandering. Dit zou volgens de literatuur geanalyseerd moeten worden. Of dit ook gedaan is is niet uit het verslag te halen.

Context

Ook zal de context van de afdeling bepaald moeten worden, wil een implementatie succesvol zijn. Daarvoor zal informatie verzameld moeten worden omtrent context, leiderschap en evaluatie. Dit kan op verschillende manieren. Door bijvoorbeeld gebruik te maken van literatuurstudie, interviews en reflectie. Op basis hiervan worden inzichten verkregen in de huidige situatie en verschillende visies rondom de wenselijke situatie en oplossingen hiervoor kunnen worden gevormd. Van daaruit kan gewerkt worden naar een aan de afdeling aangepaste invoering van een verandering (van Bers, 2008).

Op basis van de verzamelde theorie is gekeken naar het afstudeerscript. Wat opvalt is dat er gesproken wordt over dat cultuur een belangrijke factor is binnen een organisatie en verandering. Echter, hier wordt vervolgens niets mee gedaan. Het blijft bij een algemeen stuk literatuur. Deze wordt niet onderzocht op de afdeling en er wordt dus geen rekening gehouden met de cultuur op de afdeling tijdens het aandragen van de adviezen.

Gekeken naar het element 'leiderschap' is het goed dat het gehele personeel betrokken is bij het veranderproces. De afdelingsmanager geeft in een interview aan de weerstand van het personeel hiermee te willen verlagen, maar uit de resultaten van de vragenlijsten die gegeven zijn aan de afdelingsmanager, verpleegkundigen en de expert, blijkt dat verpleegkundigen dit anders hebben ervaren. Zij gaven aan niet goed op de hoogte/betrokken te zijn geweest bij het gehele proces. Hierdoor blijkt dat de intentie van de afdelingsmanager goed bedoelt was, maar uiteindelijk in de praktijk anders is ervaren.

Als laatste het element evaluatie. Hierbij viel het op dat er geen concreet evaluatieplan is opgesteld, om het hele traject te evalueren. Dit is een gemis in het script.

Facilitation

Gepaste facilitation (begeleiding) moet tevens geboden worden om een implementatie succesvol in te voeren. Om dat te kunnen bewerkstelligen zal informatie verzameld moeten worden omtrent facilitation. Door bijvoorbeeld gebruik te maken van literatuurstudie, evaluatie en reflectie. Op basis hiervan worden inzichten verkregen in de huidige situatie en verschillende visies rondom de wenselijke situatie en oplossingen hiervoor kunnen worden bedacht. Op deze manier kan een gepaste begeleiding ontwikkeld worden voor het implementatietraject (van Bers, 2008).

Er wordt kritisch omschreven dat er bewust is gekozen (voorafgaand aan het onderzoek) om anonimiteit te garanderen. Dit bewijst dat de onderzoeker zich erg bewust was van de rol als onderzoeker op de afdeling. Op deze manier is geprobeerd de validiteit van het onderzoek zo hoog mogelijk te houden. Door op deze manier te werk te gaan zijn geen wenselijke antwoorden verkregen, maar konden de verpleegkundigen eerlijk antwoord geven zonder sociale druk. Echter is er tijdens het onderzoek niet gekeken naar hoe het traject passend zou kunnen worden begeleidt. Hierover is geen theorie terug te vinden in het verslag en scoort het onderzoek om die reden op dit element niet hoog.

Conclusie

Op basis van de bovenstaande gegevens kan worden geconcludeerd dat er minimaal onderzoek gedaan is en het onderzoek om onder andere die reden niet evidence based is. Er is slechts één bron gebruikt tijdens het verrichten van het onderzoek en bijvoorbeeld niet gekeken naar de cultuur op de afdeling. Daarom is de keus gemaakt nogmaals naar het probleem te gaan kijken en praktijkgericht onderzoek te doen. Hiermee wordt gehoopt erachter te komen hoe de eventuele checklisten eruit moeten komen te zien, wat de inhoudt hiervan moet zijn en wat voor de verpleegkundigen op de afdeling daarbij belangrijk is. Er zal rekening gehouden worden met het feit dat er al eerder onderzoek gedaan is en de verpleegkundigen zullen betrokken worden, maar zullen niet belast worden met dubbel onderzoek. Er zullen dus geen vragenlijsten opgesteld worden met dezelfde opzet en uitvoering. Dat wil overigens niet zeggen dat de verpleegkundigen niet meer geïnterviewd zullen worden en betrokken zullen worden bij praktijkgericht onderzoek.

Bijlage 2 – inventariserende enquête

Inventariserende enquête verpleegkundigen afdeling Interne Geneeskunde

Het opstellen van een goede enquête is een kunst op zich. Er zijn een aantal voorwaarden waar een goede enquête aan zou moeten voldoen. De vragen mogen bijvoorbeeld niet dubbelzinnig zijn, wat wil zeggen dat één interpretatie mogelijk is. Dat geldt tevens voor de opgestelde antwoorden. Indien er gekozen wordt voor gesloten vragen, mogen de antwoordalternatieven elkaar niet overlappen. De vragen moeten altijd neutraal gesteld worden en mogen op geen enkele wijze suggestief zijn. Zonder dat de opsteller van de vragenlijst het zelf beseft, kan de volgorde van de vragen al bepalend zijn voor de antwoorden die de respondent geeft. Irritatie moet daarom sowieso worden voorkomen. Om deze reden is om in een schriftelijke vragenlijst persoonlijke vragen over de respondent achteraan in de vragenlijst op te nemen. Om ervoor te zorgen dat er geen fouten (vertekening of bias) meer in de vragenlijst staan, kan de onderzoeker dit laten controleren door iemand met veel ervaring op dit gebied, en/of door de vragenlijst uit te proberen bij een aantal personen uit de groep. Onderstaand de voorwaarden die bepalend zijn voor een goede enquête (Baarda e.a., 2001).

1. De omslagenvolp en de inhoud moeten er verzorgd uitzien.
2. Verstuur de enquête op naam.
3. Een enquête begint met een inleiding. Hierin staat waarom de enquête is opgesteld en waarom het belangrijk is dat degene die de enquête gekregen heeft deze invult.
4. Maak als onderzoeksbureau duidelijk dat het bureau zich te houden heeft aan de wet op de persoonsbescherming. Dit houdt in dat er nooit persoonlijke informatie doorgestuurd zal worden naar de opdrachtgever en dat de persoonlijke gegevens alleen voor dit onderzoek gebruikt zullen worden.
5. In de inleiding staat ook een instructie van hoe deze vragenlijst ingevuld moet worden en wat te doen als de ondervraagde een aangekruist antwoord toch nog wil veranderen.
6. De vragen in de enquête moeten in een logische volgorde staan. Vermijd hiermee onduidelijkheden en het overslaan van vragen.
7. De persoonlijke vragen staan bij voorkeur helemaal aan het einde van de enquête.
8. Omdat er geen toelichting kan worden gegeven moeten alle vragen en alle antwoordmogelijkheden helder geformuleerd worden.
9. De antwoordcategorieën bij een vraag moeten volledig zijn: iedereen moet een antwoord kunnen aankruisen.
10. Een reeks vragen met dezelfde antwoordcategorieën worden bij voorkeur in een tabelvorm geformuleerd.
11. De enquête eindigt met een open vraag, waarin de respondent alle op- en aanmerkingen kwijt kan.
12. Aan het eind van de vragenlijst moet de respondent worden bedankt voor de door hem of haar gedane moeite.
13. De enquête moet voor de respondent kosteloos kunnen worden teruggestuurd.
14. Het bijsluiten van een antwoordevelop bevordert het terugsturen van de vragenlijst (Baarda e.a., 2001).

Onderstaand de enquête.

Beste lezer,

In de nieuwsbrief is eerder al aangekondigd dat er een afstudeerproject plaats gaat vinden op de afdeling. Om te beginnen met het onderzoek willen we daarom een oriënterende enquête afnemen. We zouden het erg op prijs stellen als je hier even de tijd voor zou willen nemen. De enquête neemt hooguit 5 minuten van je tijd in beslag.

Onderstaande enquête mag anoniem ingevuld worden en wordt puur voor ons onderzoek gebruikt. De informatie zal dus ook niet aan derden verstrekt worden. De enquête bestaat uit 7 vragen, waarvan 3 open vragen en 4 meerkeuze vragen. Het is de bedoeling dat je de vragen volgens je eigen ervaring invult. Alleen op die manier kunnen wij een compleet beeld vormen van de huidige situatie op de afdeling en ervaringen onder de verpleegkundigen. Wanneer je de enquête ingevuld hebt, is het de bedoeling dat je deze in ons postvak legt. Wij zullen op 8 november voor 10 uur naar de afdeling komen in de hoop zoveel mogelijk enquêtes terug te kunnen vinden in het postvak.

1. Hoelang ben je al werkzaam op de afdeling Interne Geneeskunde?

-
2. Wat is je functie op de afdeling?
 - Verzorgende
 - Verpleegkundige niveau 4
 - Verpleegkundige niveau 5
 - Senior verpleegkundige

3. Wat was jouw ervaring met betrekking tot het invoeren van de huidige werkwijze, de verandering gericht op de dagindeling? Maximaal 2 antwoorden invullen.
- ☐ Goed, ik voelde me betrokken en heb geen moeite gehad om op de nieuwe manier te werken.
 - ☐ Ik ben het eens met de manier waarop de protocollen zijn ingevoerd.
 - ☐ Prima, de start was moeizaam, maar heb ermee leren werken.
 - ☐ Kon beter, ik voelde me niet betrokken.
 - ☐ Ik ben het niet eens met de huidige werkwijze.
 - ☐ Ik ben het niet eens met de manier waarop de protocollen zijn ingevoerd.
 - ☐ Ik heb nog steeds moeite met de huidige werkwijze.
 - ☐ Anders:
-
-
4. Heb je deelgenomen aan het onderzoek dat eerder op de afdeling gedaan is: "eenduidigheid in handelen?"
- ☐ Ja
 - ☐ Nee
5. Heeft het voorgaand onderzoek "eenduidigheid in handelen" in jouw ogen iets opgeleverd ten aanzien van het werken op de afdeling? Leg uit waarom.
-
-
6. Hoe ervaar je de themaweken rondom de nieuwe protocollen?
- ☐ De themaweken zijn voor mij een goed hulpmiddel om de protocollen te onthouden en hier naar te handelen in de praktijk.
 - ☐ Dit werkt voor mij prima, maar ik vind het nog steeds te veel om te onthouden. Als ik 2 maanden geleden een protocol in de themawEEK heb gezien, kan ik er nu niet blindelings naar handelen.
 - ☐ Ik maak er niet veel gebruik van tijdens mijn diensten.
 - ☐ Ik heb er niets aan.
 - ☐ Anders:
-
-
7. Wat zou jou helpen om de werkprocessen uit de protocollen te onthouden en na te leven in de praktijk?
-
-

Ontzettend bedankt voor je genomen moeite!
Anouk en Kim

Resultaten

In de nieuwsbrief is aangekondigd dat er een afstudeerproject plaats zou gaan vinden op de afdeling. Om te beginnen met het onderzoek is daarom een oriënterende enquête afgenomen. In de nieuwsbrief en enquête is omschreven dat het erg op prijs gesteld zou worden als de verpleegkundigen van de afdeling hier even de tijd voor zouden nemen. Daarbij was vermeld dat de enquête hooguit 5 minuten van de tijd in beslag zou nemen.

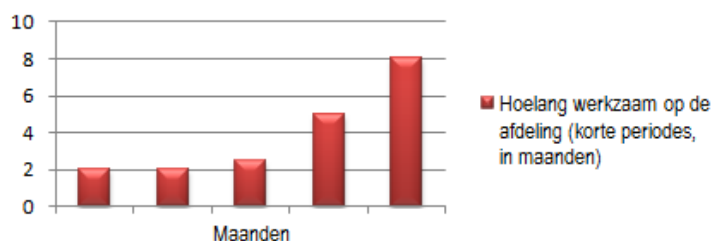
In het bericht in de nieuwsbrief en nogmaals in de enquête zelf stond vermeld dat de enquête anoniem ingevuld mocht worden en puur voor het onderzoek gebruikt zou worden. De informatie zou dus ook niet aan derden verstrekt worden. De enquête bestond uit 7 vragen, waarvan 3 open vragen en 4 meerkeuze vragen. Het was de bedoeling dat de verpleegkundigen de vragen volgens eigen ervaring invulden. Alleen op die manier kon een compleet beeld gevormd worden van de huidige situatie op de afdeling en de ervaringen van de verpleegkundigen. Wanneer de enquête ingevuld was, zou deze in het postvak van de afstudeergroep op de afdeling gelegd worden. Op 8 november voor 10 uur zou de afstudeergroep naar de afdeling komen in de hoop zoveel mogelijk enquêtes terug te kunnen vinden in het postvak.

Er zijn in totaal 16 enquêtes ingevuld teruggevonden in het postvak. De gegevens van de enquête zijn hieronder uitgewerkt. Er is voor gekozen om deze weer te geven in grafieken, omdat zo de gegevens overzichtelijk weergegeven worden.

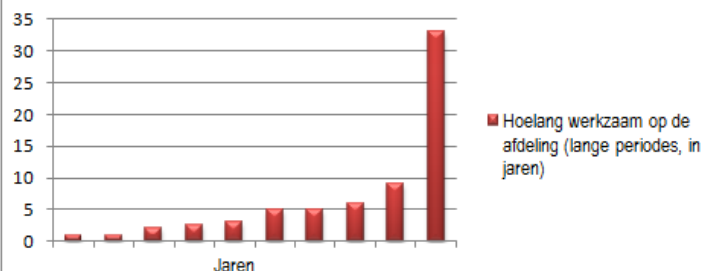
1. Hoelang ben je al werkzaam op de afdeling Interne Geneeskunde?

Hieronder worden de gegevens in een grafiek weergegeven.

Hoelang werkzaam op de afdeling (korte periodes, in maanden)



Hoelang werkzaam op de afdeling (lange periodes, in jaren)

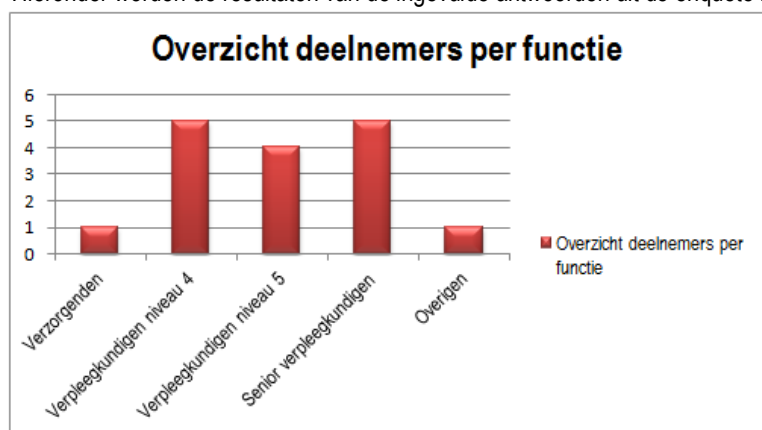


2. Wat is je functie op de afdeling?

Antwoordmogelijkheden

- Verzorgende
- Verpleegkundige niveau 4
- Verpleegkundige niveau 5
- Senior verpleegkundige
- Overige verpleegkundige

Hieronder worden de resultaten van de ingevulde antwoorden uit de enquête in een grafiek weergegeven.

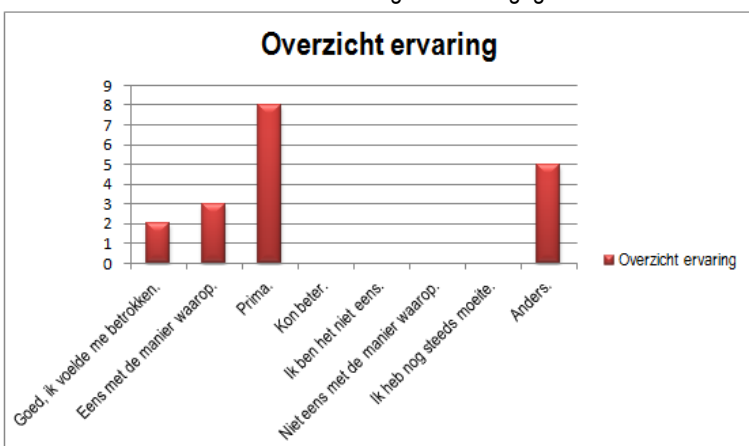


3. Wat was jouw ervaring met betrekking tot het invoeren van de huidige werkwijze, de verandering gericht op de dagindeling? Maximaal 2 antwoorden invullen.

Antwoordmogelijkheden

- Goed, ik voelde me betrokken en heb geen moeite gehad om op de nieuwe manier te werken.
- Ik ben het eens met de manier waarop de protocollen zijn ingevoerd.
- Prima, de start was moeizaam, maar heb ermee leren werken.
- Kon beter, ik voelde me niet betrokken.
- Ik ben het niet eens met de huidige werkwijze.
- Ik ben het niet eens met de manier waarop de protocollen zijn ingevoerd.
- Ik heb nog steeds moeite met de huidige werkwijze.
- Anders:

Hieronder worden de resultaten in een grafiek weergegeven.



Bij het kopje 'Anders:' kwamen de volgende punten naar voren:

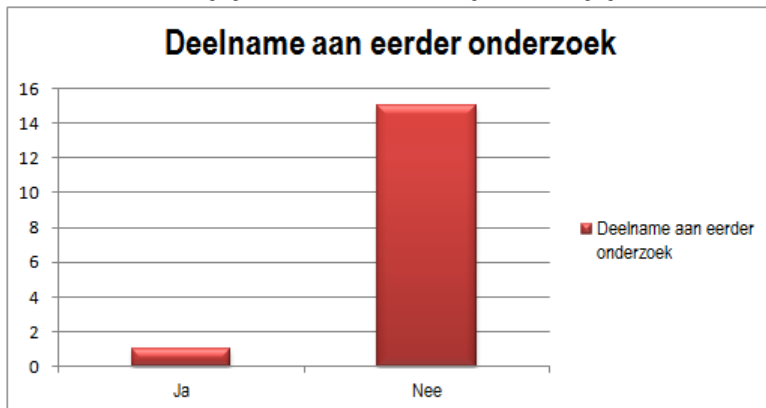
1. Ik kan het me niet herinneren.
2. Ik weet niet beter, omdat ik in september pas begonnen ben.
3. Voor mijn tijd op de afdeling waarschijnlijk.
4. Ik werk al 1 jaar met dezelfde werkwijze, weet geen andere.
5. Ik weet niet beter, dit liep al toen ik begon.

4. Heb je deelgenomen aan het onderzoek dat eerder op de afdeling gedaan is: "eenduidigheid in handelen?"

Antwoordmogelijkheden

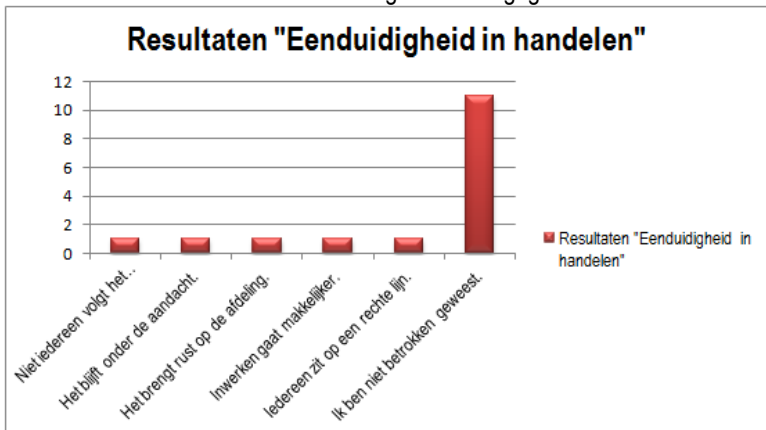
- Ja
- Nee

Hieronder worden de gegeven antwoorden in een grafiek weergegeven.



5. Heeft het voorgaand onderzoek "eenduidigheid in handelen" in jouw ogen iets opgeleverd ten aanzien van het werken op de afdeling? Leg uit waarom.

Hieronder worden de resultaten in een grafiek weergegeven.

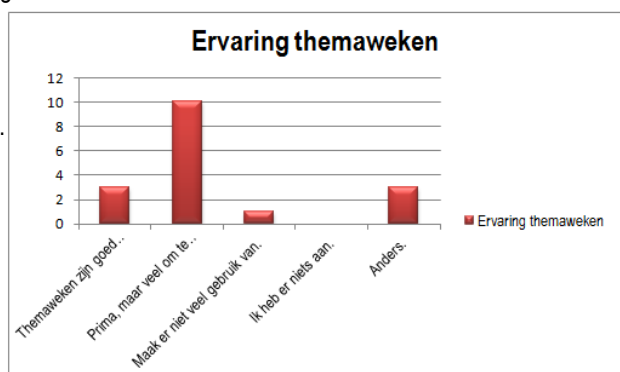


6. Hoe ervaar je de themaweken rondom de nieuwe protocollen?

Antwoordmogelijkheden

- De themaweken zijn voor mij een goed hulpmiddel om de protocollen te onthouden en hier naar te handelen in de praktijk.
- Dit werkt voor mij prima, maar ik vind het nog steeds te veel om te onthouden. Als ik 2 maanden geleden een protocol in de themaweeke heb gezien, kan ik er nu niet blindelings naar handelen.
- Ik maak er niet veel gebruik van tijdens mijn diensten.
- Ik heb er niets aan.
- Anders:

Hiernaast worden de resultaten in een grafiek weergegeven.

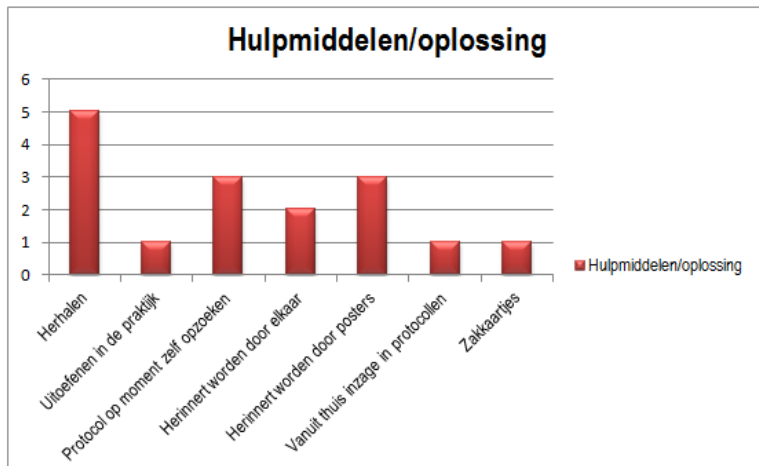


Bij het kopje 'Anders:' kwamen de volgende punten naar voren:

1. Heb het protocol doorgenomen aan het begin van in dienst treding, niet specifiek aan de hand van de themaweken.
2. Heb ze niet nodig om mijn werk te kunnen doen.
3. Werk hier 33 jaar en werk volgens protocol. Heeft met verantwoordelijkheid te maken.

7. Wat zou jou helpen om de werkprocessen uit de protocollen te onthouden en na te leven in de praktijk?

Hieronder worden de resultaten van de antwoorden uit de enquête in een grafiek weergegeven.



Conclusie

Veel verschillende verpleegkundigen hebben gereageerd, variërend van verpleegkundigen die pas werkzaam zijn op de afdeling tot verpleegkundigen die al jaren werken op de afdeling Interne Geneeskunde. Door de veel verschillende reacties kan een totaal beeld gevormd worden, omdat zowel ervaren als minder ervaren verpleegkundigen hun mening hebben gedeeld. Kijkend naar de verschillende functiecategorieën is ook hier zichtbaar dat vanuit iedere categorie is gereageerd. Dit wordt als positief gezien door de onderzoekers, omdat op deze manier niet vanuit één niveau is gekeken, maar dat vanuit verschillende niveaus meningen zijn gedeeld.

Bij de vraag omtrent de betrokkenheid tijdens de veranderingen op de afdeling geeft het merendeel van de ervaren verpleegkundigen aan dat zij zich prima betrokken hebben gevoeld. De minder ervaren verpleegkundigen hebben hier geen mening over, omdat zij de voorgaande manier van werken niet kennen en de veranderingen niet hebben meegemaakt. Opvallend was dat bij vraag 4, de vraag omtrent het voorgaande project "eenduidigheid in handelen" het grootste deel van de respondenten niet betrokken is geweest bij dit project. Het heeft volgens hen/voor hen ook niet veel opgeleverd. De themaweken die zijn ingesteld naar aanleiding van het voorgaand onderzoek, helpen de verpleegkundigen over het algemeen goed met het herinneren aan de protocollen, maar zij geven aan dat het over het algemeen nog steeds te veel informatie is om te onthouden. Het merendeel geeft aan niet blindelings te kunnen handelen, wanneer een protocol 2 maanden eerder in de belangstelling heeft gestaan.

Mogelijke hulpmiddelen die uit de enquête naar voren zijn gekomen omtrent het onthouden en naleven van de werkprocessen zijn:

- Veelvuldig herhalen;
- Er veel mee werken in de praktijk;
- Het protocol op het moment van handelen opzoeken;
- Herinnert worden door een collega;
- Herinnert worden door middel van posters;
- Vanuit thuis inzage hebben in de protocollen;
- Zakkaartjes.

De enquête heeft bijgedragen aan een eerste inventarisatie rondom het probleem. Wat het meest opvalt is dat maar één van de respondenten een zakkaartje als oplossing zou zien. Uit het voorgaand project: "eenduidigheid in handelen" bleek dat verpleegkundigen dit als de oplossing zouden zien. De resultaten zullen meegenomen worden in het verdere onderzoek, om bijvoorbeeld een semigestructureerd interview voor te bereiden voor de face-to-face interviews.

Bijlage 3 – observatiedagen

Inleiding

Voorafgaand aan de observatiedagen is door de afstudeergroep een observatielijst opgesteld. Er is gezocht naar theorie rondom observeren en gekeken naar wat daarbij belangrijk is. Er is gekozen voor gestructureerde, onverhulde, participerende observatie. De gestructureerde methode is gekozen, omdat in het protocol precies omschreven stond wat de verpleegkundigen zouden moeten doen tijdens een dienst. Het was voor de afstudeergroep dus belangrijk te kijken of dat wat er in het protocol beschreven staat ook daadwerkelijk zo uitgevoerd werd in de praktijk en zo niet, wat er dan eventueel aan het protocol ontbreekt en/of waarbij de verpleegkundigen afwijken van het huidige protocol. Door onverhuld te observeren, hoopte de afstudeergroep dat de verpleegkundigen zich niet anders zouden gedragen dan anders. Het is een risico bij onverhulde observatie dat degenen die geobserveerd worden zich anders op zouden kunnen stellen, omdat ze weten dat ze geobserveerd worden. Echter ging het in deze situatie niet om het inhoudelijk handelen van de verpleegkundigen, maar om het proces er rondom heen. Dat is daarom ook bekend gemaakt. Wanneer niet aangekondigd was dat er geobserveerd zou worden, kon het voor de verpleegkundigen een raadsel zijn wat er ging gebeuren en zouden zij zich juist anders op kunnen stellen/weerstand kunnen bieden, omdat de gedachte dan zou kunnen zijn dat het specifiek handelen van hen wel geobserveerd zou worden. De afstudeergroep is tijdens de observaties letterlijk aanwezig geweest om het proces rondom de verschillende diensten te observeren. Dat wil zeggen dat er participerend geobserveerd is, om zo de werkelijke situatie in beeld te krijgen. Ook konden op deze manier de werknemers gevraagd worden vragen te beantwoorden om onduidelijkheden bij de afstudeergroep weg te nemen. Wanneer dit niet was gebeurd, had een eigen interpretatie van de afstudeergroep een grotere rol kunnen spelen en was de betrouwbaarheid van de observatie wellicht een stuk kleiner geweest (Migchelbrink, 2007).

Onderstaand het verslag dat naar aanleiding van de observatiedagen is geschreven. Het eerste gedeelte zal gaan over de voorbereiding op de observatiedagen. Vervolgens zullen de resultaten van de observaties weergegeven worden in de observatielijst. De observatiepunten konden beantwoord worden met ja of nee. De antwoorden die dikgedrukt en onderstreept staan, zijn de antwoorden vanuit de observatie. Achter deze kolom is een kolom opgesteld waar opmerkingen geplaatst konden worden. Op deze manier worden de resultaten nu ook weergegeven. Afsluitend is door middel van een conclusie beschreven wat de afstudeergroep heeft geconcludeerd naar aanleiding van de observatiedagen en wordt beschreven welke acties ondernomen zullen worden. In bijlage 1 is het huidige protocol terug te vinden.

Doel en observatievraag

Het doel van het protocol 'Front Office Nursing (FON): taken en verantwoordelijkheden verpleegafdeling 9-west' is dat alle verpleegkundigen de toegewezen patiënt zelfstandig en volledig verplegen, verzorgen en observeren, bewaken en begeleiden volgens de gegeven richtlijnen en de eindresultaten die beschreven staan behaald worden. De volledige uitwerking van het protocol 'Front Office Nursing' staat in de bijlage uitgewerkt.

De observatievraag luidt: 'Worden de taken vanuit het protocol "Front Office Nursing" nageleefd door de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde? Wat gaat goed en wat kan beter?'

Gekozen observatiemethode

Er is gekozen voor de gestructureerde observatiemethode. Bij gestructureerde of systematische observatie wordt van tevoren vastgelegd welk gedrag geobserveerd gaat worden en welke elementen van het gedrag daarbij belangrijk zijn. De observaties worden vastgelegd in een observatieformulier, wat alleen kan als van tevoren bepaald is welke elementen belangrijk zijn (Migchelbrink, 2007).

Er is gekozen voor deze methode, omdat er een protocol is aangeleverd door de opdrachtgever, waarin de volledige dienstdaken van de verschillende diensten per stap beschreven staan.

Wijze van registratie

Er is gekozen om gebruik te maken van een zelf opgesteld observatieformulier. Hierbij is gekeken naar de werkprocessen die omschreven staan in het protocol rondom de dagindeling op de afdeling Interne Geneeskunde. De punten die in het protocol beschreven staan, zijn de punten die geobserveerd zullen gaan worden. Op die manier kan gekeken worden naar of de resultaten die beschreven staan in het protocol, behaald zijn op het einde van de dienst. Hierboven is beschreven dat er gekozen is voor een gestructureerde observatie, er is dus een observatieformulier gemaakt met daarin gestuurde punten die alleen te beantwoorden zijn met ja of nee.

De organisatie

Beide projectleden wonen een dagdienst en een avonddienst bij. Hier is voor gekozen, omdat het protocol FON de werkprocessen gedurende een dag- en avonddienst omschrijft. Hierbij kijken beide naar de uitvoering van de dienstdaken middels het opgestelde observatieformulier. In principe is het dus de bedoeling dat beide projectleden naar dezelfde punten

kijken. Dit observeren gebeurt op de afdeling Interne Geneeskunde in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven. De dagen dat er geobserveerd zal worden zijn 12 & 13 november. 12 november zal er een dagdienst (7.30 uur – 14.30 uur) geobserveerd worden en 13 november zal er een avonddienst (14.30 uur – 23.00 uur) geobserveerd worden.

Verantwoording van de betrouwbaarheid en de geldigheid

Van te voren wordt bekend gemaakt dat er geobserveerd zal worden door de afstudeergroep. Dit wordt bekend gemaakt door middel van een stuk in de nieuwsbrief die wekelijks verschijnt op de afdeling. Zo zijn de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde op de hoogte van de komst van de afstudeergroep. Om vertekening van de werkelijkheid te minimaliseren wordt niet bekend gemaakt wat de afstudeergroep gaat observeren. Zo voeren de werknemers van de afdeling de taken zoals gewoonlijk uit en kan een reëel beeld verkregen worden van de huidige werkwijze op de afdeling. Ook wordt er op deze manier geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende niveaus van de werknemers op de afdeling.

Algemene punten vanuit het protocol

- De essentie van FON ligt in het dragen van eindverantwoordelijkheid voor de zorg van een groep patiënten. Het FON stimuleert daarbij de eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van de verpleegkundige professional.
- De werkzaamheden kunnen door de verpleegkundigen naar eigen inzicht gedurende de dag uitgevoerd worden. Een aantal activiteiten is wel aan een deadline verbonden.
- Per dienst staat beschreven wat er van de verpleegkundigen verwacht wordt. Daarbij dragen de verpleegkundigen de volledige verantwoordelijkheid, dus ook de verantwoordelijkheid om tijdig hulp te vragen als verwacht wordt dat diegene het alleen niet gaat redden.

Observatielijst

Observatiepunten	Antwoord	Opmerkingen
Elke dag is er iemand ingepland om van alle patiënten die gedurende de vorige avond, nacht of tijdens de dagdienst worden opgenomen de anamnese volledig met de patiënt en eventueel een familielid in te vullen.	☐ Ja ☐ Nee	Is dit niet algemeen?
Inlezen van patiëntendossiers.	☐ Ja: 10 ☐ Nee: 0	Tijd ontbreekt. Is tot 7.30 uur.
7.30 uur: bloedsuikers worden gemeten.	☐ Ja: 0 ☐ Nee	Worden de vitale functies niet gemeten? Jawel, vanaf 7.30 uur.
7.30 uur: insuline wordt gespoten.	☐ Ja ☐ Nee	Tijd klopt niet. Was pas rond 7.45 uur.
7.30 uur: patiënt wordt gepositioneerd voor het eten.	☐ Ja: 5 ☐ Nee: 35 ☐ Onbekend: 4	
Dagelijkse verzorging van de patiënt inclusief wondverband, infuus- en sondevoedingssystemen verwisselen volgens protocol.	☐ Ja ☐ Nee	Wordt hier ook nagegaan of er visitevragen zijn vanuit de patiënt?
Scoren van de prestatie-indicatoren (DOS, MUST, pijn, alcohol, VOD, decubitus) worden gemeten.	☐ Ja ☐ Nee	Moet dit iedere dag standaard bij iedere patiënt gedaan worden?
9.30 uur: controle metingen en ontlastingspatroon in EZIS.	☐ Ja ☐ Nee	Worden al eerder gedaan, namelijk om 7.30 uur. Het ontlastingspatroon wordt verwerkt, maar wanneer wordt hier

		naar gevraagd?
9.30 uur: vochtbalans op papier bijhouden.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Moet dit niet na het ontbijt bijgewerkt worden? Gebeurt wel na het ontbijt.
9.30 uur: een algemene indruk van de toestand van de patiënt hebben.	☐ Ja ☐ Nee	Wat is een algemene indruk van de vitale functies? De huidige werknemers konden hier geen antwoord op geven. Het afdelingshoofd wist ook niet wat dit inhield. Dit zou nagegaan moeten worden bij de auteurs van het protocol. Deze waren helaas niet aanwezig.
Patiënten worden tijdig naar geplande onderzoeken/behandelingen gebracht. Het vervoeren van de patiënt geschiedt volgens protocol.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Is dit geen algemeen punt?
Visite lopen en acties uitvoeren/opstarten. Het beleid van de komende 24 uur is bekend en uitgewerkt in o.a. het activiteitenplan.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Hoelaat en wie loopt de visite? Wanneer wordt het beleid uitgewerkt?
Diëten en/of nuchterheidbeleid worden doorgegeven aan de keuken en indien van toepassing wordt het bordje "nuchter" aan het bed gehangen.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Om 7.15 uur legt de nachtdienst een lijst in de keuken waarop vermeld staat welke patiënt nuchter moet zijn. Wanneer er tussendoor iets veranderd, hangt er een lijst in de keuken waarop de veranderingen doorgegeven kunnen worden. Het gebeurt dus niet op een vast tijdstip.
Koffiepauze wordt door de verpleegkundigen zelf ingepland op een moment dat dit volgens hen mogelijk is. Deze tijden worden aan de coördinator doorgegeven en het sein wordt aan een collega afgegeven. Binnen de komende 15 minuten zijn er geen activiteiten op de kamer van de verpleegkundige (transport, visite, wondzorg, etc.).	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Hoelaat is het streven?
11.15 uur: weten wie er definitief met ontslag gaat en dit doorgeven aan de coördinator.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Het streven is dat om 11.15 uur bekend is welke patiënten met ontslag gaan. Echter is de uiterste tijd veranderd naar 13.30 uur. Het streven blijft echter wel dat de patiënten in de ochtend naar huis gaan.
11.45 uur: bloedsuikers worden gemeten.	☐ <u>Ja: 50%</u> ☐ <u>Nee: 50%</u>	Door een bepaalde situatie was dit rond deze tijd nog niet gedaan aan een zijde van de afdeling.
11.45 uur: insuline wordt gespoten.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Patiënt hoeft nu niet gepositioneerd te worden?
Medicatie uitdelen en zorgen dat de patiënt deze heeft ingenomen.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Hoelaat? Wordt er na de lunch geen vochtbalans bijgewerkt?

De lunchpauze wordt door de coördinator gepland. De eerste groep is om 12.30 uur terug van de pauze en ontvangt dan de overdracht van de tweede groep. De tweede groep is om 13.30 uur terug van de pauze. Hierdoor is het volledige team weer beschikbaar voor de zorg tijdens het bezoeken.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Wat zijn de precieze tijden? Krijgt de tweede groep ook een korte overdracht?
13.15 uur: afdelingsgang is volledig leeg.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Kan dit punt niet samengevoegd worden met de onderstaande 2 punten? Het is het streven om de gang volledig leeg te hebben, maar dit is niet altijd het geval, aldus een verpleegkundige.
13.15 uur: patiëntenkamers zijn opgeruimd.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	
Opruimen van patiëntenkamer en spoelruimte: vensterbank en tafel leeg, kledingkast + bed met naam, plankje van het nachtkastje wegklappen, vuilniszakje aan kastje vervangen.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	
13.30 uur: iedereen is terug van de pauze om het bezoek te woord te staan.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Hoelaat is het bezoeken?
14.30 uur: rapportages zijn volledig.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Wanneer wordt er gerapporteerd? Hoeveel tijd is hiervoor?
14.30 uur: dagoverdrachten zijn bijgewerkt en uitgeprint.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	
Mondelinge overdracht naar de avonddienst van uitsluitend bijzonderheden.	☐ <u>Ja: 15 verpleegkundigen waren aanwezig tijdens de overdracht, hiervan waren 6 avonddiensten.</u> ☐ <u>Nee: 3 verpleegkundigen waren niet aanwezig bij de overdracht.</u>	Hoelaat?
14.30 – 15.15 uur: inlezen van patiëntendossiers en medicatie aftekenen.	☐ <u>Ja: inlezen 6 avonddiensten.</u> ☐ <u>Nee</u>	Om 15.00 uur begon de overdracht. De medicatie werd niet om 15.00 uur uitgedeeld.
14.30 uur: medicatie voor de ronde van 15.00 uur is afgetekend.	☐ Ja ☐ <u>Nee</u>	De medicatie was om 14.45 uur nog niet volledig uitgezet.
Medicatie uitdelen en zorgen dat de patiënt deze heeft ingenomen.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Hoelaat?
	☐ Ja	Deze bestaat niet meer.

Ontslagkaart uitdelen als VOD binnen afzienbare termijn gaat plaatsvinden.	☐ <u>Nee</u>	
Ontslaggesprek houden (ontslagfolder volledig invullen).	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Ontslaggesprekken worden de hele dag gevoerd. Is dit geen algemeen punt? Dit gebeurt wel middels de ontslagfolder.
16.45 uur: bloedsuikers worden gemeten.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Hoeft hier geen insuline gespoten te worden? De medicatieronde van 17.00 uur ontbreekt.
16.45 uur: patiënt wordt gepositioneerd voor het eten.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	
18.15 uur: afdelingsgang is volledig leeg.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Kan dit punt niet samengevoegd worden met de onderstaande 2 punten? Het is het streven om de gang volledig leeg te hebben, maar dit is niet altijd het geval, aldus een verpleegkundige.
18.15 uur: kamers zijn opgeruimd.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	
Informereren en/of vragen beantwoorden van familie/kennissen tijdens bezoeken.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	
Verzamelen van visitevragen en deze noteren in EZIS.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Tijdens bezoeken?
Opruimen patiëntenkamer en spoelruimte: vensterbank en tafel leeg, kledingkast + bed met naam, plankje van het nachtkastje wegklappen, vuilniszakje aan kastje vervangen.	☐ <u>Ja, maar eerder.</u> ☐ Nee	Dit lijkt dubbel. Worden de kamers na het bezoeken nogmaals opgeruimd?
Bijhouden vochtbalans.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Na het avondeten?
Glucose meten en eventueel insuline spuiten voor het slapen gaan van de patiënt.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Worden de vitale functies niet gemeten? De medicatieronde van 22.00 uur ontbreekt.
Patiënt klaar voor de nacht.	☐ Ja ☐ Nee	Wat houdt dit in?
23.00 uur: rapportages zijn volledig.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	Wanneer wordt er gerapporteerd?
23.00 uur: dagoverdrachten zijn volledig bijgewerkt en geprint.	☐ <u>Ja</u> ☐ Nee	
Mondelinge overdracht naar de	☐ <u>Ja: 8 verpleegkundigen waren aanwezig tijdens de overdracht.</u>	Om hoelaat?

nachtdienst van uitsluitend bijzonderheden.	<u>waarvan 2 nachtdiensten.</u> ○ Nee	
---	--	--

Conclusie

Maandag 12 en dinsdag 13 november heeft de afstudeergroep geobserveerd op afdeling 9-west, Interne Geneeskunde. Hierbij is gekeken naar het huidige protocol "Front Office Nursing" en is gekeken naar of de verpleegkundigen de werkprocessen die in het protocol beschreven staan ook tijdig uitvoeren.

Er is gekozen voor de gestructureerde observatiemethode. Bij gestructureerde of systematische observatie wordt van tevoren vastgelegd welk gedrag geobserveerd gaat worden en welke elementen van het gedrag daarbij belangrijk zijn. De observaties worden vastgelegd in een observatieformulier, wat alleen kan als van tevoren bepaald is welke elementen belangrijk zijn. Dit verkleint de kans op bias (Migchelbrink, 2007). Ook zal deze manier van observeren de geldigheid van het onderzoek vergroten, doordat middels gesloten antwoordmogelijkheden geobserveerd is. Eigen invulling is hierbij uitgesloten. Een simpele ja of nee gaf antwoord op de observatiepunten. Dit geeft een reëel beeld van de werkelijke situatie.

De afstudeergroep heeft een dagdienst en avonddienst geobserveerd en kunnen naar aanleiding hiervan aantonen welke punten uit het protocol wel worden uitgevoerd en welke punten ontbreken/niet op het gevraagde tijdstip worden uitgevoerd. Wat op de gevraagde tijdstippen wordt uitgevoerd en gehaald is door de werknemers op de afdeling zijn:

- Het aanwijzen van een anamneseverpleegkundige.
- 10 van de 10 verpleegkundigen hebben zich tussen 7.15 uur en 7.30 uur ingelezen in de patiëntendossiers.
- Het wassen van de patiënten wordt gedaan, het invullen van de prestatie-indicatoren en de controle van de metingen en het ontlastingspatroon worden in EZIS gezet.
- De koffiepauzes en de lunch verliepen volgens schema. Iedere werknemer was op tijd terug van zijn/haar pauze.
- De afdelingsgang was vóór ieder bezoekuur leeg.
- De rapportages waren op tijd volledig, daarbij waren de dagoverdrachten bijgewerkt en uitgeprint.
- 6 van de 6 avonddiensten waren aanwezig bij de overdracht en hebben zich op tijd ingelezen in de patiëntendossiers.
- De ontslaggesprekken werden met behulp van de ontslagfolder gehouden.
- Om 16.45 uur werden de patiënten gepositioneerd voor het avondeten.
- Om 23.00 uur werd de mondelinge overdracht van de avonddienst naar de nachtdienst gedaan. Hier waren 8 verpleegkundigen bij aanwezig, waarvan 2 nachtdiensten.

Echter zijn er ook een aantal punten die niet gehaald zijn door de werknemers. Onderstaand worden die punten puntsgewijs weergegeven:

- De diensttijden zijn sinds 1 oktober 2012 veranderd. Dit is nog niet opgenomen in het huidige protocol, maar wel van invloed hierop. De werknemers beginnen bijvoorbeeld 's ochtends om 7.15 en niet om 7.30 uur. De tijd van bijvoorbeeld het inlezen van de patiëntendossiers zijn niet kloppend met de huidige praktijk.
- Bloedsuiker meten om 7.30 uur. Dit was bij geen enkele patiënt gedaan om dit tijdstip. Het resultaat was dus 0.
- Insuline spuiten om 7.30 uur. Dit was tevens bij geen enkele patiënt gedaan om dit tijdstip. Ook dit resulteerde in een score van 0.
- Patiënt positioneren voor het ontbijt. Het aantal dat gepositioneerd was om 8.00 uur was 5. Het aantal wat niet gepositioneerd was terwijl het ontbijt werd uitgedeeld, was 35.
- 9.30 uur vochtbalans bijwerken. Dit is gebeurd, maar werd gedaan na het ontbijt. Niet om 9.30 uur.
- 9.30 uur algemene indruk van de toestand van de patiënt hebben. Wat is een algemene indruk van de toestand van de patiënt hebben? De huidige werknemers konden hier geen antwoord op geven. Het afdelingshoofd wist ook niet wat dit inhield. Dit zou nagegaan moeten worden bij de auteurs van het protocol. Waren niet aanwezig.
- 11.15 uur weten wie er definitief met ontslag gaat en dit doorgeven aan de coördinator. Dit is het streven, maar was nu niet het geval. Dit is veranderd naar uiterlijk 13.30 uur, aldus een senior verpleegkundige.
- 11.45 uur bloedsuikers meten. Bij 50% van de patiënten was dit wel gedaan, bij 50% niet, in verband met een bepaalde situatie van een patiënt.
- 11.45 uur positioneren van patiënt voor de lunch ontbreekt in het protocol, gebeurt wel.
- 2 van de 5 medicatierondes staan beschreven in het protocol. Echter zonder tijd.
- Om 14.30 uur medicatie afgetekend voor de ronde van 15.00 uur. Om 14.45 uur: medicatie was nog niet volledig afgetekend. Medicatie uitdelen om 15 uur: niet gehaald in verband met overdracht.
- Ontslagkaart uitdelen wanneer de VOD bekend is: VOD kaart is een jaar geleden afgeschaft, aldus de secretaresse van de afdeling.
- 16.45 uur bloedsuikers meten: gehaald. Toedienen van insuline staat niet beschreven in het protocol, wel gedaan.
- Na het bezoekuur kamers opruimen: dubbel, werd al gedaan voor het bezoekuur.
- Het meten van de vitale functies werd gedaan door de werknemers. Staat nergens beschreven in het protocol.
- Patiënt klaar voor de nacht. Is dit gehaald? Geen idee. Er staat namelijk nergens wat dit inhoudt.

- Mondelinge overdrachten worden gedaan, maar nergens staat een tijd beschreven. Hierdoor is bijvoorbeeld het uitdelen van de medicatie van 15.00 uur niet tijdig gedaan.

Voorafgaand aan de observaties is door de afstudeergroep een onderzoeksvraag opgesteld, namelijk: 'Worden de taken vanuit het protocol "Front Office Nursing" nageleefd door de verpleegkundigen op de afdeling Interne Geneeskunde? Wat gaat goed en wat kan beter?'. Het antwoordt hierop is dat de taken die in het huidige protocol beschreven staan wel uitgevoerd worden, maar dat er veel taken niet beschreven staan in het huidige protocol (bijvoorbeeld het meten van de vitale functies en de medicijn deelrondes) en daarbij zijn ook de tijden veelal niet gehaald door de werknemers in de praktijk. Dit komt ook naar voren bij de membercheck. Er is door de afstudeergroep tijdens de observaties meerdere malen aan de verpleegkundigen teruggegeven wat zij hadden gezien. Op die manier kon nagegaan worden of een situatie/activiteit vaker zo uitgevoerd werd, of juist niet. Dit alles roept vragen op bij de afstudeergroep, zoals bijvoorbeeld: 'Is het huidige protocol wel realistisch en volledig?'. De uitkomsten van de observaties zullen meegenomen worden bij het voorbereiden van de semigestructureerde interviews en zullen zeker van invloed zijn op de ontwikkeling van het implementatieplan.

Huidig protocol

Ter informatie onderstaand het huidige protocol "Front Office Nursing".

'Front Office Nursing' taken en verantwoordelijkheden (verpleegafdeling Inwendige geneeskunde & MDL)

Doelstelling

Het doel van dit document is dat alle verpleegkundigen de toegewezen patiënt zelfstandig en volledig verpleegt, verzorgt, observeert, bewaakt en begeleidt volgens de gegeven richtlijnen en de eindresultaten behaald worden.

Uitvoerenden

Verpleegkundigen

Verzorgenden IG

Algemene opmerkingen

- De essentie van FON ligt in het dragen van eindverantwoordelijkheid voor de zorg van een groep patiënten. Het FON stimuleert daarbij de eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van de verpleegkundige professional.
- De werkzaamheden kan een verpleegkundige na eigen inzicht gedurende de dag uitvoeren. Een aantal activiteiten is wel aan een deadline gebonden.
- Per dienst staat beschreven wat er van je verwacht wordt. Je draagt daarbij de volledige verantwoordelijkheid, dus ook de verantwoordelijkheid om tijdig hulp te vragen als je verwacht dat je het niet alleen redt.

Procesbeschrijving

Deadlines

De deadlines geven activiteiten aan die absoluut voor die tijd klaar moeten zijn omdat anders anderen daar last van hebben in hun proces.

7.30 uur:	Glucose metingen, insuline spuiten. Patiënt positioneren voor het eten.
9.30 uur:	Controle metingen en ontlastingspatroon in EZIS, en vochtbalans op papier bijhouden.
11.15 uur:	Weten wie er definitief met ontslag gaat en dit doorgeven aan de coördinator.
11.45 uur:	Glucose metingen, insuline spuiten. Patiënt positioneren voor het eten.
13.15 uur:	Afdelingsgang is volledig leeg. Patiëntenkamer zijn opgeruimd.
13.30 uur:	Terug van pauze om het bezoek te woord te staan.
14.30 uur:	Rapportages zijn volledig. Dagoverdrachten zijn bijgewerkt en geprint. Medicatie voor de ronde 15.00 uur is afgerekend.
16.45 uur:	Glucose metingen, insuline spuiten. Patiënt positioneren voor het eten.
18.15 uur:	Afdelingsgang is volledig leeg. Patiëntenkamers zijn opgeruimd.
23.00 uur:	Rapportages zijn volledig. Dagoverdrachten zijn bijgewerkt en geprint.

Dagdienst

- Inlezen van patiëntdossiers
- Dagelijkse verzorging van de patiënt inclusief wondverband, infuus –en sondevoedingssystemen verwisselen volgens protocol.
- Scoren van de prestatie-indicatoren (dos, must, pijn, alcohol, vod, decubitus).
- Bijhouden vochtbalans.
- Visite lopen, uitwerken en acties uitvoeren/opstarten. Het beleid voor de komende 24 uur is bekend en uitgewerkt in o.a. het activiteitenplan.

- Medicatie uitdelen en zorgen dat de patiënt deze heeft ingenomen.
- Informeren en/of vragen beantwoorden van familie/kennissen tijdens bezoeken.
- Opruimen van patiëntenkamer en spoelruimte: vensterbank en tafel leeg, kledingkast + bed met naam, plankje van het nachtkastje weg klappen, vuilniszakje aan kastje vervangen.
- Rapportage volledig maken en daglijst up-to-date houden.
- Houden van een zorgevaluatie (dinsdagen).
- Ontslagkaart uitdelen als VOD binnen afzichtbare termijn gaat plaatsvinden.
- Ontslaggesprek houden (ontslagfolder volledig invullen).
- Patiënten worden tijdig naar geplande onderzoeken/behandelingen gebracht. Het vervoeren van de patiënt geschiedt volgens het protocol.
- Diëten en/of nuchterheidsbeleid doorgegeven aan keuken en indien van toepassing het bordje 'nuchter' aan het bed plaatsen.
- Mondelinge overdracht naar de avonddienst van uitsluitend bijzonderheden.

Avonddienst

- 14.30 – 15.15 uur: inlezen van patiëntendossiers en medicatie aftekenen.
- Medicatie uitdelen en zorgen dat de patiënt deze heeft ingenomen.
- Informeren en/of vragen beantwoorden van familie/kennissen tijdens bezoeken.
- Opruimen van patiëntenkamer en spoelruimte: vensterbank en tafel leeg, kledingskast + bed met naam, plankje van het nachtkastje weg klappen, vuilniszakje aan kastje vervangen.
- Verzamelen van visite- vragen en deze noteren in EZIS.
- Glucose metingen en eventueel insuline spuiten voor het slapen gaan van de patiënt.
- Bijhouden vochtbalans.
- Patiënten klaar voor de nacht.
- Rapportage volledig maken en daglijst up-to-date houden.
- Mondelinge overdracht naar de nachtdienst van uitsluitend bijzonderheden.

Nachtdienst

- Inlezen van patiëntendossiers.
- Vochtbalansen zijn ingevoerd in EZIS en de nieuwe vochtbalansen liggen klaar aan bed.
- Rapportage volledig maken en daglijst up-to-date houden.
- Diëten en/of nuchterheidsbeleid doorgegeven aan keuken en indien toepassing het bordje 'nuchter' aan het bed plaatsen.
- Glucose metingen en eventueel insuline spuiten.
- Bijhouden vochtbalans en in EZIS verwerken.
- Verzamelen van visite- vragen en deze noteren in EZIS.
- Medicatie voor de patiënten die met ontslag gaan klaarzetten.
- Patiënten die voor 8.00 uur een onderzoek of operatie hebben, volledig klaar maken.
- Kwaliteitscontrole voor PCP glucosemeters uitvoeren (tussen 4.00 – 5.00 uur).
- Invullen van de namen van de verpleegkundigen op de whiteboarden bij de ingang van de kamers en bij de secretaresse.
- Mondelinge overdracht naar de dagdienst van uitsluitend bijzonderheden.

Pauzes

- Koffiepauzes plan je zelf in op het moment dat dit volgens jou mogelijk is. En geef je door aan de coördinator. Geef tijdens je pauze je sein af aan een collega en licht de coördinator in dat je gaat pauzeren. Let bij de planning van je koffiepauze er op dat er geen activiteiten op jou kamer(s) binnen de komende 15 minuten verwacht worden (transport, visite, wondzorg, etc).
- De lunchpauze wordt door de coördinator gepland. De eerste groep is om 12.30 uur terug van de pauze en ontvangt dan de overdracht van de tweede groep. De tweede groep is om 13.30 uur terug van de pauze. Hierdoor is het volledige team weer beschikbaar voor de zorg tijdens het bezoeken.

Anamnese- verpleegkundige

Elke dag is er iemand uitgepland om van de alle patiënten die gedurende de vorige avond, nacht of tijdens de dagdienst worden opgenomen de anamnese volledig met de patiënt en eventueel een familielid uit te voeren.

Bijlage 4 – cultuurmeting

Inleiding

Met de context wordt de setting waarbinnen mensen de gezondheidszorgdiensten ontvangen bedoeld. Drie elementen zijn belangrijk om deze context te vormen zodat er persoonsgerichte zorg gegeven kan worden. Deze elementen zijn: cultuur, leiderschap en evaluatie. Om de context op een afdeling in kaart te brengen, te kijken naar de cultuur die er heerst, zijn verschillende meetinstrumenten bruikbaar. Ieder meetinstrument heeft een eigen manier van onderzoeken en brengt vervolgens de cultuur van een afdeling, team of organisatie in beeld. Om voor het afstudeerproject ook te kijken naar dit aspect, zal een cultuurmeting gedaan worden op de afdeling Interne Geneeskunde. De gegevens die van daaruit verzameld worden, kunnen van invloed zijn op de implementatie. Onderstaand worden twee verschillende meetinstrumenten nader uitgelegd. Vervolgens wordt de keuze voor een meetinstrument gemaakt en onderbouwd waarom.

CAI

De CAI staat voor Context Assessment Index. Het doel van de CAI is om gezondheidszorgprofessionals handvaten te geven om de context waarbinnen de zorg wordt verleent, te beoordelen. De CAI toetst de drie elementen die binnen de context vallen, te weten: de cultuur, leiderschap en evaluatie. Elk element heeft kenmerken die van 'zwak' tot 'sterk' gedefinieerd kunnen worden. Voor een efficiënte context die klaar is om te veranderen in een omgeving waar persoonsgerichte zorg gegeven kan worden, is het belangrijk dat deze drie elementen als sterk gescoord worden. Het meetinstrument kan handvaten geven over veranderingen die binnen de context gedaan moeten worden om te veranderen in een sterke context. De CAI is ontwikkeld binnen de ouderenzorg. De vraag is of deze ook te gebruiken is in andere zorgsettings. Een belangrijk verschil is namelijk dat in de ouderenzorg hoofdzakelijk zorgverleners van niveau 3 werkzaam zijn, vergeleken met bijvoorbeeld ziekenhuizen (Cox, 2009; Gorkum, 2010).

NUCAT

NUCAT staat voor Nursing Unit Cultural Assessment Tool. Het meetinstrument bestaat uit 50 items waarmee de werkplekcultuur geanalyseerd kan worden. Aspecten die geanalyseerd worden zijn: communicatie, waardering, confrontatie, planning en delegeren. Gevraagd wordt hoe de huidige cultuur is op de afdeling en wat de respondent zelf belangrijk vindt. De antwoordmogelijkheden zijn: helemaal niet (1), een beetje (2), enigszins (3), behoorlijk (4), heel erg (5). Door gegevens te verzamelen middels het gebruik van de NUCAT kunnen conclusies worden getrokken op het gebied van gedrag dat: de groep/het team belangrijk vindt; gedrag dat vermeden moet worden en gedrag dat de groep graag veranderd zou willen zien. De eerste groep betreft 8 à 10 items die het hoogste scoren. De tweede groep zijn die items die lager dan 2.3 scoren. De derde groep betreft de groep met de grootste verschilscore. Door de NUCAT te gebruiken kan de context in kaart gebracht worden waarbinnen een verandering doorgevoerd gaat worden. Zo helpt de NUCAT evidence based veranderingen door te voeren, rekening houdend met het gedrag op de afdeling (Oosterink, 2006; Coeling & Simms, 1993; Cox, 2009).

Keuze voor het gebruik van de NUCAT

De afstudeergroep heeft een keuze gemaakt voor het gebruik van een meetinstrument om de context op de afdeling te analyseren: de NUCAT. Deze keuze is gebaseerd op literatuurstudie, waarbij gekeken is naar verschillende meetinstrumenten, zoals:

- De OCAI, welke gericht is op de organisatiecultuur. Tijdens het zoeken naar informatie bleek dat de OCAI voor dit project niet van toepassing is. Deze is daarom niet uitgewerkt, omdat het niet gaat om de cultuur rondom de organisatie van de afdeling, maar juist om de cultuur binnen het team.
- De CAI is, zoals eerder vernoemd staat, ontwikkeld binnen de ouderenzorg. Tijdens de ontwikkeling van het meetinstrument is de aandacht vooral gericht op zorgverleners van niveau 3. In het Catharina ziekenhuis op de afdeling Interne Geneeskunde werken veelal verpleegkundigen van niveau 4 en 5. Dat is de reden waarom de afstudeergroep geen gebruik zal maken van de CAI (Oosterink, 2006; Coeling & Simms, 1993; Cox, 2009).
- De NUCAT daarentegen is ontwikkeld voor de acute zorg en is door Oosterink (2006) toegepast in een verpleeghuissetting. Ook voor deze setting bleek de NUCAT een bruikbaar instrument. Daarbij is de NUCAT gericht op het gedrag binnen een team en wordt er gekeken naar hoe de werknemers zelf tegen de stelling aankijken en hoe ze het team daarbij zien. Op deze manier wordt de werkelijke situatie duidelijk en wordt de wenselijke situatie tevens aangedragen door de werknemers zelf. Dit zorgt er dus voor dat de haken en ogen van de huidige situatie naar voren komen en de werknemers meedenken in het verbeteren en vormen van de wenselijke situatie. Dit levert de afstudeergroep een extra positief punt op, omdat zij hier rekening mee kunnen houden tijdens het ontwikkelen van de implementatie. Dit vergroot de kans op een geslaagde implementatie welke hopelijk toegepast zal worden in de praktijk (Cox, 2009; Gorkum, 2010).

Gebruik NUCAT cultuurmeting

Beste lezer,

In de nieuwsbrief van afgelopen vrijdag is aangekondigd dat er door de afstudeergroep een cultuurmeting plaats zou gaan vinden. Dit is voor ons de volgende stap in het onderzoek. Dit gaan we doen door middel van een vragenlijst. Misschien dat je tijdens het lezen van de voorgaande zin denkt: 'Alweer een vragenlijst.' Helaas wel... Alleen op deze manier kunnen we erachter komen welke cultuur er heerst op de afdeling en kunnen we het beste aansluiten bij de wensen en behoeften. Daarom is het van belang dat we zoveel mogelijk reacties krijgen. De vragenlijst mag anoniem ingevuld worden en na het invullen in ons postvak gelegd worden. Wederom zal de informatie van deze vragenlijst niet aan derden verstrekt worden. De vragenlijst neemt hooguit 10 minuten van je tijd in beslag. We zullen de vragenlijsten op maandag 26 november voor 10.30 uur komen ophalen. Om het wat aantrekkelijker voor jullie te maken de vragenlijst in te vullen en omdat we jullie inzet waarderen, zullen we bij een respons van meer dan 50% wat lekkers voor jullie meenemen.

De vragen dienen beantwoord te worden voor jezelf en hoe jij het team ziet. De getallen dienen omcirkeld te worden. Daarbij is 1 de laagste waardering en 5 de hoogste waardering. Wanneer een fout gemaakt wordt, graag het foutieve antwoord doorkruisen en het juiste antwoord voor de kolom zetten wanneer het gaat om een vraag over je persoonlijke mening en achter de kolom wanneer het gaat om een vraag over het team.

Mijn persoonlijke mening	1. Helemaal niet 2. Een beetje 3. Enigszins 4. Behoorlijk 5. Heel erg	Het gedrag van mijn team
1 2 3 4 5	1) Hoe belangrijk is het om de gevoelens van de cliënt te begrijpen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	2) Hoe aanvaardbaar is het om te weigeren collega's te helpen wanneer ze dit vragen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	3) Hoe belangrijk is het om op een efficiënte manier te werken?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	4) Hoe belangrijk is het om zorgbeleid en procedures te volgen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	5) Hoe belangrijk is het om kundig te zijn?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	6) Hoe belangrijk is het om het groepsgevoel te promoten?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	7) Hoe belangrijk is het om mee te gaan met de hiërarchie van de organisatie?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	8) Hoe aanvaardbaar is het om anderen te vertellen hoe ze iets moeten doen terwijl ze niet om raad gevraagd hebben?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	9) Hoe belangrijk is het om hard te werken?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	10) Hoe belangrijk is het om klinische lessen bij te wonen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	11) Hoe belangrijk is het om creatief te zijn bij het verlenen van zorg?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	12) Hoe aanvaardbaar is het om je werk alleen te doen in plaats van samen te werken met anderen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	13) Hoe belangrijk is het om je vertrouwd te voelen in het omgaan met noodgevallen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	14) Hoe aanvaardbaar is het om een opdracht van een arts in twijfel te trekken?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	15) Hoe belangrijk is het om aanvullende professionele verantwoordelijkheden op je te nemen binnen of buiten de afdeling (bijvoorbeeld het geven van een klinische les)?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	16) Hoe aanvaardbaar is het om het niet eens te zijn met je manager?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	17) Hoe aanvaardbaar is het om te proberen het gedrag van anderen te veranderen door er grapjes over te maken?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	18) Hoe belangrijk is het om buiten de afdeling om met je collega's af te spreken?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	19) Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je lichamelijk ziek bent?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	20) Hoe belangrijk is het om je hulp aan anderen aan te bieden zelfs voordat ze hierom gevraagd hebben?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	21) Hoe aanvaardbaar is het om rechtstreeks, in plaats van zijdelings, iemand te vertellen dat je zijn/ haar gedrag onprettig vindt?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	22) Hoe belangrijk is het om mee te gaan met groepsdruk bij het verlenen van zorg?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	23) Hoe belangrijk is het om zonder vooroordeel naar het gedrag van iemand anders te kijken?	1 2 3 4 5

1 2 3 4 5	24) Hoe aanvaardbaar is het om nieuwe ideeën over zorg, waarover je iets gehoord of gelezen hebt, te bespreken?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	25) Hoe aanvaardbaar is het om te concurreren met je collega's?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	26) Hoe belangrijk is het dat één persoon, in plaats van de hele groep, beslist over de zorg voor een specifieke cliënt?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	27) Hoe belangrijk is het om in te spelen op de nieuwste ideeën?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	28) Hoe belangrijk is professionele groei en ontwikkeling?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	29) Hoe belangrijk is het om plezier te hebben terwijl je werkt?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	30) Hoe aanvaardbaar is het om de nadruk te leggen op het behouden van het leven in plaats van het mogelijk maken van een comfortabele dood wanneer deze onvermijdelijk is?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	31) Hoe aanvaardbaar is het om je eigen oordeel te gebruiken als je besluit welke zorg te verlenen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	32) Hoe aanvaardbaar is het om (bij)scholing te volgen en promotie te bereiken?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	33) Hoe belangrijk is het om voor je collega's te zorgen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	34) Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je een dagje nodig hebt om uit te rusten?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	35) Hoe belangrijk is het om te zorgen voor emotionele steun aan je collega's?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	36) Hoe belangrijk is het om een studie te volgen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	37) Hoe belangrijk is het om veel tijd te besteden aan papierwerk?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	38) Hoe belangrijk is het om eerder in de lichamelijke behoeften van cliënten te voorzien, dan hun psychosociale behoeften?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	39) Hoe aanvaardbaar is het om een collega rechtstreeks om hulp te vragen, in plaats van zijdelings, wanneer je dreigt achter te gaan lopen in je werkzaamheden?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	40) Hoe belangrijk is het om de aanwijzingen van je leidinggevende op te volgen die betrekking hebben op cliëntenzorg?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	41) Hoe belangrijk is het om je vertrouwd te voelen in het observeren van levensbedreigende complicaties?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	42) Hoe belangrijk is het om betrokken te raken bij het persoonlijke leven van cliënten en hun familie?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	43) Hoe aanvaardbaar is het om voor jezelf op te komen in de omgang met je collega's?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	44) Hoe belangrijk is het om voorlichting en instructie te geven aan cliënten?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	45) Hoe aanvaardbaar is het om anderen rechtstreeks te zeggen wat ze moeten doen in plaats van hun ideeën te geven over wat ze zouden kunnen doen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	46) Hoe belangrijk is het om cliënten zich gemakkelijk te laten voelen?	1 2 3 4 5
1 2 3 4 5	47) Hoe belangrijk is het om nieuwe technieken en vaardigheden te leren?	1 2 3 4 5

Hartstikke bedankt voor je medewerking!

Anouk en Kim

Analyse NUCAT cultuurmeting

Naar aanleiding van de ingevulde vragenlijsten is door de afstudeergroep een analyse gemaakt. De vragenlijsten zijn doorgenomen en per vraag zijn de ruwe scores genoteerd. Aan de hand daarvan kon gekeken worden naar de meanscore. De meanscore bepaalde vervolgens de 10 vragen die het hoogste hebben gescoord. De vragen die onder de 2.3 scoorde zijn vervolgens bij elkaar gezet. Als laatste zijn de grootste verschillen bekeken. Onderstaand de resultaten van de cultuurmeting op een rijtje.

Hoogste score

1. Score 4.65 – vraag 5: 'Hoe belangrijk is het om kundig te zijn?'
2. Score 4.60 – vraag 29: 'Hoe belangrijk is om plezier te hebben terwijl je werkt?'
3. Score 4.55 – vraag 44: 'Hoe belangrijk is het om voorlichting en instructie te geven aan cliënten?'
4. Score 4.45 – vraag 47: 'Hoe belangrijk is het om nieuwe technieken en vaardigheden te leren?'
5. Score 4.45 – vraag 46: 'Hoe belangrijk is het om cliënten zich gemakkelijk te laten voelen?'
6. Score 4.45 – vraag 9: 'Hoe belangrijk is het om hard te werken?'
7. Score 4.35 – vraag 3: 'Hoe belangrijk is het om op een efficiënte manier te werken?'
8. Score 4.30 – vraag 13: 'Hoe belangrijk is het om je vertrouwd te voelen in het omgaan met noodgevallen?'
9. Score 4.25 – vraag 28: 'Hoe belangrijk is professionele groei en ontwikkeling?'
10. Score 4.25 – vraag 4: 'Hoe belangrijk is het om zorgbeleid en procedures te volgen?'

Score < 2.3

1. Score 1.95 – vraag 17: 'Hoe aanvaardbaar is het om te proberen het gedrag van anderen te veranderen door er grapjes over te maken?'
2. Score 2.0 – vraag 25: 'Hoe aanvaardbaar is het om te concurreren met je collega's?'
3. Score 2.05 – vraag 34: 'Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je een dagje nodig hebt om uit te rusten?'
4. Score 2.3 – vraag 12: 'Hoe aanvaardbaar is het om je werk alleen te doen in plaats van samen te werken met anderen?'

Grootste verschillscore

1. Score 2.5 – vraag 2: 'Hoe aanvaardbaar is het om te weigeren collega's te helpen wanneer ze dit vragen?'
2. Score 3 – vraag 15: 'Hoe belangrijk is het om aanvullende professionele verantwoordelijkheden op je te nemen binnen of buiten de afdeling (bijvoorbeeld het geven van een klinische les)?'
3. Score 3 – vraag 16: 'Hoe aanvaardbaar is het om het niet eens te zijn met je manager?'
4. Score 2.4 – vraag 18: 'Hoe belangrijk is het om buiten de afdeling om met je collega's af te spreken?'
5. Score 3.45 – vraag 20: 'Hoe belangrijk is het om je hulp aan anderen aan te bieden, zelfs voordat ze hierom hebben gevraagd?'
6. Score 3.35 – vraag 30: 'Hoe aanvaardbaar is het om de nadruk te leggen op het behouden van het leven in plaats van het mogelijk maken van een comfortabele dood, wanneer deze onvermijdelijk is?'
7. Score 3.6 – vraag 32: 'Hoe aanvaardbaar is het om bijscholing te volgen en promotie te bereiken?'
8. Score 2.05 – vraag 34: 'Hoe aanvaardbaar is het om je ziek te melden als je een dagje nodig hebt om uit te rusten?'
9. Score 3.05 – vraag 38: 'Hoe belangrijk is het om eerder in de lichamelijke behoeften van cliënten te voorzien, dan hun psychosociale behoeften?'
10. Score 2.75 – vraag 45: 'Hoe aanvaardbaar is het om anderen rechtstreeks te zeggen wat ze moeten doen, in plaats van hun ideeën te geven over wat ze zouden kunnen doen?'

Conclusie

Uit bovenstaande gegevens kan worden geconcludeerd dat de werknemers van de afdeling Interne Geneeskunde het belangrijk vinden om kundig te zijn en dit te blijven, dat het belangrijk is om plezier te hebben in het werk, het belangrijk is om voorlichting en instructies te geven aan patiënten, zodat zij zich op hun gemak voelen, ze verlangen van zichzelf en collega's dat er efficiënt en hard gewerkt wordt en vinden het belangrijk dat het zorgbeleid en de procedures gevolgd worden.

De laagste score kwam naar voren bij de vraag: 'Hoe aanvaardbaar is het om te proberen het gedrag van anderen te veranderen door er grapjes over te maken?'. De lage score geeft aan dat de verpleegkundigen dit niet aanvaardbaar vinden. Daarnaast wordt laag gescoord op punten als concurreren met collega's, ziekmelden wanneer een dag nodig is om uit te rusten en het werk alleen te doen in plaats van samen te werken met anderen.

De grootste verschillen kwamen naar voren bij vragen als: 'Hoe aanvaardbaar is het om te weigeren collega's te helpen wanneer ze dit vragen?', 'Hoe belangrijk is het om buiten de afdeling om met je collega's af te spreken?', 'Hoe aanvaardbaar is het om het niet eens te zijn met je manager?', 'Hoe aanvaardbaar is het om de nadruk te leggen op het behouden van het leven in plaats van het mogelijk maken van een comfortabele dood, wanneer deze onvermijdelijk is?', 'Hoe belangrijk is het om eerder in de lichamelijke behoeften van cliënten te voorzien, dan hun psychosociale behoeften?' en 'Hoe aanvaardbaar is het om anderen rechtstreeks te zeggen wat ze moeten doen, in plaats van hun ideeën te geven over wat ze zouden kunnen doen?'.

Bijlage 5 – semigestructureerde interviews

Inleiding

Uit de inventariserende enquête en de observatiedagen is gebleken dat er op de afdeling Interne Geneeskunde niet eenduidig gehandeld wordt. Dit herkennen de werknemers. Ook uit voorgaand onderzoek is gebleken dat er niet eenduidig gehandeld wordt. In datzelfde onderzoek kwam naar voren dat verpleegkundigen een checklist in de vorm van een spieker als oplossing zouden zien. Het onderzoek dat gedaan is, is door de afstudeergroep geanalyseerd. Hieruit bleek dat dit onderzoek bestond uit literatuuronderzoek en 8 gestructureerde interviews. Het onderzoek is mede daarom volgens de afstudeergroep niet evidence based.

Om een inventarisatie te maken van de betrokkenheid van de verpleegkundigen bij het voorgaande onderzoek en erachter te komen hoe zij het werken op de afdeling ervoeren, hebben zij een enquête afgenomen. Bij het analyseren van de enquêtes kwam duidelijk naar voren dat kijkend naar de werkprocessen gedurende een dag het voor veel van de werknemers op de afdeling vaak te veel is om te onthouden. Uit de analyse van de observatiedagen is ook naar voren gekomen dat er niet eenduidig gehandeld wordt en dat er taken worden uitgevoerd door de werknemers die niet in het protocol beschreven staan, maar wel van belang zijn, bijvoorbeeld het meten van de vitale functies en de medicatie deelrondes. Om nog meer duidelijkheid te krijgen waarom er niet eenduidig gehandeld wordt en wat de werknemers zouden zien als een effectief hulpmiddel om dit wel te verwezenlijken, zullen er individuele face to face interviews afgenomen gaan worden. In samenspraak met de opdrachtgever zijn 6 verpleegkundigen gekozen voor de semigestructureerde interviews. Deze zijn blind door de opdrachtgever uitgekozen. Zo konden 3 verpleegkundigen uitgekozen worden die al langere tijd werkzaam zijn op de afdeling en 3 verpleegkundigen die sinds kort werkzaam zijn op de afdeling. Op deze manier is er willekeurig gekozen voor de respondenten en komen de verschillende ervaringen allemaal evenveel aan bod. De afstudeergroep hoopt hiermee handvaten te verzamelen voor het opstellen van een passend en bruikbaar implementatieplan.

Ondervraging

Ondervraging is een vorm van gesprek waarin (meestal) één persoon vragen stelt aan een of meerdere personen, die zich vooral beperken tot het geven van antwoorden. De ondervraging kan op verschillende manieren uitgevoerd worden. Hieronder volgen een aantal varianten (Migchelbrink, 2007).

Individuele ondervraging

Een individueel of single-interview wordt afgenomen bij één persoon. De kracht van deze vorm van ondervragen ligt in de mogelijkheid om diep in te gaan op antwoorden van de individuele respondent. Zo kunnen redeneringen en motieven achterhaald worden.

Face to face ondervraging

De face to face ondervraging vindt plaats in letterlijke aanwezigheid van de respondent. Deze vorm van ondervraging geeft de mogelijkheid om ook de non-verbale informatie (gezichtsuitdrukking, lichaamshouding) die de respondent tijdens het interview uitzendt mee te nemen. Dat is niet mogelijk bij ondervraging op afstand, telefonisch en schriftelijk, via websites en email (Migchelbrink, 2007).

Verschillende manieren van ondervragen

Ondervraging kan volgens verschillende invalshoeken plaatsvinden. Er worden interviewvragen onderscheiden die vooraf bepaald zijn. Daarbij wordt er gesproken over gestructureerde ondervraging, halfgestructureerde ondervraging en open ondervraging (vaak een diepte-interview).

Gestructureerde vragenlijst

Typerend voor het eerste type interview zijn de sterk gestructureerde vragenlijsten. De formulering van de vragen is op papier vastgelegd en met zorg uitgekozen. De vragen worden dus letterlijk voorgelegd. De vragenlijst bevat voornamelijk gesloten vragen, waarbij de respondent kiest uit enkele van tevoren aangegeven antwoordmogelijkheden. De interviewers proberen vragen te krijgen van de ondervraagden, zonder daarbij van de vragen op papier af te wijken (Migchelbrink, 2007).

Halfgestructureerde vragenlijst

Het tweede type interview zijn de halfgestructureerde vragenlijsten. Hierbij gaat het om open vragen, waarbij de interviewers de vragen kunnen herformuleren als een vraag niet goed begrepen wordt, of wanneer er een half of ontwijkend antwoord gegeven wordt (Migchelbrink, 2007).

Open ondervraging

Bij een open ondervraging is de geïnterviewde zoveel mogelijk zelf aan het woord. Er wordt gewerkt met een lijst van onderwerpen die aan bod 'moeten' komen/ De manier van vragen en antwoordmogelijkheden zijn geheel open (Migchelbrink, 2007).

Keuze voor manier van interviewen

De afstudeergroep heeft ervoor gekozen om 6 werknemers individueel en face to face te ondervragen. Deze keuze is onder andere gebaseerd op hoelang de verpleegkundigen werkzaam zijn op de afdeling. Zo zijn er verpleegkundigen die al jaren werkzaam zijn op de afdeling, maar ook verpleegkundigen die sinds kort (bijvoorbeeld een paar maanden) werkzaam zijn op de afdeling. De afstudeergroep heeft ervoor gekozen geen onderscheid te maken qua niveau, omdat het opleidingsniveau niet belangrijk is voor het onderzoek. Wel is onderscheid gemaakt op het gebied hoelang de verpleegkundigen werkzaam zijn op de afdeling. Zo zijn 3 werknemers uitgekozen die lang werkzaam zijn op de afdeling. Zij hebben de veranderingen doorgemaakt die een jaar geleden zijn ingevoerd. Daarnaast is de keus gemaakt ook 3 nieuwe verpleegkundigen te interviewen. Zij zijn nieuw en hebben van meet af aan leren werken met de 'nieuwe' werkwijze. De opdrachtgever heeft willekeurig op 2 verschillende data de personen gekozen die geïnterviewd konden worden. Zij waren die dag toevallig werkzaam op de afdeling. Er is naar hen door de opdrachtgever een mail gestuurd met de vraag of zij deel wilden nemen aan het interview. Zij waren allen hiertoe bereid. Op deze manier hoopt de afstudeergroep vanuit verschillende invalshoeken informatie te verzamelen.

Voor de individuele/face to face ondervraging is gekozen omdat de afstudeergroep specifieke informatie wil verzamelen en zij op deze manier vanuit verschillende invalshoeken naar het onderwerp kunnen kijken. De verpleegkundigen worden op deze manier betrokken bij het onderzoek en beïnvloeden elkaar niet, zoals bijvoorbeeld wel het geval zou kunnen zijn tijdens een groepsgewijze ondervraging. Ook kan iedere respondent zijn of haar eigen mening geven omtrent wat voor hem of haar een effectieve manier zou zijn om de afdelingsgebonden werkafspraken (rondom de werkprocessen gedurende de verschillende diensten) te onthouden en na te leven in de praktijk. Door één op één te ondervragen worden wenselijke antwoorden en sociale druk voorkomen.

Er zal gewerkt gaan worden met een semigestructureerde vragenlijst, omdat de afstudeergroep tijdens het onderzoeken een inventariserende enquête heeft afgenomen bij de werknemers en er geobserveerd is. Dit heeft geresulteerd in topics. Hierdoor kan de afstudeergroep gericht vragen gaan stellen aan de werknemers en kunnen zij het interview al enige structuur geven. Ook kan er tijdens het interview eventueel afgeweken worden van een vraag, om zo meer diepgang te krijgen en/of onduidelijkheden bij de interviewers te verhelderen.

Vragen semigestructureerd interview

- 1) Ga je ermee akkoord dat het gesprek wordt opgenomen?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
- 2) Hoelang ben je werkzaam op de afdeling?
 - ☐ Sinds kort
 - ☐ Al een langere tijd
- 3) Ben je bekend met het protocol "Front Office Nursing?"
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee
- 4) Hoe ervaar je het werken met het protocol "Front Office Nursing" op de afdeling?

- 5) Is het voor jou in grote lijnen haalbaar om je te houden aan de tijden en de daarbij behorende activiteiten die in het protocol beschreven staan?

6) Wat zou jou helpen om de werkprocessen uit de protocollen te onthouden en na te leven in de praktijk?

7) Wat gaat hierbij goed en wat kan er volgens jou beter?

8) Wat mis je in het protocol "Front Office Nursing"?

9) Tijdens het observeren is ons opgevallen dat het protocol "Front Office Nursing" niet volledig is. Er worden taken uitgevoerd die niet beschreven staan in het protocol, maar wel van groot belang zijn. Wat zijn jouw ervaringen hiermee?

10) Stel dat wij aan het eind van het project een geheugensteuntje ontwikkelen voor de verpleegkundigen (in de vorm van bijv. een checklist), wat zouden wij dan volgens jou moeten doen, zodat dit het best opgepakt wordt door het team?

Resultaten

Op dinsdag 4 december en donderdag 6 december hebben semigestructureerde interviews plaatsgevonden met 3 verpleegkundigen die een lange tijd werkzaam zijn op de afdeling en 3 verpleegkundigen die sinds kort werkzaam zijn op de afdeling. Hier waren alvorens open en gesloten vragen voor opgesteld.

De eerste vraag: " is aan iedere verpleegkundige gesteld. Vonden zij het goed dat het gesprek opgenomen zou worden? Ja, de verpleegkundigen gingen allen akkoord met het opnemen van de gesprekken. Op deze manier heeft de afstudeergroep alle gesprekken achteraf uit kunnen typen en letterlijk geluisterd naar wat er gezegd was. Van daaruit kon de analyse van alle interviews beginnen.

Er is gekozen voor een thematische data-analyse. Hiervoor heeft de afstudeergroep een workshop gevolgd van Shaun Cardiff en Miranda Snoeren op dinsdag 27 november 2012. Voorafgaand aan de workshop hebben beide groepsleden de theorie doorgenomen die vereist was voor deelname aan de workshop (Thematische analyse van kwalitatieve data: een 6-fasen model van Braun en Clarke (2006), samenvatting door Shaun Cardiff (september 2012)). Tijdens de workshop is informatie verzameld en is in de praktijk geoefend met het uitvoeren van een thematische data-analyse. De zes stappen die bij een thematische data-analyse doorlopen dienen te worden zijn allen doorlopen. Naar aanleiding van deze opgedane kennis heeft de afstudeergroep de semigestructureerde interviews volgens de zes stappen geanalyseerd. Hieronder volgt

een weergave van de thematische data-analyse van de semigestructureerde interviews. Stap voor stap wordt uitgelegd wat er door de afstudeergroep gedaan en ondervonden is.

Stap 1: Verkennen van de data

De eerste stap is het verkennen van de data. Hiervoor heeft de afstudeergroep alle interviews letterlijk uitgewerkt. Na het uitwerken van de interviews zijn de teksten in een apart bestand gezet. Alles wat opviel in de antwoorden is gemarkeerd.

Stap 2: Codes maken

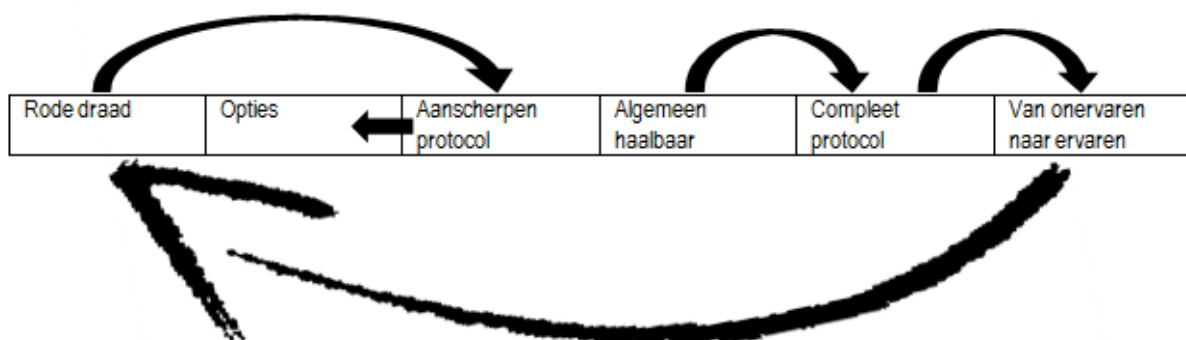
Codes worden gemaakt van relevante segmenten van de data. Met een code worden dus stukken uit de tekst die een betekenis hebben voor de onderzoeksvraag bedoeld (Cardiff, 2012). De afstudeergroep heeft de opvallende stukken in de antwoorden uit de interviews gemarkeerd bij stap 1 en vervolgens gekeken naar het geheel. Om codes te maken zijn zij gaan kijken naar punten als: 'Waar gaat de tekst over?' en 'Wat zegt iemand nou eigenlijk?'. Door op die manier te kijken naar de gegeven antwoorden zijn zij dicht bij de tekst gebleven en zijn woorden gemaakt die kenmerkend waren voor dat stuk tekst.

Stap 3: Thema's zoeken

De volgende stap was het zoeken naar thema's. Om thema's te vormen zijn de codes eerst op post-its geschreven en zijn de post-its vervolgens op één grote hoop gelegd. Door de afstudeergroep is in de hoop gezocht naar gelijkenissen, of anderszins: zagen zij overeenkomsten in de codes? Op die manier heeft de afstudeergroep de codes kunnen clusteren. Alle codes die iets met elkaar te maken hadden zijn bij elkaar gehangen. Zo vormden er groepen codes.

Stap 4: Herziening thema's

Bij stap 4 is gezocht naar één thema voor ieder cluster. Daarbij was het belangrijk dat het woord of de zin dé betekenis gaf aan alle codes die onder dat thema vielen. Een gepuzzel dus. Daarvoor heeft de afstudeergroep als het ware uit- en ingezoomd op de codes en zijn sommige codes verplaatst naar een andere clustergroep. Wat paste waar bij en welk woord of welke zin omvatte het hele cluster? Om passende thema's te krijgen is tevens gekeken naar de citaten die kenmerkend waren voor de codes. Dit heeft er mede voor gezocht dat een thema later toch veranderd is. Uiteindelijk heeft de afstudeergroep 6 hoofdthema's gevonden. Voor alle clustergroepen één. Deze thema's weerspiegelen het verhaal dat door de verpleegkundigen tijdens het interview is verteld. Het geeft de essentie weer van de interviews. Onderstaand een schema van de gevormde thema's. De thema's volgen elkaar op middels pijlen. Dat geeft het verband tussen de thema's aan.



Tijdens het thematiseren van de gegeven antwoorden kwam duidelijk naar voren dat het voor de verpleegkundigen op de afdeling in het algemeen haalbaar is om de taken en activiteiten die per tijd beschreven staan te halen. Daarbij gaven zij in het begin van het interview aan dat zij het protocol kennen en als compleet ervaren. Wel geven zowel de oudere als nieuwere verpleegkundigen aan dat er een verschil bestaat tussen de langer werkzame verpleegkundigen en de nieuwere verpleegkundigen. Onder andere het plannen van de werkzaamheden (welke in het protocol specifiek vermeld staan) zorgde vooral bij de nieuwere verpleegkundigen nog wel eens voor het niet halen van de gevraagde activiteiten per tijd. Daarbij komt het feit dat geen van de verpleegkundigen het protocol nog precies kent en hiernaar handelt. Wel geven zij allen aan dat het protocol de rode draad is en het zeker voor nieuwe verpleegkundigen en voor poolers een belangrijk handvat is om de dagindeling en structuur in de dagelijkse handelingen te leren kennen. Op de vraag of ze iets miste in het protocol waren alle antwoorden 'nee'. Hierop doorvragend kwam naar voren dat dit wel het geval was en gaven alle verpleegkundigen aan het verstandig te vinden als het protocol aangescherpt wordt en dan vooral volledig gemaakt wordt. Dit resulteerde in opties, of anders gezegd mogelijkheden, aldus de verpleegkundigen. De opties die naar voren kwamen zijn de dingen die zij denken dat wij zouden kunnen doen om eenduidigheid in handelen te bevorderen op de afdeling.

Stap 5: Benoemen en definiëren van thema's

7) Algemeen haalbaar

Het protocol "Front Office Nursing" is voor de verpleegkundigen een bekend protocol. Ze gaven in het interview allemaal aan dat het over het algemeen, dus meestal, haalbaar is om de gevraagde activiteiten uit te voeren op het genoemde tijdstip. Over het algemeen wil zeggen, wanneer er geen calamiteiten gebeuren.

8) Compleet protocol

De verpleegkundigen kennen het protocol "Front Office Nursing" en vinden dat het protocol compleet is. Er mist volgens hen niets en er is volledig in beschreven wat er wanneer moet gebeuren. Zij vinden dit vooral handig voor nieuwe verpleegkundigen en poolers. Die kunnen aan de hand van het protocol volgens hen de dagindeling en verantwoordelijkheden leren kennen.

9) Van onervaren naar ervaren

De nieuwe verpleegkundigen geven aan dat doordat ze nieuw zijn op de afdeling en dus nog niet precies weten hoe alles werkt en wat er precies gedaan moet worden, dit het werktempo remt en het inschattingsvermogen van de werkzaamheden vermindert. De verpleegkundigen die langer werkzaam zijn op de afdeling, herkennen dit. Zij geven aan dat het vooral ligt aan het wel of niet ervaren zijn op de afdeling. Dat daar een verschil in zit, qua werktempo. Zij zeggen dat hoe meer ervaren iemand op de afdeling is, hoe sneller en efficiënter er gewerkt kan worden.

10) Rode draad

Alle verpleegkundigen geven aan bekend te zijn met het protocol, maar niet precies te weten wat erin staat en of zij ernaar handelen in de praktijk. Wel is het voor een ieder de rode draad en noemen ze het meer een richtlijn dan een protocol. Ook vinden de verpleegkundigen het een rode draad voor nieuwe verpleegkundigen en poolers en geven zij aan dat het een bruikbaar handvat is om wegwijs te worden op de afdeling en structuur te krijgen in de dagelijkse handelingen.

11) Aanscherpen protocol

De verpleegkundigen geven aan dat ze het protocol compleet vinden. Hierop doorvragend komen zij hier allemaal op terug. Ze vinden namelijk dat het protocol vooral voor nieuwe verpleegkundigen volledig hoort te zijn. Ze geven aan dat als er punten als de vitale functies en de medicatierondes ontbreken, dit niet zo hoort te zijn en dat het aanscherpen van het protocol mede daarom verstandig is. Ontbrekende punten zouden volgens hen toegevoegd moeten worden aan het protocol.

12) Opties

Wanneer er gesproken wordt over wat zij denken dat er zou moeten gebeuren op de afdeling en op welke manier de afstudeergroep een eventuele implementatie het beste aan zou kunnen pakken, geven de verpleegkundigen verschillende opties aan. Met opties bedoelen zij mogelijkheden om eenduidigheid in handelen in de praktijk te vergroten, of anders gezegd te bevorderen.

Stap 6: Rapporteren

7) Algemeen haalbaar

Het protocol "Front Office Nursing" is voor de verpleegkundigen een bekend protocol. Ze gaven in het interview allemaal aan dat het over het algemeen, dus meestal, haalbaar is om de gevraagde activiteiten uit te voeren op het genoemde tijdstip. Over het algemeen wil zeggen, wanneer er geen calamiteiten gebeuren. Zo zegt verpleegkundige K. in het interview letterlijk:

'Veelal wel, maar ja je hebt natuurlijk wel eens op deze afdeling spoedsituaties of dergelijke dat het wel eens ietsje later gebeurt. Dat kan gebeuren. Ja, maar dat is, je probeert zo goed mogelijk de prioriteiten te stellen, maar ja als er zoiets tussendoor komt kan het wel eens iets later worden.'

8) Compleet protocol

De verpleegkundigen kennen het protocol "Front Office Nursing" en vinden dat het protocol compleet is. Er mist volgens hen niets en zij zeggen enigszins twijfelend dat er volledig in beschreven staat wat er wanneer moet gebeuren. Zij vinden dit vooral handig voor nieuwe verpleegkundigen en poolers. Die kunnen aan de hand van het protocol volgens hen de dagindeling en verantwoordelijkheden leren kennen. In het interview met verpleegkundige K. zegt ze:

'Ja, daar staat gewoon goed in beschreven wat er per dienst moet gebeuren, dus ja. Dat is volgens mij wel prima.'

9) Van onervaren naar ervaren

De nieuwe verpleegkundigen geven aan dat doordat ze nieuw zijn op de afdeling en dus nog niet precies weten hoe alles werkt en wat er precies gedaan moet worden, dit het werktempo remt en het inschattingsvermogen van de werkzaamheden vermindert. De verpleegkundigen die langer werkzaam zijn op de afdeling, herkennen dit. Zij geven aan dat het vooral ligt aan het wel of niet ervaren zijn op de afdeling. Dat daar een verschil in zit, qua werktempo. Zij zeggen dat hoe meer ervaren

iemand op de afdeling is, hoe sneller en efficiënter er gewerkt kan worden. In het interview met verpleegkundige I. zegt ze het volgende:

‘Ja, ik denk dat dat heel veel te maken heeft met ervaring. Hoe meer ervaren je bent. Als nieuwe verpleegkundige moet je zoveel onthouden: de ziektebeelden, de patiëntencategorieën, je nieuwe collega’s. Je moet zoveel onthouden, dat remt je werktijd. Dus het ligt meer aan of je lang werkt of niet. Als je hier langer werkt, op een gegeven moment dan kun je ook wel zien of iemand efficiënt werkt of niet, want daar gaat het om.’

10) Rode draad

Alle verpleegkundigen geven aan bekend te zijn met het protocol, maar niet precies te weten wat erin staat en of zij ernaar handelen in de praktijk. Wel is het voor een ieder de rode draad en noemen ze het meer een richtlijn dan een protocol. Ook vinden de verpleegkundigen het een rode draad voor nieuwe verpleegkundigen en poolers en geven zij aan dat het een bruikbaar handvat is om wegwijs te worden op de afdeling en structuur te krijgen in de dagelijkse handelingen. Verpleegkundige I. geeft in het interview twee punten weer die het gebruik van het protocol weerspiegelen:

‘Ja, het moet meer een richtlijn zijn. Je moet niet over protocollen praten. Dit is de rode draad, dit moet er gebeuren. En of je dan om 7.15 uur of 7.45 uur de bloedsuikers zijn geprikt, ja... Als het maar voor het ontbijt gedaan is.’

‘Het gevaar van een protocol is wel vind ik, een protocol is een rode draad. Wat mensen moeten leren is dat niet letterlijk te nemen. Als ze dat letterlijk gaan nemen wordt het een groot potje.’

11) Aanscherpen protocol

De verpleegkundigen geven aan dat ze het protocol compleet vinden. Hierop doorvragend komen zij hier allemaal op terug. Ze vinden namelijk dat het protocol vooral voor nieuwe verpleegkundigen volledig hoort te zijn. Ze geven aan dat als er punten als de vitale functies en de medicatierondes ontbreken, dit niet zo hoort te zijn en dat het aanscherpen van het protocol mede daarom verstandig is. Ontbrekende punten zouden volgens hen toegevoegd moeten worden aan het protocol. Verpleegkundige L. zegt in het interview:

‘Het protocol hoort wel volledig zijn. Het is eigenlijk wel standaard dat de vitale functies ’s ochtends gemeten worden, dus dat hoort er wel in het protocol bij te staan. En als er nieuwe mensen komen is dat eigenlijk wel iets wat erin moet.’

Verpleegkundige M. zegt in het interview dat:

‘Als het protocol “Front Office Nursing” niet alleen de dagdienst behapt, horen alle medicatierondes erin beschreven staan, wie wat doet.’

12) Opties

Wanneer er gesproken wordt over wat zij denken dat er zou moeten gebeuren op de afdeling en op welke manier de afstudeergroep een eventuele implementatie het beste aan zou kunnen pakken, geven de verpleegkundigen verschillende opties aan. Met opties bedoelen zij mogelijkheden om eenduidigheid in handelen in de praktijk te vergroten, of anders gezegd te bevorderen. Verpleegkundige M. zegt tijdens het interview:

‘Ik denk dat een poster een goed idee is, op meerdere plaatsen. En eventueel een spieker voor de liefhebbers.’

Verpleegkundige K. zegt tijdens het interview:

‘Af en toe eens vaker later terugkomen zodat iedereen erop gefocust is.’

Verpleegkundige I. geeft tijdens het interview aan dat:

‘DKS voor thuis. Want je hebt niet altijd de ruimte en de tijd om achter DKS te kruipen. Misschien kun je bepaalde links met thuis koppelen. Als ik thuis zit, denk ik wel eens: ‘Oh, hoe zat dat ook alweer? Dat ga ik morgen opzoeken.’ Maar morgen gebeurt het weer niet, dus misschien is dat iets.’

Verpleegkundige E. zegt tijdens het interview:

‘Dus ik denk dat je dan echt moet gaan kijken naar de specifieke dingen die echt op de interne aan komen. En ik denk dat dat wel het belangrijkste is, dat dat erin komt te staan. Wat ook kan helpen is verwijzingen naar protocollen maken, omdat onderzoeken een belangrijk punt zijn op de interne. Dus in het protocol ‘Front office nursing’ verwijzen naar bijvoorbeeld het protocol ‘onderzoeken’.’

Uit voorgaand onderzoek bleek dat verpleegkundigen een checklist in de vorm van een spieker als oplossing zagen. Echter wordt in het interview dat afgenomen is bij de verschillende verpleegkundigen meerder malen aangegeven dat dit op dit moment niet als optie gezien wordt. Zo zegt verpleegkundige M. tijdens het interview:

'Zou eventueel ook op zo'n geplastificeerd kaartje kunnen, maar die krijgen we steeds meer, dus dan heb je allemaal van die losse dingen. Dat is misschien ook niet zo handig. Misschien wordt het dan wel een beetje veel.'

Verpleegkundige M. zegt in het interview:
'Er neigt een overkill aan speakers.'