

Hulpmiddel of dwangbuis?

Het verpleegplan in de praktijk



Eline Hoogmoed

49853

HZ University of Applied Sciences
Academie Zorg & Welzijn

10 februari 2016

Hulpmiddel of dwangbuis?

Het verpleegplan in de praktijk

Eline Hoogmoed

49853

Bachelor Verpleegkunde

Cursus: CU6006 & CU9322, Het praktijkgerichte afstudeeronderzoek.
Vlissingen, HZ University of Applied Sciences.

1^e begeleider: Iris van de Velde

2^e begeleider: Peter Mortier

10 februari 2016

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Hulpmiddel of Dwangbuis?' dat gaat over het verpleegplan in de praktijk. Het is geschreven als afsluitende opdracht voor de bacheloropleiding tot verpleegkundige aan de HZ University of Applied Sciences.

De keuze voor dit onderwerp kwam mede tot stand door mijn stage-ervaringen, en dan vooral het verschil tussen het planmatig werken in het ziekenhuis, het verpleeghuis en in de thuiszorg. Het viel me op dat er in het verpleeghuis en in de thuiszorg beter planmatig gewerkt werd. In het ziekenhuis miste ik deze structuur. Zelf vond ik de lessen over het verpleegplan altijd erg interessant en ik verbaasde me er dan ook over dat het tijdens mijn stages in het ziekenhuis niet of nauwelijks toegepast werd. Voor mij reden genoeg om te willen onderzoeken welke ervaringen verpleegkundigen hebben met het gebruik van een verpleegplan.

Er zijn een aantal mensen die mij geholpen hebben bij de totstandkoming van dit onderzoeksverslag en die ik graag zou willen bedanken. Vooral bij het literatuuronderzoek is mijn peergroup van grote waarde geweest door steeds mijn stukken door te lezen en feedback te geven. Ook wil ik mijn begeleider Iris van de Velde bedanken voor de gegeven feedback en de snelle reactie op mijn vragen. Verder wil ik Ilse en Eva bedanken voor het helpen zoeken naar mogelijke respondenten. Carina en Ilse bedankt voor het steeds weer opnieuw doorlezen van mijn stukken, de gegeven feedback en jullie motiverende houding richting mij. Pieter bedankt dat je mij er steeds weer bovenop hebt gepraat als ik het weer even niet zag zitten, dat je niet boos werd toen ons huis langzaam veranderde in een puinhoop van artikelen, interviews en codeertabellen en voor het verbeteren van mijn (vele) spelfouten.

Tot slot gaat mijn grootste dank uit naar de respondenten die dit onderzoek mogelijk gemaakt hebben door hun bijdrage te leveren in de vorm van een interview.

Ik hoop dat u mijn scriptie met plezier zult lezen en dat het een oproep mag zijn aan verpleegkundigen om de theorie van het verpleegplan er nog eens bij te pakken en deze toe te passen in de praktijk.

Waddinxveen, februari 2016

Eline Hoogmoed

Samenvatting

Aanleiding Een hbo-verpleegkundige heeft als taak om de zorg te coördineren. Om een goede coördinatie van zorg te kunnen bereiken is adequate verslaglegging nodig. In Nederland gebeurt dit door het verpleegplan. Door onder andere hoge werkdruk en de snelle doorstroom van patiënten in een ziekenhuis wordt het verpleegplan vaak gezien als tijdrovend, overbodig papierwerk. Dit is jammer, omdat het verpleegplan juist de basis vormt voor een gestructureerde aanpak. Het maken van een verpleegplan is dan ook opgenomen in het opleidingstraject van hbo-studenten. Toch blijken ook pas afgestudeerde hbo-verpleegkundigen weinig gebruik te maken van het verpleegplan. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan welke ervaringen pas afgestudeerde verpleegkundigen hebben met betrekking tot het werken volgens een verpleegplan. De hoofdvraag luidt: Welke ervaring hebben alumni van de HZ University of Applied Sciences met het toepassen van de geleerde theorie omtrent het verpleegplan in de praktijk?

Methode Er is literatuuronderzoek gedaan naar de achtergrond van de verschillende stappen van het verpleegplan en naar de ervaringen van verpleegkundigen hiermee. Vervolgens is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van alumni van de HZ University of Applied Sciences over het verpleegplan. Dit is gedaan aan de hand van vijf semigestructureerde interviews.

Resultaten Alumni staan niet negatief tegenover de theorie van het verpleegplan. Met name het stellen van doelen wordt als nuttig ervaren omdat het de zorg concreet maakt. Toch passen maar weinig alumni het verpleegplan ook echt toe. Redenen hiervoor zijn de korte verblijfsduur van patiënten en hoge werkdruk. Daarnaast zijn veel protocollen beschikbaar en daarom vragen alumni zich af of de tijd die het kost om een verpleegplan op te stellen de moeite loont. Alumni geven aan dat het verpleegplan makkelijker is op te stellen in het elektronisch patiëntendossier dan op papier.

Discussie De resultaten van dit onderzoek komen in grote mate overeen met wat eerdere onderzoeken uitwijzen. Wel zit er een verschil in de ervaringen met de verpleegkundige rapportage. Alumni geven aan dat de rapportage als relevant wordt ervaren en dat het fijn is wanneer dit uitgebreid gebeurt. Dit in tegenstelling tot de literatuur die stelt dat de rapportage te omvangrijk zou zijn en weinig relevantie informatie zou bevatten.

Conclusie Alumni herinneren zich weinig van de theorielessen over het verpleegplan. De verpleegkundige anamnese, de verpleegdoelen en de algemene rapportage worden als belangrijk ervaren, de tussenliggende stappen zien alumni niet als meerwaarde. Oorzaak hiervoor is de korte verblijfsduur van de patiënten. Protocollen en zorgpaden maken volgens de alumni het verpleegplan overbodig. Alumni die werken met het elektronisch patiëntendossier staan positiever tegenover het verpleegplan.

Aanbevelingen Er wordt aanbevolen dat alumni zich gaan inzetten om het verpleegplan toe te passen in de praktijk door het goede voorbeeld te geven en te zorgen voor de juiste rapportageformulieren. Om het werken volgens een verpleegplan beter te faciliteren wordt aanbevolen het verpleegplan te integreren in het elektronisch patiëntendossier. Daarnaast zou de opleiding meer de nadruk moeten leggen op het belang van werken met een verpleegplan. Verder wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de ervaringen van alumni in heel Nederland en hoe assertief alumni zijn in de praktijk.

Abstract

Introduction Coordinating the nursing process is a main task of a graduate nurse. In order to achieve this adequate reporting is necessary. In the Netherlands this reporting is done in a nursing care plan. Through heavy workload and the rapid turnover of patients the nursing care plan is seen as time-consuming and unnecessary paperwork. This is regrettable, because the nursing plan should form the basis for a structured approach. Making a nursing care plan is part of the training program of nursing students. Nevertheless, few graduate nurses seem to use the nursing care plan. The aim of this study is to examine what experiences recently graduated nurses have with the use of a nursing care plan. The main question is: What experiences do alumni of HZ University of Applied Sciences have with the application of the theory on the nursing care plan in practice?

Method A literature study has been done to the background of the different steps of the nursing care plan and to the experiences of nurses with those steps. Then a qualitative study was carried out to the experiences of alumni of HZ University of Applied Sciences with the nursing care plan. This is done on the basis of five semi-structured interviews.

Results Alumni have a positive attitude towards the use of a nursing care plan. Especially setting goals is regarded as useful because it makes the nursing process specific. Nevertheless this positive attitude only few graduate nurses do apply the nursing care plan in practice. Reasons they give are the short stay of patients and the heavy workload. In addition many protocols are available which makes alumni ask if the time it takes to prepare a nursing care plan is worth the effort. Alumni indicate that it is easier to prepare a nursing care plan if it is integrated in the electronic patients file than preparing it on paper.

Discussion The results of this research are largely consistent with the conclusions of earlier research. However there is a difference in the experience with the nursing reports. Alumni indicate that reporting is regarded as useful and that it is good if this is done comprehensively. This contradicts the literature which indicates that reporting is too extensive and contains less relevant information.

Conclusion Alumni remember less of the theory lessons on the nursing care plan. The nursing anamnesis, the nursing goals and the nursing report is considered important. Alumni however indicate the steps in between as being of no value. The reason for this is the short stay of patients. Alumni indicate that protocols and nursing paths make the nursing care plan unnecessary paperwork. Alumni that work with the electronic patient file have a more positive attitude towards working with the nursing care plan.

Recommendations Alumni should be more committed to the application of the nursing care plan in practice. They should give good example and should provide the appropriate forms. In according to facilitate working with a nursing care plan it should be integrated in the electronic patient file. Training should be more focussed on the importance of working with a nursing care plan. Further research to experiences of alumni all over The Netherlands and to their assertiveness in practice is recommended.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Relevantie voor het verpleegkundig beroep.....	2
Leeswijzer	2
Hoofdstuk 1 Theoretisch kader	3
1.1. Zoekstrategie.....	3
1.2. Het verpleegkundig proces.....	7
1.2.1. Definitie	7
1.2.2. Relevantie	7
1.2.3. Klinisch redeneren.....	7
1.3. Het verpleegplan	8
1.3.1. Definitie	8
1.3.2. Anamnese	8
1.3.3. Diagnose	8
1.3.4. Interventie	9
1.3.5. Zorgresultaten	10
1.3.6. Evaluatie	10
1.3.7. Rapportage	10
1.4. Het gebruik van het verpleegplan in de praktijk	10
1.5. Onderwijs en scholing	12
1.6. Samenvatting.....	12
Hoofdstuk 2 Methode.....	13
2.1. Onderzoekstype en -ontwerp.....	13
2.2. Populatie	13
2.3. Dataverzameling.....	14
2.4. Data-analyse	15
2.5. Betrouwbaarheid.....	16
2.6. Validiteit	16
2.7. Juridische en ethische aspecten	17
Hoofdstuk 3 Resultaten	19
3.1. Kenmerken van de respondenten	19
3.2. Resultaten per kernthema	19
3.2.1. Klinisch redeneren	20

3.2.2.	Verpleegplan in het algemeen	20
3.2.3.	Anamnese	21
3.2.4.	Verpleegkundige diagnose	21
3.2.5.	Doelen en interventies	22
3.2.6.	Rapportage	23
3.2.7.	Tijdsdruk	24
3.2.8.	Scholing omtrent het verpleegplan	24
3.2.9.	Houding binnen het team	24
Hoofdstuk 4	Discussie	27
4.1.	Interpretatie van de resultaten	27
4.2.	Sterke en zwakke punten in het onderzoek	28
Hoofdstuk 5	Conclusie en aanbevelingen	29
5.1.	Conclusie	29
5.2.	Aanbevelingen	29
5.2.1.	Aanbevelingen voor de praktijk	29
5.2.2.	Aanbevelingen voor de opleiding	30
5.2.3.	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	30
Literatuurlijst		31
Bijlage 1	Uitnodiging	33
Bijlage 2	Topiclijst	35
Bijlage 3	Interview 2 volledig uitgetypt	37
Bijlage 4	Interview 2 fragmenten	45
Bijlage 5	Interview 2 codeertabel	53
Bijlage 6	Overzichtstabel	57
Bijlage 7	Hiërarchische tabel	67
Bijlage 8	Mindmap	73

Inleiding

Op 1 februari 2015 waren er 182.158 verpleegkundigen ingeschreven in het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) register (BIG, 2015). Elke verpleegkundige die tot nu toe is opgeleid in het hoger beroeps onderwijs (hbo) vervult volgens het beroepsprofiel vijf rollen: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Bij deze rollen zijn twaalf kerncompetenties geformuleerd. Kerncompetentie vier gaat in op de rol van regisseur en luidt als volgt: “Om de zorg te laten verlopen als een continu en integraal proces dat gericht is op het welzijn van de zorgvrager, coördineert de hbo-verpleegkundige de zorg” (de Jong, Kerstens, & Vermeulen, 2003). Om goede coördinatie van verpleegkundige zorg te kunnen bereiken is adequate verslaglegging noodzakelijk. Daarnaast is goede verslaglegging een belangrijke voorwaarde voor het verlenen van verantwoorde patiëntenzorg, voor de communicatie over de zorg en voor het waarborgen van continuïteit in de zorgverlening (V&VN, 2011).

In Nederland wordt voor verpleegkundige verslaglegging het verpleegplan gebruikt. Dit is zowel een weergave van als een hulpmiddel voor het verpleegkundig proces. Verpleegkundigen verzamelen gegevens, stellen verpleegkundige diagnoses en stellen verpleegdoelen en interventies vast. Deze interventies worden uitgevoerd en door deze te evalueren wordt het verpleegplan weer bijgesteld. De inhoud van het verpleegplan is afhankelijk van de setting waar de verpleegkundige werkzaam is en de visie die de instelling heeft op zorg. De methode van het verpleegplan is echter altijd hetzelfde (Hesselink, 2011).

Een belangrijk onderdeel van het verpleegplan is het stellen van de verpleegkundige diagnose. Dit is het vertrekpunt voor het opstellen van verpleegkundige interventies en voor verpleegkundige resultaten. Die resultaten kunnen uiteenlopend zijn. Verpleegkundigen willen met een interventie bereiken dat het verpleegprobleem van de patiënt wordt voorkomen, opgelost, verbeterd, gestabiliseerd of verzacht. De term diagnose kan verwarring oproepen omdat de arts ook een diagnose stelt. De medische diagnose van de arts is een label voor ziektes en afwijkingen in organen. De verpleegkundige diagnose is een label van de menselijke reactie op actuele en potentiële gezondheidsproblemen (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) raadt aan om bij het stellen van een verpleegkundige diagnose de Probleem-Etiologie-Symptomen (PES) structuur toe te passen. De PES is een hulpmiddel om de diagnose te omschrijven. Door het gebruik van een vaste structuur zullen alle betrokken hulpverleners de diagnose correct interpreteren (Hesselink, 2011). Verpleegkundigen ontwikkelen door gebruik te maken van de PES een positief kritische denkhouding, leren correct te redeneren en kunnen daardoor een goed gefundeerde diagnose formuleren (Paans, 2011).

Müller Staub (2007) stelt dat het opstellen van een verpleegplan door te hoge werkdruk, tekort aan verpleegkundig personeel, snel op elkaar volgende ontwikkelingen in medische zorg, de kortere verblijfsduur van een patiënt in het ziekenhuis en een gebrek aan multidisciplinaire samenwerking nogal eens verwaarloosd wordt. Verpleegkundigen zouden enkel de meest noodzakelijke zorg aan het bed van de patiënt uitvoeren, leggen de nadruk op persoonlijk contact met de patiënt en komen daardoor niet tot adequate verslaglegging (Müller Staub, 2007). Ook Hesselink (2011) schrijft dat het

opstellen van een verpleegplan ten onrechte wordt gezien als overbodig papierwerk, terwijl een verpleegplan juist de basis vormt voor een gestructureerde aanpak.

Zoals hierboven beschreven blijken theorie en praktijk dus nogal eens in tegenspraak met elkaar. Daarom is het relevant om onderzoek te doen daar waar theorie overgaat in praktijk, namelijk bij pas afgestudeerde hbo-verpleegkundigen. Volgens de eindtermen van de hbo-verpleegkunde opleiding is deze groep in staat een individueel verpleegplan te schrijven en een verpleegkundige diagnose te formuleren (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). Er is weinig bekend over de wijze waarop beginnend verpleegkundigen deze kennis toepassen in hun huidige functie. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan welke ervaringen pas afgestudeerde verpleegkundigen hebben met betrekking tot het werken volgens een verpleegplan. Hiervoor is de volgende probleemstelling geformuleerd:

Welke ervaring hebben alumni van de HZ University of Applied Sciences met het toepassen van de geleerde theorie omtrent het verpleegplan in de praktijk?

Relevantie voor het verpleegkundig beroep

Het gebied waarop verpleegkundigen bekwaam zijn omvat drie domeinen, namelijk zorg, organisatie van zorg en beroep (de Jong, Kerstens, & Vermeulen, 2003). Binnen het domein zorg vallen de rollen zorgverlener en regisseur. Een belangrijke taak van de verpleegkundige als regisseur is het coördineren van zorg. Zorg is pas goede zorg als er een visie en een plan achter zit. In de opleiding wordt om deze reden aandacht geschonken aan het opstellen van een verpleegplan. Dit onderzoek richt zich op hoe de toepassing van deze kennis wordt ervaren door de pas afgestudeerde verpleegkundige. Dit is relevant omdat de achterliggende reden van het wel of niet gebruiken van een verpleegplan aan het licht komt. Het domein organisatie van zorg bestaat uit de rol van ontwerper. De verpleegkundige werkt niet alleen samen met andere verpleegkundigen maar ook met verschillende andere disciplines. Om de zorg zo efficiënt en effectief mogelijk te laten verlopen draagt de verpleegkundige bij aan het verpleegbeleid. De rollen coach en beroepsbeoefenaar vallen onder het domein beroep. Wanneer verpleegkundigen zich bewust worden van het nut van een verpleegplan en dit consequent gaan gebruiken verhoogt dit de kwaliteit van zorg.

Leeswijzer

Deze scriptie is opgedeeld in vijf hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt de zoekstrategie beschreven en is een literatuurstudie uitgevoerd. Er is een theoretisch kader geschetst als achtergrond van het onderzoek. De methode van onderzoek komt in hoofdstuk twee aan bod. Hier wordt nauwkeurig beschreven wat het onderzoeksontwerp en de populatie is, hoe de dataverzameling en analyse plaatsvindt en welke factoren invloed hebben op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Daarna worden de resultaten beschreven in hoofdstuk vier. Vervolgens worden de verkregen resultaten gelinkt aan de literatuur en worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek benoemd in de discussie. Tot slot wordt in hoofdstuk vijf de conclusie getrokken en daaruit volgend worden enkele aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 1 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt een theoretisch kader geschetst als basis voor het uitgevoerde onderzoek. Hierin wordt uitleg gegeven over het verpleegkundig proces, het verpleegplan, het gebruik van het verpleegplan in de praktijk en de scholing die verpleegkundigen hebben gekregen. Eerst wordt beschreven hoe het literatuuronderzoek uitgevoerd is in de zoekstrategie.

1.1. Zoekstrategie

De zoekstrategie is de weergave van het proces van informatie verzamelen. Om tot betrouwbare en relevante bronnen te komen zijn een aantal stappen gezet. Er zijn zoekvragen opgesteld, databanken geselecteerd, zoekcriteria geformuleerd en tenslotte zijn de gevonden artikelen weergegeven in de zoekboom.

In eerste plaats is bepaald welke informatie nodig is voor het onderzoek. Na het schrijven van het onderzoeksvoorstel is gebleken dat over bepaalde onderwerpen meer informatie nodig is. Om gericht op zoek te gaan naar geschikte bronnen zijn zoekvragen opgesteld, deze luiden als volgt:

- Welke classificatiesystemen en modellen kunnen gebruikt worden bij het opstellen van een verpleegplan?
- Wat staat er over klinisch redeneren in de beroepscode en hoe worden verpleegkundigen hierin opgeleid?
- Wat is een verpleegkundige diagnose?
- Wat houdt de PES-structuur precies in?
- Wat zijn de richtlijnen rondom verpleegkundige verslaglegging?
- Wat is er bekend over de wijze waarop het verpleegplan in de praktijk wordt toegepast?
- Wat is er bekend over de ervaringen die verpleegkundigen hebben omtrent het werken met het verpleegplan en de PES-structuur?

Vanuit deze zoekvragen zijn zoektermen geformuleerd zoals beschreven in tabel 1. De zoektermen zijn gebruikt in combinatie met de booleaanse operatoren. De combinatie zoektermen die relevante artikelen hebben opgeleverd worden zoek sleutels genoemd en staan vermeld in de zoekboom (figuur 1).

Tabel 1 Zoektermen

Nursing care plan	Quality
Nursing process	NANDA
Classification	NIC
Nursing documentation	NOC
Implementation	

Deze zoektermen zijn vervolgens gebruikt in databanken. Er is gekozen voor internationale, wetenschappelijke databanken die gerelateerd zijn aan de gezondheidszorg. De volgende databanken zijn gebruikt:

- Pubmed. In deze biomedische databank staan artikelen die door wetenschappelijke tijdschriften zijn vrijgegeven. Er kunnen verschillende zoekfilters worden ingeschakeld

om relevante artikelen met een hoge betrouwbaarheid te selecteren. Door de grote hoeveelheid beschikbare artikelen is het nodig te filteren bij het zoeken om zo tot relevante artikelen te komen. Bij alle zoekleutels die ingevoerd zijn in deze databank is de filter ingeschakeld dat deze zoekleutel moest voorkomen in de titel of samenvatting van het artikel.

- Science Direct. Deze databank bevat veel full tekst artikelen over wetenschappelijk, technisch en medisch onderzoek. Het bevat publicaties uit tijdschriften, artikelen en boeken. Vanwege de vele zoekresultaten op Science Direct is bij het zoeken gebruik gemaakt van de volgende zoekfilter: Er werd enkel gezocht op artikelen, niet op boeken. Ook werd de filter ingezet dat de zoektermen voor moesten komen in titel, samenvatting of sleutelwoorden.

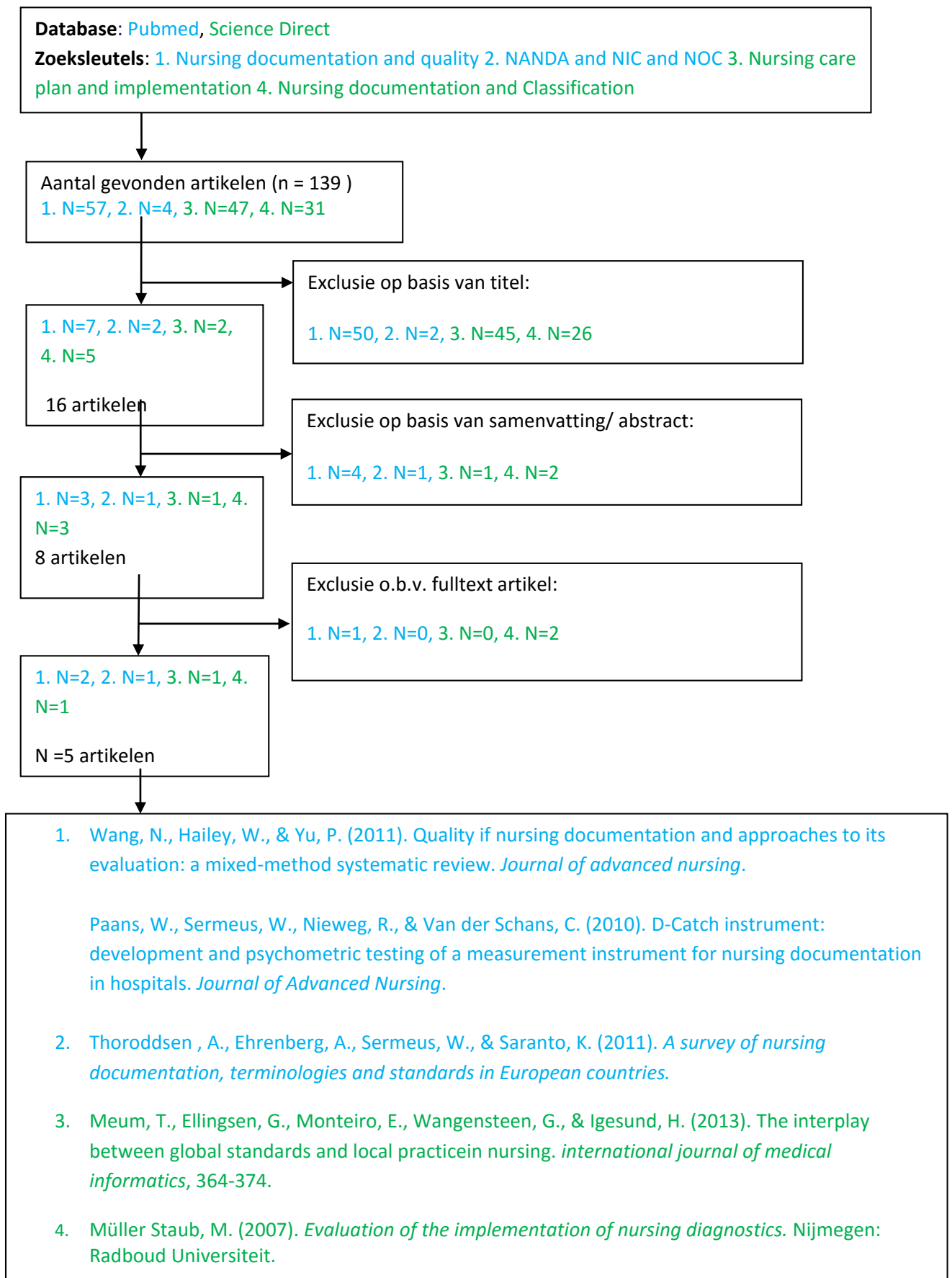
De databanken Narcis en Nivel zijn ook geraadpleegd maar hebben geen relevante resultaten opgeleverd. Naast de databanken is ook gebruik gemaakt van boeken uit eigen collectie die gerelateerd zijn aan het onderwerp, richtlijnen van de V&VN, het verpleegkundig beroepsprofiel en een rapport van Vilans.

Voor het vinden van bruikbare literatuur zijn inclusie- en exclusiecriteria opgesteld en weergegeven in tabel 2. Deze criteria zijn opgesteld om een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid en relevantie van artikelen te waarborgen.

Tabel 2 Zoekcriteria

Inclusie	Exclusie
Het artikel is beschikbaar in de Nederlandse of Engelse taal	Het artikel gaat over een onderzoek dat is uitgevoerd in Azië, Zuid Amerika of Afrika (de gezondheidszorg daar is te verschillend ten opzichte van Europa en de Verenigde Staten)
Het artikel is in full tekst beschikbaar	Het artikel gaat over de evaluatie van één specifieke diagnose of interventie
Het artikel gaat over het verpleegplan, classificatiemodellen of het verpleegkundig diagnosticeren	
Het artikel gaat over het onderwijs dat studenten krijgen in het maken van een verpleegplan	
Het artikel is maximaal tien jaar geleden gepubliceerd	

De gevonden literatuur is per zoekleutel en per databank weergegeven in een tabel, de zogenaamde zoekboom (figuur 1). Deze zoekboom is samengesteld op 12-5-2015. Enkele bronnen die daarin genoemd worden zijn langer dan tien jaar geleden gepubliceerd. De reden waarom deze artikelen toch geïnccludeerd zijn is dat het in die gevallen een nog geldende beroepscode of begripsomschrijving betreft.



Figuur 1 Zoekboom

Verkregen via sneeuwbalmethode

Via de literatuurlijst van de gevonden artikelen uit de zoekboom is verder gezocht naar relevante artikelen. Daarnaast hebben sommige auteurs meerdere publicaties die voldoen aan de zoekcriteria. Ook de richtlijnen en protocollen maken gebruik van interessante bronnen. Zodoende zijn nog een aantal artikelen geïncorporeerd.

Lustig, J. (2007). *Pleegvertalingen. Een sociolinguïstisch en vertaalwetenschappelijk onderzoek naar negen verpleegkundige diagnoselabels*. Opgeroepen op 05 04, 2015, van dspace.library.uu.nl/handle/1874/23292

Paans, W. (2011). *Accuracy of Nursing Diagnosis: Knowledge, Knowledge Sources and Reasoning Skills*. Haren: drukkerij G. van Ark.

Saranto, K., Kinnunen, U., Kivekas, E., Lappalainen, A., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hyppönen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 629-647.

Wilkinson, J. (2008). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson education.

Boeken uit eigen collectie:

de Graaf-Waar, H., & Speksnijder, H. (2014). *Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

de Jong, J., Kerstens, J., & Vermeulen, M. (2003). *Handboek verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hesselink, J. (2011). *Zo maak je een ... Verpleegplan*. Groningen: Noordhoff.

Richtlijnen en protocollen:

V&VN. (2011). *richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Opgeroepen op 2 16, 2015, van http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ERWlr5lpz_8%3D&tabid=1789

Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. (2012). *Beroepsprofiel Verpleegkundige*. Utrecht.

Vilans. (2014). *Zoeken naar de gouden standaard*. Utrecht: Vilans.

Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman - van Vugt, F., & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen*. Utrecht: NIZW.

NANDA International. (2014). *Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2012-2014*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hellema, F. (2002). *De ICIDH en de NANDA, NIC en NOC*.

1.2. Het verpleegkundig proces

In de volgende subparagrafen wordt beschreven wat het verpleegkundig proces is en waarom het relevant is. Ook wordt kort ingegaan op het klinisch redeneren binnen de verpleegkunde.

1.2.1. Definitie

Het verpleegkundig proces is de methode die verpleegkundigen toepassen bij het uitoefenen van de verpleegkunde (Hesselink, 2011). Proces geeft aan dat er een aantal gebeurtenissen plaatsvinden binnen een bepaald tijdsbestek die aan elkaar gerelateerd zijn. De verpleegkundige stuurt dit proces aan. Hiervoor is een goede methode nodig. Een methode is volgens de Graaf-Waar & Speksnijder (2014) “een samenhangend geheel van handelingen waarmee een gesteld doel bereikt kan worden”. De verpleegkundige methode volgt een aantal stappen. Het eerste model van een verpleegkundig proces bevat vier fasen namelijk anamnese, planning, interventie en evaluatie. Later werd aan deze stappen ook de verpleegkundige diagnose toegevoegd (Wang, Hailey, & Yu, 2011; Thoroddsen, Ehrenberg, Sermeus, & Saranto, 2011). De term verpleegkundig proces doet vermoeden dat dit om vaststaande regels gaat, stappen die elkaar altijd opvolgen. In werkelijkheid is het verpleegkundig proces cyclisch en iteratief. Dit betekent dat er later in het proces soms een paar stappen terug gegaan moet worden omdat er nieuwe inzichten zijn die een andere aanpak vragen. Dit werken volgens voortschrijdend inzicht wordt ook wel het proces van klinisch redeneren genoemd. Om standaardisatie van dit proces te verkrijgen zijn verschillende classificatiesystemen, richtlijnen en protocollen opgesteld (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014).

1.2.2. Relevantie

Wilkinson beschrijft in zijn boek *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces* een aantal redenen waarom het verpleegkundig proces zo belangrijk is. Ten eerste zorgt het verpleegkundig proces voor een betere samenwerking. Wanneer een verpleegkundig team zich bewust is van het systematisch en georganiseerd werken, zorgt dit voor een betere communicatie tussen de verpleegkundigen. Door verbeterde communicatie en een systematische aanpak worden minder fouten gemaakt. Hierdoor wordt de ziekenhuisopname verkort. Dit leidt ook nog eens tot kostenbesparing in de zorg. Het vastleggen van het verpleegkundig proces laat bovendien aan de patiënt zien waar de verpleegkundige mee bezig is. Door de patiënt meer te betrekken bij het verpleegkundig proces ziet deze het nut in van de verpleegkundige behandeling en wordt zelfzorg gestimuleerd (Wilkinson, 2008).

1.2.3. Klinisch redeneren

Het verpleegkundig proces is hierboven algemeen beschreven. Het kenmerk van verpleegkundige zorg is dat er per patiënt gekeken wordt naar wat deze nodig heeft. Iedere patiënt heeft dus een uniek verpleegkundig proces. Om dit proces goed te laten verlopen moet de verpleegkundige vaardig zijn in het klinisch redeneren. De verpleegkunde heeft zich ontwikkeld tot een evidence based professie. Er wordt van verpleegkundigen verantwoording verwacht over het handelen (Paans, 2011). In het beroepsprofiel staat de volgende definitie: “Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid.” Klinisch redeneren omvat de volgende aspecten: risico inschatting, vroege signalering, probleemherkenning, interventie en monitoring (Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, 2012). Hulpmiddelen bij het klinisch redeneren zijn classificatiesystemen. Classificatie is het sorteren van zaken in vooraf gedefinieerde categorieën (Hesselink, 2011). Door het gebruik van classificatie is uit de rapportage duidelijk op te maken wat er precies is gebeurd in de zorgverlening, is snelle en goede communicatie mogelijk tussen zorgverleners (bijvoorbeeld de

overdracht naar de thuiszorg als een patiënt ontslagen wordt) en is vergelijkbaarheid van gegevens mogelijk (Vilans, 2014).

1.3. Het verpleegplan

In deze paragraaf wordt beschreven wat het verpleegplan inhoudt en worden de verschillende stappen toegelicht. Deze stappen zijn: anamnese, diagnose, interventie, zorgresultaten en evaluatie. Ook wordt er aandacht besteed aan de meest gebruikte classificatiesystemen.

1.3.1. Definitie

Het verpleegplan is de weergave of rapportage van het verpleegkundig proces (Hesselink, 2011). Deze rapportage vraagt structuur, samenhang en goede communicatie. Wanneer het verpleegplan goed wordt toegepast zorgt dit voor continuïteit van zorg, duidelijkheid onder de verschillende zorgverleners en staan er resultaten op papier die beschikbaar zijn voor onderzoek (Wang, Hailey, & Yu, 2011). De organisatie Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft een richtlijn voor verpleegkundig rapporteren opgesteld. Hierin staat dat het verpleegplan van belang is voor het geven van effectieve verpleegkundige zorg, het waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van zorg, het kunnen reconstrueren van de gang van zaken, het voorkomen van fouten en het afleggen van verantwoording over het handelen van de verpleegkundige. Daarnaast zorgt het maken van een verpleegplan voor een goede afstemming met collega verpleegkundigen en andere disciplines en ontstaat er een scherp bewustzijn van de risico's en consequenties die bepaalde interventies met zich meebrengen. Bovendien zijn in het verpleegplan de rechten van cliënt en vertegenwoordigers gewaarborgd (V&VN, 2011).

1.3.2. Anamnese

In de richtlijn verslaglegging definieert de V&VN de anamnese als volgt: "Een anamnese is een systematische verzameling van gegevens over de zorgvraag van de cliënt en de relevante omstandigheden en voorgeschiedenis van de zorgvraag" (V&VN, 2011). Welke gegevens dit zijn kan per zorgsetting verschillend zijn. Daarnaast is de anamnese ook bedoeld om te starten met het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt (Hesselink, 2011). Gegevens verzamelen kan op verschillende manieren, namelijk door observatie, het stellen van vragen en uitvoeren van metingen. Vanuit de holistische visie worden vier aspecten onderscheiden waarover de verpleegkundige informatie verzamelt, namelijk op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel vlak. Deze vier worden verder gespecificeerd in de elf gezondheidspatronen van Gordon. Aan de hand van deze gezondheidspatronen wordt planmatig en gestructureerd de anamnese afgenomen. Door een beschrijving te geven van elk gezondheidspatroon krijgt de verpleegkundige inzicht in functionele en disfunctionele patronen. Met andere woorden geeft de anamnese volgens Gordon inzicht in gezond zelfzorg gedrag en zelfzorgtekorten. Hierbij gaat het niet alleen om wat de verpleegkundige waarneemt, maar ook is belangrijk wat de beleving van de patiënt is (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014).

1.3.3. Diagnose

De verpleegkundige diagnose is "een klinisch oordeel over de individuele, familiale of gemeenschappelijke reacties op actuele of potentiële gezondheidsproblemen en/of levensprocessen" (NANDA International, 2014). Anders gezegd wordt een probleemomschrijving opgesteld als conclusie van de verzamelde gegevens van de anamnese. Deze probleemomschrijving is bepalend voor de verdere zorgverlening (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). Toen in de jaren tachtig het gebruik van het verpleegplan werd geïntroduceerd was de verpleegkundige diagnose nog

geen onderdeel van dit plan. Wel werden 'verpleegkundige problemen' beschreven waar dan interventies voor opgesteld werden. Omdat er geen richtlijnen voor deze probleemomschrijving waren, werden de problemen niet accuraat geformuleerd en werd soms het probleem van de verpleegkundige beschreven in plaats van het gezondheidsprobleem van de patiënt. Er zijn toen verschillende classificatiesystemen voor de verpleegkundige diagnose ontwikkeld, waarvan die van de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) het bekendst en meest uitgewerkt is (Müller Staub, 2007). In de NANDA classificatie wordt gewerkt met de Probleem-Etiologie-Symptomen (PES) structuur. Het probleem wordt weergegeven met een label en een definitie. Onder de etiologie worden de samenhangende factoren met het probleem of de oorzaak van het probleem beschreven en onder de symptomen staan de belangrijkste, bepalende kenmerken van het probleem (Hellema, 2002). De verpleegkundige is verantwoordelijk om de opgestelde diagnose te verifiëren bij de patiënt. Dit om zeker te zijn dat de PES structuur goed is ingevuld en de P ook het daadwerkelijke probleem is. De PES-structuur kan enkel gebruikt worden bij actuele verpleegproblemen. Bij potentiële verpleegproblemen wordt de S weggelaten (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). Om een goede verpleegkundige diagnose te kunnen formuleren moet de verpleegkundige kritisch kunnen denken en de juiste redeneervaardigheden bezitten. Het gaat dan om een open houding richting de patiënt, analytisch denkvermogen, een systematische aanpak en een waarheidzoekende instelling. Daarnaast speelt ervaring, casusgerelateerde kennis en de attitude van de verpleegkundige tegenover de verpleegkundige diagnose een rol (Paans, 2011). De V&VN raadt in de richtlijn voor verpleegkundige verslaglegging aan om de diagnose te formuleren met behulp van de PES structuur (V&VN, 2011). Er is onderzoek gedaan onder verpleegkundigen uit elf verschillende Nederlandse ziekenhuizen naar de nauwkeurigheid van de verpleegkundige diagnose. Er werd gebruik gemaakt van een gevalideerd meetinstrument (D-Catch). Uit dit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen die bij het onderzoek de PES structuur kregen uitgelegd en leerden toepassen veel betere diagnoses formuleerden dan de verpleegkundigen die deze informatie niet hadden (Paans, 2011).

1.3.4. Interventie

Na het stellen van de verpleegkundige diagnose worden verpleegdoelen geformuleerd en vanuit deze doelen worden interventies opgesteld. Een interventie is elke behandeling die een verpleegkundige op grond van haar deskundig oordeel en klinische kennis uitvoert ten behoeve van de patiënt (Hellema, 2002). De verpleegkundige interventies kunnen geclassificeerd worden door middel van Nursing Interventions Classification (NIC). In de NIC worden 433 verschillende interventies beschreven door middel van een label of naam, de definitie en welke activiteiten bij deze interventie passen. Niet alle activiteiten van de lijst hoeven uitgevoerd te worden, de verpleegkundige is zelf deskundig om te besluiten welke activiteiten bij de patiënt nodig zijn. Van interventies die in de NIC vermeld staan is door middel van praktijkonderzoek de werking bewezen (Hellema, 2002). Het is van belang dat de interventies zorgvuldig gepland worden. In de praktijk komt het vaak voor dat verpleegkundigen intuïtief werken. Dit kan ten koste gaan van planmatig en evidence based werken. Door interventies zorgvuldig te plannen kan er effectiever zorg geleverd worden. Dit geeft minder belasting voor de patiënt (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). Er kunnen enkel doeltreffende interventies worden opgesteld als de verpleegkundige diagnose juist is (Müller Staub, 2007). De diagnoses van de NANDA zijn gekoppeld aan de interventies van de NIC, waardoor de verpleegkundige diagnose en de verpleegkundige interventies goed op elkaar afgestemd kunnen worden (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014; Hellema, 2002).

1.3.5. Zorgresultaten

In de zorgresultaten wordt beschreven wat de toestand van de patiënt is na het uitvoeren van een interventie. De verpleegkundige is niet individueel verantwoordelijk voor de resultaten, maar samen met het multidisciplinaire team (Hellema, 2002). In het beroepsprofiel staat dat het verpleegkundig handelen zich richt op de verbetering van het zelfmanagement van de patiënt, met het oog op het omgaan met de ziekte. Daaruit volgt dat verpleegkundige resultaten gaan over de kwaliteit van leven en het behouden of zelfs verbeteren van het functioneren van de patiënt (Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, 2012). Voor deze verpleegkundige resultaten is ook een classificatie opgesteld, de Nursing Outcomes Classification (NOC). De classificatie bestaat uit een definitie van het verpleegkundig resultaat, een lijst van indicatoren waaraan de toestand van de patiënt kan worden getoetst en een schaal waarop deze toetsing gescoord kan worden. De resultaten van de NOC kunnen gekoppeld worden aan de interventies van de NIC, en deze zijn weer gekoppeld aan de diagnoses van de NANDA. Samen vormen de NANDA, NIC en NOC het zogenaamde NNN systeem (Hellema, 2002). Dit systeem is slechts een hulpmiddel, de verpleegkundige moet zelf goed nadenken welke diagnoses, interventies en gewenste resultaten er nodig zijn bij de patiënt. klinisch redeneren is dus belangrijk (Wilkinson, 2008).

1.3.6. Evaluatie

Bij de evaluatie wordt, zo mogelijk in samenspraak met de patiënt, nagegaan of de opgestelde verpleegdoelen behaald zijn. Eventueel wordt het verpleegplan na de evaluatie bijgesteld (V&VN, 2011). Het proces, het product en de bijdrage aan de inhoud van het verpleegkundig beroep worden geëvalueerd. Bij de procesevaluatie wordt gekeken hoe de wisselwerking tussen planning en uitvoering is verlopen. Er wordt nagegaan of de juiste diagnoses, doelen en interventies zijn gekozen, of de interventies correct zijn uitgevoerd en of deze het gewenste resultaat hebben opgeleverd. Bij productevaluatie gaat het om de verpleegkundige resultaten bij een specifieke patiënt. Tot slot wordt nagegaan of de personele en materiële middelen toereikend zijn geweest, de deskundigheid van de verpleegkundigen voldoende was en of de beschikbare verpleegkundigen juist zijn ingezet (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014).

1.3.7. Rapportage

De richtlijn voor rapportage van de V&VN stelt dat rapportage zorgvuldig, bondig, eenduidig, objectief, concreet, duidelijk en herleidbaar moet zijn. Daarnaast wordt ook benadrukt dat verpleegkundigen systematisch horen te handelen. Daar horen de fasen van het verpleegplan bij. Het dossier moet daarom de volgende onderdelen bevatten: gegevensverzameling, zorgproblemen of verpleegkundige diagnoses, zorgplan, voortgangsrapportages, evaluaties en overdracht. De overdracht bevat de informatie over de patiënt die nodig is om het zorgproces elders voort te zetten (V&VN, 2011).

1.4. Het gebruik van het verpleegplan in de praktijk

In voorgaande paragrafen zijn de verschillende stappen van het verpleegkundig proces belicht. In verschillende publicaties wordt verslag gedaan van onderzoek naar het gebruik van het verpleegplan. Uit deze onderzoeken komt naar voren dat er onvoldoende gebruik gemaakt wordt van verpleegplannen in het ziekenhuis. De redenen hiervoor worden benoemd in de volgende paragraaf.

Veel verpleegkundigen hebben geen of onvoldoende kennis om de classificatiesystemen goed toe te passen. Hoge werkdruk, een tekort aan verpleegkundig personeel, de kortere verblijfsduur van de patiënt en een gebrek aan multidisciplinaire samenwerking zijn redenen die genoemd worden in

antwoord op de vraag waarom de verpleegkundige rapportage onvolledig plaatsvindt. Verpleegkundigen zouden enkel de meest noodzakelijke zorg aan het bed van de patiënt uitvoeren, leggen de nadruk op persoonlijk contact met de patiënt en komen daardoor niet tot adequate verslaglegging (Müller Staub, 2007). Ook wanneer er wel gebruik gemaakt wordt van een gestandaardiseerd verpleegplan is vaak het verslag niet duidelijk en staat informatie op de verkeerde plaats in het verpleegplan (Wang, Hailey, & Yu, 2011). Verpleegkundigen uiten nog al eens de klacht dat rapporteren een tijdrovende klus is (Hesselink, 2011; de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). Uit literatuuronderzoek naar de kwaliteit van verpleegkundige rapportage blijkt dat verpleegkundigen vaak niet specifiek genoeg rapporteren, al dan niet door het ontbreken van een verpleegkundige diagnose. Hierdoor is vaak sprake van omvangrijke rapportage met veel niet relevante onderwerpen. Anderzijds ontbreekt er ook informatie in de verpleegkundige rapportage. Wanneer verpleegkundigen voorlichting geven als interventie wordt dit vaak niet gerapporteerd (Wang, Hailey, & Yu, 2011). Paans (2011) stelt dat verpleegkundigen zich meer bewust moeten worden van het nut van het verpleegplan. Wanneer er planmatig gewerkt wordt en verpleegkundige diagnoses met de daarbij behorende doelen en interventies worden opgesteld, hoeft alleen daarover gerapporteerd te worden. Zo kan er per patiënt specifiek en bondig gerapporteerd worden (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). De focus van verpleegkundigen moet meer liggen op zelf kritisch nadenken. Dit is te bereiken door meer scholing over de toepassing van het verpleegplan en het leren gebruik te maken van classificatiesystemen. Ook het management van een ziekenhuis speelt hierin een rol. Het correct uitvoeren van het verpleegkundig proces is afhankelijk van werkprocedures, werkplaats, versturende werkomstandigheden en tijdsdruk. Wanneer het management het methodisch werken faciliteert is het voor verpleegkundigen ook makkelijker om dit in de praktijk uit te voeren (Paans, 2011).

Wang et al. (2011) heeft een literatuurstudie gedaan en een review geschreven uit 77 publicaties over verslaglegging. Hieruit blijkt dat verpleegkundigen vooral de biomedische aspecten van de patiënt rapporteren. Rapportage over de psychische, sociale, culturele en spirituele aspecten is ondermaats. Hierdoor is er een tekort aan gegevens waardoor er geen volledige diagnoses geformuleerd kunnen worden. Het implementeren van de NANDA als hulpmiddel bij het formuleren van diagnoses wordt door diverse instanties en wetenschappers aanbevolen (Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020, 2012; Paans, 2011; Müller Staub, 2007; Vilans, 2014). Toch wordt in de praktijk lang niet altijd de PES-structuur toegepast. Hierdoor is de verpleegkundige diagnose vaak niet accuraat en volgt ook geen juiste interventie. Steeds meer ziekenhuizen maken gebruik van het elektronisch patiënten dossier, hierin zou de PES structuur ingevoerd moeten worden (Paans, 2011). Saranto et al. (2014) hebben onderzoek gedaan naar de invloed van de classificatiesystemen in het elektronisch patiënten dossier (EPD). Er wordt gesteld dat verpleegkundigen overwegend positief zijn hierover. Wel is meer onderwijs en bestuurlijke ondersteuning nodig (Saranto et al., 2014).

Er zijn ook kritische geluiden over het implementeren van de NANDA, NIC en NOC classificatie in Nederland. Zo zouden deze Amerikaanse classificatiesystemen niet één op één toepasbaar zijn in Nederland. De professionalisering van het verpleegkundig beroep in Amerika is al verder gevorderd dan hier in Nederland (Lustig, 2007). Er wordt in de praktijk ook veel gebruik gemaakt van lokale classificatie systemen. Dit zijn standaard termen die lokaal gebruikt worden om verpleegkundige diagnoses, interventies en doelen te benoemen. Om te komen tot universele classificatie is het belangrijk om bij het implementeren van de NANDA, NIC en NOC aan te sluiten bij deze lokale systemen. Verpleegkundigen zijn gewend aan deze lokale termen en door deze op te nemen in de

bestaande classificatiesystemen zal de implementatie daarvan soepeler verlopen (Meum, Ellingsen, Monteiro, Wangenstein, & Igesund, 2013).

1.5. Onderwijs en scholing

Alle hbo Verpleegkunde opleidingen in Nederland werken tot nu toe met de twaalf kerncompetenties. Iedere student die afstudeert moet hieraan voldoen. De kerncompetenties zijn onderverdeeld in vijf rollen: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar. Het maken van een verpleegplan valt onder de rol van ontwerper. De kerncompetentie die hierover gaat luidt als volgt: Om de zorgverlening op de afdeling zo efficiënt, effectief en goed mogelijk te laten verlopen, levert de hbo-verpleegkundige een bijdrage aan het totstandkomen van het verpleegbeleid (Pool, Pool-Tromp, Veltman - van Vugt, & Vogel, 2001). De Commissie Kwalificatiestructuur (1996) heeft eindtermen opgesteld waaraan elke hbo-verpleegkunde student die wilt afstuderen moet voldoen. Volgens deze eindtermen kan de afgestudeerde een individueel verpleegplan schrijven. Op de HZ University of Applied Sciences begint de kennismaking met het verpleegplan in de cursus Professionele vorming 1. De verschillende stappen van het verpleegkundig proces worden uitgelegd. Binnen de cursussen Klinische toepassing 1 en professionele vorming 2 worden de studenten verder getraind in het toepassen van het verpleegplan op een fictieve casus. Tijdens de basisstage moeten de studenten een verpleegplan schrijven voor een echte patiënt (HZ University of Applied Sciences, 2014). Paans (2011) deed onderzoek onder studenten op de Hanze hogeschool in Groningen naar het formuleren van verpleegkundige diagnoses. De eerste groep kreeg kennisbronnen aangereikt zoals de NANDA richtlijnen, een verpleegkundig handboek en het boekje van Carpenito. De tweede groep studenten had geen toegang tot deze kennisbronnen. Door middel van een gevalideerd meetinstrument werd gekeken hoe accuraat de door de studenten opgestelde diagnoses waren. Er bleek weinig verschil te zitten tussen de groep die wel over kennisbronnen beschikte en de groep die dat niet kon. Volgens Paans komt dit omdat studenten niet vertrouwd zijn met de richtlijnen. Ook werkervaring speelt een rol. Er ligt dus nog een uitdaging op het gebied van onderwijs en scholing.

1.6. Samenvatting

Het verpleegkundig proces is de methode die verpleegkundigen toepassen bij het uitoefenen van de verpleegkunde (Hesslink, 2011). Dit werken volgens voortschrijdend inzicht wordt ook wel het proces van klinisch redeneren genoemd. De weergave van het verpleegkundig proces staat in het verpleegplan en bestaat uit de anamnese, diagnose, interventie, zorgresultaten en evaluatie. Om standaardisatie van dit proces te verkrijgen zijn verschillende classificatiesystemen, richtlijnen en protocollen opgesteld (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). Het maken van een verpleegplan zorgt onder andere voor het waarborgen van de continuïteit van zorg, kwaliteit van zorg en zorgt voor een goede (multidisciplinaire) samenwerking (V&VN, 2011). Uit diverse onderzoeken blijkt dat verpleegkundigen de rapportage van dit proces een tijdrovende bezigheid vinden. Verpleegkundigen hebben onvoldoende kennis over het toepassen van classificatiesystemen. Hierdoor is de rapportage vaak onspecifiek en onvolledig. Verpleegkundigen wijten dit onder andere aan een hoge werkdruk. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren moeten verpleegkundigen gestimuleerd worden om kritisch na te denken en het nut van het verpleegplan gaan inzien (Paans, 2011). Het leren maken van een verpleegplan zit in het opleidingsprogramma van elke bachelor verpleegkunde opleiding (Pool, Pool-Tromp, Veltman - van Vugt, & Vogel, 2001). Desondanks blijken studenten hier niet vaardig in te zijn (Paans, 2011).

Hoofdstuk 2 Methode

In dit hoofdstuk is de methode van het onderzoek geschetst. Hierdoor ontstaat een precies beeld hoe het onderzoek is verlopen. Er wordt uitgelegd voor welk onderzoekstype is gekozen, wat de beoogde populatie was en hoe de dataverzameling heeft plaatsgevonden. Vervolgens wordt belicht hoe de data-analyse is verlopen en hoe de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek gewaarborgd werden.

2.1. Onderzoekstype en -ontwerp

Er is een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd om dieper in te gaan op de probleemstelling. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek om meer te weten te komen over de achtergronden van de probleemstelling. Het onderzoek richtte zich op de beleving van de verpleegkundigen: er is onderzoek gedaan naar de ervaring van verpleegkundigen omtrent het verpleegplan. Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen. Er werd voor dit type interview gekozen om niet alleen de onderwerpen te kunnen bespreken die vanuit het theoretisch kader naar voren zijn gekomen omtrent het gebruik van het verpleegplan, maar ook ruimte te bieden aan de respondent voor eigen inbreng.

2.2. Populatie

Het onderzoek is uitgevoerd onder studenten die de afgelopen drie jaar zijn afgestudeerd van de HZ University of Applied Sciences in Vlissingen (HZ). De HZ vermeldt dat er in 2012, 2013 en 2014 in totaal 91 studenten zijn gediplomeerd als bachelor verpleegkundige. Van 2015 waren er nog geen cijfers bekend (HZ University of Applied Sciences, 2014). De HZ is de enige hogeschool in Zeeland. Momenteel volgen ongeveer 4800 studenten hier een voltijds, deeltijds of duale opleiding. De HZ bestaat uit zeven academies waaronder Zorg & Welzijn. Dit is de academie waar de opleiding tot verpleegkundige onder valt samen met de opleiding Social Work en Verpleegkunde & Verloskunde. De Verpleegkunde opleiding biedt plaats aan 200 studenten waarvan 80 plaatsen voor de combi-opleiding Verpleegkunde & Verloskunde zijn. In het eerste en tweede jaar van de verpleegkunde opleiding wordt een theoretische basis gelegd en vinden basisstages plaats. In het derde jaar vindt differentiatie plaats en kan gekozen worden voor algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg of maatschappelijke gezondheidszorg. Binnen deze differentiatie wordt stage gelopen. In het derde en vierde jaar komt er wat meer verdieping en gaat het over kwaliteit van zorg, beleid en ontwikkeling (HZ University of Applied Sciences, 2014).

De alumni die deelgenomen hebben aan dit onderzoek moesten voldoen aan de inclusie- en exclusiecriteria zoals beschreven in tabel 3. Dit onderzoek richtte zich op het gebruik van het verpleegplan in de ziekenhuizen. Daarom zijn ook alleen verpleegkundigen die daar werkzaam waren geïnccludeerd. Er is gekozen om enkel verpleegkundigen die werkzaam zijn in Nederland te interviewen omdat de rol van verpleegkundigen niet in ieder land precies hetzelfde is. Daarnaast zijn verpleegkundigen die een verpleegkundige vervolgopleiding hebben gedaan geëxcludeerd omdat daarin extra informatie kan zijn gegeven over het werken volgens een verpleegplan of deze verpleegkundigen waren niet meer werkzaam 'aan het bed' van de patiënt.

Tabel 3 Inclusie en exclusiecriteria alumni

Inclusie	Exclusie
De alumnus is maximaal drie jaar geleden afgestudeerd aan de HZ	De alumnus heeft het combi-traject gevolgd en is nu werkzaam als verloskundige
De alumnus is werkzaam in een ziekenhuis	De alumnus heeft een verpleegkundige vervolgopleiding gedaan na het afronden van de HBO-V
De alumnus is werkzaam in Nederland	
De alumnus is werkzaam als verpleegkundige	

2.3. Dataverzameling

Via de website van de HZ is een namenlijst verkregen met de alumni van de afgelopen drie jaar. Deze alumni zijn via social media zoals LinkedIn en Facebook benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. De uitnodiging is bijgevoegd in bijlage 1. Vervolgens werd nagegaan of de alumni die aangegeven hadden mee te willen werken voldeden aan de in-en-exclusiecriteria. Oorspronkelijk was de bedoeling door te gaan met interviewen tot datasaturatie verkregen was, maar van de alumni die voldeden aan de in-en-exclusiecriteria wensten er maar vijf deel te nemen.

De respondenten bleven in het onderzoeksverslag anoniem. De interviews vonden plaats op een door de alumni zelf gekozen locatie. Hiervoor is gekozen zodat de respondenten in een vertrouwde omgeving, in alle rust aan het onderzoek deel konden nemen. In twee gevallen vonden de interviews plaats in het ziekenhuis waar de respondenten werkzaam waren, in de andere gevallen bij de respondenten thuis. De topiclijst (bijlage 2) was een handvat, de volgorde hoefde niet strikt gehanteerd te worden. Wanneer een respondent een bepaald onderwerp inbracht dat pas later op de topiclijst stond, speelde de interviewer hierop in en paste de volgorde van topics aan. Elk interview is opgenomen met een datarecorder en nadien volledig uitgetypt in Word. Materialen die gebruikt zijn bij het interview zijn: de topiclijst (bijlage 2), goed werkende opname apparatuur en pen en papier om aantekeningen te maken. Na afname van het eerste interview is de uitgetypte versie hiervan kritisch bekeken door medestudenten. Er is feedback gegeven op de manier van interviewen.

Er werd geen gevalideerd meetinstrument of topiclijst gevonden over dit onderwerp. Daarom is aan de hand van de gevonden literatuur, beschreven in het theoretisch kader, een topiclijst opgesteld om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag (bijlage 2). De topiclijst werd opgedeeld in verschillende onderwerpen die hieronder zijn toegelicht. Er is aangegeven wat de relatie is tussen de gevonden literatuur die beschreven is in het theoretisch kader en het genoemde topic. Er wordt verwezen naar de paragrafen in het theoretisch kader.

- *Introductie.* Na het voorstellen wordt nog kort even uitgelegd wat de achtergrond van het onderzoek is. Ook wordt de respondent eraan herinnerd dat het gesprek opgenomen wordt en wordt benadrukt dat het interview anoniem verwerkt wordt.
- *Kennismaking.* Om niet meteen met de deur in huis te vallen en het vertrouwen van de respondent te winnen wordt eerst gevraagd naar de normale werkdag van de respondent. Vanuit deze informatie wordt de link gelegd naar het volgende onderwerp.
- *Verpleegplan.* Methodisch werken zorgt voor continuïteit van zorg en geeft duidelijkheid onder de verschillende zorgverleners. Daarnaast staan er in de vorm van het verpleegplan controleerbare feiten op papier (1.3.1). Verpleegkundigen werken vaak niet

met het verpleegplan omdat ze zich niet bewust zijn van het nut hiervan. Wanneer er wel planmatig gewerkt wordt, zijn verpleegkundigen soms niet goed op de hoogte welke informatie waar in het proces hoort. Ook het management speelt een rol bij methodisch werken (1.4). Het maken van een verpleegplan valt onder de kerncompetenties van de verpleegkundige en de HZ traint studenten hierin (1.5). Door de respondent te bevragen omtrent dit onderwerp wordt onderzocht of de respondent vindt voldoende kennis te hebben over het verpleegplan en deze kennis kan toepassen. Ook wordt de respondent gevraagd een motivatie te geven waarom het verpleegplan wel of niet toegepast wordt. Daarnaast wordt ook gekeken of er gebruik wordt gemaakt van classificatie en wat de ervaring van de respondent is met het gebruik van classificatiesystemen. Door classificatie is op te maken wat er precies gebeurt in de zorgverlening, is snelle en goede overdracht mogelijk en zijn gegevens vergelijkbaar (1.2.3). Verpleegkundigen zouden onvoldoende kennis hebben van classificatiesystemen (1.4).

- *Verpleegkundige diagnose.* De verpleegkundige diagnose is bepalend voor de verdere zorgverlening. De V&VN raadt aan om de verpleegkundige diagnose te formuleren in de PES-structuur (1.3.3). Vaak wordt de verpleegkundige diagnose niet gesteld of niet geformuleerd in de PES-structuur. Hierdoor is de diagnose niet accuraat en de gestelde doelen en interventies daarmee ook niet (1.4). Verpleegkundigen zouden tijdens hun opleiding te weinig vertrouwd raken met het opstellen van een verpleegkundige diagnose (1.5). Door dit topic aan bod te laten komen in het interview wordt onderzocht of pas afgestudeerde verpleegkundigen zich bekwaam voelen in het verpleegkundig diagnosticeren. Ook wordt onderzocht welke motivatie de verpleegkundigen drijft om wel of juist geen verpleegkundige diagnose op te stellen.
- *Rapportage.* De rapportage bevat de gegevensverzameling, verpleegkundige diagnoses, zorgplan, voortgangsrapportages, evaluaties en overdracht (1.3.7). Verpleegkundigen vinden rapporteren een tijdrovende klus. Er worden vaak onvolledige en onspecifieke rapportages gezien. Er wordt weinig gerapporteerd over psychische, sociale, culturele en spirituele aspecten. Verpleegkundigen wijten slechte rapportage aan hoge werkdruk, tekort aan personeel, korte verblijfsduur van patiënt en gebrek aan multidisciplinaire samenwerking (1.4). Deze topic gaat in op de ervaringen van verpleegkundigen met rapporteren, wat wordt belangrijk gevonden, hoe wordt in de praktijk gerapporteerd en wat de motivatie is om aspecten wel of niet te noteren.

2.4. Data-analyse

Ieder interview is direct na afname geanalyseerd. Het analyseproces vond plaats aan de hand van de volgende stappen:

1. Coderen

De uitgetypte interviews werden uitgeprint en nauwkeurig gelezen. Informatie die niet van belang was voor de onderzoeksvraag werd geschrapt. Deze informatie is niet definitief weggegooid, maar doorgestreept in het bestand. Elk interview werd opgedeeld in fragmenten, dit zijn stukken tekst die een betekenisvol geheel vormen. De fragmenten werden aangeduid met een cijfer en een thema. Dit thema is de essentie van het tekstfragment. Sommige fragmenten in de tekst gingen over hetzelfde aspect en kregen dus hetzelfde thema. De uitspraken die gedaan werden over dit thema werden onderstreept en

voorzien van een label. Tevens werd aangegeven of het label positief (+), negatief (-) of neutraal (*) was.

2. Ordenen

Door het coderen van de interviews werd de grote hoeveelheid tekst gereduceerd tot een verzameling thema's waaraan labels gekoppeld waren. Deze thema's en labels werden samengevoegd in één overzichtstabel (bijlage 6). In deze overzichtstabel werd aan de labels van ieder interview een andere kleur gegeven. De labels werden vervolgens geordend naar positieve, negatieve en neutrale labels in een hiërarchische tabel (bijlage 7). Dezelfde labels werden samengevoegd en door een cijfer achter het label te zetten werd aangegeven hoe vaak een label voorkwam.

3. Definiëren

Aan de hand van de onderzoeksvraag werden de thema's geordend door middel van een mindmap (bijlage 8). De probleemstelling was de spin in het web. Daar omheen werden de thema's geordend.

4. Beantwoorden van de vraagstelling

De resultaten werden beschreven aan de hand van de kernthema's die naar voren kwamen uit de mindmap. Per kernthema werden de resultaten benoemd met behulp van de labels uit de hiërarchische tabel. Om de resultaten te verduidelijken werden citaten van de interviews ingevoegd (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2009; Verhoeven, 2011).

2.5. Betrouwbaarheid

Er werd tijdens het onderzoek steeds nauwkeurig gerapporteerd welke stappen werden ondernomen en waarom hiervoor gekozen was. Dit verhoogde de betrouwbaarheid omdat het onderzoek op deze manier herhaalbaar was. Tijdens ieder interview werd gebruik gemaakt van dezelfde gestandaardiseerde topiclijst. Na afname van het eerste interview is de uitgetypte versie uitvoerig bekeken door medestudenten. Deze gaven feedback op de wijze van interviewen, aandachtspunten hiervoor werden besproken. Hierdoor werden de interviewvaardigheden verbeterd en werd de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Door middel van peer-examination met medestudenten en begeleidend docent werd naar het gehele onderzoek gekeken en feedback gegeven. Deze peer-examination vond ook plaats na het coderen en ordenen van het eerste interview zodat gecontroleerd werd of dit proces correct verlopen was. Aan het einde van het onderzoek werd het gehele onderzoeksverslag gecontroleerd op eventuele onjuistheden.

2.6. Validiteit

Met de validiteit wordt aangegeven in hoeverre het onderzoek vrij is van systematische fouten. De interne validiteit gaat over het trekken van de juiste conclusies. De externe validiteit gaat over de generaliseerbaarheid van resultaten (Verhoeven, 2011). Met kwalitatief onderzoek wordt liever het begrip geldigheid gebruikt (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2009). De interne validiteit werd gewaarborgd door de operationalisering van de topiclijst. Hierdoor werd onderbouwd dat de resultaten en de daaruit volgende conclusie een antwoord gaven op de onderzoeksvraag. De respondenten bleven anoniem waardoor minder sociaal wenselijke antwoorden verwacht werden. Wat betreft de externe validiteit werd in dit onderzoek gesproken van overdraagbaarheid in plaats van generaliseerbaarheid. De resultaten van het onderzoek golden enkel voor de onderzochte populatie en waren niet overdraagbaar op ander populaties.

2.7. Juridische en ethische aspecten

De alumni kregen voorafgaand aan het onderzoek een uitnodiging toegestuurd waarin het doel van het onderzoek uitgelegd werd. Ook stond in deze uitnodiging informatie over het interview (bijlage 1). Wanneer de alumnus aangaf mee te willen werken aan een interview werd een toestemmingsformulier getekend waarin stond dat de respondent anoniem bleef, deelname geheel vrijwillig was en dat er toestemming gegeven werd voor het maken van geluidsopnames. De gegevens van het interview werden anoniem verwerkt zodat de informatie niet terug te leiden was naar de respondenten. De geluidsopnames zijn niet door derden beluisterd en zijn direct na afloop van het onderzoek gewist.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden eerst een aantal kenmerken van de respondenten gegeven, waarna de resultaten aan de hand van kernthema's worden benoemd. Deze kernthema's zijn gekozen naar aanleiding van de codeertabellen en de mindmap.

3.1. Kenmerken van de respondenten

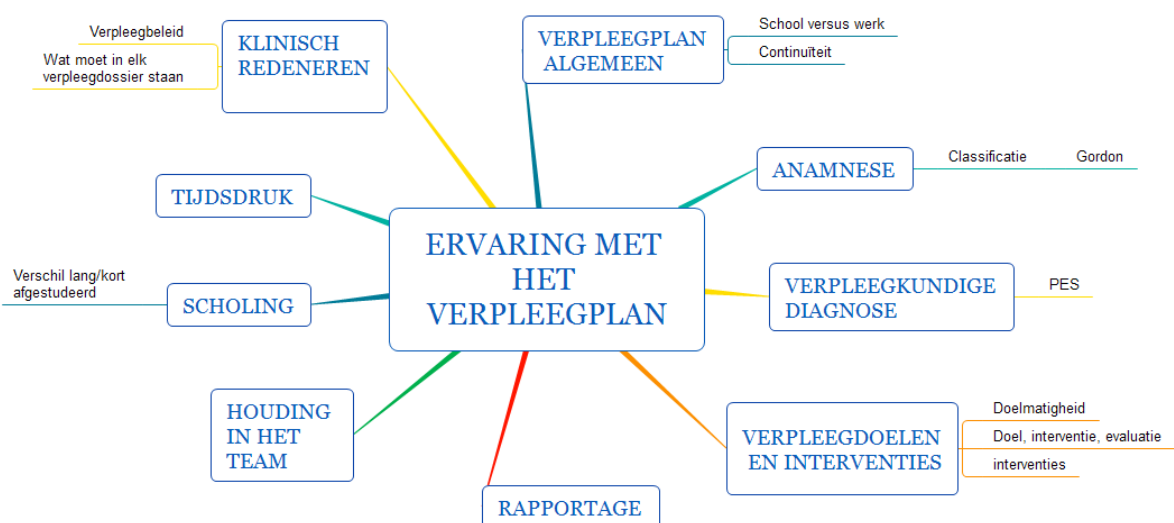
De alumni van de HZ zijn via social media zoals LinkedIn en Facebook benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Niet iedereen voldeed aan de in-en-exclusie criteria en ook niet alle alumni wensten deel te nemen aan het onderzoek. Er zijn in totaal vijf interviews afgenomen. Een overzicht van de kenmerken van de respondenten staat vermeld in tabel 4.

Tabel 4 Overzicht van de respondenten

Respondent	Werkplaats	Afdeling	werkervaring ziekenhuis
1	Groene Hart ziekenhuis	Vrouw Kind centrum	6 maanden
2	Admiraal de Ruyter ziekenhuis	Medisch Psychiatrische Unit	11 maanden
3	Jeroen Bosch ziekenhuis	Nierdialyse	13 maanden
4	Bernhoven ziekenhuis	Flex medewerker	18 maanden
5	Van Weel Bethesda ziekenhuis	Orthopedie	19 maanden

3.2. Resultaten per kernthema

Uit het analyseproces zijn een aantal kernthema's voortgekomen zoals ook te zien is in de overzichtstabel van de interviews (bijlage 6) De kernthema's zijn geordend in een mindmap (figuur 2) Op basis van deze kernthema's worden de resultaten genoemd.



Figuur 2 Ordening van de kernthema's

3.2.1. Klinisch redeneren

Verschillende alumni vonden het fijn om eigen inbreng te hebben in het beleid. Er werd ervaren dat de verpleegkundige een waardevolle betekenis hierin heeft en men vond het belangrijk dat de mening van de verpleegkundige over de behandeling kon worden gegeven. Er werd aangegeven dat een verpleegplan hierin niet noodzakelijk is, de uitvoering van interventies gebeurde naar eigen zeggen met het gezonde verstand. Alumni benoemden het als prettig dat er de mogelijkheid was om te anticiperen op de wensen van patiënten.

“Ik denk dat de verpleegkundige een hele waardevolle betekenis daar in heeft omdat die toch het meeste patiëntencontact heeft en (...) ik denk dat we daar ook voor opgeleid worden om de eindjes aan elkaar of althans de verbindingen te leggen zeg maar (...) maar mijn ervaring is wel dat je wel voorzichtig moet zijn met (...) invullen omdat de arts toch het laatste woord heeft (...) en je kan er wel voor zorgen dat je jouw gegevens aandraagt hè, bepaalde verbanden al hebt gelegd waardoor iets aannemelijk wordt, dat is wel mijn ervaring” (respondent 1).

3.2.2. Verpleegplan in het algemeen

De belangrijkste positieve ervaring met het verpleegplan is dat het de zorg concreet maakt door het stellen van doelen. Het geeft voldoening om een doel te halen, het verpleegplan maakt het zorgproces overzichtelijk, er wordt in korte stapjes gedacht en het is helder waar men mee bezig is.

“Je hebt het zwart op wit, je weet aan welke doelen je moet werken, het geeft toch altijd voldoening als je een doel haalt, je hebt in ieder geval helder waar je nu eigenlijk mee bezig bent” (respondent 2).

Als belangrijkste negatieve ervaring werd genoemd dat mensen er te kort liggen om een verpleegplan op te stellen. Daardoor wordt het opstellen van een verpleegplan meer als moeten dan als nuttig ervaren. In het geval van werken op een chronische afdeling waarbij patiënten vaak terugkomen werd aangegeven dat de patiënten zo bekend zijn bij de verpleegkundigen, dat er zonder verpleegplan ook wel duidelijk is wat er speelt.

Bij de vraag welke methode als meest nuttig en efficiënt werd ervaren, de methode zoals die op school werd aangeleerd of de methode in het huidige werk liepen de meningen sterk uiteen. De positieve aspecten die werden ervaren bij het verpleegplan waren als volgt: een verpleegplan is nuttig op een algemene afdeling, het draagt bij aan de eenduidigheid van zorg, het wekt overzicht, bij complexe patiënten is doelgericht werken een meerwaarde en het is een meerwaarde voor de kwaliteit van zorg. Daarentegen werd ook ervaren dat een verpleegplan maken veel moeite kost voor relatief weinig resultaat, het is een moeten, kost te veel tijd, heeft geen meerwaarde en de methode zit er niet in bij verpleegkundigen omdat het nooit gedaan werd.

Ook werd ervaren dat het maken van een verpleegplan minder van toepassing was omdat er bijna overal een protocol of een zorgpad voor is. Wel werd daarbij gezegd dat zorgpaden natuurlijk niet specifiek zijn. Daarnaast zijn sommige alumni van mening dat de stappen van het verpleegplan wel in het hoofd gemaakt worden maar dit wordt niet op papier gezet.

Bij het elektronisch patiëntendossier worden wel de verschillende stappen van het verpleegplan gevolgd. Deze manier van werken werd als positief ervaren, maar werd niet voor elke doelgroep even geschikt geacht.

“We kunnen het gewoon invullen in een soort sjabloon, zoals ik zei oorzaken, interventies, doelen en dan nog een paar maar die weet ik zo niet uit m’n hoofd (...) ik vind het op zich wel een goede manier, maar ik vind het niet echt passen bij hoe wij werken met patiënten, ze komen voor een behandeling bij ons en ze zijn maar een uur of drie en dat is niet te vergelijken met als je iemand een aantal dagen in een bed hebt” (respondent 3).

Op de vraag wat belangrijk is om te vermelden in het verpleegplan gaven sommige alumni aan dat een behandeldoel eigenlijk altijd benoemd zou moeten worden. Daarnaast werd aangegeven dat er gemist werd hoe een patiënt zich voelt. Verder werd er gezegd dat wanneer iemand geen hulp bij iets nodig heeft dit niet betekende dat de patiënt daar niet over wilde praten en dat daar meer oog voor zou moeten zijn.

3.2.3. Anamnese

De anamnese vond men handig, er ontstond daardoor een goed beeld van de patiënt. Zeker met geplande opnames werd de manier van afnemen van de anamnese als goed geregeld betiteld. Men vond het lastiger wanneer een patiënt via de spoedeisende hulp op de afdeling kwam. De alumni gaven aan dat de anamnese veelal via de gezondheidspatronen van Gordon werd afgenomen. Dit classificatiesysteem vond men handig, er werden daardoor minder snel dingen vergeten. Ook werd genoemd dat dingen goed terug te vinden waren en dat de Gordon handvaten bood. Alles stond geordend en men was gewend om er mee te werken. Zo ervoeren de alumni dat bij volledig invullen van dit classificatiesysteem er een goed beeld van de patiënt ontstond.

“Dan ga je zelf in je hoofd wel af van oké, heb ik nou alles, dan kun je het gewoon stapsgewijs allemaal opschrijven in plaats van dat je lukraak maar wat opschrijft, dat is wel prettiger” (respondent 3).

Wel vonden sommigen dat de Gordon soms slecht ingevuld werd en er niet voldoende navraag werd gedaan bij de patiënt. Het patroon seksualiteit werd vaak overgeslagen. Ook werd aangegeven dat er bij drukte weinig tijd is om de hele anamnese in te vullen. Daarnaast werd ervaren dat de Gordon zich vooral richt op een curatieve behandeling terwijl preventie belangrijker was op de desbetreffende afdeling.

“Ik heb het idee dat je bij Gordon meer problemen die al bestaan probeert op te lossen en bij ons is het met name belangrijk dat je eventuele in de toekomst voorkomende problemen probeert te voorkomen, dus preventief” (respondent 3).

3.2.4. Verpleegkundige diagnose

De alumni gaven aan dat de verpleegkundige diagnose over het algemeen niet op papier gezet wordt maar dat die wel in het hoofd bedacht wordt. In sommige gevallen werd er dan ook mondeling met collega's over gesproken.

“Nou kijk ik maak, ik pas dat wel toe maar dan bedenk ik dat gewoon laat maar zeggen in mijn hoofd, bijvoorbeeld van nou (...), die is flink ondervoed bijvoorbeeld, slechte intake en dergelijke, nou daar moet ik een AD matras voor regelen, die is niet mobiel, nou hoppatee een AD matras. Maar dat is dan niet zo specifiek vastgelegd als we dat op school leerden, dat bedenk ik me gewoon zelf, gewoon

preventief denken maar niet allemaal meer op papier kladderen en zo hoor, nee dat doe ik echt niet meer. Dat is wel slecht misschien, maar ik vind dat zelf gewoon niet echt een meerwaarde hebben ” (respondent 5).

Er werd aangegeven dat het verschil tussen de medische en verpleegkundige diagnose ook moeilijk gevonden werd. De alumni ervoeren de verpleegkundige diagnose niet echt als meerwaarde, redenen die daarvoor genoemd werden, waren de korte ligduur van een patiënt en het feit dat de dossiermappen overvol raakten. Als voordeel van de verpleegkundige diagnose werd ervaren dat er wel meer nagedacht werd over het verpleegproces. Zo benoemden de alumni dat door het niet opstellen van de verpleegkundige diagnose de oorzaak van een probleem vaak vergeten werd en dat maakte het lastig om gericht te verplegen.

“Op een gegeven moment moeten we wel naar de bron gaan kijken van het probleem, maar dat wordt vaak vergeten” (respondent 4).

Zo zouden volgens een alumnus verpleegproblemen makkelijker opgelost kunnen worden als het probleem, de oorzaak en de symptomen daarvan duidelijk beschreven werden in de verpleegkundige diagnose. Van deze methode, de PES, werd gezegd dat het wat toevoegt, op zich wel handig is en dat het goed is om er mee te werken. Wel werd daarbij opgemerkt dat het formuleren van een PES zonder daar vervolgstappen op te ondernemen niet zinnig is. Ook werd genoemd dat én het formuleren van een PES, én de afspraken van de arts als dubbel schrijfwerk werden ervaren.

“Ik vind het op zich wel handig, want je let ook als verpleegkundige weer op andere dingen als de arts, die kijkt of de waardes goed zijn en jij kijkt of de patiënt zich ook goed voelt en wat je daar aan kan doen, dus het zou wel heel goed zijn om daarmee te werken” (respondent 2).

Wanneer er gewerkt werd met een elektronisch patiëntendossier waren er wel standaard verpleegkundige diagnoses die aangevinkt konden worden.

“Dat zit ook in het programma Diamant. Je kan er verschillende onderwerpen in verwerken. Aan de hand van dat onderwerp schrijf je dus oorzaken, interventies en doelen op. Een onderwerp kan dus bijvoorbeeld zijn overvulling, ondervulling of rouwverwerking, in de zin van het niet kunnen accepteren dat ze chronisch ziek zijn” (respondent 3).

3.2.5. Doelen en interventies

De alumni hadden de ervaring dat het belangrijk was om na te denken wat het (verpleegkundig) behandelteam gezamenlijk wilde bereiken met een patiënt. Het werken zonder opgestelde doelen werd als onhandig ervaren, omdat er dan dus geen duidelijk doel is om naar toe te werken. Er werd aangegeven dat het in principe niet uitmaakt of dit doel door een arts of een verpleegkundige opgesteld wordt. Wel werd daarbij opgemerkt dat de verpleegkundige ervoor moet zorgen dat de patiënt zich goed voelt.

“De doelen van de arts zijn meestal hele praktische dingen, van je gaat een infuus met kalium aanhangen zodat die waarde omhoog gaat, maar goed als iemand daar alleen maar voor in het ziekenhuis zou liggen dan heb je een makkelijke patiënt, je moet ook nog kijken naar meer de patiënt zelf zeg maar, hoe hij zich voelt want soms voelen mensen zich gewoon heel beroerd en dan denkt de arts misschien van nou dat kalium gaat goed omhoog, en dan is het klaar. Maar je moet natuurlijk zorgen dat mensen zich ook goed voelen” (respondent 2).

Daarnaast werd aangegeven dat een verpleegkundige ook doelen stelt om problemen te voorkomen. Er werd ook gezegd dat de arts hoofdbehandelaar is en dat die dus ook de doelen bepaald. De ervaring hiermee is dat de verpleegkundige veel sturing moet geven en dat dit als lastig wordt ervaren.

Wat betreft de interventies is de ervaring dat deze veelal al beschreven staan in protocollen en zorgpaden. Wanneer er geen protocol of zorgpad aanwezig is worden interventies vaak niet apart genoteerd maar in de rapportage komt dit wel terug.

3.2.6. Rapportage

De rapportage werd ervaren als goed en relevant. Wat betreft systematiek in de rapportage gaven sommige alumni aan de Gordon ook voor de rapportage werd gebruikt, dit werd fijn gevonden. Anderen hadden geen vastgestelde systematiek in de rapportage, ieder rapporteerde dan op een eigen gekozen manier. De verleende zorg was leidend in de rapportage. Opvallend was dat meerdere respondenten aangaven liever een wat uitgebreidere rapportage te zien. Reden daarvoor was om een goed beeld van de patiënt te kunnen krijgen. Toch werd er ook gezegd dat er bij geen bijzonderheden niet geschreven hoeft te worden en dat korte en bondige rapportage handig is.

“Dan heb ik liever dat mensen lang uitschrijven want anders zie ik niets bijzonders staan en dan denk ik, wat is dan niets bijzonders?” (respondent 2).

“Soms vind ik het ook wel fijn als er net wat meer staat want dan kun je daar als je met de patiënt aan het praten bent weer op terugkomen en dat is ook wel leuk en ook wel herkenbaar voor de patiënt” (respondent 4).

“Je moet natuurlijk ook geen onnodige dingen gaan rapporteren. Ik vind het wel handig om het kort en bondig te houden” (respondent 5).

Verder werd aangegeven dat het wel lastig was om iets specifiek terug te zoeken wanneer er enkel verpleegkundige rapportage was en verder geen verpleegplan. Dat maakte dat men soms niet goed wijs uit de rapportage kon.

“Nu hebben we bijvoorbeeld iemand die wordt verdacht van darm ca, nou ja daar heb ik echt de ballen verstand van (...), nou ja dat is dan best wel ingewikkeld en dan heb je hele lappen rapportage en dan is het soms best wel lastig om dat specifiek terug te zoeken als je een week vrij bent geweest” (respondent 5).

Ook kwam naar voren dat er verschil zit in het rapporteren op papier of elektronisch. Zo werd genoemd dat schrijven meer werk is dan typen en daarnaast kon er elektronisch de meeste dingen onder een kopje ingevoerd worden zodat de uiteindelijke rapportage kort was.

“Bij ons zijn het meer steekwoorden, je typt één verhaaltje per shift zeg maar en de rest voer je allemaal wel in via een soort stroomtabelletjes. We hebben allemaal kopjes, van voeding van controles dus als je een voeding hebt gedaan voer je het onder voeding in als je een luier hebt verschoond voer je dat onder controles in van de pasgeborene” (respondent 1).

Bij sommige alumni was er een overgangsfase waarbij zowel op papier als digitaal gerapporteerd diende te worden. Dit werd ervaren als lastig en dubbel werk. Hierbij werd ook genoemd dat de aandacht voor de patiënt belangrijker werd gevonden dan de administratie.

3.2.7. Tijdsdruk

Alumni ervaren een papieren verpleegplan als tijdrovend. De patiënt komt op de eerste plaats en dan pas de administratie. Hoewel de ervaring leerde dat het best lastig was om het dossier even los te laten, werd gezegd dat het meer rust in het hoofd bracht wanneer eerst de patiëntenzorg werd gedaan. Zoals eerder al is aangegeven zaten de stappen van het verpleegplan toch meer in het hoofd volgens de meerderheid van de alumni, dus dit hoefde niet vermeld te worden in het dossier. Daarnaast werd gezegd dat de patiënt het toch niet merkte als het dossier niet op orde was. Een enkele alumnus was van mening dat een standaard verpleegplan niet veel werk hoefde te zijn en dat het misschien tijd zou kunnen opleveren. Verschillende alumni gaven aan dat het tijdbesparend is om bij de patiënt op de kamer te rapporteren.

“Wij rapporteren sowieso digitaal en wij hebben in alle suites, we hebben suites waar dus zowel parturiënten als kraamvrouwen liggen, en wij hebben op elke kamer een computer met het Mosos systeem waarop gerapporteerd kan worden dus ik persoonlijk rapporteer altijd op de kamer, dus he als ik zorg ga verlenen start ik het programma op onder mijn eigen naam en dan rapporteer ik op de kamer” (respondent 1).

“Als het gaat om de gewone rapportage, en veel collega’s zijn het daarmee oneens maar ik vind het rustiger om dat bij de patiënt te doen, want dan heeft de patiënt mij gezien dus die belt mij niet, heeft even zijn woordje kunnen doen, ik heb mijn map bij kunnen werken allemaal in één keer” (respondent 4).

3.2.8. Scholing omtrent het verpleegplan

De meeste alumni gaven aan niet meer zoveel te weten van de lessen die gevolgd waren over het verpleegplan. Sommigen hebben het als interessant ervaren en vonden het leerzaam om zich te verdiepen in de patiënt.

“Dat was op zich wel leerzaam maar niet zo zeer dat je een verpleegplan maakte maar meer omdat je je verdiepte in een stukje van de patiënt, dat je dingen meer uitploos. Natuurlijk daar heb je wel wat aan en dat vond ik in ieder geval interessant maar zo werkt het niet echt in het ziekenhuis, in ieder geval bij ons niet” (respondent 4).

Op de vraag of er verschil werd ervaren tussen collega’s die pas afgestudeerd zijn en collega’s die al langer in het vak zitten werd over het algemeen ontkennend gereageerd. Er werd weinig verschil ervaren en het verpleegplan zit er bij iedereen wel in. Wel werd ervaren dat collega’s die al langer in het vak zitten sneller de arts bellen, het nut van het maken van een PES minder inzien en minder openstaan voor veranderingen.

3.2.9. Houding binnen het team

Over het algemeen vonden de alumni het lastig om hun mening te ventileren in het team. Er werd aangegeven dat er wel erg heftige dingen moesten gebeuren wil de alumnus er iets van zeggen. Het werd ervaren als zonde van de tijd en als tegen een muur praten. Mensen blijven toch hun eigen gang gaan was de ervaring, dingen gingen al jaren op dezelfde manier dus daar zou toch geen verandering in komen volgens enkele alumni.

“Er zijn zoveel dingetjes waar je tegenaan loopt dus, nou dan moet het wel heel heftig zijn wil ik dat bespreekbaar maken” (respondent 5).

Toch werd het ook wel als een meerwaarde gezien om dingen te bespreken en is dat soms ook wel gebeurd. Maar wanneer de reactie dan afwijzend was werd er een volgende keer niet meer over gesproken.

“Nee ik breng het niet meer aan, ik heb het er wel eens over gehad maar je hebt toch een beetje het idee dat je tegen een muur praat (...) Nou ik ben natuurlijk nog relatief jong en kort afgestudeerd en hun hebben zoiets van, ik werk al tien jaar zo en dat gaat best goed dus ik zie geen reden voor verbetering” (respondent 2).

Hoofdstuk 4 Discussie

De resultaten die verkregen zijn bij dit onderzoek worden in dit hoofdstuk vergeleken met de literatuur uit het theoretisch kader. Daarnaast worden de sterke en zwakke punten van het uitgevoerde onderzoek genoemd.

4.1. Interpretatie van de resultaten

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan welke ervaringen pas afgestudeerde verpleegkundigen hebben met betrekking tot het werken volgens een verpleegplan. Wanneer de resultaten vergeleken worden met de bronnen die gebruikt zijn in het theoretisch kader zijn veel overeenkomsten te vinden, maar ook enkele verschillen. Hieronder worden deze overeenkomsten en verschillen toegelicht.

Redenen die de alumni noemen om het verpleegplan niet correct te gebruiken, zijn de korte verblijfsduur van de patiënten en de hoge werkdruk. Daarnaast wordt genoemd dat op een afdeling met chronisch zieke patiënten een verpleegplan niet nodig is. Omdat patiënten daar vaak terugkomen menen de alumni zonder het verpleegplan ook wel te weten wat er speelt bij de patiënt. Deze redenen komen gedeeltelijk overeen met het onderzoek dat Müller Staub in 2007 uitvoerde. Daarin staat namelijk dat hoge werkdruk, een tekort aan verpleegkundig personeel, de kortere verblijfsduur van de patiënt en een gebrek aan multidisciplinaire samenwerking redenen zijn in antwoord op de vraag waarom de verpleegkundige rapportage onvolledig plaatsvindt (Müller Staub, 2007). Daarnaast vinden de alumni dat het contact met de patiënt belangrijker is dan het maken van een verpleegplan. Dit is in overeenstemming met de literatuur. Daar wordt namelijk gesteld dat verpleegkundigen enkel de meest noodzakelijke zorg aan het bed van de patiënt zouden uitvoeren. De nadruk wordt gelegd op persoonlijk contact met de patiënt en daardoor is de verslaglegging niet adequaat (Müller Staub, 2007).

Uit het onderzoek komt verder naar voren dat verpleegkundigen vinden dat hun handelingen een gevolg zijn van logisch nadenken. De kennis daarvoor zit in het hoofd, het is niet noodzakelijk dat deze op papier staat. Dit wordt ook teruggevonden in de literatuur, waar staat dat het in de praktijk vaak voor komt dat verpleegkundigen intuïtief werken. Dit kan ten koste gaan van planmatig en evidence based werken (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014).

Wat ook opvalt in het onderzoek is dat de alumni die werken met een elektronisch patiëntendossier het verpleegplan beter toepassen. Dit komt omdat de stappen van het verpleegplan verwerkt zijn in het elektronische programma. Deze alumni zijn ook positiever over het verpleegplan, een gegeven dat ook terug te vinden is in de literatuur. Daar wordt hierover het volgende over gezegd: wanneer het management het methodisch werken faciliteert is het voor verpleegkundigen ook makkelijker om dit in de praktijk uit te voeren (Paans, 2011). Er is ook een onderzoek geweest naar de invloed van classificatiesystemen in het elektronisch patiënten dossier (EPD). Er wordt gesteld dat verpleegkundigen hierover overwegend positief zijn. Wel is meer onderwijs en bestuurlijke ondersteuning nodig (Saranto et al., 2014).

De interventies staan volgens de geïnterviewde alumni vaak beschreven in algemeen geldende protocollen of zorgpaden, waardoor een verpleegplan minder noodzakelijk wordt. Dit is echter in tegenspraak met de gevonden literatuur waarin het belang wordt aangegeven van zorgvuldig

geplande interventies. Hiermee kan namelijk effectiever zorg geleverd worden die minder belasting geeft voor de patiënt (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014).

De alumni geven aan dat de rapportage, ook al is deze niet volgens de stappen van het verpleegplan, toch over het algemeen relevant en duidelijk is. Meerdere respondenten gaven ook aan dat het fijn gevonden wordt wanneer er uitgebreid gerapporteerd wordt. Dit strookt niet met de uitkomsten van eerder onderzoek. Uit literatuuronderzoek naar de kwaliteit van verpleegkundige rapportage blijkt namelijk dat verpleegkundigen vaak niet specifiek genoeg rapporteren, al dan niet door het ontbreken van een verpleegkundige diagnose. Hierdoor is vaak sprake van omvangrijke rapportage met veel niet relevante onderwerpen (Wang, Hailey, & Yu, 2011).

4.2. Sterke en zwakke punten in het onderzoek

De alumni die zijn geïnterviewd voor dit onderzoek zijn werkzaam in vijf verschillende ziekenhuizen, wat de betrouwbaarheid van de gegevens verhoogt. Ieder ziekenhuis heeft namelijk een andere cultuur en werkwijze. Op deze manier is een breed beeld ontstaan van de ervaringen van verpleegkundigen. Daarnaast is tijdens ieder interview gebruik gemaakt van dezelfde topiclijst. Dit verhoogt de validiteit, omdat ieder interview op die manier gericht was op het verzamelen van vergelijkbare data. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van open vragen. Dit verhoogt de betrouwbaarheid omdat de respondenten hierdoor niet in een bepaalde richting gestuurd werden. Ook het feit dat de respondenten anoniem deelgenomen hebben vergroot de betrouwbaarheid omdat hierdoor de kans op sociaal wenselijk antwoorden wordt verkleind. Tijdens het gehele onderzoek is gebruik gemaakt van peer-examination. Zo is het eerste interview een proefinterview geweest waarna verschillende medestudenten feedback hebben gegeven op de inhoud van de topiclijst en de interviewstijl. Hierdoor zijn de interviewvaardigheden verbeterd en is de kwaliteit van de topiclijst verhoogd. Ook tijdens het analyseren van de interviews is gebruik gemaakt van peer-examination. Door deze aspecten wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Wegens een gebrek aan ervaring met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek is de betrouwbaarheid mogelijk verkleind, doordat er niet voldoende is doorgevraagd naar de belevingen van de alumni. Daarnaast heeft er geen datasaturatie plaatsgevonden. De reden hiervoor is dat niet alle mogelijke deelnemers bereikt konden worden of mee wilden werken. De generaliseerbaarheid van het onderzoek is hierdoor gering. Daarnaast neemt de betrouwbaarheid af doordat niet alle respondenten in dezelfde context zijn geïnterviewd. Mogelijk hebben de respondenten die zijn geïnterviewd in het ziekenhuis niet vrijuit hun mening gegeven over de huidige situatie op de werkvloer.

Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen

Hieronder wordt een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvraag. Vervolgens worden enkele aanbevelingen gedaan die volgen op deze conclusie.

5.1. Conclusie

De hoofdvraag die gesteld werd luidde als volgt: Welke ervaring hebben alumni van de HZ University of Applied Sciences met het toepassen van de geleerde theorie omtrent het verpleegplan in de praktijk? Alumni konden zich de lessen over het verpleegplan niet meer zo goed herinneren. Over het algemeen kan gesteld worden dat het verpleegplan nauwelijks tot helemaal niet toegepast wordt in de dagelijkse praktijk. De ervaring is dat de anamnese, de verpleegdoelen en de rapportage belangrijk gevonden worden door de alumni. De tussenliggende stappen worden niet als meerwaarde ervaren. De voornaamste oorzaak hiervoor is de korte verblijfsduur van de patiënten. Ook de vele protocollen en zorgpaden die aanwezig zijn in de ziekenhuizen maken volgens de alumni het verpleegplan minder relevant. Daarnaast wordt ervaren dat toch de arts bepaalt wat er moet gebeuren en dat de taak van de verpleegkundige hierin enkel het aandragen van informatie is. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van het elektronisch patiëntendossier (EPD) wordt het gebruik van een verpleegplan positiever en eenvoudiger ervaren. Dit komt omdat er in het EPD ook classificatiesystemen verwerkt zijn, zodat de verpleegkundige veel dingen simpelweg aan kan vinken. Wat betreft de houding in het team blijkt het lastig om een duidelijke mening te ventileren. De reden hiervoor is dat andere teamleden hun eigen gang blijven gaan en weinig geneigd zijn tot verandering.

5.2. Aanbevelingen

De hieronder gegeven aanbevelingen onderscheiden zich op drie gebieden namelijk aanbevelingen voor de praktijk, voor de opleiding en voor vervolgonderzoek.

5.2.1. Aanbevelingen voor de praktijk

Er wordt aanbevolen dat pas afgestudeerde verpleegkundigen zich meer gaan inzetten voor het gebruik van het verpleegplan zodat dit beter ingeburgerd raakt in de ziekenhuizen. Concreet betekent dit dat de alumni het verpleegplan gaan toepassen en collega's uitleg hierover geven. Ook kan gezorgd worden voor de aanwezigheid van hulpmiddelen op de afdeling zoals het boekje Carpenito, de NANDA, NIC en NOC. De alumni geven al aan niet uitgesproken negatief tegenover het verpleegplan te staan. Toch wordt er over het algemeen niet mee gewerkt. Naast werkdruk en de korte verblijfsduur van de patiënt vormen ook andere gewoontes op de afdeling een oorzaak hiervoor. Vanuit de literatuur blijkt echter dat werken met een verpleegplan de kwaliteit, doelmatigheid en continuïteit van zorg verhoogt. Ook is gebleken dat werken met het verpleegplan juist tijdbesparend kan werken. Met de pas verworven kennis over het verpleegplan kunnen de alumni een voorbeeldfunctie vervullen op de afdeling.

In de praktijk blijkt dat verpleegkundigen over het algemeen werken met de formulieren die door het ziekenhuis worden aangeboden. Een voorbeeld hiervan zijn de zorgpaden, die als een handige methode worden ervaren, al is dit natuurlijk niet specifiek per patiënt. Er wordt aanbevolen dat de alumni in gesprek gaan met leidinggevendenden om geschikte rapportageformulieren te (laten) ontwikkelen voor het toepassen van het verpleegplan. Wanneer er standaard formulieren in de dossierrappen komen waarop anamnese, diagnose, doelen, interventies en evaluaties ingevuld

kunnen worden zullen verpleegkundigen ook eerder geneigd zijn dit in te vullen en dus systematisch gaan werken.

De resultaten van het onderzoek zijn niet generaliseerbaar voor alle ziekenhuizen in Nederland. Wel kan vanuit de ervaring van alumni een aanbeveling gedaan worden naar de ziekenhuizen waarin de geïnterviewde alumni werkzaam zijn. Uit de ervaringen van alumni blijkt ook dat het makkelijker is om met het verpleegplan te werken wanneer dit verwerkt is in het elektronisch patiëntendossier. Er wordt dan ook aanbevolen dat ziekenhuizen bij de inrichting van het EPD rekening houden met dit gegeven. Zo kunnen in het EPD voor de verschillende stappen van het verpleegplan classificatiesystemen zoals NANDA, NIC en NOC worden ingebouwd. Hierdoor kunnen verpleegkundigen eenvoudig en stapsgewijs diagnoses, doelen en interventies aanvinken. Hiermee wordt bereikt dat er snel een gestructureerd en systematisch plan voor de patiënt kan worden opgesteld. Daarnaast is voor de verpleegkundige duidelijk wat er moet gebeuren er waar op gerapporteerd dient te worden. Dit zorgt voor doelmatig en efficiënt werken.

Voor deze aanbevelingen geldt wel dat er ook nascholing nodig is over het verpleegplan. De alumni gaven aan zich weinig meer te herinneren van de lessen over het verpleegplan. Het is van belang dat deze kennis weer opgefrist wordt door middel van een klinische les. Hiervoor kunnen eventueel stagiaires ingezet worden. Het maken van een verpleegplan is al een stageopdracht, de stagiaire kan daaraan ook een klinische les voor het verplegend personeel op de afdeling koppelen.

5.2.2. Aanbevelingen voor de opleiding

De opleiding biedt al een gedegen cursus aan waarin het verpleegplan uitgelegd en geoefend wordt. Om te zorgen dat studenten ook na afstuderen deze kennis en vaardigheden gaan toepassen in de praktijk, wordt aanbevolen om het nut van werken met een verpleegplan meer te benadrukken. Door meer aandacht te vestigen op klinisch redeneren worden verpleegkundigen zich bewust van hun rol en hun verantwoordelijkheid. Nu werd door verschillende alumni gezegd dat het opstellen van het beleid iets voor de arts was en dat de verpleegkundige hier alleen een adviserende rol in heeft. Tijdens de lessen over het verpleegplan en het klinisch redeneren zou meer benadrukt kunnen worden dat de verpleegkundige wel degelijk in staat wordt geacht om zelf het verpleegkundig beleid op te stellen. Als hulpmiddel hierbij kunnen de artikelen uit het theoretisch kader van dit onderzoek gebruikt worden.

5.2.3. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van pas afgestudeerden met het verpleegplan wordt aanbevolen om het kwalitatieve onderzoek uit te breiden door meerdere hogescholen hierbij te betrekken. Zo kan een beeld gevormd worden of de alumni van verschillende hogescholen ook verschillende ervaringen hebben met het verpleegplan. Hogescholen kunnen van elkaar leren welke vorm van onderwijs het beste aanslaat.

Er wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de assertiviteit van pas afgestudeerde verpleegkundigen in het team. Passen deze alumni de theorie van het verpleegplan niet toe omdat het voor hen zelf niet wordt ervaren als meerwaarde? Of spelen de groepsdruk in het team, het pas afgestudeerd zijn of bepaalde gewoontes op een afdeling ook een rol? Door middel van kwantitatief onderzoek kan bij een grote populatie alumni onderzocht worden in welke mate er assertiviteit getoond wordt in de praktijk.

Literatuurlijst

Baarda, D., de Goede, M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.

BIG. (2015). *Cijfers zorgverleners*. Opgeroepen op 2 24, 2015, van Big register: <https://www.bigregister.nl/overbigregister/cijfers/>

de Graaf-Waar, H., & Speksnijder, H. (2014). *Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

de Jong, J., Kerstens, J., & Vermeulen, M. (2003). *Handboek verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hellema, F. (2002). *De ICIDH en de NANDA, NIC en NOC*.

Hesselink, J. (2011). *Zo maak je een ... Verpleegplan*. Groningen: Noordhoff.

HZ University of Applied Sciences. (2014). *Alumni*. Opgeroepen op 05 11, 2015, van <http://hz.nl/nl/alumni/Pages/LinkedIn.aspx>

HZ University of Applied Sciences. (2014). *Uitvoeringsregeling OER HZ opleiding: HBO Verpleegkunde – voltijd*. Opgeroepen op 05 08, 2015, van <http://hz.nl/nl/studiekeuze/opleidingen/alle-opleidingen/voltijd/zorgenwelzijn/verpleegkunde/Pages/uitvoeringsregeling-verpleegkunde.aspx>

HZ University of Applied Sciences. (2014). *Verpleegkunde (HBO-V)*. Opgeroepen op 05 11, 2015, van <http://hz.nl/nl/studiekeuze/opleidingen/alle-opleidingen/voltijd/zorgenwelzijn/verpleegkunde/Pages/Programma.aspx>

Lustig, J. (2007). *Pleegvertalingen. Een sociolinguïstisch en vertaalwetenschappelijk onderzoek naar negen verpleegkundige diagnoselabels*. Opgeroepen op 05 04, 2015, van dspace.library.uu.nl/handle/1874/23292

Meum, T., Ellingsen, G., Monteiro, E., Wangenstein, G., & Igesund, H. (2013). The interplay between global standards and local practice in nursing. *international journal of medical informatics*, 364-374.

Müller Staub, M. (2007). *Evaluation of the implementation of nursing diagnostics*. Nijmegen: Radboud Universiteit.

NANDA International. (2014). *Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2012-2014*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Paans, W. (2011). *Accuracy of Nursing Diagnosis: Knowledge, Knowledge Sources and Reasoning Skills*. Haren: drukkerij G. van Ark.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R., & Van der Schans, C. (2010). D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*.

Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman - van Vugt, F., & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen*. Utrecht: NIZW.

Saranto, K., Kinnunen, U., Kivekas, E., Lappalainen, A., Liljamo, P., Rajalahti, E., & Hypponen, H. (2014). Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 629-647.

Thoroddsen, A., Ehrenberg, A., Sermeus, W., & Saranto, K. (2011). *A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries*.

V&VN. (2011). *Richtlijn verpleegkundige en verzorgende verslaglegging*. Opgeroepen op 2 16, 2015, van http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=ERWlr5lzp_8%3D&tabid=1789

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma.

Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. (2012). *Beroepsprofiel Verpleegkundige*. Utrecht.

Vilans. (2014). *Zoeken naar de gouden standaard*. Utrecht: Vilans.

Wang, N., Hailey, W., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of advanced nursing*.

Wilkinson, J. (2008). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson education.

Bijlage 1 Uitnodiging



Vlissingen, 1-9-2015

Betreft: Uitnodiging deelname aan afstudeeronderzoek

Geachte alumni van de HZ University of Applied Sciences (HZ),

Graag wil ik u door middel van deze brief uitnodigen voor deelname aan mijn afstudeeronderzoek naar de ervaring van alumni met de toepassing van de geleerde kennis over het verpleegkundig proces in de beroepspraktijk. Het onderzoek richt zich op verpleegkundigen die werkzaam zijn in een ziekenhuisinstelling in Nederland en geen verpleegkundige vervolgopleiding hebben gedaan na de bachelor verpleegkunde.

Mijn naam is Eline Hoogmoed en ik ben vierdejaars student verpleegkunde aan de HZ. Het onderzoek bestaat uit een interview en gaat over de volgende onderwerpen: het onderwijs dat u aan de HZ volgde over het verpleegplan, de meest gebruikte classificatiesystemen binnen het verpleegkundig proces, de toepassing van het verpleegplan en classificatie in de beroepspraktijk, de kennis over en toepassing van de verpleegkundige diagnose en uw ervaring met het verpleegkundig rapporteren.

Het interview zal ongeveer een uur duren. Het interview wordt afgenomen op een plaats waar u zich het meest comfortabel voelt en ongehinderd kunt spreken. Dit kan bijvoorbeeld bij u thuis zijn of op de HZ. Deelname is geheel vrijwillig en anoniem en u kunt op ieder moment besluiten niet meer mee te werken. De interviews worden afgenomen in de periode september en oktober 2015. Iedere deelnemer ontvangt een attentie.

Wanneer u mee wilt werken aan dit onderzoek of meer informatie wilt, kunt u een e-mail sturen naar hoog0053@hz.nl onder vermelding van 'onderzoek'. Ook kunt u bellen naar 0657051716.

Uw deelname zou mij enorm helpen om te kunnen afstuderen en om zo binnenkort de titel van verpleegkundige te mogen dragen. Deelname wordt dan ook zeer op prijs gesteld!

Met vriendelijke groet,

Eline Hoogmoed

Bijlage 2 Topiclijst

Introductie

- Voorstellen
 - Achtergrond onderzoek
 - Tijdsduur interview
 - Aantekeningen
 - Gesprek opnemen (anonimiteit)
 - Verwerking gegevens en resultaat
-

Kennismaking

1. Hoe ziet uw gemiddelde werkdag er ongeveer uit?
 - Planmatig werken?
 - Visie op zorg?

Verpleegplan

2. Wat kunt u vertellen over het verpleegplan?
 - Welke stappen?
 - Hoe geleerd op school?
 - Hoe geoefend op stage?
 - Ervaring in dagelijkse praktijk?
 - Worden alle stappen uitgevoerd?
 - Verschil collega's oudere generatie?

Doorvragen: waarom wel of niet gebruikt? Houding binnen het team?
3. Wat weet u over classificatiesystemen?
 - Welke geleerd?
 - Toepassing?
 - Ervaring?

Verpleegkundige diagnose

4. Hoe denkt u over de verpleegkundige diagnose?
 - Wat geleerd op school?

- Hoe formuleren?
 - Waarom toepassen?
 - Dagelijks gebruik? → waarom (niet)?
 - Verband met doelen/interventie/evaluatie?
- Doorvragen: motiveer waarom u het wel/niet gebruikt

Rapportage

5. Wat vindt u van de verpleegkundige rapportage?
 - Relevantie?
 - Ervaring?
 - Belangrijk op drukke dag?
 6. Wat zou er volgens u in ieder verpleegdossier moeten staan?
 - Individuele aanpak per patiënt?
 - Waarom worden bepaalde aspecten benoemd?
 7. Hoe wordt op uw werkplaats gerapporteerd?
 - Planmatig?
 - Multidisciplinair?
 - Eigen mening?
-

Afsluiting

- Samenvatting
- Nog iets toe te voegen?
- Verslag sturen
- Verwachte publicatiedatum
- Bedanken

Bijlage 3 Interview 2 volledig uitgetypt

Interview 2, afgenomen op 7/11/2015 bij de respondent thuis

Interviewer	Welkom, fijn dat je mee wilt werken aan het onderzoek. De achtergrond van het onderzoek is dat ik naar de ervaring van verpleegkundigen wil vragen die recent zijn afgestudeerd van de HZ, recent wil zeggen, de afgelopen drie jaar, over het verpleegplan in de praktijk. Het interview bestaat uit drie delen. Eerst doen we een stukje kennismaking, dan volgen wat vragen over het verpleegplan waarna ik het wat verder toe wil spitsen op de verpleegkundige diagnose. Tot slot wil ik het nog hebben over de rapportage. Het interview wordt opgenomen waarna ik het gesprek ga uitschrijven. Deze opname krijgt verder niemand te horen, ik zorg ervoor dat je deelname volledig anoniem blijft. Mocht je toch willen afzien van deelname kan dit te allen tijde. Als ik het onderzoek afgerond heb, krijg je ook een exemplaar toegezonden. Wil je eerst even vertellen waar je werkt en hoe lang je al in een ziekenhuis werkt?
R2	Oké, nou ik werk dus in het ADRZ in Goes op de MPU, dat is medisch psychiatrische unit. Ik ben ongeveer een jaar geleden afgestudeerd, dus zolang werk ik er ook al
Interviewer	Oké, kun je vertellen hoe jou gemiddelde werkdag er ongeveer uit ziet?
R2	Mijn gemiddelde werkdag, van een dagdienst bijvoorbeeld?
Interviewer	Ja...
R2	Ik start om half acht, dan krijg ik een mondelinge overdracht. Dan ga ik rapportage lezen. Daarna ga ik medicijnen delen, de mensen verzorgen, en dan gebeurt er meestal van alles in het ziekenhuis. De artsen komen visite lopen, ik werk op een medisch psychiatrische afdeling dus ik het te maken met verschillende specialisten, en een psychiater ook dus er lopen op een dag meestal vier verschillende specialisten rond. Dan ga ik de patiënten voorbereiden voor de onderzoeken die ze moeten doen. 's Middags dan breng ik ze naar een huiskamer waar ze met zn allen eten als dat mogelijk is en ehm...nu lijkt het net of ik niks doe haha, ik doe controles, medicijnen uitzetten voor de avonddienst, contactgesprekken aanbieden aan de patiënt, die duren ongeveer twintig minuten, het psychiatrische gedeelte en dat schrijf ik dan in de rapportage, op de kamer bij de patiënten. Dan komt de avonddienst en nadat zij de mappen hebben gelezen doe ik de mondeling overdracht.
Interviewer	Oké, en hoe wordt het beleid bepaald, een patiënt komt binnen bij jullie, en wat gebeurt er dan?
R2	Patiënt komt binnen via de SEH, soms gaan ze naar de acute opname afdeling waar het beleid al wordt bepaald, soms komen ze rechtstreeks bij ons. Dan komt er een arts langs en die bepaald wat er moet gebeuren.
Interviewer	Oké, dus de arts bepaald het beleid
R2	Ja
Interviewer	En wat is jou rol als verpleegkundige?
R2	Het uitvoeren, het signaleren of het goed is of niet, of het voldoende is, eventueel nabellen met nieuwe informatie, voorstellen
Interviewer	Oké, ja jij doet zelf ook suggesties naar de arts?
R2	Ja
Interviewer	Hoe gaat dat dan?
R2	Nou ja, je ziet soms toch dat mensen pijnlijk zijn bijvoorbeeld en dan vraag je toch of je morfine mag gebruiken of andere middelen, ligt een beetje aan de voorgeschiedenis of dat je bijvoorbeeld naar palliatief beleid over gaat

Interviewer	En hoe is het beleid vastgelegd?
R2	Van palliatief?
Interviewer	Ja nou, meer in het algemeen, hoe wordt beleid vastgelegd?
R2	De arts heeft een elektronische decursus waar hij in typt en wij kunnen dat dan inzien, en wij hebben zelf ook nog de ouderwetse mappen waarin we de afspraken van de arts schrijven.
Interviewer	Oké, en hoe wordt er omgegaan met verpleegkundig beleid?
R2	Ehm...We maken wel een PES en je hebt verschillende zorgpaden die we soms gebruiken.
Interviewer	Zorgpaden? Wat houdt dat in?
R2	Die zijn door verpleegkundigen in samenwerking met de arts gemaakt, bijvoorbeeld zorgpad COPD en daar staat dan per dag in ... het is een soort standaard riedeltje wat je dan doet, bijvoorbeeld Prednisonpomp, na vijf dagen gaat die er af
Interviewer	Oké, en je zei net ook we maken een PES?
R2	Ja, maar daar wordt eigenlijk heel weinig mee gedaan.
Interviewer	O, en wat vind je daarvan?
R2	Als de PES goed gebruikt wordt vind ik het zeker wel wat toevoegen, maar ja bij ons wordt hij niet gebruikt dus dan denk ik dan kun je het net zo goed niet doen.
Interviewer	Wat is goed gebruik van de PES volgens jou?
R2	Nou bij ons wordt er nu soms wel zo'n papiertje tussen gedaan met een PES maar vervolgens worden er geen acties of wat dan ook onder geschreven....
Interviewer	Waarom niet denk je?
R2	Omdat je toch ook nog die arts afspraken hebt en dan wordt het een beetje dubbel schrijfwerk.
Interviewer	Wat is jou eigen ervaring, misschien ook vanuit stage met de PES
R2	Ik vind het op zich wel handig, want je let ook als verpleegkundige weer op andere dingen als de arts, die kijkt of de waardes goed zijn en jij kijkt of de patiënt zich ook goed voelt en wat je daar aan kan doen, dus het zou wel heel goed zijn om daarmee te werken, ja...
Interviewer	Hoe vind je de manier waarop het nu gaat in jou team?
R2	Een beetje teleurstellend...
Interviewer	Oké?
R2	Ja want er wordt, ja ik ben een beetje van, of doe het niet of doe het helemaal, dus niet we vullen wel een PES in maar niet wat we er vervolgens aan gaan doen, evalueren of wat dan ook.
Interviewer	Dus als ik het goed begrijp heb jij zelf een andere mening dan wat er in het team gebeurt, hoe ga je daar mee om?
R2	O nou ik laat het allemaal maar doen....
Interviewer	waarom?
R2	Ja ehm ik weet het niet, een beetje zonde van de tijd
Interviewer	Wat is zonde van de tijd?
R2	Ja ehm ik heb het al eens aangegeven dat het wel handig is om de PES te gebruiken, en ook omdat het papier en toch al inzit, maar mensen blijven het niet doen, en het is nog geen vast onderdeel in ons ziekenhuis, het verpleegplan dus dan denk ik van nou dat komt nog wel....maar misschien toch nog eens over hebben tijdens het teamoverleg
Interviewer	Zie jij ook nadelen van het werken met het verpleegplan?
R2	We werken er natuurlijk niet mee, maar op dit moment zie ik geen nadelen, nee
Interviewer	Wel voordelen ten opzichte van de huidige situatie?

R2	Ja zoals je hebt het zwart op wit, je weet aan welke doelen je moet werken, het geeft toch altijd voldoening als je een doel haalt, je hebt in ieder geval helder waar je nu eigenlijk mee bezig bent.
Interviewer	Oké. Zie je verschil in het gebruik van het verpleegplan tussen collega's die al wat ouder zijn of collega's die nog niet zo lang van school zijn?
R2	Ja zeker. Mensen die ouder zijn bellen echt om alles de arts, terwijl heel veel artsen je wel de vrijheid geven om dingen zelf te beslissen. Als iemand bijvoorbeeld veel pijn heeft en er staat geen paracetamol op de medicatielijst gaan ze daar eerst over bellen terwijl ik denk, je mag ook wel iets zelf bepalen na zo'n hele opleiding. En de PES snappen ze ook helemaal niet. En ze snappen ook niet echt het nut ervan, want je krijgt toch alle orders van de arts.
Interviewer	Oké, waarom zien ze het nut niet van verpleegkundig beleid?
R2	JA ze hebben zoiets van, de arts moet bepalen
Interviewer	Ja, wat vind jij daarvan?
R2	Beetje ouderwets, ik bedoel je bent toch ook geschoold, en de arts blijft eindverantwoordelijke.
Interviewer	Oké, wanneer je verder kijkt naar de stappen van het verpleegplan, zoals je aangeeft wordt de PES af en toe gedaan, of er is in ieder geval de mogelijkheid om die te maken, hoe zit dat met de andere stappen?
R2	Doelen worden niet echt gesteld, ik vraag het wel eens na, wat is nou eigenlijk het doel, wanneer mag iemand met ontslag. We hebben best wel wat patiënten die al uit een instelling komen dus ze zijn al niet topfit, en dan kun je wel wachten tot ze dat worden maar dat gaat niet gebeuren en dan liggen mensen er gewoon veel te lang. Dus ik vraag er wel eens naar, maar echt concreet worden er geen doelen gesteld.
Interviewer	Nee, wat vind je daarvan?
R2	Ja beetje onhandig, er is geen doel om naartoe te werken. Ik denk dat het heel belangrijk is om na te denken wat je met een patiënt wilt bereiken, ook als bijvoorbeeld familie belt dan zeggen ze, ja het gaat heel goed hoor, maar ik heb geen idee wat er verder nog gaat gebeuren.
Interviewer	Breng je dit ook in in de teamvergadering of spreek je collega's aan?
R2	Nou ja, ik vraag wel steeds wat is het doel, maar krijg dan geen concreet antwoord, krijg alleen de acties van morgen te horen zoals een X-thorax, en verder kijken we niet
Interviewer	Hoe ga je daar dan mee om?
R2	Ik heb me er een beetje bij neergelegd.
Interviewer	Waarom?
R2	Ja het gaat denk ik al honderd jaar zo in dat ziekenhuis, en iedere keer als ik er om vraag krijg ik niets, we hebben natuurlijk ook veel verschillende specialisten dus is ook lastig om iedereen te spreken.
Interviewer	Ja dus nu hebben we het meer over de doelen van de arts, maar als het gaat om het verpleegkundig doel merk ik dat jij het wel handig vind om er mee te werken, hoe gaat dat in het verpleegkundig team?
R2	Nee ik breng het niet meer aan, ik heb het er wel eens over gehad maar je hebt toch een beetje het idee dat je tegen een muur praat.
Interviewer	Hoe zou dat komen?
R2	Nou ik ben natuurlijk nog relatief jong en kort afgestudeerd en hun hebben zoiets van, ik werk al tien jaar zo en dat gaat best goed dus ik zie geen reden voor verbetering
Interviewer	Nee.....jammer?
R2	Ja zeker!

Interviewer	Werken jullie ook met classificatiesystemen?
R2	Ja met de Gordon
Interviewer	Oké, in welke zin?
R2	Met rapporteren en de anamnese
Interviewer	Oké, wat vind je daarvan?
R2	Ehm, ja wel handig, je kan veel dingen goed terugvinden. Het is alleen, ja, die 1 en 12 daar wordt soms wat meer in geschreven, maar het is wel handig dat alles goed geordend staat. De psychiater bijvoorbeeld vraagt alleen naar 6 en 7, de zelfbeleving en cognitie en waarneming, dan kun je ook kijken: hier had hij nog wel last van stemmen en hier niet meer dus dat is wel makkelijk en er worden minder snel dingen vergeten.
Interviewer	Oké, want even voor de duidelijkheid, Het gaat dus om die twaalf gezondheidspatronen, wordt er altijd op ieder patroon geschreven?
R2	In principe niet, alleen twee en drie zijn verplicht, intake en output
Interviewer	Oké, en op basis waarvan wordt bepaald of er wel of niet geschreven wordt op een patroon?
R2	Ehm in het begin schrijf je natuurlijk heel veel, maar als iemand geen bijzonderheden heeft bijvoorbeeld in een dagdienst, als iemand niet slaapt, schrijf je dat niet op....het zou wel kunnen natuurlijk.....je zou wel op alles kunnen rapporteren maar ja, dat wordt niet gedaan
Interviewer	Hoe vind je het om op deze manier te rapporteren?
R2	Het idee vind ik heel goed, sommigen zijn nogal erg kort van stof, en anderen zijn juist weer superlang, die schrijven dus echt alles heel lang uit, ehm, dan heb ik liever dat mensen lang uitschrijven want anders zie ik niets bijzonders staan en dan denk ik, wat is dan niets bijzonders?
Interviewer	Ja. Je gaf aan dat er in sommige gevallen wel een PES wordt opgesteld, wordt daar nog iets mee gedaan in de rapportage, worden dingen gekoppeld?
R2	Nee
Interviewer	Hoe ervaar je de relevantie van de rapportage zoals dat bij jullie gebeurt?
R2	Die koppeling met de PES en het verpleegplan zou natuurlijk wel mooi zijn, maar dan moet dat wel eerst goed ingevuld worden.
Interviewer	En waarom zou je het mooi vinden als die koppeling gemaakt zou worden?
R2	Dan weet je of je aan je doelen werkt, en of de achterliggende problemen nog aanwezig zijn of niet, het kan heel snel gaan namelijk in het ziekenhuis. Maar op zich wordt er wel goed gerapporteerd, sommigen zijn wat kort van stof
Interviewer	Is dat erg?
R2	Nee als je alleen de bijzonderheden maar opschrijft is dat ook goed. Maar ik kan me er wel aan ergeren als iemand bijvoorbeeld bij 3 alleen gb, geen bijzonderheden schrijft. Want wat is gb? Moet ik dat weer helemaal gaan bedenken haha. Want het is wel belangrijk om te weten wanneer iemand ontlasting heeft gehad. En dan ontstaan er soms wel eens fouten.
Interviewer	Welke fouten?
R2	Dat iemand toch tien dagen geen ontlasting heeft gehad terwijl je dan allang moet laxeren.
Interviewer	Oké, vind je rapportage in het algemeen relevant?
R2	Ja wij kunnen wel goed rapporteren.
Interviewer	En hoe gaat dat op een drukke dag? Je bent met van alles bezig geweest, je dienst zit er al op maar er is nog niet geschreven.....

R2	Ja dan blijven ze toch altijd langer, dan wordt er mondeling overgedragen want dan is de avonddienst er al, of de nachtdienst en dan schrijven ze toch nog alles op, wordt wel goed gedaan.
Interviewer	Ja. Wat zou er volgens jou in ieder verpleegdossier moeten staan?
R2	Een hele hoop dingen. Een behandeldoel. Of dat van de arts of verpleegkundige is maakt niet uit, gewoon een helder doel.
Interviewer	Het maakt dus niet uit of het van de arts of verpleegkundige is volgens jou?
R2	Nou ja het liefst natuurlijk allebei maar de arts bepaald of iemand met ontslag gaat of niet, dus in die zin vind ik het heel belangrijk dat de arts een duidelijk doel heeft. Om te voorkomen dat mensen er langer liggen dan nodig is of ze in te seinen wanneer ze naar huis gaan. Maar goed, als ik meerdere dingen mag kiezen natuurlijk ook een verpleegkundig doel.
Interviewer	Waarom?
R2	De doelen van de arts zijn meestal hele praktische dingen, van je gaat een infuus met kalium aanhangen zodat die waarde omhoog gaat, maar goed als iemand daar alleen maar voor in het ziekenhuis zou liggen dan heb je een makkelijke patiënt, je moet ook nog kijken naar meer de patiënt zelf zeg maar, hoe hij zich voelt want soms voelen mensen zich gewoon heel beroerd en dan denkt de arts misschien van nou dat kalium gaat goed omhoog, en dan is het klaar. Maar je moet natuurlijk zorgen dat mensen zich ook goed voelen. En net als decubitus preventie vind ik wel je taak. De arts heeft totaal geen behoefte om daar aan te werken als het nog niet aanwezig is, dus ja dat wordt dan pas een probleem als het er is. Terwijl, als verpleegkundige kun je daar aan werken, als je als doel stelt om het te voorkomen, als iemand veel op bed ligt wat gaan we dan doen?....dat zou al heel wat schelen denk ik in het ziekenhuis.
Interviewer	Hoe gaat de rapportage van andere disciplines?
R2	Daar is ruimte voor op het blad waar de arts ook zijn afspraken zet, achter een tabje zit ook de rapportage van de transfer, de fysio, ergo en diëtiste
Interviewer	Oké, en dat is duidelijk voor jullie?
R2	Ja soms staat er zie elektronisch patiëntendossier maar daar kun je dan ook kijken natuurlijk, dus op zich is het wel duidelijk.
Interviewer	Dus als ik je goed begrijp rapporteren jullie zowel digitaal als op papier?
R2	Nou we doen al een deel digitaal, we zijn een beetje stapsgewijs aan het overgaan naar elektronisch. Dus ja dat werkt soms een beetje lastig
Interviewer	Wat zit er dan bijvoorbeeld digitaal?
R2	Rapportage van de arts, pijnscores, decubituscores, de snackscore, de controles komen digitaal, dus alleen nog het stukje rapporteren niet.
Interviewer	Ja, oké
R2	Ja en de anamnese en de controles schrijven we dus ook nog in de map want anders moet je overal zoeken dus dat is nu nog een beetje dubbel werk.
Interviewer	Oké. En jij zei net dat de arts vooral heel klinisch is, zo'n infuus moet worden gedaan, maar je benoemde ook dat het belangrijk is dat mensen zich goed voelen. Hoe wordt daar nu aan gewerkt dan?
R2	Hmhm, ja dat is bij ons natuurlijk een beetje lastig want wij zijn medisch psychiatrisch dus de psychiater komt ook elke dag langs. En die gaat ook in gesprek zegmaar met het psyche deel. En daarnaast bieden wij vaste gespreksmomenten aan, en dan kom je toch, in plaats van dat je even twee seconden op die kamer komt van 'gaat alles goed?' dan zegt iemand toch sneller ja dan wanneer je toch twintig minuten met iemand zit te praten, en dan merk je toch, ja ehm, de kleine dingen. Bijvoorbeeld iemand ligt op een 1 persoonskamer maar wil toch veel liever met zijn vieren omdat hij zich echt doodverveeld, ja dat soort dingen.

Interviewer	Ja, want die gespreksmomenten zijn met de verpleegkundige?
R2	Ja met de verpleegkundige
Interviewer	En hoe vaak vinden die plaats?
R2	1 keer per dag, we proberen het ook s avonds te doen maar dat lukt niet altijd.
Interviewer	Want?
R2	Nou ja het is soms best wel druk en als mensen dan vroeg naar bed willen dan hebben ze bijvoorbeeld net hun eten en dan heb jij net je eten en dan willen ze al weer naar bed ja dan....
Interviewer	Hoe wordt dat gerapporteerd, die gespreksmomenten?
R2	Ehm bij Gordon onder de acht, met rol en relatie behalve als er natuurlijk in het gesprek naar voren komt dat iemand heel veel last heeft van zijn psyche dan eh dan schrijf je dat weer bij het juiste
Interviewer	Ja. Wat zouden nadelen kunnen zijn in het rapporteren volgens Gordon
R2	Nou ik heb nooit volgens iets anders gerapporteerd dus ik zou eigenlijk ook niet goed die andere weten, maar op zich vind ik Gordon wel fijn hoor met al die nummertjes precies eh
Interviewer	Ja, gebeurt het wel eens dat er naar jou mening teveel wordt gerapporteerd?
R2	Nou ja teveel kan je het niet noemen maar soms denk je wel eens van nou, ik zou dat wat korter doen, maar goed ik heb liever dat mensen dan teveel opschrijven dan te weinig dus ja ik weet niet of je nou echt teveel kan opschrijven in dit soort situaties maar wel dat ik denk van nou, had wel wat korter gemogen maar het is natuurlijk nooit fout om uitgebreid te rapporteren.
Interviewer	Oké. Op school hebben we ook geleerd om te werken met het verpleegplan en de stappen, hoe heb jij dat geoefend op stage?
R2	Volgens mij moesten wij een verpleegplan schrijven, twee keer ofzo, ja ik weet er eigenlijk niet meer zo heel veel vanaf ehm maar eh ja ik weet er niet meer zoveel vanaf, maar ik heb het toen wel goed gedaan
Interviewer	Ja en hoe vond je dat om te doen?
R2	Volgens mij moest dat in mijn tweede stage al, nou toen vond ik dat best wel interessant want toen had ik me er eigenlijk nog nooit in verdiept. En toen opeens ging ik van alles opzoeken, dat weet ik nog wel, dat vond ik wel interessant, ehm of ik dat nu ook echt nog gebruik weet ik niet, de informatie die ik toen heb opgedaan. Omdat het natuurlijk per instelling zo anders is....
Interviewer	Wat is anders per instelling?
R2	Ja ik heb toen in Emergis stage gelopen dus dat was een heel ander systeem en al dan in het ziekenhuis...
Interviewer	In welke zin anders?
R2	Die klinische blik. Daar liggen mensen al....dat is lang verblijf ook dus ja merk je ook met rapporteren bijvoorbeeld, met wat je er in moet zetten. Wordt veel korter, beknopter. Mensen zijn daar door en door bekend.
Interviewer	Ja, werd daar wel met doelen gewerkt?
R2	Dat zou ik je echt niet meer kunnen vertellen
Interviewer	Nee, oké.
R2	O ja en toen daarna heb ik ook eentje in de thuiszorg gemaakt daar werd wel met doelen gewerkt heel duidelijk
Interviewer	Ja, zie je veel verschil tussen thuiszorg en ziekenhuis daarin?
R2	Ik denk dat de thuiszorg meer te verantwoorden heeft dan het ziekenhuis zegmaar en die schrijven echt op van dit moet je daar doen, echte acties en dan vervolgens had je dan die PES met onderbouwen waarom jij zo'n actie moet doen, dan moest je bijvoorbeeld vijf dingen doen en aftekenen en dan stond er zo'n PES bij en wanneer dat geëvalueerd zou worden, ja dat was wel wat beter dan in het ziekenhuis

Interviewer	Ja?
R2	Op verpleegkundig niveau wel, zeker ja. Denk je er meer over na, ja.
Interviewer	Ja, je zei ook in vond het heel interessant om daarmee bezig te zijn in welke zin interessant?
R2	Ja om toch eh zeker toen, toen las je alleen maar even die rapportage over die patiënt en dan ging je verder niet eh echt kijken zegmaar en met zo'n verpleegplan maken ging je natuurlijk vanaf de anamnese alles bekijken en dan kwam je vaak meer te weten. Maar dat was zeker in de eerste stage omdat iedereen die had alleen maar aandacht voor die rapportage omdat iedereen er al twee jaar zat ofzo bijvoorbeeld. Dus ja dan is die anamnese al weer zo ver weg dat ze alleen maar aandacht hebben voor de rapportage dus daar werd bij mijn inwerken ook niet echt op ingegaan en toen ging ik kijken en dan zie je pas dat iemand dus helemaal mankeert
Interviewer	Ja. Hoe vond je het onderwijs over het verpleegplan, hoe heb je dat ervaren?
R2	Ehm met dat boekje?
Interviewer	Ja en de praktijkopdrachten die je net noemde
R2	Ja eh op zich was het wel handig maar ik weet nou niet precies wat ik er uit mee heb genomen want ik weet ook niet meer precies wat ik met dat boekje heb gedaan. Toen vond ik het volgens mij wel leuk maar nu, het lijkt wel alsof het al weer eeuwen geleden is. Dus weet ik niet meer zo goed, maar ik had wel dat doel en die evaluatie die probeer ik wel altijd mee te nemen, ook in andere dingen want dat mis ik wel, dan schrijf ik weer op oké jongens wat is het uiteindelijke doel, wat gaan we hiermee bereiken en dan ehm staat er opeens van ze mag overmorgen met ontslag dan denk ik, wie weet als ik het niet had opgeschreven en eergisteren had gevraagd dan was ze al weggeweest.
Interviewer	Dus hoe ervaar jij de doelmatigheid van de zorg op de afdeling?
R2	Die kan wel wat omhoog, ja zeker maar daar gaan we aan werken
Interviewer	Hoe?
R2	Nou ik heb de rol van coördinator van het team op me gekregen dus vanaf maandag dus ik kan er helemaal aan gaan werken
Interviewer	Ja leuk
R2	Zeker, dan kan ik dit soort dingen helemaal doorvoeren. Nee ik denk zeker in het ziekenhuis dat met artsen maar ook met verpleegkundigen die doelen vragen aan artsen dat de opnameduur verkort kan worden
Interviewer	Hoezo verkort?
R2	Ja nu liggen er heel vaak mensen waarvan je denkt van nou ja wat doen we eigenlijk en dan vraag je dat aan de arts en dan zegt hij ja ze wou nog niet naar huis, ik denk ja daar is een ziekenhuisbed ook weer niet voor bedoeld.
Interviewer	Haha nee. In de literatuur heb ik teruggevonden dat veel verpleegkundigen het verpleegplan tijdrovend vinden. Hoe denk jij daar over?
R2	Nou zeker die papieren versie dat is echt wel tijdrovend dat ben ik wel met je eens en nu is het nog meer tijdrovend omdat de helft op de computer moet en de helft nog in papier
Interviewer	Ja ik bedoel eigenlijk echt het planmatig werken, dus die stappen, PES, doelen evalueren... al die stapjes uitvoeren. Hoe denk jij daar over?
R2	Nou dat is natuurlijk dat evalueren en doelen wordt bij ons niet echt gedaan maar ja nou ik vraag me af of dat meer tijd kost dan dat het oplevert want ik denk dat het ook best wel wat tijd oplevert.
Interviewer	Ja? Hoezo?
R2	Nou bijvoorbeeld dingen voorkomen of dat mensen zich sneller beter voelen omdat je weet waar je met zijn allen aan werkt dat je een beetje planmatig werkt, ik denk

	dat het wel tijd oplevert natuurlijk is het ook tijd investeren maar goed dat is de anamnese zelf natuurlijk ook dus als je het gewoon standaard meeneemt en veel oefent dan hoeft het volgens mij niet zoveel werk te zijn. Maar goed wij werken er nog niet mee he dus wie weet...
Interviewer	Denk je dat het team open staat voor deze verandering?
R2	Ehm we hebben voor een groot deel een jong team dus ik denk het op zich wel ja, dat is natuurlijk met alle veranderingen, dan heb je heel dat proces van willen we allemaal niet, maar ja het zal toch moeten. We hebben sowieso die papieren al dus er is ooit iemand begonnen met het idee van wat gaan we doen
Interviewer	Haha het is alleen nooit helemaal van de grond gekomen
R2	Precies dus we gaan het gewoon opnieuw proberen.
Interviewer	Hartstikke goed. Wil je verder nog iets toevoegen?
R2	Nee ik zou het niet weten
Interviewer	Oké hartelijk bedankt voor je deelname, ik ga de resultaten verwerken en het eindrapport naar je opsturen.

Bijlage 4 Interview 2 fragmenten

Interview 2, afgenomen op 7/11/2015 bij de respondent thuis

Interviewer	Welkom, fijn dat je mee wilt werken aan het onderzoek. De achtergrond van het onderzoek is dat ik naar de ervaring van verpleegkundigen wil vragen die recent zijn afgestudeerd van de HZ, recent wil zeggen, de afgelopen drie jaar, over het verpleegplan in de praktijk. Het interview bestaat uit drie delen. Eerst doen we een stukje kennismaking, dan volgen wat vragen over het verpleegplan waarna ik het wat verder toe wil spitsen op de verpleegkundige diagnose. Tot slot wil ik het nog hebben over de rapportage. Het interview wordt opgenomen waarna ik het gesprek ga uitschrijven. Deze opname krijgt verder niemand te horen, ik zorg ervoor dat je deelname volledig anoniem blijft. Mocht je toch willen afzien van deelname kan dit te allen tijde. Als ik het onderzoek afgerond heb, krijg je ook een exemplaar toegezonden. Wil je eerst even vertellen waar je werkt en hoe lang je al in een ziekenhuis werkt?
R2	Oké, nou ik werk dus in het ADRZ in Goes op de MPU, dat is medisch psychiatrische unit. Ik ben ongeveer een jaar geleden afgestudeerd, dus zolang werk ik er ook al
Interviewer	Oké, kun je vertellen hoe jou gemiddelde werkdag er ongeveer uitziet?
R2	Mijn gemiddelde werkdag, van een dagdienst bijvoorbeeld?
Interviewer	Ja...
R2	Ik start om half acht, dan krijg ik een mondelinge overdracht. Dan ga ik rapportage lezen. Daarna ga ik medicijnen delen, de mensen verzorgen, en dan gebeurt er meestal van alles in het ziekenhuis. De artsen komen visite lopen, ik werk op een medisch psychiatrische afdeling dus ik het te maken met verschillende specialisten, en een psychiater ook dus er lopen op een dag meestal vier verschillende specialisten rond. Dan ga ik de patiënten voorbereiden voor de onderzoeken die ze moeten doen. 's Middags dan breng ik ze naar een huiskamer waar ze met zn allen eten als dat mogelijk is en ehm...nu lijkt het net of ik niks doe haha, ik doe controles, medicijnen uitzetten voor de avonddienst, contactgesprekken aanbieden aan de patiënt, die duren ongeveer twintig minuten, het psychiatrische gedeelte en dat schrijf ik dan in de rapportage, op de kamer bij de patiënten. Dan komt de avonddienst en nadat zij de mappen hebben gelezen doe ik de mondeling overdracht.
Interviewer	Oké, en hoe wordt het beleid bepaald, een patiënt komt binnen bij jullie, en wat gebeurt er dan?
R2	Patiënt komt binnen via de SEH, soms gaan ze naar de acute opname afdeling waar het beleid al wordt bepaald, soms komen ze rechtstreeks bij ons. Dan komt er een arts langs en die bepaald wat er moet gebeuren.
Interviewer	Oké, dus de arts bepaald het beleid
R2	Ja
Interviewer	En wat is jou rol als verpleegkundige?
R2	Het uitvoeren, het signaleren of het goed is of niet, of het voldoende is, eventueel nabellen met nieuwe informatie, voorstellen
Interviewer	Oké, ja jij doet zelf ook suggesties naar de arts?
R2	Ja
Interviewer	Hoe gaat dat dan?
R2	Nou ja, je ziet soms toch dat mensen pijnlijk zijn bijvoorbeeld en dan vraag je toch of je morfine mag gebruiken of andere middelen, ligt een beetje aan de voorgeschiedenis of dat je bijvoorbeeld naar palliatief beleid over gaat

Interviewer	En hoe is het beleid vastgelegd?
R2	<u>Van palliatief?</u>
Interviewer	Ja nou, meer in het algemeen, hoe wordt beleid vastgelegd?
R2	<u>De arts heeft een elektronische decursus waar hij in typt en wij kunnen dat dan inzien, en wij hebben zelf ook nog de ouderwetse mappen waarin we de afspraken van de arts schrijven.</u>
Fragment 2.1 PES	
Interviewer	Oké, en hoe wordt er omgegaan met verpleegkundig beleid?
R2	Ehm... <u>We maken wel een PES en je hebt verschillende zorgpaden die we soms gebruiken.</u>
Interviewer	Zorgpaden? Wat houdt dat in?
R2	Die zijn door verpleegkundigen in samenwerking met de arts gemaakt, bijvoorbeeld zorgpad COPD en daar staat dan per dag in ... het is een soort standaard riedeltje wat je dan doet, bijvoorbeeld Prednisonpomp, na vijf dagen gaat die er af
Interviewer	Oké, en je zei net ook we maken een PES?
R2	Ja, maar <u>daar wordt eigenlijk heel weinig mee gedaan.</u>
Interviewer	O, en wat vind je daarvan?
R2	Als de PES goed gebruikt wordt vind ik het zeker wel wat toevoegen, maar ja bij ons wordt hij niet gebruikt dus dan denk ik <u>dan kun je het net zo goed niet doen.</u>
Interviewer	Wat is goed gebruik van de PES volgens jou?
R2	Nou bij ons wordt er nu <u>soms wel zo'n papiertje tussen gedaan met een PES maar vervolgens worden er geen acties of wat dan ook onder geschreven....</u>
Interviewer	Waarom niet denk je?
R2	<u>Omdat je toch ook nog die arts afspraken hebt en dan wordt het een beetje dubbel schrijfwerk.</u>
Interviewer	Wat is jou eigen ervaring, misschien ook vanuit stage met de PES
R2	Ik vind het <u>op zich wel handig, want je let ook als verpleegkundige weer op andere dingen als de arts, die kijkt of de waardes goed zijn en jij kijkt of de patiënt zich ook goed voelt en wat je daar aan kan doen, dus het zou wel heel goed zijn om daarmee te werken, ja...</u>
Interviewer	Hoe vind je de manier waarop het nu gaat in jou team?
R2	<u>Een beetje teleurstellend...</u>
Interviewer	Oké?
R2	Ja want er wordt, ja ik ben een beetje van, <u>of doe het niet of doe het helemaal, dus niet we vullen wel een PES in maar niet wat we er vervolgens aan gaan doen, evalueren of wat dan ook.</u>
Fragment 2.2 Houding binnen het team	
Interviewer	Dus als ik het goed begrijp heb jij zelf een andere mening dan wat er in het team gebeurt, hoe ga je daar mee om?
R2	O nou <u>ik laat het allemaal maar doen....</u>
Interviewer	waarom?
R2	Ja ehm ik weet het niet, een beetje <u>zonde van de tijd</u>
Interviewer	Wat is zonde van de tijd?
R2	Ja ehm <u>ik heb het al eens aangegeven dat het wel handig is om de PES te gebruiken, en ook omdat het papier en toch al inzit, maar mensen blijven het niet doen, en het is nog geen vast onderdeel in ons ziekenhuis, het verpleegplan dus dan denk ik van nou dat komt nog wel....maar misschien toch nog eens over hebben tijdens het teamoverleg</u>
Fragment 2.3 Verpleegplan	
Interviewer	Zie jij ook nadelen van het werken met het verpleegplan?

R2	We werken er natuurlijk niet mee, maar <u>op dit moment zie ik geen nadelen, nee</u>
Interviewer	Wel voordelen ten opzichte van de huidige situatie?
R2	Ja zoals je <u>hebt het zwart op wit</u> , je <u>weet aan welke doelen je moet werken</u> , het <u>geeft toch altijd voldoening als je een doel haalt</u> , je hebt in ieder geval <u>helder waar je nu eigenlijk mee bezig bent</u> .
Fragment 2.4 Verschil lang/kort afgestudeerd	
Interviewer	Oké. Zie je verschil in het gebruik van het verpleegplan tussen collega's die al wat ouder zijn of collega's die nog niet zo lang van school zijn?
R2	Ja zeker. <u>Mensen die ouder zijn bellen echt om alles de arts</u> , terwijl heel veel artsen je wel de vrijheid geven om dingen zelf te beslissen. Als iemand bijvoorbeeld veel pijn heeft en er staat geen paracetamol op de medicatielijst gaan ze daar eerst over bellen <u>terwijl ik denk, je mag ook wel iets zelf bepalen na zo'n hele opleiding</u> . En de PES snappen ze ook helemaal niet. En ze snappen ook niet echt het nut ervan, want je krijgt toch alle orders van de arts.
Interviewer	Oké, waarom zien ze het nut niet van verpleegkundig beleid?
R2	JA ze hebben zoiets van, de arts moet bepalen
Interviewer	Ja, wat vind jij daarvan?
R2	<u>Beetje ouderwets</u> , ik bedoel je bent toch ook geschoold, en de arts blijft eindverantwoordelijke.
Fragment 2.5 Verpleegdoelen	
Interviewer	Oké, wanneer je verder kijkt naar de stappen van het verpleegplan, zoals je aangeeft wordt de PES af en toe gedaan, of er is in ieder geval de mogelijkheid om die te maken, hoe zit dat met de andere stappen?
R2	<u>Doelen worden niet echt gesteld</u> , ik vraag het wel eens na, wat is nou eigenlijk het doel, wanneer mag iemand met ontslag. We hebben best wel wat patiënten die al uit een instelling komen dus ze zijn al niet topfit, en dan kun je wel wachten tot ze dat worden maar dat gaat niet gebeuren en dan liggen mensen er gewoon veel te lang. Dus ik vraag er wel eens naar, maar echt concreet worden er geen doelen gesteld.
Interviewer	Nee, wat vind je daarvan?
R2	Ja <u>beetje onhandig</u> , er is <u>geen doel om naartoe te werken</u> . Ik denk <u>dat het heel belangrijk is om na te denken wat je met een patiënt wilt bereiken</u> , ook als bijvoorbeeld familie belt dan zeggen ze, ja het gaat heel goed hoor, maar ik heb geen idee wat er verder nog gaat gebeuren.
Fragment 2.6 Houding in het team	
Interviewer	Breng je dit ook in in de teamvergadering of spreek je collega's aan?
R2	Nou ja, ik vraag wel steeds wat is het doel, maar krijg dan geen concreet antwoord, krijg alleen de acties van morgen te horen zoals een X-thorax, en verder kijken we niet
Interviewer	Hoe ga je daar dan mee om?
R2	Ik <u>heb me er een beetje bij neergelegd</u> .
Interviewer	Waarom?
R2	Ja <u>het gaat denk ik al honderd jaar zo in dat ziekenhuis</u> , en iedere keer als ik er om vraag krijg ik niets, we hebben natuurlijk ook <u>veel verschillende specialisten dus is ook lastig om iedereen te spreken</u> .
Interviewer	Ja dus nu hebben we het meer over de doelen van de arts, maar als het gaat om het verpleegkundig doel merk ik dat jij het wel handig vind om er mee te werken, hoe gaat dat in het verpleegkundig team?
R2	Nee ik breng het niet meer aan, ik heb het er wel eens over gehad <u>maar je hebt toch een beetje het idee dat je tegen een muur praat</u> .
Interviewer	Hoe zou dat komen?

R2	Nou ik ben natuurlijk nog relatief jong en kort afgestudeerd en hun hebben zo iets van, ik werk al tien jaar zo en dat gaat best goed dus ik zie geen reden voor verbetering
Interviewer	Nee.....jammer?
R2	Ja zeker!
Fragment 2.7 Classificatie	
Interviewer	Werken jullie ook met classificatiesystemen?
R2	Ja met <u>de Gordon</u>
Interviewer	Oké, in welke zin?
R2	<u>Met rapporteren en de anamnese</u>
Interviewer	Oké, wat vind je daarvan?
R2	Ehm, ja <u>wel handig</u> , je kan veel dingen goed terugvinden. Het is alleen, ja, die 1 en 12 daar wordt soms wat meer in geschreven, maar het is <u>wel handig dat alles goed geordend staat</u> . De psychiater bijvoorbeeld vraagt alleen naar 6 en 7, de zelfbeleving en cognitie en waarneming, dan kun je ook kijken: hier had hij nog wel last van stemmen en hier niet meer dus dat is wel makkelijk en er worden <u>minder snel dingen vergeten</u> .
Interviewer	Oké, want even voor de duidelijkheid, Het gaat dus om die twaalf gezondheidspatronen, wordt er altijd op ieder patroon geschreven?
R2	In principe niet, alleen twee en drie zijn verplicht, intake en output
Interviewer	Oké, en op basis waarvan wordt bepaald of er wel of niet geschreven wordt op een patroon?
R2	Ehm in het begin schrijf je natuurlijk heel veel, maar als iemand geen bijzonderheden heeft bijvoorbeeld in een dagdienst, als iemand niet slaapt, schrijf je dat niet op....het zou wel kunnen natuurlijk.....je zou wel op alles kunnen rapporteren maar ja, dat wordt niet gedaan
Fragment 2.8 Rapportage	
Interviewer	Hoe vind je het om op deze manier te rapporteren?
R2	Het idee vind ik <u>heel goed</u> , sommigen zijn nogal erg kort van stof, en anderen zijn juist weer superlang, die schrijven dus echt alles heel lang uit, ehm, dan <u>heb ik liever dat mensen lang uitschrijven want anders zie ik niets bijzonders staan en dan denk ik, wat is dan niets bijzonders?</u>
Interviewer	Ja. Je gaf aan dat er in sommige gevallen wel een PES wordt opgesteld, wordt daar nog iets mee gedaan in de rapportage, worden dingen gekoppeld?
R2	Nee
Interviewer	Hoe ervaar je de relevantie van de rapportage zoals dat bij jullie gebeurt?
R2	Die <u>koppeling met de PES en het verpleegplan zou natuurlijk wel mooi zijn, maar dan moet dat wel eerst goed ingevuld worden.</u>
Interviewer	En waarom zou je het mooi vinden als die koppeling gemaakt zou worden?
R2	<u>Dan weet je of je aan je doelen werkt</u> , en of de achterliggende problemen nog aanwezig zijn of niet, het kan heel snel gaan namelijk in het ziekenhuis. Maar op zich wordt er wel <u>goed gerapporteerd</u> , sommigen zijn wat kort van stof
Interviewer	Is dat erg?
R2	Nee als je alleen de bijzonderheden maar opschrijft is dat ook goed. Maar ik kan me er wel aan ergeren als iemand bijvoorbeeld bij 3 alleen gb, geen bijzonderheden schrijft. Want wat is gb? Moet ik dat weer helemaal gaan bedenken haha. Want het is wel belangrijk om te weten wanneer iemand ontlasting heeft gehad. En dan ontstaan er soms wel eens fouten.
Interviewer	Welke fouten?

R2	Dat iemand toch tien dagen geen ontlasting heeft gehad terwijl je dan allang moet laxeren.
Interviewer	Oké, vind je rapportage in het algemeen relevant?
R2	Ja <u>wij kunnen wel goed rapporteren.</u>
Interviewer	En hoe gaat dat op een drukke dag? Je bent met van alles bezig geweest, je dienst zit er al op maar er is nog niet geschreven.....
R2	Ja dan blijven ze toch altijd langer, dan wordt er mondeling overgedragen want dan is de avonddienst er al, of de nachtdienst en dan schrijven ze toch nog alles op, <u>wordt wel goed gedaan.</u>
Interviewer	Ja. Wat zou er volgens jou in ieder verpleegdossier moeten staan?
Fragment 2.9 Verpleegdoelen	
R2	Een hele hoop dingen. <u>Een behandelgoal. Of dat van de arts of verpleegkundige is maakt niet uit,</u> gewoon een helder doel.
Interviewer	Het maakt dus niet uit of het van de arts of verpleegkundige is volgens jou?
R2	Nou ja het liefst natuurlijk allebei maar <u>de arts bepaald of iemand met ontslag gaat of niet, dus in die zin vind ik het heel belangrijk dat de arts een duidelijk doel heeft.</u> Om te voorkomen dat mensen er langer liggen dan nodig is of ze in te seinen wanneer ze naar huis gaan. Maar goed, als ik meerdere dingen mag kiezen natuurlijk ook een verpleegkundig doel.
Interviewer	Waarom?
R2	De doelen van de arts zijn meestal hele praktische dingen, van je gaat een infuus met kalium aanhangen zodat die waarde omhoog gaat, maar goed als iemand daar alleen maar voor in het ziekenhuis zou liggen dan heb je een makkelijke patiënt, <u>je moet ook nog kijken naar meer de patiënt zelf zegmaar, hoe hij zich voelt want soms voelen mensen zich gewoon heel beroerd en dan denkt de arts misschien van nou dat kalium gaat goed omhoog, en dan is het klaar. Maar je moet natuurlijk zorgen dat mensen zich ook goed voelen.</u> En net als decubitus preventie vind ik wel je taak. De arts heeft totaal geen behoefte om daar aan te werken als het nog niet aanwezig is, dus ja dat wordt dan pas een probleem als het er is. Terwijl, <u>als verpleegkundige kun je daar aan werken, als je als doel stelt om het te voorkomen, als iemand veel op bed ligt wat gaan we dan doen?....dat zou al heel wat schelen denk ik in het ziekenhuis.</u>
Fragment 2.10 rapportage	
Interviewer	Hoe gaat de rapportage van andere disciplines?
R2	Daar is ruimte voor op het blad waar de arts ook zijn afspraken zet, achter een tabje zit ook de rapportage van de transfer, de fysio, ergo en diëtiste
Interviewer	Oké, en dat is duidelijk voor jullie?
R2	Ja soms staat er zie elektronisch patiëntendossier maar daar kun je dan ook kijken natuurlijk, dus op zich is het wel duidelijk.
Interviewer	Dus als ik je goed begrijp rapporteren jullie zowel digitaal als op papier?
R2	Nou we doen al een deel digitaal, <u>we zijn een beetje stapsgewijs aan het overgaan naar elektronisch. Dus ja dat werkt soms een beetje lastig</u>
Interviewer	Wat zit er dan bijvoorbeeld digitaal?
R2	Rapportage van de arts, pijnscores, decubituscores, de snackscore, de controles komen digitaal, dus alleen nog het stukje rapporteren niet.
Interviewer	Ja, oké
R2	Ja en de anamnese en de controles <u>schrijven we dus ook nog in de map want anders moet je overal zoeken dus dat is nu nog een beetje dubbel werk.</u>
Interviewer	Oké. En jij zei net dat de arts vooral heel klinisch is, zo'n infuus moet worden gedaan, maar je benoemde ook dat het belangrijk is dat mensen zich goed voelen. Hoe wordt daar nu aan gewerkt dan?

R2	Hmm, ja dat is bij ons natuurlijk een beetje lastig want wij zijn medisch psychiatrisch dus de psychiater komt ook elke dag langs. En die gaat ook in gesprek zeg maar met het psyche deel. En daarnaast bieden wij vaste gespreksmomenten aan, en dan kom je toch, in plaats van dat je even twee seconden op die kamer komt van 'gaat alles goed?' dan zegt iemand toch sneller ja dan wanneer je toch twintig minuten met iemand zit te praten, en dan merk je toch, ja ehm, de kleine dingen. Bijvoorbeeld iemand ligt op een 1 persoonskamer maar wil toch veel liever met zijn vieren omdat hij zich echt doodverveeld, ja dat soort dingen.
Interviewer	Ja, want die gespreksmomenten zijn met de verpleegkundige?
R2	Ja met de verpleegkundige
Interviewer	En hoe vaak vinden die plaats?
R2	1 keer per dag, we proberen het ook s avonds te doen maar dat lukt niet altijd.
Interviewer	Want?
R2	Nou ja het is soms best wel druk en als mensen dan vroeg naar bed willen dan hebben ze bijvoorbeeld net hun eten en dan heb jij net je eten en dan willen ze al weer naar bed ja dan....
Interviewer	Hoe wordt dat gerapporteerd, die gespreksmomenten?
R2	Ehm bij Gordon onder de acht, met rol en relatie behalve als er natuurlijk in het gesprek naar voren komt dat iemand heel veel last heeft van zijn psyche dan eh dan schrijf je dat weer bij het juiste
Interviewer	Ja. Wat zouden nadelen kunnen zijn in het rapporteren volgens Gordon
R2	Nou ik heb nooit volgens iets anders gerapporteerd dus ik zou eigenlijk ook niet goed die andere weten, maar <u>op zich vind ik Gordon wel fijn hoor</u> met al die nummertjes precies eh
Interviewer	Ja, gebeurt het wel eens dat er naar jou mening teveel wordt gerapporteerd?
R2	Nou ja teveel kan je het niet noemen maar soms denk je wel eens van nou, ik zou dat wat korter doen, maar goed <u>ik heb liever dat mensen dan teveel opschrijven dan te weinig</u> dus ja ik weet niet of je nou echt teveel kan opschrijven in dit soort situaties maar wel dat ik denk van nou, had wel wat korter gemogen maar <u>het is natuurlijk nooit fout om uitgebreid te rapporteren.</u>
Fragment 2.11 Scholing	
Interviewer	Oké. Op school hebben we ook geleerd om te werken met het verpleegplan en de stappen, hoe heb jij dat geoefend op stage?
R2	Volgens mij moesten wij een verpleegplan schrijven, twee keer ofzo, ja ik <u>weet er eigenlijk niet meer zo heel veel vanaf</u> ehm maar eh ja ik weet er niet meer zoveel vanaf, maar ik heb het toen wel goed gedaan
Interviewer	Ja en hoe vond je dat om te doen?
R2	Volgens mij moest dat in mijn tweede stage al, <u>nou toen vond ik dat best wel interessant</u> want toen had ik me er eigenlijk nog nooit in verdiept. En toen opeens ging ik van alles opzoeken, dat weet ik nog wel, dat vond ik wel interessant, ehm <u>of ik dat nu ook echt nog gebruik weet ik niet</u> , de informatie die ik toen heb opgedaan. Omdat het natuurlijk per instelling zo anders is....
Interviewer	Wat is anders per instelling?
R2	Ja ik heb toen in Emergis stage gelopen dus dat was een heel ander systeem en al dan in het ziekenhuis...
Interviewer	In welke zin anders?
R2	Die klinische blik. Daar liggen mensen al....dat is lang verblijf ook dus ja merk je ook met rapporteren bijvoorbeeld, met wat je er in moet zetten. Wordt veel korter, beknopter. Mensen zijn daar door en door bekend.
Interviewer	Ja, werd daar wel met doelen gewerkt?
R2	Dat zou ik je echt niet meer kunnen vertellen

Interviewer	Nee, oké.
R2	O ja en toen daarna heb ik ook eentje in de thuiszorg gemaakt daar werd wel met doelen gewerkt heel duidelijk
Interviewer	Ja, zie je veel verschil tussen thuiszorg en ziekenhuis daarin?
R2	Ik denk dat de thuiszorg meer te verantwoorden heeft dan het ziekenhuis zeg maar en die schrijven echt op van dit moet je daar doen, echte acties en dan vervolgens had je dan die PES met onderbouwen waarom jij zo'n actie moet doen, dan moest je bijvoorbeeld vijf dingen doen en aftekenen en dan stond er zo'n PES bij en wanneer dat geëvalueerd zou worden, ja dat was wel wat beter dan in het ziekenhuis
Interviewer	Ja?
R2	Op verpleegkundig niveau wel, zeker ja. Denk je er meer over na, ja.
Interviewer	Ja, je zei ook in vond het heel interessant om daarmee bezig te zijn in welke zin interessant?
R2	Ja om toch eh zeker toen, toen las je alleen maar even die rapportage over die patiënt en dan ging je verder niet eh echt kijken zeg maar en met zo'n verpleegplan maken ging je natuurlijk vanaf de anamnese alles bekijken en dan kwam je vaak meer te weten. Maar dat was zeker in de eerste stage omdat iedereen die had alleen maar aandacht voor die rapportage omdat iedereen er al twee jaar zat ofzo bijvoorbeeld. Dus ja dan is die anamnese al weer zo ver weg dat ze alleen maar aandacht hebben voor de rapportage dus daar werd bij mijn inwerken ook niet echt op ingegaan en toen ging ik kijken en dan zie je pas dat iemand dus helemaal mankeert
Interviewer	Ja. Hoe vond je het onderwijs over het verpleegplan, hoe heb je dat ervaren?
R2	Ehm met dat boekje?
Interviewer	Ja en de praktijkopdrachten die je net noemde
R2	Ja eh <u>op zich was het wel handig</u> maar ik weet nou niet precies wat ik er uit mee heb <u>genomen</u> want ik weet ook niet meer precies wat ik met dat boekje heb gedaan. Toen vond ik het volgens mij wel leuk maar nu, het lijkt wel alsof het al weer eeuwen geleden is. Dus weet ik niet meer zo goed, maar ik had wel <u>dat doel en die evaluatie die probeer ik wel altijd mee te nemen</u>, ook in andere dingen want dat mis ik wel, dan schrijf ik weer op oké jongens wat is het uiteindelijke doel, wat gaan we hiermee bereiken en dan ehm staat er opeens van ze mag overmorgen met ontslag dan denk ik, wie weet als ik het niet had opgeschreven en eergisteren had gevraagd dan was ze al weggeweest.
Interviewer	Dus hoe ervaar jij de doelmatigheid van de zorg op de afdeling?
R2	Die kan wel wat omhoog, ja zeker maar daar gaan we aan werken
Interviewer	Hoe?
R2	Nou ik heb de rol van coördinator van het team op me gekregen dus vanaf maandag dus ik kan er helemaal aan gaan werken
Interviewer	Ja leuk
R2	Zeker, dan kan ik dit soort dingen helemaal doorvoeren. Nee ik denk zeker in het ziekenhuis dat met artsen maar ook met verpleegkundigen die doelen vragen aan artsen dat de opnameduur verkort kan worden
Interviewer	Hoezo verkort?
R2	Ja nu liggen er heel vaak mensen waarvan je denkt van nou ja wat doen we eigenlijk en dan vraag je dat aan de arts en dan zegt hij ja ze wou nog niet naar huis, ik denk ja daar is een ziekenhuisbed ook weer niet voor bedoeld.
Fragment 2.12 Tijdsdruk	
Interviewer	Haha nee. In de literatuur heb ik teruggevonden dat veel verpleegkundigen het verpleegplan tijdrovend vinden. Hoe denk jij daar over?

R2	Nou zeker die <u>papieren versie dat is echt wel tijdrovend</u> dat ben ik wel met je eens en nu is het nog meer tijdrovend omdat de helft op de computer moet en de helft nog in papier
Interviewer	Ja ik bedoel eigenlijk echt het planmatig werken, dus die stappen, PES, doelen evalueren... al die stapjes uitvoeren. Hoe denk jij daar over?
R2	Nou dat is natuurlijk dat evalueren en doelen wordt bij ons niet echt gedaan maar ja nou ik vraag me af of dat meer tijd kost dan dat het oplevert want ik denk dat het <u>ook best wel wat tijd oplevert.</u>
Interviewer	Ja? Hoezo?
R2	Nou bijvoorbeeld dingen voorkomen of dat mensen zich sneller beter voelen omdat je weet waar je met zijn allen aan werkt dat je een beetje planmatig werkt, ik denk dat het wel tijd oplevert natuurlijk is het ook tijd investeren maar goed dat is de anamnese zelf natuurlijk ook dus <u>als je het gewoon standaard meeneemt en veel oefent dan hoeft het volgens mij niet zoveel werk te zijn.</u> Maar goed wij werken er nog niet mee he dus wie weet...
Interviewer	Denk je dat het team open staat voor deze verandering?
R2	Ehm we hebben voor een groot deel een jong team dus ik denk het op zich wel ja, dat is natuurlijk met alle veranderingen, dan heb je heel dat proces van willen we allemaal niet, maar ja het zal toch moeten. We hebben sowieso die papieren al dus er is ooit iemand begonnen met het idee van wat gaan we doen
Interviewer	Haha het is alleen nooit helemaal van de grond gekomen
R2	Precies dus we gaan het gewoon opnieuw proberen.
Interviewer	Hartstikke goed. Wil je verder nog iets toevoegen?
R2	Nee ik zou het niet weten
Interviewer	Oké hartelijk bedankt voor je deelname, ik ga de resultaten verwerken en het eindrapport naar je opsturen.

Bijlage 5 Interview 2 codeertabel

Fragment	Thema	Uitspraken	Code/Label
2.1	PES	▪ Als je de PES goed gebruikt vind ik het zeker wel wat toevoegen ▪ Bij ons wordt hij niet gebruikt dus dan denk ik dan kun je het net zo goed niet doen ▪ Soms is er wel een papiertje tussen gedaan met PES maar vervolgens worden er geen acties of wat dan ook onder geschreven ▪ Omdat je toch ook nog de arts afspraken hebt wordt het een beetje dubbel schrijfwerk ▪ Ik vind het op zich wel handig ▪ Je let als verpleegkundige weer op andere dingen als de arts ▪ Zou wel heel goed zijn om ermee te werken ▪ Ik ben een beetje van of doe het niet of doe het helemaal ▪ We vullen een PES wel in maar niet wat we er vervolgens aan gaan doen	Voegt wat toe + PES zonder vervolgstappen kan net zo goed weggelaten worden – PES en arts afspraken is dubbel schrijfwerk – Op zich wel handig + Verpleegkundige let op andere dingen dan arts* Goed om mee te werken + Niet op zichzelf gebruiken maar met vervolgstappen*
2.2	Houding binnen het team	▪ Ik laat het allemaal maar doen ▪ Zonde van de tijd ▪ Ik heb het wel eens aangegeven dat het wel handig is om de PES te gebruiken ▪ Mensen blijven het niet doen ▪ Dat komt nog wel ▪ Misschien toch nog eens over hebben tijdens teamoverleg	Laat het maar doen – Zonde van de tijd – Aangeven dat PES handig is + Mensen blijven het niet doen - Komt nog wel* Bespreken op teamoverleg*
2.3	Verpleegplan	▪ Op dit moment zie ik geen nadelen ▪ Je hebt het zwart op wit ▪ Je weet aan welke doelen je moet werken ▪ Het geeft toch altijd voldoening als je een doel haalt	Geen nadelen + Zwart op wit * Weet de doelen+ Geeft voldoening om een doel te halen +

		▪ Je hebt in ieder geval helder waar je nu eigenlijk mee bezig bent	Helder waar je mee bezig bent +
2.4	Verschil kort/lang afgestudeerd	▪ Mensen die ouder zijn bellen om alles de arts terwijl ik denk je mag ook wel iets zelf bepalen na zo'n hele opleiding ▪ De PES snappen ze ook helemaal niet, ze snappen ook niet echt het nut ervan want je krijgt toch alle orders van de arts	Langer afgestudeerden bellen om alles de arts - Langer afgestudeerden snappen nut van de PES niet -
2.5	Verpleegdoelen	▪ Beetje onhandig ▪ Er is geen doel om naar toe te werken ▪ Ik denk dat het belangrijk is om na te denken wat je met een patiënt wil bereiken	Geen doelen stellen beetje onhandig – Geen doel om naar toe te werken – Belangrijk om na te denken wat je wil bereiken met een patiënt +
2.6	Houding in het team	▪ Ik heb me er een beetje bij neergelegd ▪ Het gaat denk ik al 100 jaar zo ▪ Veel verschillende specialisten dus is ook lastig om iedereen aan te spreken ▪ Je hebt toch een beetje het idee dat je tegen een muur praat ▪ Hun hebben zoiets van ik werk al 10 jaar zo en dat gaat best goed dus ik zie geen reden voor verbetering	Heb me er bij neergelegd – Gaat al 100 jaar zo – Lastig iedereen aan te spreken – Idee dat je tegen een muur praat – Zien geen reden voor verbetering -
2.7	Classificatie	▪ Wel handig ▪ Je kan veel dingen goed terugvinden ▪ Het is wel handig dat alles goed geordend staat ▪ Er worden minder snel dingen vergeten	Handig + Dingen zijn terug te vinden + Alles staat geordend + Minder snel dingen vergeten +
2.8	Rapportage	▪ Heel goed ▪ Ik heb liever dat mensen lang uitschrijven ▪ Koppeling PES en rapportage zou mooi zijn dan weet je of je aan je doelen werkt	Heel goed + Liever lang uitschrijven * Koppeling PES en rapportage mooi +

		- Op zich wordt er wel goed gerapporteerd - Ik kan me er aan ergeren als iemand bijvoorbeeld bij 3 alleen gb opschrijft	Goede rapportage + Gb rapporteren is ergerlijk –
2.9	Verpleegdoel	- Een behandeldoel. Of dat van de arts of verpleegkundige is maakt niet uit - de arts bepaald of iemand met ontslag gaat of niet, dus in die zin vind ik het heel belangrijk dat de arts een duidelijk doel heeft - je moet ook nog kijken naar meer de patiënt zelf zegmaar, hoe hij zich voelt - Maar je moet natuurlijk zorgen dat mensen zich ook goed voelen - als verpleegkundige kun je daar aan werken, als je als doel stelt om het te voorkomen	Maakt niet uit of behandeldoel van arts of verpleegkundige is* Arts moet duidelijk doel hebben want die bepaald* Kijken hoe patiënt zich voelt* Zorgen dat mensen zich goed voelen* Doel stellen om te voorkomen*
2.10	Rapportage	- We zijn een beetje stapsgewijs aan het overgaan naar elektronisch (...) dat werkt soms een beetje lastig - Anamnese en de controles schrijven we dus ook nog in de map (...) dus dat is nu nog een beetje dubbel werk - Op zich vind ik Gorden wel fijn - Ik heb liever dat mensen dan teveel opschrijven dan te weinig - Het is natuurlijk nooit fout om uitgebreid te rapporteren	Overstap EPD soms lastig – Overgang EPD dubbel werk – Gorden op zich fijn + liever te veel dan te weinig rapportage * Uitgebreide rapportage nooit fout *
2.11	Scholing omtrent verpleegplan	- Weet er eigenlijk niet meer zoveel vanaf - Toen vond ik dat best wel interessant - Of ik dat nu ook echt nog gebruik weet ik niet - Op zich was het wel handig - Ik weet nou niet precies wat ik er uit mee heb genomen - Dat doel en de evaluatie probeer ik wel altijd mee te nemen	Weet er niet meer zoveel van – Best interessant + Weet niet of ik het nog gebruik * Handig + Doel en evaluatie probeer ik mee te nemen *

2.12	Tijdsdruk en het verpleegplan	▪ Papieren versie is tijdrovend ▪ Vraag me af of dat meer tijd kost dan het oplevert want denk dat het best wel wat tijd oplevert ▪ Als je het standaard meeneemt en veel oefent hoeft het volgens mij niet zoveel werk te zijn	Papieren verpleegplan tijdrovend – Misschien levert het tijd op * Standaard verpleegplan hoeft niet veel werk te zijn *
------	-------------------------------	---	--

Bijlage 6 Overzichtstabel

PES	2.1	Voegt wat toe + PES zonder vervolgstappen kan net zo goed weggelaten worden – PES en arts afspraken is dubbel schrijfwerk – Op zich wel handig + Verpleegkundige let op andere dingen dan arts* Goed om mee te werken + Niet op zichzelf gebruiken maar met vervolgstappen*
Houding binnen het team	2.2 2.6 5.11	Laat het maar doen – Zonde van de tijd – Aangeven dat PES handig is + Mensen blijven het niet doen - Komt nog wel* Bespreken op teamoverleg* Heb me er bij neergelegd – Gaat al 100 jaar zo – Lastig iedereen aan te spreken – Idee dat je tegen een muur praat – Zien geen reden voor verbetering – Moet wel erg heftig zijn om het bespreekbaar te maken – Meerwaarde om te bespreken +
Verpleegplan	1.3 2.3	Mensen liggen zo kort dat we niet met verpleegplan werken* Maakt zorg concreet door doelen + Maakt overzichtelijk + Gaat in korte stapjes denken * Geen nadelen + Zwart op wit *

	3.4	Weet de doelen+ Geeft voldoening om een doel te halen + Helder waar je mee bezig bent + Oorzaken, interventies en doelen staan in sjabloon* Goede manier + Past niet bij hoe wij werken – Dagopname niet te vergelijken met langdurige opname*
	3.6	Zorg coördinator maakt verpleegplan* Meer een 'moetje' dan nuttig – Bijzaak – Niet echt voordelen – Patiënten komen vaak, zonder verpleegplan is ook duidelijk wat er speelt –
	5.5	Heel simpel + Zo werken wij niet * Vlot naar huis, ga niet hele plannen schrijven –
verschil kort/lang afgestudeerd	2.4	Langer afgestudeerden bellen om alles de arts - Langer afgestudeerden snappen nut van de PES niet –
	3.7	Geen verschil*
	4.8	Minder open voor verandering – Eigen manier is alleen goed – Verpleegplan zit er wel in +
	5.3	Pas afgestudeerden zijn erg volgens de regeltjes* Je wordt steeds lakser*
verpleegdoelen	2.5	Geen doelen stellen beetje onhandig – Geen doel om naar toe te werken – Belangrijk om na te denken wat je wil bereiken met een patiënt +

	2.9	Maakt niet uit of behandeldoel van arts of verpleegkundige is*
		Arts moet duidelijk doel hebben want die bepaald*
		Kijken hoe patiënt zich voelt*
		Zorgen dat mensen zich goed voelen*
		Doel stellen om te voorkomen*
	3.5	Lange termijn doelen belangrijk+
		Weten waar je gezamenlijk naartoe wil werken
Classificatie	2.7	Handig +
		Dingen zijn terug te vinden +
		Alles staat geordend +
	4.2	Minder snel dingen vergeten +
		Gorden is fijn +
		Hebt handvaten +
		Nadenken: heb ik alles +
		Stapsgewijs is prettig +
	5.2	Met thema's van Gorden goed in kaart +
		Ben er aan gewend +
		Handig, je hebt volledig beeld bij goed invullen +
		Werd slecht ingevuld –
		Niet voldoende navraag –
		Meer prioriteit
		Bij drukte geen tijd –
Rapportage	1.7	Elektronisch*
		Schrijven op wat we zien*
		Ieder op eigen manier*
		Meer steekwoorden*
		1 verhaaltje per shift*

		Eigen verleende zorg maakt wat je opschrijft *
		Relevant +
		Rapporteer op de kamer*
	2.8	Heel goed +
		Liever lang uitschrijven *
		Koppeling PES en rapportage mooi +
		Goede rapportage +
		Gb rapporteren is ergerlijk –
	2.10	Overstap EPD soms lastig –
		Overgang EPD dubbel werk –
		Gorden op zich fijn +
		Liever te veel dan te weinig rapportage *
		Uitgebreide rapportage nooit fout *
	3.8	Puntenlijstje voor mezelf*
		Hoe de patiënt zegt dat het gaat*
		Soms best uitgebreid*
		In deze tijd belangrijk dat je opschrijft wat je doet en waarom*
		Gaat nu goed +
		Aandacht patiënt belangrijker dan administratie –
	4.3	Geen bijzonderheden is niet schrijven*
		Niet schrijven om te schrijven*
		Schrijven duurt langer dan typen –
	4.13	Over het algemeen relevant +
		Fijn als er wat meer staat +
	5.8	Handig +
		Ben je gewend +

		Lastig om specifiek terug te zoeken – Zorgpaden zijn ons ding + Soms onvolledig – Niet echt wijs uit kunnen – Persoonsgebonden hoeveel prioriteit rapportage heeft* Ga na bij collega's of het duidelijk is * Goed beeld is belangrijk* Bij drukte lastig – Kort en bondig is handig +
Scholing omtrent verpleegplan	1.2 2.11 3.3 4.4	Weet ik niet zoveel meer van – Weet er niet meer zoveel van – Best interessant + Weet niet of ik het nog gebruik * Handig + Doel en evaluatie probeer ik mee te nemen * Weet niet meer goed – Was gestructureerd+ Zie je niet op die manier * Leerzaam + Verdieping in patiënt + Je hebt er wat aan+ Interessant + Werkt niet in ziekenhuis – Stappen maak je in je hoofd, niet op papier zetten*
Tijdsdruk en het verpleegplan	2.12	Papieren verpleegplan tijdrovend – Misschien levert het tijd op * Standaard verpleegplan hoeft niet veel werk te zijn *

		Niet echt meerwaarde – Mappen raken overvol –
Klinisch redeneren	1.4 1.6 4.7	Verpleegkundig heeft waardevolle betekenis hierin + Worden opgeleid om verbindingen te leggen* Voorzichtig zijn met invullen, arts laatste woord* Ervoor zorgen dat je gegevens aandraagt, verbanden legt waardoor iets aannemelijk wordt* Stukje gezond verstand* De ervaring dat het eigen invulling is - Arts vraagt hoever je staat* Belangrijk om mening te geven over behandeling + Eigen inbreng in beleid is fijn + Doel is patiënt snel naar huis – Patiënt heeft inbreng in eigen proces +
Doel interventie evaluatie	4.6	Medische interventie s goed + Interventies worden voorgeschoteld in protocol* Uitvoering ligt aan beschrijving van collega – Wordt wel naar gekeken, niet opgeschreven*
Wat moet in elk verpleegdossier staan	4.10	Ik mis vaak hoe iemand zich voelt – Geen hulp nodig betekend niet dat de patiënt er niet over wil praten*
Verpleegplan school versus werk	1.8 4.11	Verpleegplan nuttig op algemene afdeling + Voordeel dat ik er niet mee werk + Niet vastgelegd in verpleegplan, wel in protocollen* Verpleegplan heeft voordelen maar mensen bij ons liggen te kort om het te gebruiken* Veel moeite voor relatief weinig resultaat – Verpleegplan draagt bij aan eenduidigheid + Werk is beter –

	5.7	Zoals geleerd op school is het een moeten – Zo uitgebreid als op school kost te veel tijd – Vind ik op zich goed + Bij hoge doorstroom voldoen zorgpaden* Specifieke doelen ben ik niet op tegen + Hoeft niet op papier, kan ook in je hoofd* Niet heel veel meerwaarde om vast te leggen – Wekt misschien wel overzicht +
	5.10	Alleen bij patiënten die langer liggen, anders onzinnig* Bij complexe patiënten is doelgericht werken een meerwaarde + Zorgpaden zijn niet specifiek * Meerwaarde voor kwaliteit van zorg + Is wel beter maar niet inpasbaar in de tijd* Zit er niet in omdat we het nooit doen –
Continuïteit van zorg	4.12	Goed + Merk uit evaluaties dat eenduidigheid goed is +
Anamnese	5.1	Handig + Beeld bij de patiënt + Lastiger als patiënt via SEH komt – Met geplande opnames goed geregeld +
Doelgericht werken	5.9	Lastig – Communicatie niet optimaal – Zelf groot aandeel in* Moet als verpleegkundige veel sturing geven*
Verpleegbeleid	1.1	Verzin je zelf* Op vraag en aanbod van moeder en kind* Per pathologie een beleid* Prettig omdat je goed kunt anticiperen op wensen patiënt +

Anamnese volgens Gorden	3.1	Duidelijke methode + Sluit niet volledig aan bij doelgroep – Ieder onderwerp komt aan bod + Patroon seksualiteit wordt vaak overgeslagen – Met Gorden meer bestaande problemen oplossen, preventie is belangrijker bij ons* Nuttig + Veel info over patiënt +
----------------------------	-----	--

Bijlage 7 Hiërarchische tabel

Thema	Positief label	Negatief label	Neutraal label
PES	- Voegt wat toe (1) - Op zich wel handig (1) - Goed om mee te werken (1)	- PES zonder vervolgstappen kan net zo goed weggelaten worden (1) - PES en arts afspraken is dubbel schrijfwerk (1)	- Verpleegkundige let op andere dingen dan arts (1) - Niet op zichzelf gebruiken maar met vervolgstappen (1)
Houding binnen het team	- Aangeven dat PES handig is (1) - Meerwaarde om te bespreken (1)	- Mensen blijven het niet doen (1) - Laat het maar doen (1) - Zonde van de tijd (1) - Heb me er bij neergelegd (1) - Gaat al 100 jaar zo (1) - Lastig iedereen aan te spreken (1) - Idee dat je tegen een muur praat (1) - Zien geen reden voor verbetering (1) - Moet wel erg heftig zijn om het bespreekbaar te maken (1)	- Komt nog wel (1) - Bespreken op teamoverleg (1)
Verpleegplan	- Maakt zorg concreet door doelen (2) - Maakt overzichtelijk (1) - Geen nadelen (1) - Geeft voldoening om een doel te halen (1) - Helder waar je mee bezig bent (1) - Goede manier (1) - Heel simpel (1)	- Mensen liggen zo kort dat we niet met verpleegplan werken (2) - Past niet bij hoe wij werken (2) - Meer een 'moetje' dan nuttig (1) - Bijzaak (1) - Niet echt voordelen (1) - Patiënten komen vaak, zonder verpleegplan is ook duidelijk wat er speelt (1)	- Gaat in korte stapjes denken (1) - Zwart op wit (1) - Oorzaken, interventies en doelen staan in sjabloon (1) - Dagopname niet te vergelijken met langdurige opname (1) - Zorg coördinator maakt verpleegplan (1)
Verschil kort/lang afgestudeerd	- Verpleegplan zit er wel in (1)	- Langer afgestudeerden	- Geen verschil (1)

		bellen om alles de arts (1) - Langer afgestudeerden snappen nut van de PES niet (1) - Minder open voor verandering (1) - Eigen manier is alleen goed (1)	
Verpleegdoelen	- Belangrijk om na te denken wat je (gezamenlijk) wil bereiken met een patiënt (2) - Lange termijn doelen belangrijk (1)	- Geen doelen stellen beetje onhandig (1) - Geen doel om naar toe te werken (1)	- Maakt niet uit of behandelgoal van arts of verpleegkundige is (1) - Arts moet duidelijk doel hebben want die bepaald (1) - Kijken hoe patiënt zich voelt (1) - Zorgen dat mensen zich goed voelen (1) - Doel stellen om te voorkomen (1)
Classificatie	- Handig (2) - Minder snel dingen vergeten (2) - Alles staat geordend (2) - Gorden is fijn (1) - Hebt handvaten (1) - Stapsgewijs is prettig (1) - Met thema's van Gorden goed in kaart (1) - Ben er aan gewend (1) - Je hebt volledig beeld bij goed invullen (1)	- Werd slecht ingevuld (1) - Niet voldoende navraag (1) - Meer prioriteit - Bij drukte geen tijd (1)	
Rapportage	- (Heel) goed (3) - (Over het algemeen) Relevant (2) - Koppeling PES en rapportage mooi (1) - Gorden op zich fijn (1) - Handig (1)	- Gb rapporteren is ergerlijk (1) - Overstap EPD soms lastig (1) - Overgang EPD dubbel werk (1) - Aandacht patiënt belangrijker dan administratie (1)	- Liever lang uitschrijven (4) - Rapporteer op de kamer (2) - Niet schrijven om te schrijven (2) - Elektronisch (1) - Schrijven op wat we zien (1) - Ieder op eigen manier (1)

	- Ben je gewend (1) - Zorgpaden zijn ons ding (1) - Kort en bondig is handig (1)	- Schrijven duurt langer dan typen (1) - Lastig om specifiek terug te zoeken (1) - Soms onvolledig - Niet echt wijs uit kunnen (1) - Bij drukte lastig (1)	- Meer steekwoorden (1) - 1 verhaaltje per shift (1) - Eigen verleende zorg maakt wat je opschrijft (1) - Puntenlijstje voor mezelf (1) - Hoe de patiënt zegt dat het gaat (1) - Soms best uitgebreid (1) - In deze tijd belangrijk dat je opschrijft wat je doet en waarom (1) - Persoonsgebonden hoeveel prioriteit rapportage heeft (1) - Ga na bij collega's of het duidelijk is (1) - Goed beeld is belangrijk (1)
Scholing omtrent verpleegplan	- (Best) interessant (2) - Handig (1) - Was gestructureerd (1) - Leerzaam(1) - Verdieping in patiënt (1) - Je hebt er wat aan (1)	- Weet ik niet zoveel meer van (3)	- Stappen maak je in je hoofd, niet op papier zetten (3) - Weet niet of ik het nog gebruik (1) - Doel en evaluatie probeer ik mee te nemen (1) - Zie je niet op die manier (1) - Werkt niet in ziekenhuis (1)
Tijdsdruk	- Patiënt merkt niet dat dossier niet op orde is (1) - Rustiger om bij patiënt te rapporteren (1)	- Papieren verpleegplan tijdrovend (1) - Lastig om dossier los te laten (1)	- Eerst patiënt dan dossier (2) - Misschien levert het tijd op (1) - Standaard verpleegplan hoeft niet veel werk te zijn (1) - Punten zitten in je hoofd (1)
Interventies	- Staat beschreven in zorgpad (1)		- Is een protocol voor (1) - Dan weet je wat je in het activiteitenplan moet zetten (1)
Verpleegkundige diagnose	- Je denk er over na (1)	- Mis het niet (1) - Oorzaak wordt vaak vergeten in ziekenhuis (1) - Dingen kunnen makkelijker opgelost (1)	- Diagnose stel je niet, dat is meer in je hoofd (4) - Niet beschrijven zoals op school (2) - Zit in programma Diamant (1)

		- Lastig vanwege korte ligduur (1) - Bron van probleem wordt vaak vergeten (1) - Niet echt meerwaarde (1) - Mappen raken overvol (1)	- Verschil medisch/verpleegkundig is moeilijk (1) - Voorgekauwd in protocollen (1) - Gebruiken wij eigenlijk nooit (1) - Diagnose wordt mondeling besproken (1) - Oorzaak niet benoemen komt door tijdsgebrek (1)
Klinisch redeneren	- Verpleegkundig heeft waardevolle betekenis hierin (1) - Belangrijk om mening te geven over behandeling (1) - Eigen inbreng in beleid is fijn (1) - Patiënt heeft inbreng in eigen proces (1)	- De ervaring dat het eigen invulling is (1) - Doel is patiënt snel naar huis (1)	- Worden opgeleid om verbindingen te leggen (1) - Voorzichtig zijn met invullen, arts laatste woord (1) - Ervoor zorgen dat je gegevens aandraagt, verbanden legt waardoor iets aannemelijk wordt (1) - Stukje gezond verstand (1) - Arts vraagt hoever je staat (1)
Doel interventie evaluatie	- Medische interventie s goed (1)	- Uitvoering ligt aan beschrijving van collega (1)	- Interventies worden voorgeschoteld in protocol (1) - Wordt wel naar gekeken, niet opgeschreven (1)
Wat moet in elk verpleegdossier staan		- Ik mis vaak hoe iemand zich voelt (1)	- Geen hulp nodig betekend niet dat de patiënt er niet over wil praten (1)
Verpleegplan school versus werk	- Verpleegplan nuttig op algemene afdeling (1) - Voordeel dat ik er niet mee werk (1) - Verpleegplan draagt bij aan eenduidigheid (1) - Vind ik op zich goed (1)	- Veel moeite voor relatief weinig resultaat - Werk is beter (1) - Zoals geleerd op school is het een moeten (1) - Zo uitgebreid als op school kost te veel tijd (1) - Niet heel veel meerwaarde om vast te leggen (1)	- Niet vastgelegd in verpleegplan, wel in protocollen (1) - Verpleegplan heeft voordelen maar mensen bij ons liggen te kort om het te gebruiken (1) - Bij hoge doorstroom voldoen zorgpaden (1) - Hoeft niet op papier, kan ook in je hoofd (1) - Alleen bij patiënten die langer liggen, anders onzinnig (1)

	- Specifieke doelen ben ik niet op tegen (1) - Wekt misschien wel overzicht (1) - Bij complexe patiënten is doelgericht werken een meerwaarde (1) - Meerwaarde voor kwaliteit van zorg (1)	- Zit er niet in omdat we het nooit doen (1)	- Zorgpaden zijn niet specifiek (1) - Is wel beter maar niet inpasbaar in de tijd (1)
Continuïteit van zorg	- Goed (1) - Merk uit evaluaties dat eenduidigheid goed is (1)		
Anamnese	- Handig (1) - Beeld bij de patiënt (1) - Met geplande opnames goed geregeld (1)	- Lastiger als patiënt via SEH komt (1)	
Doelgericht werken		- Lastig (1) - Communicatie niet optimaal (1)	- Zelf groot aandeel in (1) - Moet als verpleegkundige veel sturing geven (1)
Verpleegbeleid	- Prettig omdat je goed kunt anticiperen op wensen patiënt(1)		- Verzin je zelf (1) - Op vraag en aanbod van moeder en kind (1) - Per pathologie een beleid (1)
Anamnese volgens Gorden	- Duidelijke methode (1) - Ieder onderwerp komt aan bod (1) - Nuttig (1) - Veel info over patiënt (1)	- Sluit niet volledig aan bij doelgroep (1) - Patroon seksualiteit wordt vaak overgeslagen (1)	- Met Gorden meer bestaande problemen oplossen, preventie is belangrijker bij ons (1)

Bijlage 8 Mindmap

