



COMPLEXITEIT RONDOM KLINISCH REDENEREN

*Onderzoek naar de verbetering van de kwaliteit
rondom het klinisch redeneren*

Voorletters & achternaam: MGP (Maud) de Bruijni
Afstudeercoach: Pieter Eijgenraam
Werkbegeleider: Pieter Timmermans

Studentnummer: 0909998
Opleiding: HBO-V deeltijd
Werkgever: Stichting Pergamijn

Samenvatting

Inleiding Mensen met ernstige meervoudige beperkingen communiceren veelal via lichaamstaal waardoor de zorgprofessionals behoeften en signalen moeten kunnen opmerken, begrijpen en vertalen. Deze afhankelijkheid maakt deze doelgroep kwetsbaar en de signaalfunctie van professionals des te belangrijker. Klinisch redeneren is de vaardigheid om eigen observaties en interpretaties te koppelen aan medische kennis. De verpleegkundige overdracht is een moment met veel risico's wat betreft de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. De informatie waarop de medische dienst van Pergamijn hun handelen wil baseren, wordt momenteel niet op de juiste wijze en onvolledig aangeleverd door de zorgprofessionals van de woongroepen.

Vraagstelling "Op welke wijze kan de kwaliteit van het klinisch redeneren bij zorgprofessionals verbeterd worden, zodat er een betere overdracht mogelijk is naar de medische dienst van Pergamijn?"

Onderzoeksmethoden Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is literatuurstudie verricht en hebben we, aan de hand van een topiclijst, zowel kwantitatieve als kwalitatieve data verzameld. Een door ons ontwikkelde vragenlijst is ingevuld door 96% van de betrokken zorgprofessionals van gebouw 6. Daarnaast hebben er twee semi-gestructureerde interviews plaatsgevonden met verpleegkundigen van de medische dienst.

Resultaten De ervaringsjaren van de respondenten zijn heel divers, waarbij het overgrote deel agogisch geschoold is. Men voelt zich bekwaam in het koppelen van eigen observaties en interpretaties aan eigen medische kennis, maar is wel van mening dat de kwaliteit hiervan verbeterd kan worden. De signaalfunctie ten aanzien van de gezondheid en het welzijn van de cliënt wordt als belangrijk geacht. Wanneer medewerkers al jaren op eenzelfde groep werken en de cliënten goed kennen, kunnen ze vaak goed verwoorden wat er aan de hand is. Dit komt het beoordelen en selecteren van de urgentie van de hulpvraag, ook wel triage, ten goede.

Conclusie Het antwoord van de centrale vraagstelling zal voornamelijk gericht zijn op het aanbieden van basiskennis en –vaardigheden. Het is namelijk de vraag in hoeverre we kunnen en mogen verwachten van agogisch geschoolden dat ze kunnen klinisch redeneren. Wel worden er tools aangeboden (waaronder het gebruik van een methode en zakkaartje) waardoor de woongroepen een beter beeld krijgen wat er aan informatie nodig is voor de medische dienst om hun triage op te baseren.

Advies Op basis van de conclusie zijn er aanbevelingen opgesteld voor Pergamijn. Er wordt geadviseerd om een methode te gebruiken om vitaal bedreigde cliënten in een vroeg stadium op te sporen. Daarnaast wordt er geadviseerd om alle woongroepen te faciliteren in de noodzakelijke hulpmiddelen om bovenstaande te kunnen signaleren. Verder is het raadzaam de benodigde scholing te richten op onder andere de vitale (en afwijkende) waarden. Hierin wordt een proactieve en oplossingsgerichte houding verwacht van de zorgprofessionals; de medische dienst is immers afhankelijk van de informatie die ze vanuit de woongroepen krijgen. Gezien het toekomstperspectief van de sector wordt de organisatie ten slotte geadviseerd om personeelsbeleid uit te zetten omtrent dit onderwerp en eventueel een adviesraad op te zetten.

Voorwoord

Dit adviesrapport is het sluitstuk van een praktijkonderzoek binnen Pergamijn met betrekking tot klinisch redeneren, geschreven door Maud de Bruijini. Dit document is geschreven als afstudeeronderzoek voor de opleiding Verpleegkunde aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Gedurende het traject heb ik mij bezig gehouden met de kwaliteit van het klinisch redeneren. Meer specifiek was de vraag op welke wijze de kwaliteit van het klinisch redeneren bij zorgprofessionals verbeterd kon worden.

Dit afstudeertraject heb ik als zeer leerzaam en innovatief ervaren. Wel vond ik het een uitdaging om, gezien het korte tijdsbestek, voldoende respondenten te vinden voor zowel het kwantitatieve als kwalitatieve deel van het onderzoek.

Graag wil ik van de mogelijkheid gebruik maken om enkele personen te bedanken voor hun bijdrage, steun en begeleiding bij dit afstudeeronderzoek. Allereerst wil ik mijn collega's Pieter Timmermans (tevens werkbegeleider) en Janine Stultiens bedanken voor de begeleiding en het vertrouwen gedurende dit traject. Daarnaast wil ik mijn thesiskringbegeleider Pieter Eijgenraam bedanken voor het meedenken en de ondersteuning tijdens het gehele proces.

Ik wens u veel leesplezier.

Maud de Bruijini

Nieuwstadt, 5 december 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	7
Aanleiding/achtergrond	7
Probleemstelling	7
Doel- en vraagstelling	8
Leeswijzer	8
1. Theoretisch kader	9
1.1 Zorgprofessional	9
1.2 Complexiteit doelgroep	9
1.3 Klinisch redeneren & triage	9
1.4 CanMEDS & leren klinisch redeneren	10
2. Onderzoeksmethoden	11
2.1 Onderzoeksbenadering	11
2.2 Dataverzameling	11
2.3 Setting & Participanten	12
2.3.1 Setting	12
2.3.2 Onderzoekspopulatie	12
2.4 Data-analyse	13
2.5 Ethische overwegingen	13
3. Resultaten	14
3.1 Kwantitatieve bevindingen	14
3.1.1 Achtergrond respondenten	14
3.1.2 Opleiding, kennis & bekwaamheid	14
3.1.3 Signaalfunctie	15
3.1.4 Belang, noodzaak & kwaliteit klinisch redeneren	15

3.1.5 Scholing	15
3.2 Kwalitatieve bevindingen; Interviews.....	16
3.2.1 Overdracht.....	16
3.2.2 Klinisch redeneren.....	16
3.2.3 Rol zorgverlener	17
3.2.4 Scholing	17
3.3 Kwalitatieve bevindingen; Informeel gesprek & Contact ExpertCollege	18
4. Conclusie & Discussie	19
4.1 Conclusie	19
4.2 Discussie	20
5. Advies & Inbedding.....	22
5.1 Methode vitale waarden & overdracht	22
5.2 Faciliteren in benodigde hulpmiddelen	22
5.3 Best practice & scholing.....	23
5.4 Toekomstperspectief & opzetten adviesraad.....	23
Literatuurlijst.....	24
Bijlage 1: Essentie van de zes-stappen-methodiek.....	28
Bijlage 2: Zoekstrategie literatuuronderzoek.....	29
Bijlage 3: Topiclijst.....	30
Bijlage 4: Beslisboom WMO Plichtigheid	31
Bijlage 5: Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit	32
Bijlage 6: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens	33
Bijlage 7: Vragenlijst	34
Bijlage 8: Antwoorden vragenlijst in cirkel- en staafdiagrammen	37
Bijlage 9: Zakkaartje EWS- en SBAR-methodiek.....	41
Bijlage 10: Ondertekend Beoordelingsformulier Fase 1	42
Bijlage 11: Adviesbeoordeling Praktijkleren	43
Bijlage 12: Beoordelingsformulier Schriftelijk Product Fase 2 Praktijk.....	44

Inleiding

Aanleiding/achtergrond

Pergamijn is een organisatie die gericht is op de ondersteuning en begeleiding van mensen met een beperking (Pergamijn, 2011b). Tijdens kantooruren kunnen de woningen contact opnemen met de verpleegkundigen van de medische dienst voor medische zaken omtrent de cliënten. Stichting breed werkt de medische dienst vanuit drie locaties, echter voor dit onderzoek wordt uit gegaan van de medische dienst in het centrale hoofdgebouw van het instellingsterrein. Vanuit de medische dienst kan dan bijvoorbeeld telefonisch advies worden gegeven of een afspraak worden ingepland bij het spreekuur van de arts. Buiten kantooruren is er een hoofdwacht (verpleegkundige) aanwezig op het terrein, waarbij er altijd een arts oproepbaar is voor eventuele spoedgevallen.

Ongeveer twee miljoen mensen in Nederland hebben een beperking. Daarvan krijgen ongeveer 130.00 mensen elke dag intensieve zorg uit de Wet Langdurige Zorg (Rijksoverheid, 2018; Schipper, 2014). Mensen met ernstige meervoudige beperkingen communiceren veelal via lichaamstaal waardoor de zorgprofessionals behoeften en signalen moeten kunnen opmerken, begrijpen en vertalen. Deze afhankelijkheid maakt deze doelgroep kwetsbaar en de signaalfunctie van professionals des te belangrijker. Klinisch redeneren is de vaardigheid om eigen observaties en interpretaties te koppelen aan medische kennis (Nursing, 2018). Een verpleegkundige in de gehandicaptenzorg heeft een coachende en signalerende rol, zowel ten aanzien van de cliënten, familie als de mede zorgprofessionals (V&VN, 2016).

Probleemstelling

Ten opzichte van een aantal jaren geleden ervaren verpleegkundigen en verzorgenden al minder knelpunten bij de verpleegkundige overdracht, echter verdient dit onderwerp nog altijd de nodige aandacht (Van der Molen, 2017). Het is een moment met veel risico's wat betreft de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Zowel nationaal alsook internationaal wordt er veel onderzoek gedaan naar verbetering van de overdracht en de communicatie tussen verpleegkundigen en verzorgenden (Vermeer, 2013).

Uit onderzoek blijkt dat het grootste deel van de medewerkers in de gehandicaptenzorg een agogische opleiding (48,3%) heeft tegenover 18,2% basisverpleegkundigen en 12,2% verzorgenden en/of helpenden (VGN, 2016).

Er is hierbij sprake van een overlap tussen de kennis, kunde en taken van de verpleegkundige en anderen, zoals zorgprofessionals met het diploma Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) of Medewerker Maatschappelijke Zorg (MMZ) (V&V, 2012; V&VN, 2016). De informatie waarop de medische dienst van Pergamijn hun handelen wil baseren, wordt momenteel niet op de juiste wijze en onvolledig aangeleverd door de zorgprofessionals van de woongroepen. Dit vormt dan ook het speerpunt van dit onderzoek.

Doel- en vraagstelling

De gehandicaptenzorg kent een scala aan cliëntgroepen waarvoor telkens een mix van kennis en kunde nodig is (Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg, 2017). ‘Groeien door kennisontwikkeling’ is één van de kernwaarden van Pergamijn (Pergamijn, 2011a). Momenteel krijgt de medische dienst onvoldoende bruikbare informatie vanuit de woongroepen aangeleverd voor het overwegen en inzetten van interventies & het bepalen van beleid. “Het gaat niet goed met dhr.” is voor de medische dienst niet voldoende om hun handelen op te baseren. Al met al komt dit de kwaliteit van zorg over het algemeen niet ten goede. Dit onderzoek richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van het klinisch redeneren bij de zorgprofessionals.

De onderzoeksvraag die centraal staat in dit onderzoek luidt:

“Op welke wijze kan de kwaliteit van het klinisch redeneren bij zorgprofessionals verbeterd worden, zodat er een betere overdracht mogelijk is naar de medische dienst van Pergamijn?”

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt het theoretisch kader van dit onderzoek weergegeven. Het tweede hoofdstuk gaat over de methodologie die gebruikt is voor dit onderzoek. Hoofdstuk 3 bevat de analyse van de resultaten, waarna in hoofdstuk 4 de conclusie gepresenteerd wordt. Ten slotte richt hoofdstuk 5 zich op een advies voor de praktijk.

1. Theoretisch kader

1.1 Zorgprofessional

Het begrip 'zorgprofessional' is erg breed. De betekenis hiervan kan worden vertaald naar iedereen die, op welke manier dan ook, een bijdrage levert aan het zorgproces. In dit onderzoek heeft het begrip 'zorgprofessional' betrekking op het zorgpersoneel van de woongroepen binnen de instelling.

1.2 Complexiteit doelgroep

Mensen met ernstige meervoudige beperkingen zijn vaak hun hele leven afhankelijk van zorg en ondersteuning. Ze hebben een verhoogd risico op gezondheidsproblemen zoals epilepsie, reflux, slikproblemen en longinfecties. Door het gebruik van medicijnen zijn er ook problemen die worden veroorzaakt door bijwerkingen (VGN, 2012). Conform het kwaliteitskader van deze sector is persoonsgerichte zorg een belangrijk speerpunt, waarbij het belangrijk is dat zorgprofessionals over belangrijke competenties beschikken (Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg, 2017; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2017).

1.3 Klinisch redeneren & triage

Het begrip klinisch redeneren is niet weg te denken in de zorgsector. In het nieuwe verpleegkundig beroepsprofiel V&V 2020 'Leren van de toekomst' wordt klinisch redeneren als volgt gedefinieerd: "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. Het continue cyclische proces van klinisch redeneren omvat risicoinschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring" (Van Straalen & Schuurmans, 2016; V&V, 2012b). De verpleegkundige beschikt over kennis van verschillende vakgebieden om te weten welke informatie nodig is en hoe deze te verkrijgen (Higgs, 2008; Van Straalen & De Bont, 2014; V&V, 2012a). De beperkte communicatiemogelijkheden van de cliënt maakt het observeren en communiceren met betrokken disciplines extra belangrijk.

Het beoordelen en selecteren van de urgentie van de hulpvraag wordt ook wel triage genoemd. De cliënt en zijn zorgvraag staan daarbij centraal. In Nederland zijn er verschillende triagesystemen die hiervoor gehanteerd kunnen worden, waaronder de NHG-TriageWijzer. De nieuwste herziening biedt ondersteuning bij het inschatten van eventuele spoedsituaties en het geven van zorgadviezen (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2019).

Om deze triage naar behoren te laten verlopen is een volledige en duidelijke overdracht vanuit de zorgprofessionals belangrijk. Onder andere door het grote aantal agogisch opgeleiden binnen de sector, is er behoefte aan meer verpleegkundige expertise (VGN, 2016). Dit blijkt ook uit een toekomstverkenning van de gehandicaptenzorg branche (Van der Windt & Bloemendaal, 2015). Er is nog geen onderzoek bekend naar de invloed van het hoge aantal agogisch opgeleiden in deze sector op de kwaliteit van het klinisch redeneren en de gevolgen hiervan voor de cliënt.

1.4 CanMEDS & leren klinisch redeneren

Voor het leren klinisch redeneren zijn de principes van het ervaringsleren van toepassing: leren door te doen en te ervaren (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2016). Voor de beschrijving van de competenties die je nodig hebt voor de verpleegkundige zorgverlening wordt gebruikgemaakt van de CanMEDS competentiegebieden. Zo vormt klinisch redeneren de kerncompetentie van je vakinhoudelijk handelen (rol van zorgverlener) als verpleegkundige (Lambregts, Grotendorst & Van Merwijk, 2016; Van Straalen & Schuurmans, 2016). Uit onderzoek blijkt dat deze kerncompetentie bij verpleegkundigen op heel uiteenlopende niveaus ontwikkeld kan zijn. Voor het proces van klinisch redeneren worden verschillende methodieken gebruikt, waarvan Pro-active Nursing van Marc Bakker er één is. Redeneren doen we allemaal en wordt als uiterst belangrijke vaardigheid gezien. De zes-stappen-methode is ontwikkeld om het (leren) redeneren op een gestructureerde manier te laten verlopen. Zie bijlage 1 voor de essentie van deze zes stappen (Bakker & Van Heycop ten Ham, 2016; Nursing, 2018).

2. Onderzoeksmethoden

2.1 Onderzoeksbenadering

Er is gekozen om kwantitatieve en kwalitatieve dataverzamelmethode te combineren voor dit onderzoek, ook wel triangulatie genoemd. Dergelijk Mixed Methods onderzoek vergroot de validiteit van het onderzoek (De Boer, 2016). Er zal gebruik worden gemaakt van explorerend/verkenkend onderzoek, waarbij samenhangen en verschillen geëxploreerd worden met als doel om tot een theorie te komen (Baarda, 2019).

2.2 Dataverzameling

In eerste instantie is er literatuuronderzoek gedaan om verdieping te krijgen in het onderwerp, waarvan in bijlage 2 de zoekstrategie terug te vinden is. Dit literatuuronderzoek geeft inzicht in de bestaande kennis en theorieën met betrekking tot het onderwerp (Baarda et al, 2018). Hiervoor zijn verschillende databases gebruikt waaronder PubMed, Springer Link en Google Scholar. Voor het onderzoek zal een door de onderzoeker geconstrueerde vragenlijst gebruikt worden die het perspectief van de deelnemers op de context in kaart brengt. Het gebruik van bestaande en gevalideerde vragenlijsten verdient de voorkeur, echter was rondom dit onderwerp geen bestaande vragenlijst beschikbaar. Het zelf ontwikkelen van een betrouwbare vragenlijst is een tijdrovende en ingewikkelde bezigheid. Deze vragenlijst is tot stand gekomen door met verschillende betrokken professionals, waaronder de medische dienst, om de tafel te gaan zitten en de onderwerpen met bijhorende topics bespreekbaar te maken. Aangezien de onderzoeker in dit geval vooral het gesprek wil over de praktijk, kan een zelf geconstrueerde vragenlijst juist een hulpmiddel zijn om deelnemers eerst individueel te laten reflecteren op bepaalde onderwerpen (Van Lieshout, Jacobs & Cardiff, 2017). Voor deze vragenlijst zal de 5-punts Likert schaal gebruikt worden. De Likert schaal is een schriftelijke methode om zodoende moeilijk te kwantificeren gegevens toch te kunnen ondervragen en te kunnen voorzien van een ordinaal meetniveau (Boone & Boone, 2012).

Vervolgens zal de onderzoeker tijdens een tweetal semi-gestructureerde interviews dieper ingaan op de opvattingen rondom betreffende onderwerpen. Voor dit soort interview is gekozen aangezien dit de ander structuur en ruimte biedt om ervaringen te delen.

Aan de hand van een verdiepende literatuurstudie is er, voorafgaand aan de interviews, een topiclijst opgesteld. Dit is een lijst met onderwerpen die in het onderzoek in principe ter sprake moeten komen. Voor het vaststellen van de topics is uit gegaan van de onderzoeksvraag. De topics betreffen: overdracht, klinisch redeneren, rol zorgverlener en scholing. Zie bijlage 3 voor de uitgewerkte topiclijst.

Naast deze interviews heeft er een informeel, ongestructureerd gesprek plaatsgevonden met een medestudent van de Zuyd Hogeschool, tevens werkzaam bij het team Werkplekleren van het MUMC. Ze houdt zich onder andere bezig met het ontwikkelen van werkplekgericht curricula en het vormgeven van lessen betreft klinisch redeneren.

Ten slotte is er mail- en telefonisch contact geweest met ExpertCollege, waar e-learningmodulen aangeboden worden voor de gehele zorgsector. Aanvankelijk zou er een semi-gestructureerd interview plaatsvinden met een projectmanager van ExpertCollege. Echter na enige uitleg over het onderwerp en de opzet van dit onderzoek, werd aangegeven dat ze op dit moment omtrent deze specifieke doelgroep nog volop in ontwikkeling zijn en er op dit moment waarschijnlijk geen duidelijke, eenduidige bijdrage kon worden geleverd. Om deze redenen zijn er, in plaats van het afnemen van een semi-gestructureerd interview, een aantal vragen via mail gesteld welke door diezelfde projectmanager zijn beantwoord. Deze vragen waren met name gericht op de manier waarop ExpertCollege onderwijsmateriaal ontwikkeld voor zorgprofessionals. Er worden namelijk videoscenari's ontwikkeld die specifiek gericht zijn op de gehandicaptenzorg; bedoeld voor mensen met weinig kennis van de anatomie en fysiologie.

2.3 Setting & Participanten

2.3.1 Setting

Voor de interviews is er gekozen voor een rustige setting waarbij aanwezigheid of interruptie van derden vermeden werd. De vragenlijst kon door de participanten ingevuld worden op een tijdstip en plek welke door hunzelf als geschikt en prettig ervaren werd.

2.3.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit de zorgprofessionals die gekoppeld zijn aan Windhoek 6 van Pergamijn in Echt. Om de onderzoekspopulatie af te bakenen zijn er inclusiecriteria en exclusiecriteria opgesteld, welke te zien zijn in figuur 1.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Zorgprofessionals van Pergamijn die actief betrokken zijn bij het zorgproces van de cliënten.	Medewerkers uit de flexpool en stagiaires van Pergamijn.

Figuur 1: in- en exclusiecriteria van de onderzoekspopulatie.

2.4 Data-analyse

De resultaten van het kwantitatieve deel van het onderzoek, de vragenlijst, zullen gepresenteerd worden in cijfers en aantallen. Om dit inzichtelijk te maken zal er gebruik gemaakt worden van grafieken in Google Formulier (Google, z.d.). Wat betreft de kwalitatieve analyse zullen de interviews in eerste instantie getranscribeerd worden. Voor het ordenen van de onderzoeksgegevens zal de gefundeerde theoriebenadering van Glaser & Strauss gebruikt worden (Baarda, 2019). Na het ordenen van de gegevens zal de relevantie ervan vastgesteld worden. Vervolgens volgt het coderen van de informatie. Hiermee wordt de inhoud van het materiaal getypeerd. Deze codes maken dat het materiaal enigszins overzichtelijk wordt, waardoor er beter mee te werken is (Baarda et al, 2018).

2.5 Ethische overwegingen

De beslisboom WMO plichtigheid is gebruikt bij de afweging of het onderzoeksprotocol gemeld dient te worden bij een Medisch Ethische ToetsingsCommissie, ook wel METC. In bijlage 4 is de doorlopen beslisboom zichtbaar gemaakt. Hieruit blijkt dat het in dit geval gaat om een niet-WMO plichting onderzoek en dus niet gemeld hoeft te worden bij een METC (Zuyd, 2019).

De relatie tussen de onderzoeker en participant is gebaseerd op gelijkwaardigheid. De participanten worden voorafgaand aan deelname aan het onderzoek op de hoogte gebracht over de verwachtingen, rechten en plichten. Daarbij is er aandacht voor de verklaring betreft Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit (zie bijlage 5) en de verklaring over de geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens (zie bijlage 6).

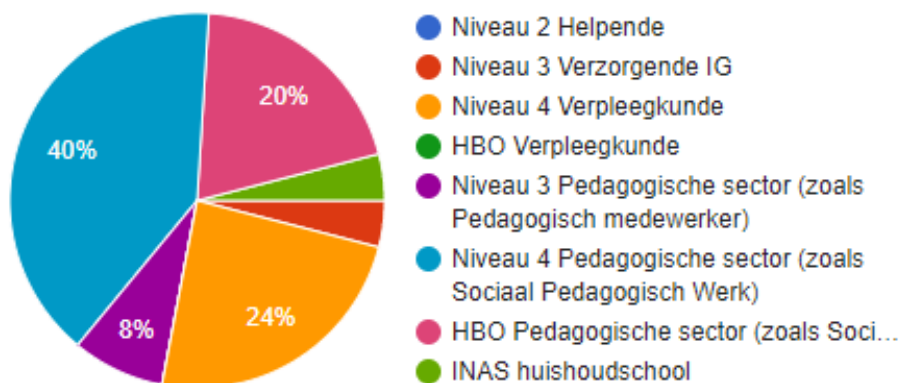
3. Resultaten

3.1 Kwantitatieve bevindingen

De opgestelde vragenlijst is door 25 van de 26 zorgprofessionals van gebouw 6 ingevuld, wat betekent dat er voor dit onderzoek sprake is van een respons rate van ruim 96%. Voor een uitwerking van de vragenlijst verwijs ik jullie naar bijlage 7.

3.1.1 Achtergrond respondenten

In eerste instantie is er gekeken naar de achtergrond van de respondenten: leeftijd, ervaringsjaren in de zorg en binnen Pergamijn & opleiding(sniveau) werden bevraagd. Hieruit blijkt dat het overgrote deel, namelijk 56% van de respondenten, tussen de 20 en 30 jaar oud is. De ervaringsjaren in de zorg en binnen Pergamijn zijn heel divers, uiteenlopend van minder dan 1 tot 33 jaar ervaring. In onderstaande cirkeldiagram is de verdeling van de verschillende opleidingsniveaus te zien, waaruit blijkt dat 68% van de respondentenagogisch geschoold is.



Figuur 2: opleidingsniveaus van de respondenten weergegeven in een cirkeldiagram, uitgedrukt in percentages.

3.1.2 Opleiding, kennis & bekwaamheid

Op de vraag of de respondent geschoold is en/of opleiding heeft gehad in het klinisch redeneren, antwoordt 56% met neutraal, oneens of helemaal oneens. Er zijn geen respondenten die aangeven géén kennis te hebben over de meest voorkomende ziektebeelden bij de doelgroep. Het grootste deel (64%) geeft aan zich bekwaam te voelen in het koppelen van eigen observaties en interpretaties aan eigen medische kennis (ofwel klinisch redeneren). Slechts 8% is het oneens met deze stelling.

3.1.3 Signaalfunctie

Alle respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld, vinden het belangrijk om de communicatie (onder andere via lichaamstaal) van de cliënten op te merken, te begrijpen en te vertalen. Daarnaast geeft 96% aan van mening te zijn een belangrijke signaalfunctie te hebben ten aanzien van de gezondheid en het welzijn van de cliënten. Slechts één persoon (4%) neemt hier een neutrale positie in aan.

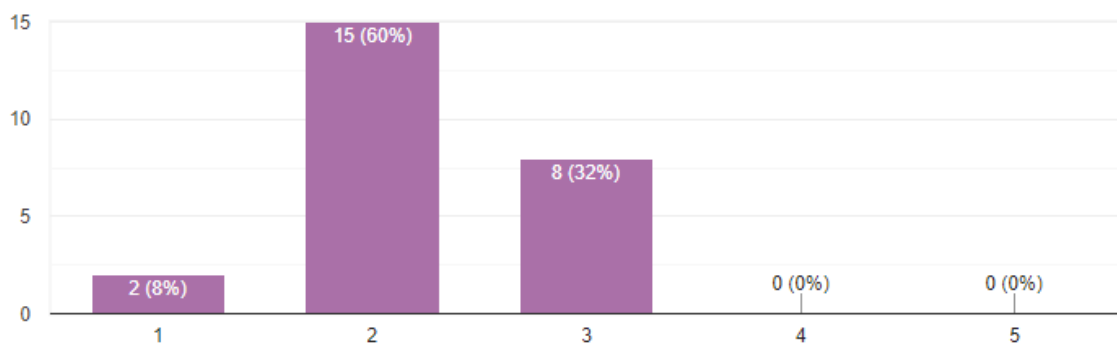
3.1.4 Belang, noodzaak & kwaliteit klinisch redeneren

100% van de respondenten is van mening dat klinisch redeneren noodzakelijk is voor de overdracht vanuit de woongroepen naar de medische dienst, waarbij 12% helemaal eens is en 88% eens. Op de vraag of de kwaliteit van het klinisch redeneren onder de betrokken zorgprofessionals verbeterd kan worden, verschillen de antwoorden van 'helemaal eens' tot 'neutraal'. Er is geen enkele respondent die hier 'oneens' of 'helemaal oneens' heeft ingevuld. 68% is het hiermee (helemaal) eens, 32% geeft aan hier neutraal over te zijn.

7. De kwaliteit van het klinisch redeneren onder de betrokken zorgprofessionals kan verbeterd worden.



25 antwoorden



Figuur 3: vraag betreft verbetering klinisch redeneren aan de hand van een Likert schaal, waarbij 1 = helemaal eens, 2 = eens, 3 = neutraal, 4 = oneens en 5 = helemaal oneens.

3.1.5 Scholing

Binnen de vragenlijst was er ook aandacht voor de manier van scholing die de respondenten aansprak. Daarbij geeft 72% aan dat een klinische les die gegeven wordt in het team, hen het meest aanspreekt. E-learning werd door 40% aangevinkt als geschikte/gewenste scholing.

Voor alle antwoorden op de vragen, verwerkt in cirkel- en staafdiagrammen, verwijst ik jullie naar bijlage 8.

3.2 Kwalitatieve bevindingen; Interviews

Bij de analyse van de interviewdata zijn de fragmenten gekoppeld aan in totaal zeven relevante codes, welke overeenkomen met de vooraf opgestelde topics (bijlage 3). De resultaten, gekoppeld aan deze codes, zullen hieronder apart van elkaar uitgewerkt worden.

3.2.1 Overdracht

Voor de verpleegkundige overdracht in de 24-uurs setting wordt er momenteel gebruik gemaakt van Pluriform zorg, het nieuwe zorgdossier. Dit wordt door de medische dienst ervaren als een grote verbetering. Aandacht voor goede rapportage is daarbij belangrijk. Daarnaast wordt er nog altijd veel mondeling overgedragen. De overdracht vanuit de woongroepen naar de medische dienst wordt als heel wisselend ervaren. Er komen bijvoorbeeld vragen binnen waarbij er vanuit de woning nog weinig tot geen vooronderzoek gedaan is. Doorvragen en luistervaardigheden zijn dan erg belangrijk voor de medische dienst. Echter komen er ook hele duidelijke vragen binnen waar de medische dienst dan direct op kan inspelen. Dit vergemakkelijkt de triage. De medische dienst geeft aan het verschil goed te merken wanneer collega's al lang binnen een bepaalde woongroep werken en dus de cliënten ook goed kennen.

3.2.2 Klinisch redeneren

Wanneer medewerkers al jaren op eenzelfde groep werken en de cliënten goed kennen, kunnen ze vaak heel goed verwoorden wat er aan de hand is en wat er gesignaleerd wordt. Naargelang mensen langer met de cliënten werken verloopt de triage beter. Dit los van de vooropleiding van deze medewerkers. Bij complexere medische vragen is het verschil in overdracht bij verpleegkundigen en niet-verpleegkundigen wel merkbaar voor de medische dienst. Een verpleegkundige van de medische dienst geeft het volgende aan tijdens het interview: "Gezien het grote aantal agogisch geschoolden, kán er niet verwacht worden dat klinisch redeneren noodzakelijk is voor de overdracht van woongroepen naar de medische dienst. Het is natuurlijk wel wenselijk dat er al vooronderzoek gedaan is, waardoor wij als medische dienst efficiënter kunnen beslissen wat er op dat moment nodig is". Er zijn bij deze complexe doelgroep, naast het medische stuk, meerdere zaken die van cruciaal belang zijn zoals het gedrag, de begeleiding, de omgang en de ondersteuning die op dat moment gegeven wordt. "Wel is de medische dienst afhankelijk van de informatie die ze van woongroepen krijgen, dus daarin wordt wel een actieve rol verwacht". Bovenstaande werd ook bevestigd tijdens het tweede interview met een verpleegkundige van de medische dienst. Woongroepen moeten goed kunnen verwoorden wat ze aantreffen en wat het probleem is. Vervolgens kan dan samen met de medische dienst gekeken worden naar een oplossing.

3.2.3 Rol zorgverlener

Volgens de medische dienst is het belangrijk dat woongroepen zich ervan bewust zijn dat ze de verwoorder van de cliënt zijn, aangezien de cliënt zich vaak zelf niet goed kan uiten. Het is van belang dat zorgprofessionals geprikkeld en gemotiveerd zijn om zich te verdiepen. “Wat kan ik doen en wat is mijn rol om het te verbeteren?”. Dit om zodoende de kwaliteit van zorg te verhogen en ernstige ongelukken te voorkomen. Het is belangrijk dat een zorgprofessional nauwkeurig rapporteert en afwijkingen in de vitale waarden signaleert. Gezien de kwetsbare doelgroep is de signaalfunctie van de medewerkers des te belangrijker. Wel merkt de medische dienst op dat de werkdruk op de woongroepen erg hoog is en een onvolledige overdracht dan ook niet geweten kan worden aan gemakzucht.

3.2.4 Scholing

Wat de medische dienst betreft gaat e-learning een grote verbetering zijn in de nabije toekomst. Hierbij worden er leersituaties vormgegeven met behulp van informatie- en communicatietechnologie. Zorgprofessionals kunnen dan modules volgen op een moment dat voor hunzelf goed uitkomt, dit zou dus ook in alle rust thuis kunnen zijn. Het is belangrijk dat zorgprofessionals geïnteresseerd zijn en oplossingsgericht denken. Hierover wordt tijdens een interview het volgende aangegeven: “Het is belangrijk dat iemand echt belangstelling heeft in de cliënt, met bijhorende beperkingen en gezondheidsproblemen. Dit begint vaak met kijken naar je eigen lichaam. Als je weet hoe alles functioneert, kun je ook makkelijker naar de ander kijken”.

Gezien het aantal agogisch geschoolden zullen de e-learning modules zich ook moeten richten op een bepaald basisniveau. Hierbij valt te denken aan het letten op uitscheidingsproducten, ademhaling, gelaatskleur, temperatuur, bloeddruk en hartslag. Medewerkers moeten kunnen signaleren als er iets ‘niet pluis’ is. Vanuit het signaleren gaat de woning dan samen met de medische dienst klinisch redeneren. Men kan wel weten hoe een tensie gemeten wordt, maar dan is er ook kennis nodig over wat de normaalwaarden zijn voor die cliënt en wanneer iets afwijkend is. Deze normaalwaarden voor een cliënt horen in het zorgdossier te worden vastgelegd, zodat deze er altijd bijgehaald kunnen worden wanneer nodig. Momenteel zijn de benodigde hulpmiddelen om de vitale waarden te meten, waaronder een bloeddrukmeter en saturatiemeter, niet op welke woning aanwezig.

3.3 Kwalitatieve bevindingen; Informeel gesprek & Contact ExpertCollege

Uit het informele, open gesprek met een medewerker van team Werkplekleren MUMC zijn een aantal aanvullingen gekomen op de reeds geanalyseerde data. Er werd aangegeven dat het belangrijk is om te beredeneren wat je ziet en de kritische vraag te durven stellen. Dit laatste, het in dialoog gaan, zijn we vaak niet gewend om te doen. Binnen het MUMC worden er verschillende tools gebruikt in de communicatie rondom de cliënt. Het gaat daarbij niet alleen om kennis, maar om veel meer dan dat.

Wat betreft het contact met een projectmanager van ExpertCollege, klonken de onderzoeksvraag en onderliggend probleem deze manager bekend in de oren. Bij ExpertCollege willen ze hier zeker aandacht aan besteden en zijn op dit moment 'klinisch redeneren videoscenarió's' aan het ontwikkelen onder andere specifiek voor de gehandicaptenzorg. Deze videoscenarió's worden ontwikkeld voor de gezondheidszorg in het algemeen en voor specifieke disciplines (zoals gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en acute zorg) in het bijzonder. De ontwikkeling van lesmateriaal voor zorgprofessionals is een volgende stap. Hierbij zal er aandacht zijn voor zorgprofessionals die bijvoorbeeld les geven, maar daarvoor weinig kennis van de anatomie en fysiologie bezitten. Dit speelt bijvoorbeeld veelal bij de zorgdocenten die een lange tijd niet meer in de praktijk hebben gestaan.

4. Conclusie & Discussie

4.1 Conclusie

Dit onderzoek is gericht op de kwaliteit van het klinisch redeneren bij zorgprofessionals. De centrale vraagstelling is daarbij: “Op welke wijze kan de kwaliteit van het klinisch redeneren bij zorgprofessionals verbeterd worden, zodat er een betere overdracht mogelijk is naar de medische dienst van Pergamijn?”. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, heeft de onderzoeker op verschillende wijzen data verzameld. Hierbij is er onder andere gekeken naar de oorzaak waarom de overdracht op dit moment níét naar behoren verloopt. Daarnaast is er aandacht geweest voor de motivatie en beweegredenen van de zorgprofessionals en is er gesproken over een gewenste, efficiënte aanpak.

Het antwoord van de centrale vraagstelling zal voornamelijk gericht zijn op het aanbieden van basiskennis en –vaardigheden. Het is namelijk de vraag in hoeverre we kúnnen en mogen verwachten van agogisch geschoolden dat ze kunnen klinisch redeneren. Wel worden er tools aangeboden (waaronder het gebruik van een methode en zakkaartje) waardoor de woongroepen een beter beeld krijgen wat er aan informatie nodig is voor de medische dienst om hun triage op te baseren.

De zorgprofessionals zijn zich bewust van hun belangrijke signaalfunctie ten aanzien van de gezondheid en het welzijn van de cliënten. De communicatie van de cliënten opmerken, begrijpen en vertalen speelt daarbij een belangrijke rol. Bij een overdracht vanuit een woongroep naar de medische dienst, moet er goed verwoord kunnen worden wat er aangetroffen wordt en wat het probleem is. Het is daarbij wenselijk als de woning zelf al enig vooronderzoek doet, zodat een volledige en efficiënte overdracht naar de medische dienst mogelijk wordt. Gezien het aantal agogisch geschoolden zullen scholingen in eerste instantie gericht moeten zijn op basiskennis en -vaardigheden. Hierdoor worden medewerkers in staat gesteld om een afwijkende waarde of situatie te signaleren. Scholing en deskundigheidsbevordering blijven een uitdaging. Hoe zorgen we ervoor dat alle zorgprofessionals de noodzakelijke scholing krijgen? Uit een toekomstverkenning van de gehandicaptenzorg branche blijkt dat er behoefte is aan meer verpleegkundige (somatische) expertise in teams (Van der Windt & Bloemendaal, 2015). Dit zou ook de verpleegkundige overdracht ten goede komen, wat zowel de veiligheid van de cliënten alsook de kwaliteit van zorg betreft (Vermeer, 2013).

4.2 Discussie

Na twee semi-gestructureerde interviews met medewerkers van de medische dienst deed zich geen nieuwe informatie meer voor, waardoor er sprake was van saturatie. Gedurende de face-to-face interviews is er geen sprake geweest van interviewer bias. De interviewer nam een neutrale houding aan; de antwoorden van de respondent werden niet gestuurd. Er werd een vertrouwelijke, gemoedelijke sfeer gecreëerd waardoor het aannemelijk is dat de respondent de vragen naar eer en geweten durfde te beantwoorden. Door gebruik te maken van verschillende methoden en de anonimiteit van de respondenten te waarborgen, wordt de validiteit van het onderzoek verhoogd. De hoge response rate van de kwantitatieve vragenlijst komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede. De kwantitatieve vragenlijst is kort en bondig gehouden zodat het niet ten koste gaat van de betrouwbaarheid. Aangezien dit onderzoek zich zowel bij het kwalitatieve gedeelte alsook bij de kwantitatieve vragenlijst gericht heeft op de vier woningen van gebouw 6, zijn de onderzoeksresultaten niet geheel generaliseerbaar naar alle woongroepen van Pergamijn. Verder is er gebruik gemaakt van peer debriefing om zodoende de validiteit van de resultaten te vergroten.

Aangezien Pergamijn zorg biedt aan diverse doelgroepen zal er meer onderzoek nodig zijn om dit onderwerp organisatie breed te bekijken en aan te pakken. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het grootste deel van de medewerkers in de gehandicaptenzorg een agogische opleiding heeft (VGN, 2016). Dit onderzoek heeft deze situatie ook binnen gebouw 6 van Pergamijn bevestigd. Gezien deze situatie ontstond de vraag in hoeverre dus van deze zorgprofessionals verwacht kan worden dat ze kunnen klinisch redeneren. Met deze vraag in het achterhoofd heeft het onderzoek een iets andere wending gekregen. Daarnaast is de vraag in hoeverre Pergamijn dit van hun zorgprofessionals verwacht, aangezien ze er op bepaalde groepen wel voor kiezen om zo'n groot aantal agogisch geschoolden te plaatsen. Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorgsector zal er een groeiend tekort zijn aan voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel (Peeters & Van Urk, 2019; Wortell, 2018).

Opvallend is dat alle respondenten van de woongroepen aangeven dat klinisch redeneren noodzakelijk is voor de overdracht vanuit de woongroepen naar de medische dienst. Dit terwijl de twee geïnterviewde verpleegkundigen van de medische dienst hier zelf een andere kijk op hebben. De verwachtingen naar elkaar hierin lijken nog niet helemaal duidelijk te zijn. Verder valt aan de resultaten van het kwantitatieve onderdeel op dat slechts 28% van de respondenten verzorgende of verpleegkundige is. Toch geeft bijna de helft van de betrokken zorgprofessionals aan scholing te hebben gehad in vakken als anatomie, fysiologie en pathologie. Mits deze zorgprofessionals cursussen of aparte scholingen hebben gevolgd in deze vakken, kan hierdoor de interne validiteit in twijfel getrokken worden.

De vooropleiding en het niveau zijn aan de hand van een meerkeuzevraag met één antwoordmogelijkheid bevraagd. De vraag of de zorgprofessionals geschoold zijn in bovengenoemde vakken, is aan de hand van een Likert schaal beantwoord. Het is mogelijk dat deze overgang van verschillende soorten vragen als onduidelijk is ervaren.

Daarnaast is Pergamijn zich nu voornamelijk aan het richten op e-learning modules, wat ook aangemoedigd wordt door de medische dienst. De meerderheid van de medewerkers van de woongroepen geven echter aan het liefst geschoold te worden in de vorm van een klinische les in het team. Waar is deze keuze van Pergamijn voor e-learning op gebaseerd: puur op het meegaan met de tijd of is daadwerkelijk geluisterd naar de wensen van medewerkers? Op deze vraag heeft dit onderzoek zich voor nu niet op gericht. Aangezien dit onderzoek zich puur richt op gebouw 6 is het ook lastig om daar voor de organisatie uitspraken over te doen. Wel heeft online leren inmiddels zijn intrede gedaan in veel zorgorganisaties. Zo biedt Vilans, in samenwerking met LOCOmotion, vrij toegankelijke e-learningmodules aan over actuele en relevante onderwerpen (Vilans, 2019).

5. Advies & Inbedding

5.1 Methode vitale waarden & overdracht

Allereerst wordt er geadviseerd om op de woongroepen een methode te gebruiken om vitaal bedreigde cliënten in een vroeg stadium op te kunnen sporen, zoals de Early Warning Signs-score (EWS). De bedoeling hierbij is dat zorgprofessionals tijdens de routinematige controles beoordelen of een waarde zich in de gevarenzone bevindt. Hierbij worden er punten toegekend; hoe sterker de waarde afwijkt van de normaalwaarde, hoe hoger de score is. De EWS-score wordt meestal gebruikt in relatie tot de SBAR-methode. Deze laatste zou dan gebruikt kunnen worden in de mondelinge overdracht naar de medische dienst. In bijlage 9 is een voorbeeld van een zakkaartje te zien die hiervoor gebruikt zou kunnen worden door de woongroepen. Door het gebruik hiervan is het voor de zorgprofessionals ook mogelijk om af te lezen wat de normaalwaarden zijn van de vitale functies en wanneer een vitale waarde dus afwijkend is. Wat betreft de verpleegkundige zorg wordt het dan mogelijk om lichamelijk ongemak bij de cliënt vroegtijdig op te sporen en actie te ondernemen, wat de algehele gesteldheid en het welzijn van de cliënt uiteindelijk ten goede zal komen.

Binnen zorginstellingen worden diverse varianten van de EWS gebruikt. Bij de meest gebruikte variant zijn de volgende variabelen bepalend voor de totale score:

- | | |
|------------------|---------------------------------------|
| - Hartfrequentie | - Bewustzijn |
| - Bloeddruk | - Eigen inschatting (gerust/ongerust) |
| - Ademfrequentie | - Saturatie (onder zuurstoftherapie) |
| - Temperatuur | - Urineproductie |

5.2 Faciliteren in benodigde hulpmiddelen

Om inzicht te krijgen in de vitale waarden van de cliënt, hebben de zorgprofessionals van de woongroepen hulpmiddelen nodig. Hierbij valt onder andere te denken aan een bloeddrukmeter, thermometer en saturatiemeter. Momenteel zijn deze hulpmiddelen niet op elke groep aanwezig, waardoor momenten waarin snelle actie gewenst is mogelijk onnodig langer duren. Het advies is dan ook om elke woongroep te faciliteren in de benodigde hulpmiddelen, zodat deze indien nodig direct gebruikt kunnen worden. De inbedding hiervan in de verpleegkundige praktijk zal een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg voor de cliënten. Dit maakt ook mogelijk dat de zorgprofessionals gestimuleerd worden om zelf enig vooronderzoek uit te voeren alvorens er contact opgenomen wordt met de medische dienst. Ook kan er gekeken worden naar andere beschikbare elektronische hulpmiddelen, bijvoorbeeld pleisters die de bloedsuikerspiegel meten.

Hiermee zou er ook minder druk komen te liggen op de kwaliteit van het klinisch redeneren van de zorgprofessionals. Dit maakt echter niet dat de signaalfunctie van de zorgprofessionals minder belangrijk wordt. De medische dienst blijft afhankelijk van de informatie die ze vanuit de woongroepen krijgen, waardoor hier zeker een proactieve houding in verwacht wordt.

5.3 Best practice & scholing

Om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en de betrokken zorgprofessionals te enthousiasmeren, wordt er geadviseerd om gebruik te maken van best practice bezoeken. Zo is ExpertCollege bijvoorbeeld bezig met het ontwikkelen van videoscenari's specifiek voor de gehandicaptenzorg. Aangezien binnen dit onderzoek de voorkeur voor scholing uitgaat naar een klinische les, is het interessant om organisatie breed te bekijken hoe zorgprofessionals de benodigde lesstof aangeboden willen krijgen. Pergamijn is momenteel voornamelijk bezig met het ontwikkelen van e-learning. Het is belangrijk om deze scholingen allereerst te richten op de basis, waaronder de vitale (en afwijkende) waarden. Als zorgprofessional in de gehandicaptenzorg moet je veranderingen in de gezondheidssituatie van een cliënt kunnen signaleren en vertalen in professioneel handelen. Behalve observaties is het belangrijk om te weten welke signalen kunnen duiden op lichamelijk ongemak. De zorgprofessionals dienen daarbij gemotiveerd te zijn om hun rol als zorgverlener naar behoren uit te voeren en te innoveren.

5.4 Toekomstperspectief & opzetten adviesraad

Ondanks dat het personeelstekort in de zorg in 2022 iets minder erg zal zijn dan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport eerder naar buiten bracht, zullen er nog altijd 80 duizend medewerkers nodig zijn (Van Twillert, 2019). Om de continuïteit te waarborgen, is het belangrijk dat de organisatie duidelijk voor ogen heeft hoe om te gaan met dit gegeven. Gezien het grote aantal agogisch geschoolden en het toekomstperspectief van de sector, is het belangrijk om als organisatie personeelsbeleid uit te zetten omtrent dit onderwerp. In het belang van de cliënt is het voor alle betrokken zorgprofessionals noodzakelijk om te weten wie waar verantwoordelijk voor is, zodat onderlinge verwachtingen ook helder zijn. Om dit onderwerp binnen de organisatie bespreekbaar te maken zou een adviesraad voor betrokken professionals opgezet kunnen worden. Hierdoor wordt inhoudelijke kennis op de werkvloer gebundeld en krijgen zorgprofessionals meer invloed in hun werk. Wanneer alle betrokken partijen op één lijn zitten, zal de cliënt hier in de directe zorg de positieve effecten van merken. Kwalitatieve, cliëntgerichte zorg moet dan ook het uitgangspunt blijven voor bovenstaande genoemde adviezen.

Literatuurlijst

Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noofdhoff Uitgevers.

Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* Groningen: Noofdhoff Uitgevers.

Bakker, M., & Van Heycop ten Ham, C. (2016). *ProActive Nursing: klinisch redeneren in zes stappen*. Amsterdam: Boom.

Boone, H. N., & Boone, D. A. (2012). Analyzing likert data. *Journal of extension*, 50(2), 1-5.

De Boer, F. (2016). *Mixed Methods: een nieuwe methodologische benadering?*
Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van
https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-11-2-2/Mixed-Methods-een-nieuwe-methodologische-benadering

Google. (z.d.). *Google Formulieren*. Geraadpleegd op 4 november 2019, van
<https://www.google.nl/intl/nl/forms/about/>

Higgs, J. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed.). Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann.

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Van Merwijk, C. (2016). *Bachelor of Nursing 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg. (2017). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022*. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van
[https://legacy.vgn.nl/media/594b71849eab3/Kwaliteitskader+2017-2022+\(3\).pdf](https://legacy.vgn.nl/media/594b71849eab3/Kwaliteitskader+2017-2022+(3).pdf)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Programma Volwaardig Leven*. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-857131.pdf>

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2019). *NHG-TriageWijzer 2018*. Geraadpleegd op 6 november 2019, van <https://www.nhg.org/nhg-triagewijzer>

Nursing. (2018). *Klinisch redeneren kun je leren*. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van <https://www.nursing.nl/klinisch-redeneren-kun-je-leren/>

Peeters, B., & Van Urk, F. (2019). *Zeven voorwaarden voor succesvol innoveren in de langdurige zorg*. Geraadpleegd op 16 november 2019, van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/article/10.1007/s40739-019-0016-x>

Pergamijn. (2011a). *Kernwaarden*. Geraadpleegd op 15 september 2019, van <http://www.pergamijn.org/default.aspx?menuitemid=a1845bf6-c4a0-4d49-9ac6-59783052b9f5>

Pergamijn. (2011b). *Over Pergamijn*. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van <http://www.pergamijn.org/default.aspx?menuitemid=e74db38b-c37c-49c2-9a61-d3f3a9555e0c>

Rijksoverheid. (2018). *Volwaardig leven met een beperking*. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gehandicaptenzorg/volwaardig-leven-met-een-beperking>

Schipper, K. (2014). *Mensen met een verstandelijke beperking: de feiten op een rij*. Geraadpleegd op 18 september 2019, van <https://www-ntvg-nl.zuyd.idm.oclc.org/system/files/publications/b1105.pdf>

Van der Molen, L. (2017). *De verpleegkundige overdracht in beweging*. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/04/Onderzoeksrapport-vpk-overdracht-DEFINITIEF.pdf>

Van der Windt, W., & Bloemendaal, I. (2015). *Toekomstverkenning voor de branche Gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <http://www.vgn.nl/media/download/index/mediaid/562624a51e1a4>

Van Lieshout, F., Jacobs, G., & Cardiff, S. (2017). *Actieonderzoek*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Van Straalen, L., & De Bont, M. (2014). *Wijkverpleegkundig indiceren kan niet zonder klinisch redeneren*. Geraadpleegd op 24 september 2019, van https://www.venvn.nl/Portals/30/Thema/Verpleegkundige%20Indicatiestelling/2014_2%20klinisch%20redeneren.pdf

Van Straalen, L., & Schuurmans, M. (2016). *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen*. Bohn Stafleu van Loghum: Houten.

Van Twillert, M. (2019). *Personeelstekort in de zorg iets minder groot dan verwacht*. Geraadpleegd op 16 november 2019, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/personeelstekort-in-de-zorg-iets-minder-groot-dan-verwacht.htm>

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2017). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022*. Geraadpleegd op 26 september 2019, van [https://legacy.vgn.nl/media/594b71849eab3/Kwaliteitskader+2017-2022+\(3\).pdf](https://legacy.vgn.nl/media/594b71849eab3/Kwaliteitskader+2017-2022+(3).pdf)

Vermeer, K. (2013). *‘Goede overdracht vergroot patiëntveiligheid’*. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://link.springer.com/article/10.1007/s12468-012-0048-x>

VGN. (2012). *Competentieprofiel EMB*. Geraadpleegd op 7 oktober 2019, van <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptensector/media/documents/Cli%C3%ABntgroepen/Ernstige%20meervoudige%20beperking/competentieprofiel-emb-vgn.pdf>

VGN. (2016). *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 26 september 2019, van <https://www.vgn.nl/feitenencijfers>

Vilans. (2019). *Free Learning*. Geraadpleegd op 16 november 2019, van <https://www.vilans.nl/websites/free-learning>

V&V. (2012a). *Beroepsprofiel verpleegkundige V&V 2020*. Geraadpleegd op 24 september 2019, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

V&V. (2012b). *Leren van de toekomst*. Geraadpleegd op 20 september 2019, van <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Leren%20van%20de%20toekomst%20VV2020.pdf>

V&VN. (2016). *Expertisegebied verpleegkundige verstandelijk gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 18 september 2019, van <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/expertisegebied-verpleegkundige-verstandelijk-gehandicaptenzorg.pdf>

Wortell. (2018). *Tendrapport*. Geraadpleegd op 16 november 2019, van <https://www.wortell.nl/assets/uploads/2018/08/Tendrapport-7-trends-in-de-zorg.pdf>

Zuyd. (2019). *Onderzoeksprotocol indienen bij een medisch ethische toets commissie*. Geraadpleegd op 1 oktober 2019, van https://libguides.bibliotheek.zuyd.nl/ld.php?content_id=32370941

Bijlage 1: Essentie van de zes-stappen-methodiek

	Essentie van de stap
1	Oriëntatie op de situatie/klinisch beeld
2	Klinische probleemstellingen
3	Aanvullend klinisch onderzoek
4	Klinisch beleid: hoe kan de problematiek effectief aangepakt worden?
5	Klinisch verloop voor de korte en lange termijn
6	Nabeschouwing

Figuur 4: essentie van de zes-stappen-methodiek.

Bijlage 2: Zoekstrategie literatuuronderzoek

Search	Add to builder	Query	Items found
#20	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach) Filters: Review; published in the last 5 years	46
#19	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach) Filters: Review	160
#18	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)	1053
#17	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained logically OR educated logically OR social work) Filters: Review; Full text; published in the last 5 years; Humans	77
#16	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained logically OR educated logically OR social work) Filters: Review; published in the last 5 years; Humans	80
#15	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained agogically OR educated agogically OR social work) Filters: Review; published in the last 5 years; Humans	114
#14	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained logically OR educated logically OR social work) Filters: Review; published in the last 5 years	83
#13	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained agogically OR educated agogically OR social work) Filters: Review; published in the last 5 years	117
#12	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained logically OR educated logically OR social work) Filters: Review	323
#11	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained agogically OR educated agogically OR social work) Filters: Review	489
#10	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained logically OR educated logically OR social work)	3421
#9	Add	Search ((disabled care OR handicapped people)) AND (trained agogically OR educated agogically OR social work)	5996
#8	Add	Search (((clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)) AND (trained logically OR educated logically OR social work)) AND (assignment OR transfer) Filters: published in the last 5 years	32
#7	Add	Search (((clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)) AND (trained agogically OR educated agogically OR social work)) AND (assignment OR transfer) Filters: published in the last 5 years	224
#6	Add	Search (((clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)) AND (trained logically OR educated logically OR social work)) AND (assignment OR transfer)	58
#5	Add	Search (((clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)) AND (trained agogically OR educated agogically OR social work)) AND (assignment OR transfer)	475
#4	Add	Search (((clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)) AND (quality OR improvement OR training)) AND (assignment OR transfer) Filters: Review; published in the last 5 years; Humans	76
#3	Add	Search (((clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)) AND (quality OR improvement OR training)) AND (assignment OR transfer) Filters: Review; published in the last 5 years	97
#2	Add	Search (((clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)) AND (quality OR improvement OR training)) AND (assignment OR transfer) Filters: Review	308
#1	Add	Search (((clinical reasoning OR diagnostic reasoning OR clinical approach)) AND (quality OR improvement OR training)) AND (assignment OR transfer)	1756

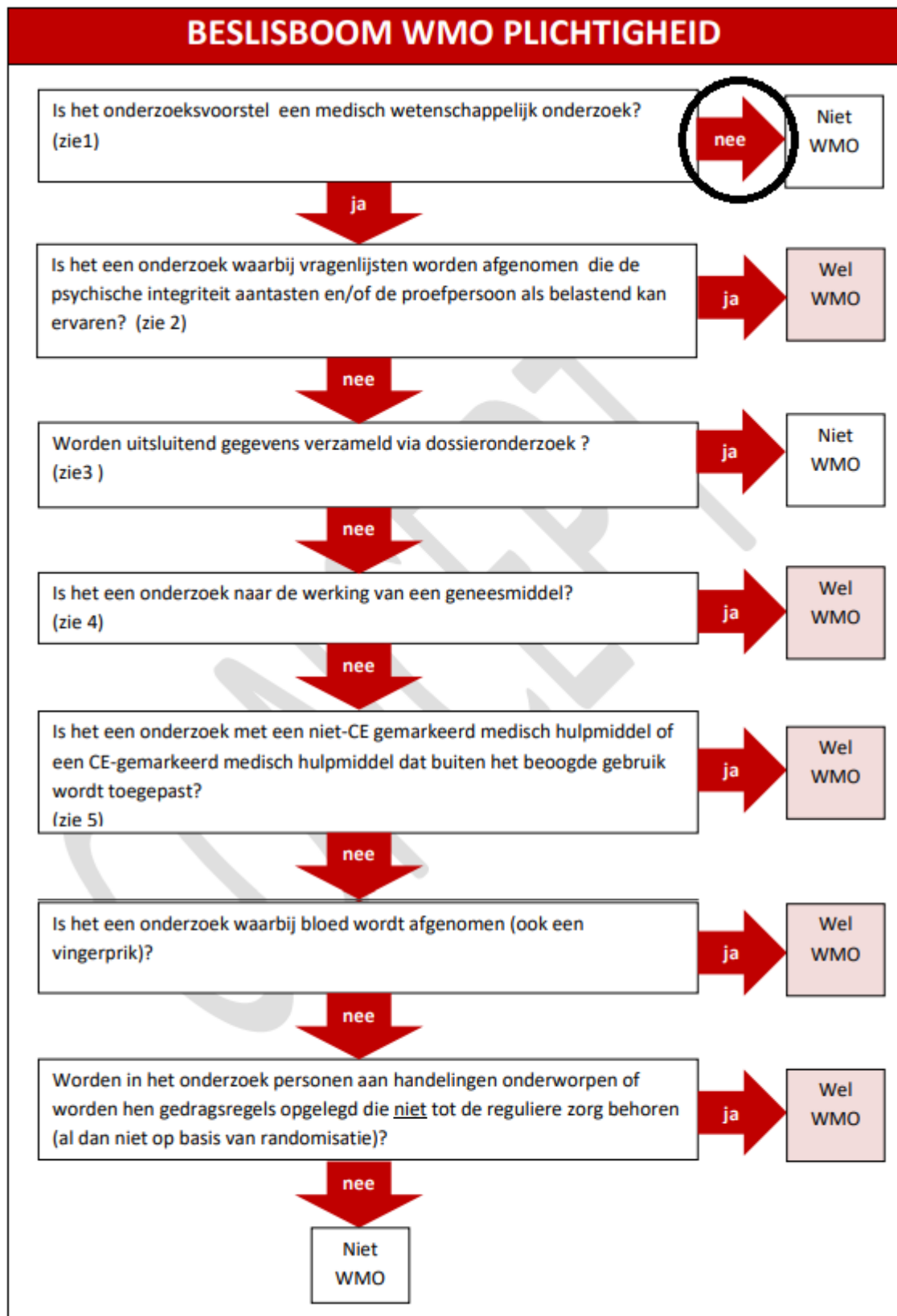
Figuur 5: zoekstrategie PubMed.

Bijlage 3: Topiclijst

Topics	Subtopics
Overdracht	Ervaringen
	Positieve- en verbeterpunten
	Methode
Klinisch redeneren	Vooropleiding
	Werkervaring
	Belang
Rol zorgverlener	Clënten
	Signaalfunctie
Scholing	Vorm
	Ondernemerschap
	Motivatie

Figuur 6: topiclijst met bijhorende subtopics.

Bijlage 4: Beslisboom WMO Plichtigheid



Bijlage 5: Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit



Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit

Eind 2018 is de Gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht gegaan. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 10 oktober 2019

Plaats: Heerlen

Naam (indien student ook studentnummer): Maud de Bruijn. 0909990

Academie: Zuyd Hogeschool

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Bijlage 6: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens



Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekking en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaggeving niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 10 oktober 2019

Plaats: Heerlen

Naam (indien student ook studentnummer): Maud de Bruijn 0909999

Academie: Zuyd Hogeschool

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Vragenlijst onderzoek

Hallo collega!

Momenteel ben ik bezig met de laatste fase van de HBO Verpleegkunde opleiding aan de Zuyd Hogeschool. Voor mijn afstuderen doe ik onderzoek naar de kwaliteit van het klinisch redeneren.

Hiervoor heb ik een vragenlijst opgesteld waarvan het fijn zou zijn als jullie deze willen invullen. Het is een korte vragenlijst, het invullen hiervan duurt ongeveer **5-10 minuten**. De verkregen gegevens worden **anoniem** verwerkt en er zal betrouwbaar om worden gegaan met de data.

Mochten er nog vragen of opmerkingen zijn over het onderzoek, neem dan contact met mij op via m.bruijni@pergamijn.org.

Alvast dank voor het meewerken en invullen van deze vragenlijst!

Groetjes Maud de Bruijni



Dankjewel

Vragen

Wat is je leeftijd?

- ☐ <20 jaar
- ☐ 20-30 jaar
- ☐ 40-50 jaar
- ☐ >50 jaar

Hoeveel jaar werk je al in de zorg?

..... jaar

Hoeveel jaar werk je al binnen Pergamijn?

..... jaar

Wat is je opleiding(sniveau)?

- ☐ Niveau 2 Helpende
- ☐ Niveau 3 Verzorgende IG
- ☐ Niveau 4 Verpleegkunde
- ☐ HBO Verpleegkunde
- ☐ Niveau 3 Pedagogische sector (zoals Pedagogisch medewerker)
- ☐ Niveau 4 Pedagogische sector (zoals Sociaal Pedagogisch Werk)
- ☐ HBO Pedagogische sector (zoals Social Work of Pedagogiek)
- ☐ Anders, namelijk

Bij de volgende vragen graag **omcirkelen** wat van toepassing is.

1. Ik ben geschoold en/of heb opleiding gehad in het klinisch redeneren (hierbij valt te denken aan vakken als anatomie, fysiologie en pathologie).

Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

2. Ik heb kennis over de meest voorkomende ziektebeelden bij mijn doelgroep.

Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

3. Ik voel me bekwaam in het koppelen van eigen observaties en interpretaties aan mijn medische kennis (ofwel klinisch redeneren).

Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

4. Ik vind het belangrijk om de communicatie (o.a. via lichaamstaal) van mijn cliënten op te merken, te begrijpen en te vertalen.

Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

5. Ik ben van mening dat ik een belangrijke signaalfunctie heb ten aanzien van de gezondheid en het welzijn van mijn cliënten.

Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

6. Voor de overdracht vanuit de woongroepen naar de medische dienst, is klinisch redeneren noodzakelijk.

Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

7. De kwaliteit van het klinisch redeneren onder de betrokken zorgprofessionals kan verbeterd worden.

Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

8. Welke manier van scholing spreekt je aan:

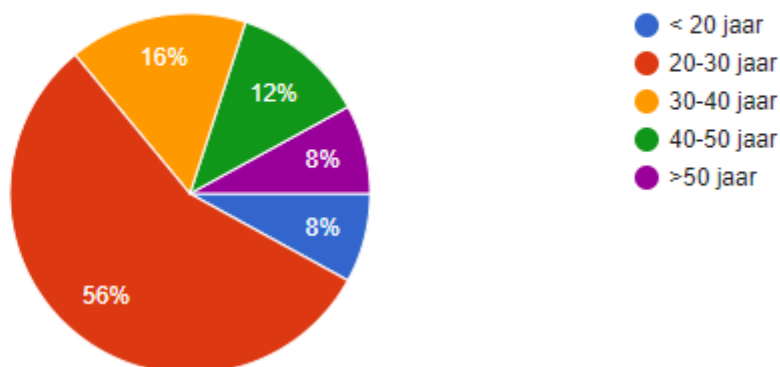
- Klinische les die gegeven wordt in het team
- E-learning (individueel)
- 'Klassikaal' bespreken van casussen
- Anders

Bijlage 8: Antwoorden vragenlijst in cirkel- en staafdiagrammen

Bij vragen met de Likert schaal is de volgende indeling aangehouden: 1 = helemaal eens, 2 = eens, 3 = neutraal, 4 = oneens en 5 = helemaal oneens.

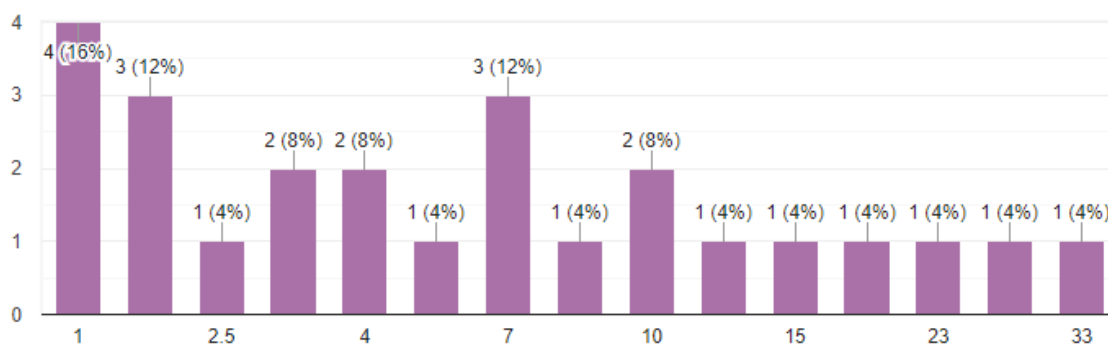
Wat is je leeftijd?

25 antwoorden



Hoeveel jaar werk je al in de zorg?

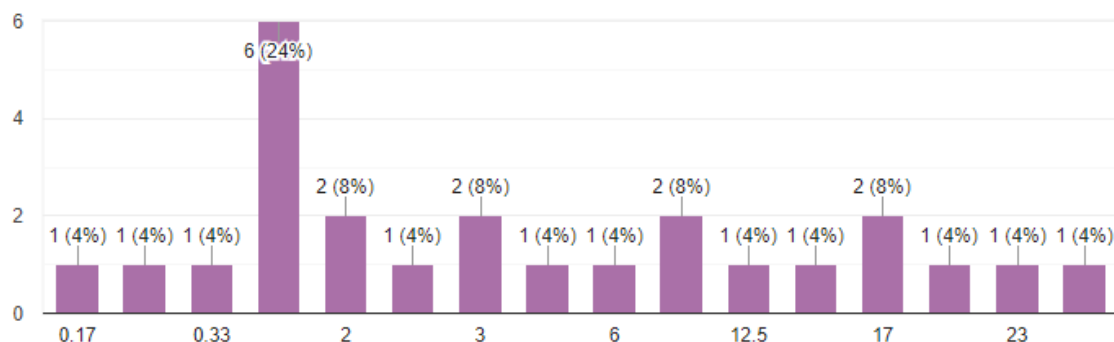
25 antwoorden



Hoeveel jaar werk je al binnen Pergamijn?

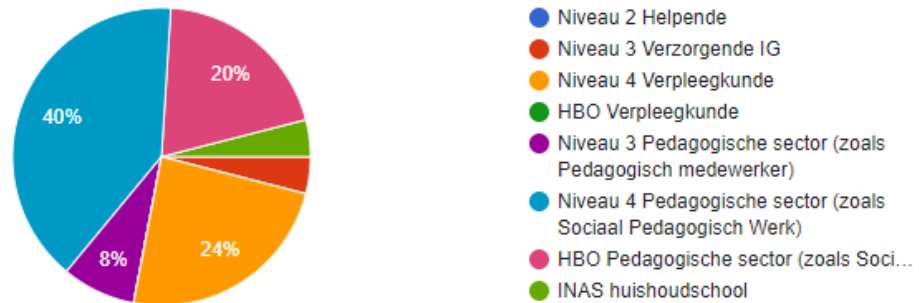


25 antwoorden



Wat is je opleiding(sniveau)?

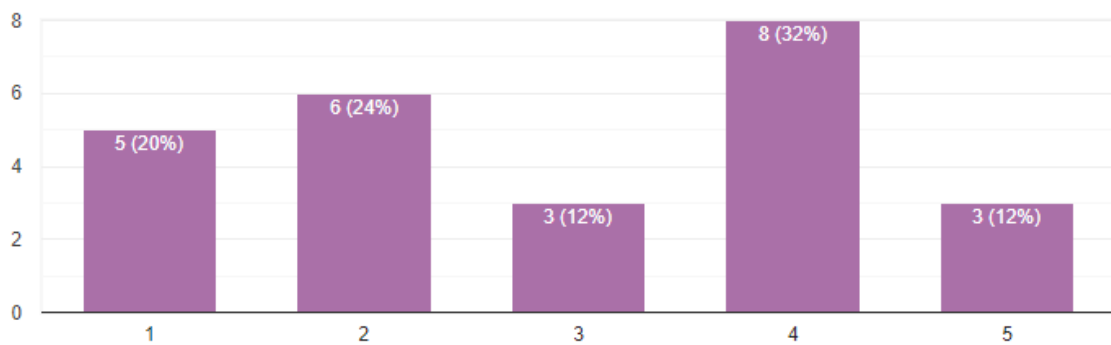
25 antwoorden



1. Ik ben geschoold en/of heb opleiding gehad in het klinisch redeneren (hierbij valt te denken aan vakken als anatomie, fysiologie en pathologie).



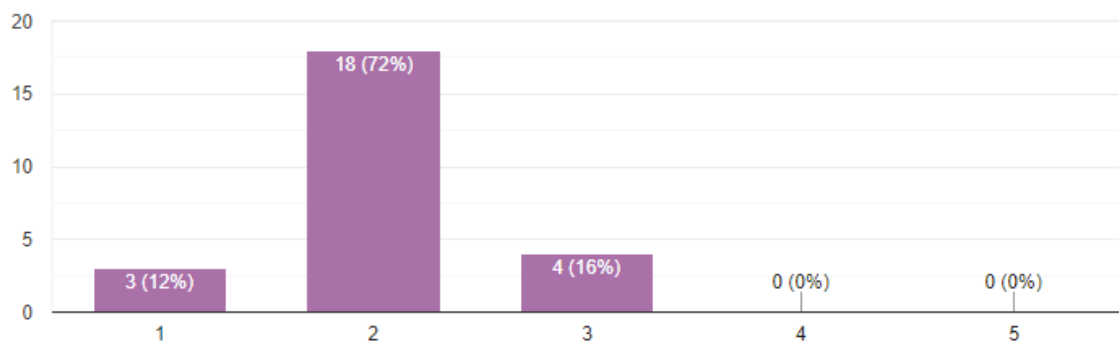
25 antwoorden



2. Ik heb kennis over de meest voorkomende ziektebeelden bij mijn doelgroep.

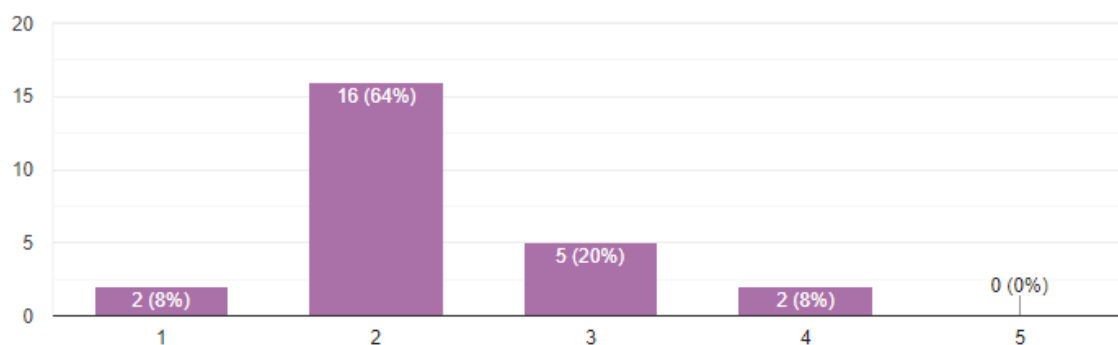


25 antwoorden



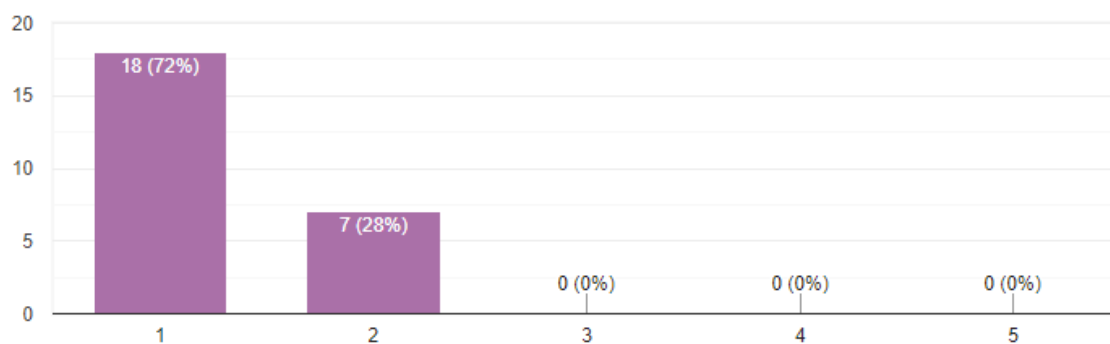
3. Ik voel me bekwaam in het koppelen van eigen observaties en interpretaties aan mijn

25 antwoorden



4. Ik vind het belangrijk om de communicatie (o.a. via lichaamstaal) van mijn cliënten op te merken, te begrijpen en te vertalen.

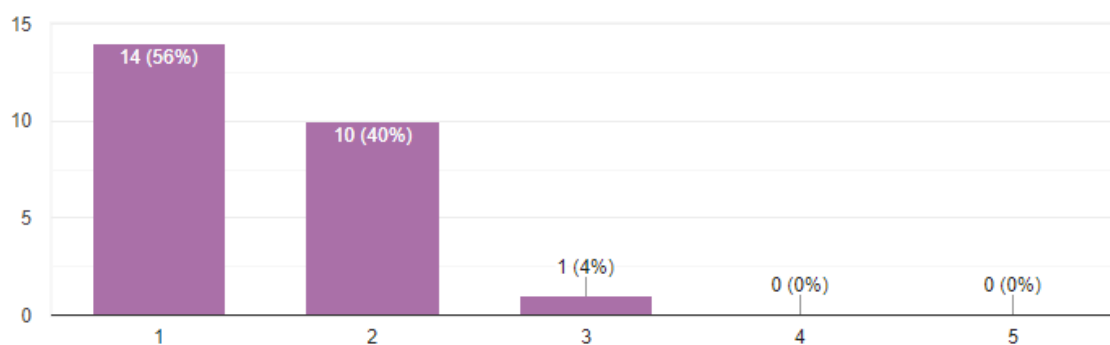
25 antwoorden



5. Ik ben van mening dat ik een belangrijke signaalfunctie heb ten aanzien van de gezondheid en het welzijn van mijn cliënten.

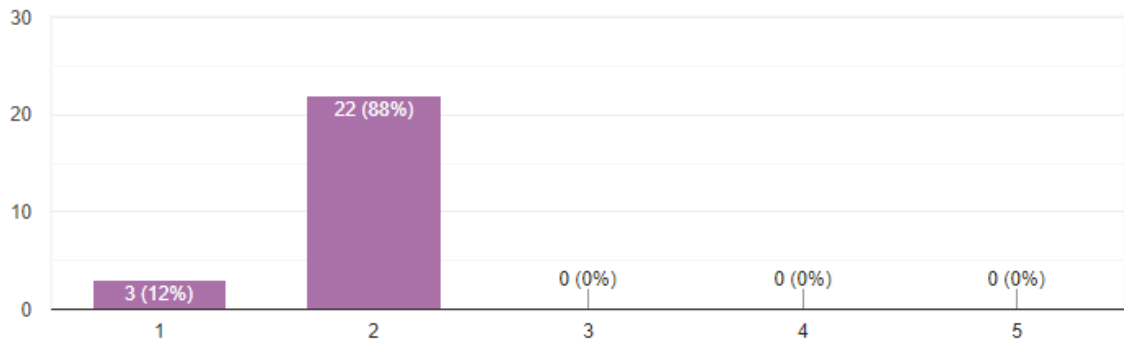


25 antwoorden



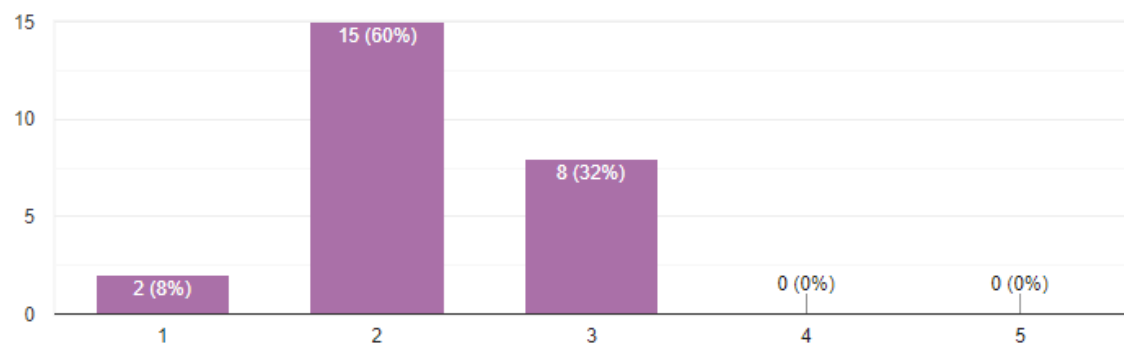
6. Voor de overdracht vanuit de woongroepen naar de medische dienst, is klinisch redeneren noodzakelijk. 

25 antwoorden



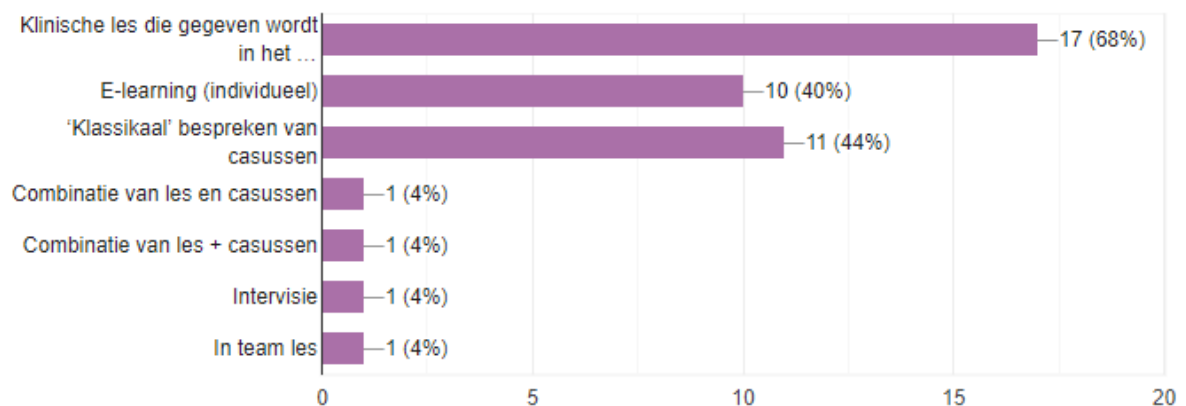
7. De kwaliteit van het klinisch redeneren onder de betrokken zorgprofessionals kan verbeterd worden.

25 antwoorden



8. Welke manier van scholing spreekt je aan:

25 antwoorden



Bijlage 9: Zakkaartje EWS- en SBAR-methodiek

Situatie 1. Stel jezelf voor. 2. Check dat je met de juiste persoon spreekt. 3. Noem de naam van de patiënt en locatie. 4. Noem de reden van je oproep. 5. Noem de vitale functies (ABCDE) en actuele uitslagen (bv. Lab, röntgen). Let op trends!		Achtergrond • Reden van opname. • Relevante medische voorgeschiedenis. • Relevante medicatie. • Meld eventuele behandelbeperkingen (bijvoorbeeld: NR/ NRNB/ NIC/.....)		Beoordeling • Ik denk dat het probleem het volgende is... • De patiënt gaat achteruit en ik weet niet wat het probleem is. • De patiënt is instabiel. • Ik denk dat het mogelijk respiratoir/ circulatoir/neurologisch/anders is namelijk...		Aanbeveling • Geef duidelijk aan wat je concreet van de arts verwacht. • EWS ≥ 3 : beoordeling door arts < 30 min.! • Wat moet er volgens jou gebeuren? • Vraag of stel voor wat je zelf vast kunt doen. • Tel. advies: Hoe vaak controles uitvoeren? • Wanneer weer contact met arts? Read back!	
A-B-C-D-E Score		Early Warning Score		A instabiel		R vervalsing	
Ademfrequentie	3	2	1	0	1	2	3
Hartfrequentie		<9		9-14	15-20	21-30	>30
Systolische bloeddruk	<70	70-80	81-100	101-100	101-110	111-130	>130
Bewustzijn				101-180	180-200	> 200	
Temperatuur		< 35,1	35,1 - 36,5	36,6 - 37,5	> 37,5		
A = alert V = reactie op aanspreken P = reactie op pijn U = geen reactie							
Indien saturatie < 90% ondanks therapie: 3 punten scoren							
Indien urineproductie < 75 ml gedurende de afgelopen 4 uur: 1 punt extra scoren							
Indien ongerustheid over de conditie van de patiënt: 1 punt extra scoren							
Score < 2: (het)beoordeel patiënt à 4 uur. Score 2: (het)beoordeel patiënt à 3 uur. Score ≥ 3 : bel arts m.b.v. SBAR. Binnen 30 minuten beoordeling door arts en behandelplan gereed.							

Figuur 7: zakkaartje EWS- en SBAR-methodiek.

Bijlage 10: Ondertekend Beoordelingsformulier Fase 1

BEOORDELINGSFORMULIER SCHRIFTELIJK PRODUCT FASE 1

Beoordelingsformulier Schriftelijk Product fase 1 voor de thesiskringbegeleider

Afstuderen Advies

Naam verpleegkundige i.o.: Maud de Bruijni

Studentnummer:

De thesiskringbegeleider verklaart dat het schriftelijk product fase 1 (inleiding, theoretisch kader en methoden) is voldaan. De verpleegkundige i.o. mag starten met dataverzameling.

Persoonlijke toelichting thesiskringbegeleider:

Inleiding is goed geschreven, resulterend in heldere vraag. Alleen het begrip zorgprofessional is niet helder gedefinieerd. Theoretisch kader: hier zou ik niet de situatie bij Pergamijn bespreken → naar methoden. Kader duidelijk gekoppeld aan onderzoeksvraag. Methodesectie: voldoende beschrijving van de gehanteerde methodieken.

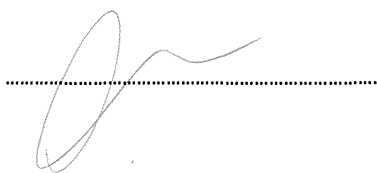
Naam thesiskringbegeleider:

Pieter Eijgenraam

Datum:

23 oktober 2019

Handtekening:



Bijlage 11: Adviesbeoordeling Praktijkleren

ADVIESBEOORDELING PRAKTIJKLEREN

Naam verpleegkundige i.o.	Maud de Bruijn
Studentnummer	0909998
Praktijkplaats	Pergamijn, Windhaek 64/66
Werk- of praktijkbegeleider	Janine Stultiens, HBO verpleegkundige medische dienst
Thesiskringbegeleider	Pieter Eygenraam
Datum	5 dec 2019
Feedback praktijk	De verpleegkundige i.o. heeft: • Het eigen handelen kritisch beoordeeld • Om feedback gevraagd • Verbeterdoelen gesteld • Leeractiviteiten ondernomen • Zelfsturing getoond passend bij de leeruitkomsten van Afstuderen Advies • Voortgang getoond passend bij de leeruitkomsten van Afstuderen Advies
Aanbeveling praktijk	• Voldaan ○ Niet voldaan
Toelichting	Maud heeft aan mij laten zien kritisch te kunnen zijn en problemen te signaleren, met deze signalen aan de slag te gaan en zelf concrete adviezen opstelt.
Handtekening praktijk	J. Stultiens
Handtekening verpleegkundige i.o.	
Handtekening thesiskringbegeleider	

Een negatieve adviesbeoordeling

Indien de adviesbeoordeling van de praktijk 'niet voldaan' is, zal is samenspraak met de thesiskringbegeleider en examencommissie een aangepast traject en/of herkansing worden vastgesteld.

Bijlage 12: Beoordelingsformulier Schriftelijk Product Fase 2 Praktijk

BEOORDELINGSFORMULIER SCHRIFTELIJK PRODUCT FASE 2 PRAKTIJK

Beoordelingsformulier Schriftelijk Product fase 2 Voor de Praktijk

Afstuderen Advies

Naam contactpersoon praktijk: Pieter Timmermans
Zorginstelling: Stichting Pergamyn
Naam verpleegkundige i.o.: Maud de Bruijn
Studentnummer: 0909990

Criteria:

1. De verpleegkundige i.o. heeft een bachelor thesis geschreven die bijdrage levert aan kwaliteitsverbetering van de verpleegkundige zorgverlening.

☒ Voldaan / ☐ niet voldaan

Maud heeft een noodzakelijk onderwerp uitgewerkt, erg bruikbaar in de praktijk.

2. De verpleegkundige i.o. heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd.

☒ Voldaan / ☐ niet voldaan

Maud heeft duidelijk, volledig en helder haar werkwijze beschreven.

3. De verpleegkundige i.o. heeft in dialoog met de praktijk de bachelor thesis ontwikkeld en vorm gegeven.

☒ Voldaan / ☐ niet voldaan

Er is op regelmatige basis overleg tussen Maud en mij geweest, op haar initiatief.

4. De verpleegkundige i.o. heeft maatregelen getroffen voor continuïteit

Voldaan / niet voldaan

Ze heeft aanbevelingen gedaan die realiseerbaar zijn

5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk

Voldaan / niet voldaan

Absoluut, ze schetst een juist beeld van de praktijk

Eindadviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis in de praktijk:

Voldoende / niet voldoende (doorhalen wat niet van toepassing is)¹

Persoonlijke toelichting werk- / praktijkbegeleider:

Maud heeft een zeer actueel, maar ook noodzakelijk onderwerp uitgewerkt. Haar eigen inzicht hierin is goed, daarnaast is ze een prettig persoon om mee te overleggen en samen te werken.

Naam beoordelaar:

Janine Stultiens

Functie beoordelaar:

HBO-verpleegkundige Medische Dienst

Datum:

05 dec 2019

Handtekening:

J. Stultiens

¹ Alle vijf de bovenstaande punten dienen 'voldaan' te zijn voor een 'voldoende' eindadviesbeoordeling.